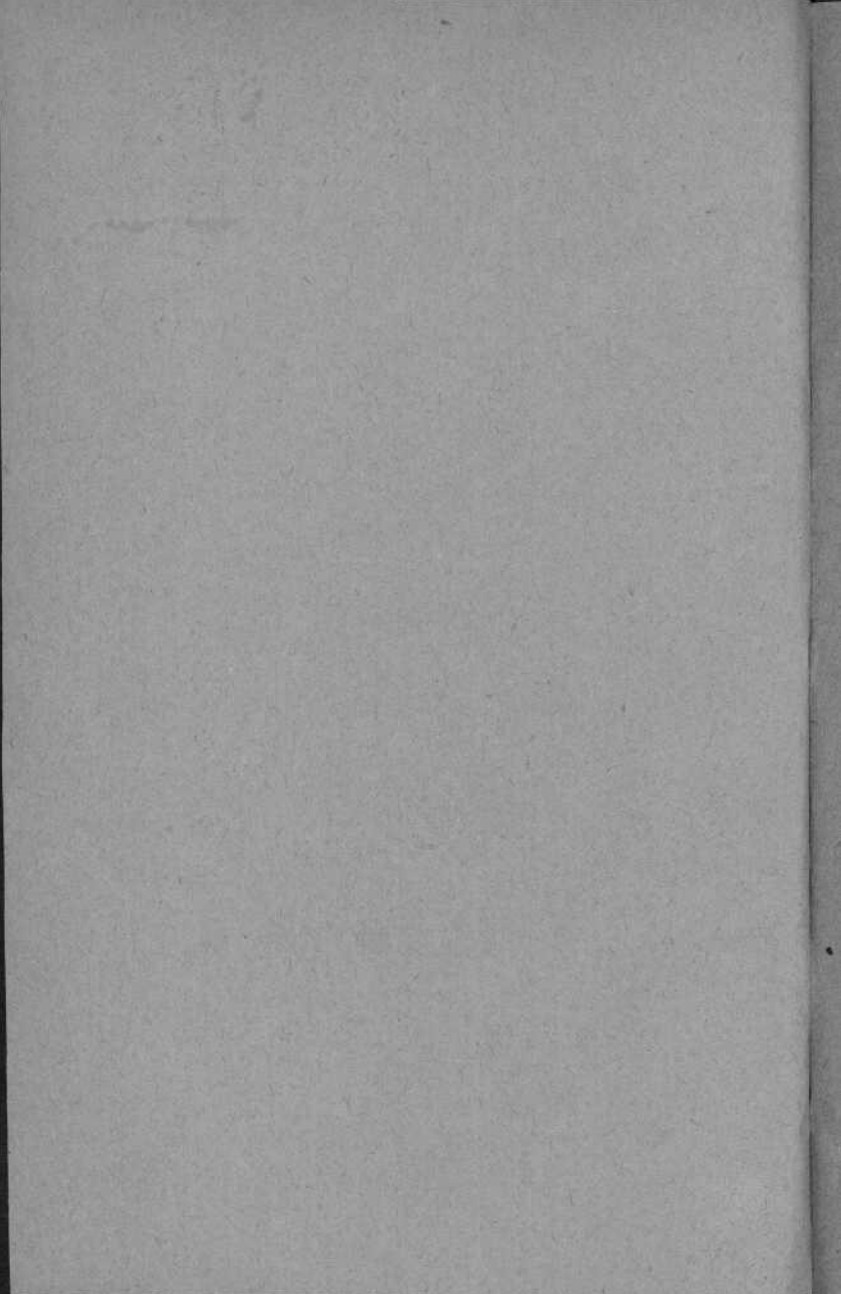


04

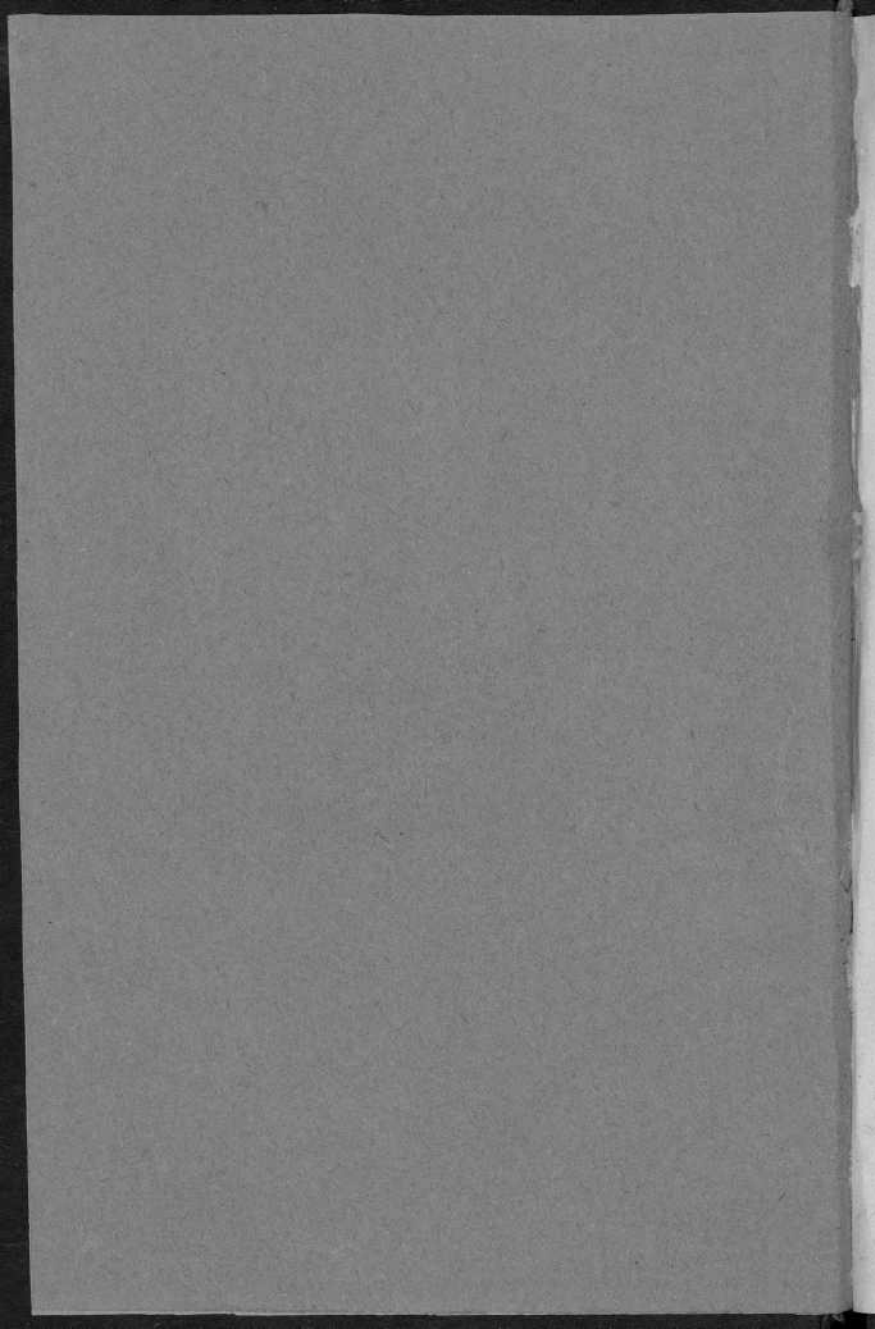
17204

~~10958~~









10 195

12 - 9

41  
291

ANUARIO  
DE  
MEDICINA Y CIRUGIA  
PRACTICAS.

Impreso en la Oficina de Imprenta de la Universidad de Chile

P - 21

UNIVERSIDAD  
DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUJIA  
LIBRERIA



ANUARIO  
DE  
MEDICINA Y CIRUGÍA  
PRÁCTICAS

PARA 1872.

RESÚMEN DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS MAS IMPORTANTES

PUBLICADOS EN 1871

POR D. ESTÉBAN SANCHEZ DE OGAÑA

Doctor en medicina y cirugía,  
Profesor clínico por oposicion y Profesor auxiliar 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 NOVENO.

---



MADRID

CÁRLOS BAILLY-BAILLIERE

LIBRERÍA EXTRANJERA Y NACIONAL, CIENTÍFICA Y LITERARIA

Plaza de Santa Ana, núm. 10.

Paris, J. B. Bailliere. || Londres, Bailliere.

1876.

ANUARIO

DE

MEDICINA Y CIRUGIA

PRÁCTICA

DE 1888

EDITADO POR EL COMITÉ DE REDACCIÓN DE LA REVISTA

DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

EN LA OFICINA DE LA REVISTA

EN LA OFICINA DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES, EN LA CALLE DE SAN MARTÍN, N.º 108, EN EL PUNTO DE LA CORNERA CON LA CALLE DE SAN JUAN, EN EL DISTRITO DE SAN NICOLÁS DE LOS RÍOS, EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, EN EL AÑO DE 1888, EN EL MES DE ABRIL, EN EL DÍA DE VEINTICINCO.

TOMO XXXIII

MARCO

DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES, EN LA CALLE DE SAN MARTÍN, N.º 108, EN EL PUNTO DE LA CORNERA CON LA CALLE DE SAN JUAN, EN EL DISTRITO DE SAN NICOLÁS DE LOS RÍOS, EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, EN EL AÑO DE 1888, EN EL MES DE ABRIL, EN EL DÍA DE VEINTICINCO.

DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES, EN LA CALLE DE SAN MARTÍN, N.º 108, EN EL PUNTO DE LA CORNERA CON LA CALLE DE SAN JUAN, EN EL DISTRITO DE SAN NICOLÁS DE LOS RÍOS, EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, EN EL AÑO DE 1888, EN EL MES DE ABRIL, EN EL DÍA DE VEINTICINCO.

DE 1888

ANUARIO  
DE  
MEDICINA Y CIRUGÍA  
PRÁCTICAS.

---

MEDICINA.

---

**Aplasia: trofoneurose ó atrofia parcial de la cara.**  
(Arch. gén. de méd.).

Bajo el nombre de *aplasia laminosa progresiva* se designa esa forma particular de *atrofia parcial de la cara*, llamada *trofoneurose* por Romberg, que parece fué el primero que la describió, considerándola como una entidad nosológica. Posteriormente se han recogido seis ó siete observaciones, y el doctor Lande refiere dos nuevas, debidas al doctor Bitot (de Burdeos). Reuniendo los diversos elementos de todos estos hechos, dicho autor establece la sintomatología de esta enfermedad.

La afeccion es unilateral, y ataca de preferencia la mitad izquierda de la cara (diez veces de once): cinco veces ha empezado por una mancha blanca, que se fué extendiendo lentamente al mismo tiempo que formaba una depression. En otros cinco casos la mancha no estaba bien circunscrita, ó se notaba una simple palidez de la piel. En ambas circunstancias, aunque el cambio de coloracion sea el primero, y aun durante algun tiempo el único síntoma observado por los enfermos, un exámen atento hace descubrir la atrofia concomitante.

Algunas veces la region, que ha palidecido de este modo, toma muy luego una coloracion amarillenta, que

## 6 APLASIA: TROFONEUROSE Ó ATROFIA DE LA CARA.

despues se trasforma en morenuzca, como sucede en las cicatrices de ciertas quemaduras. Las manchas primitivas se hacen entonces el centro alrededor del cual se extiende y desarrolla la atrofia; pero además en muchos casos se han visto aparecer en otros puntos de la cara nuevas manchas que, extendiéndose, acaban por reunirse á las primeras.

La piel se deprime por consecuencia de la desaparicion, no solo del panículo adiposo subcutáneo, sino tambien por la fusion de algunos de sus elementos. El pliegue cutáneo llega, en efecto, á no tener en lo general mas que 2 milímetros de espesor. En ocasiones hasta es difícil formarle, porque la piel está como adherida á las partes profundas, lo que demuestra que la retraccion del tegumento se verifica, no solo en el sentido del espesor, sino tambien en la extension. Fijo así este sobre las partes salientes del esqueleto, forma de una á otra como bridas costeadas por surcos profundos que le dan una nueva semejanza con las cicatrices de las quemaduras.

La piel así modificada, produce al tacto una sensacion idéntica á la que determina un tejido cicatricial. La respiracion se efectúa por lo comun como en estado fisiológico. Los pelos (cabellos, barba, vello), que están implantados en estos sitios, sufren importantes modificaciones; unas veces blanquean, otras se caen, ó por último no se desarrollan. La secrecion sebácea se halla notablemente disminuida. En dos casos en que se examinó la contractilidad especial de la piel, se la encontró íntegra. Dos veces se observó disminucion de calibre de algunas arterias; otras, por el contrario, estos vasos y aun las venas se hacen mas fácilmente apreciables. La congestion de los capilares sanguíneos de origen físico ó psíquico permanece normal y uniforme, así como la contractilidad de los músculos, á pesar de su atrofia. Habiendo disminuido tambien su longitud, se produjo en cinco casos, por la retraccion de su extremidad movable, una desviacion de las facciones hácia el lado atrofiado. Solo dos veces fueron estos músculos asiento de contracciones fibrilares. La sensibilidad está íntegra en la mayoría de los sujetos; en dos ocasiones, sin embargo, se notaron fenómenos neu-rálgicos. En otros dos habia hiperestesia, ó mas bien hi-

peralgesia. Dos enfermos se quejaban de prurito y una sensacion de constriccion como la que produciria una máscara de caoutchouc. En todos los casos se reveló la integridad del sistema nervioso motor por la conservacion absoluta de todos los movimientos.

Cuatro veces fueron atacados los cartílagos y los huesos despues de cierto tiempo; los dientes mismos se desvian ó cabalgan unos sobre otros, y en un enfermo se ha notado la falta de un incisivo y la atrofia de su vecino. La articulacion témporo-maxilar se encontraba una vez seca y laxa por la lesion del cartílago y del esqueleto. Integridad del olfato y de la vista, á pesar de la atrofia aparente del ojo en cinco casos. Ninguna anomalía de secrecion de las glándulas. Oido normal, á excepcion de un solo enfermo.

A pesar de la atrofia de todas las partes constitutivas de la boca, el gusto es normal. En la mayor parte de los sujetos los labios se hallaban atrofiados, y á veces su retraccion era tan pronunciada, que la simple tonicidad del orbicular era insuficiente para cerrar la boca. La lengua presenta frecuentemente una notable disminucion de volúmen, y cuando los enfermos la sacan de la boca, se inclina hácia el lado afecto. La bóveda palatina, el velo del paladar y la úvula, participan de la misma atrofia.

Nunca se ha observado alteracion en la deglucion, así como tampoco en la secrecion de las glándulas salivales, sin embargo de que la atrofia se extendia, al menos al exterior, hasta el nivel de la laringe; una sola vez estaba alterada la fonacion de la letra R. La temperatura, tomada ya en el interior, ya en el exterior de la boca, no presentó nunca diferencias sensibles.

Despues de esta descripcion general, consideramos inútil trascribir aquí ninguno de los casos particulares que el autor refiere.

M. Landé se inclina á pensar que esta singular forma de atrofia puede presentarse en otras regiones distintas de la cara, y como prueba refiere un hecho, debido á Romberg, completamente análogo á los que se han estudiado en el rostro. La afeccion residia en el lado derecho del pecho.

El doctor Lasegue no se atreve á aventurar opinion ninguna acerca de la naturaleza de esta enfermedad, y Romberg confiesa tambien su ignorancia respecto á este punto; pero á él se debe la palabra *trofoneurose*, que ha servido de fundamento á sus discípulos Hueter, Bergson y Schott para las opiniones que han sostenido. El primero de estos autores invoca una supresion de la influencia trófica de este nervio. Bergson cree en una lesion primitiva del simpático en lo que tiene de vaso-motor. Schott admite tambien una alteracion del poder éxcito-nutritivo del gran simpático. Guttman, sin recurrir á un poder trófico especial, sostiene que existe una lesion del sistema vaso-motor. Una irritacion, dice, si no de larga duracion, frecuentemente repetida del gran simpático, ocasiona una disminucion momentánea de la nutricion en la region afecta, y por consiguiente una desigualdad de volúmen, que, una vez producida, irá sin cesar aumentándose á medida que se desarrolle el cuerpo.

Moore, Wirchow y Hasse refieren la afeccion á la atrofia muscular progresiva, de la que á su juicio es solo una forma particular.

El doctor Jannel sostiene la existencia de un sistema nervioso trófico especial, y no ve, por tanto, en la atrofia que nos ocupa mas que un ejemplo de parálisis de este sistema.

La opinion de Bitot, que es la adoptada por el autor, difiere esencialmente de todas las anteriores. No cree que haya un sistema nervioso trófico especial. No admite como causa de este padecimiento una irritacion aguda ó crónica del sistema vaso-motor, sea espontánea, sea refleja. Para M. Bitot esta enfermedad es una afeccion propia, especial, autopática y protopática del elemento laminoso, lo que explica el nuevo nombre con que la ha designado: *aplasia laminosa progresiva*.

En cuanto al tratamiento, ineficaz hasta ahora, el doctor Meyer espera, sin gran confianza, que la galvanizacion del gran simpático dará algunos resultados útiles.

El doctor Foville considera, con razon, como un neologismo lamentable é injustificado el término de *aplasia*. Aun cuando tenga como precedentes la hiperplasia y neoplasia, no difiriendo en nada del término *atrofia*, com-

prendido de todo el mundo, parece que debería conservarse este. Lo mismo sucede con el epíteto laminosa, que no se comprende sin explicación cuando se ha reconocido que el elemento elástico que forma parte del laminoso queda intacto en esta enfermedad. Sería, pues, más sencillo y más claro adoptar el nombre de *atrofia* célula-adiposa de la cara, que todo el mundo sabe lo que significa sin necesidad de comentarios.

**Apoplejía encefálica: hemiplegia consecutiva: tratamiento por medio de la ergotina. (Independencia médica).**

A medida que se le van presentando ocasiones al doctor Robert de experimentar los efectos terapéuticos de la ergotina, se va convenciendo de que esta sustancia es una de las que con más justo motivo deben ser conocidas de todo médico práctico. Bastaría su positiva acción excitante de los elementos contractiles de los músculos para darla merecida fama; pero su importancia crece, si es posible demostrar que no solo dirige su influencia á las fibrillas musculares que se sustraen al dominio de la voluntad, ya de un modo completo, como las del útero, ya incompletamente, como las del pulmón, sino que su poder tónico ó convulsivo se extiende hasta los mismos músculos voluntarios. Barbier, Brown-Sequard y Trousseau, entre otros, la han usado contra las parálisis de origen cerebral ó raquídiano; pero como quiera que todavía no ha llegado á vulgarizarse esta acción antiparlítica de la ergotina, y que no son del todo conocidas sus verdaderas aplicaciones, cree útil el doctor Robert reseñar á grandes rasgos una historia clínica que viene en apoyo de lo que aquellos esclarecidos autores han podido observar.

Era la enferma una señora de cuarenta años, con marcada predisposición apoplética, que hallándose en la edad crítica sujeta á diversas pasiones de ánimo, fué acometida de un fuerte ataque apoplético, permaneciendo por espacio de cuarenta y ocho horas completamente abolidas la inteligencia, la sensibilidad y el movimiento, tanto, que de aquella vida, próxima á extinguirse, no quedaban más que unos débiles latidos del corazón y una respiración embargada, casi por completo, por el moco laringo-

traqueal, uno de los elementos productores del característico ronquido de los apopléticos. Vencida la hiperemia que acompañaba á la hemorragia por medio de las sanguijuelas á la márgen del ano, los revulsivos permanentes á las extremidades inferiores y los purgantes como derivativos al tubo intestinal, se observó la existencia de una hemiplegia completa del lado derecho, con parálisis de la mitad izquierda de la cara; particularmente la comisura de los labios, se presentaba retraida y formando contraste con la inercia completa de sus partes similares. Habia tambien blefaroptosis derecha, y la punta de la lengua se dirigia hácia el lado de la parálisis, como es consiguiente. La inteligencia estaba poco despejada, y era difícil la articulacion de la palabra. Aun despues de desvanecida la congestion se extendian las alteraciones á los músculos de la vida orgánica; así es que la accion contráctil de la faringe y de los esfínteres, del recto y la vejiga, estaba perdida mas ó menos completamente.

Pasados algunos dias se despejó la inteligencia, renació tambien la sensibilidad de las partes que la habian perdido, pero la accion muscular de la lengua, de la cara y de las extremidades continuaba completamente abolida, como tambien la de los principales esfínteres.

Antes de pasar al uso de las sustancias dotadas de la virtud de excitar la fuerza contráctil de las fibras musculares, creyó el doctor Robert oportuno tratar de disminuir la masa del coágulo cerebral, porque la accion de los medicamentos llamados con justo motivo tetánicos, se muestra tanto más enérgica, cuanto menor sea el trastorno *visible* del tejido que forman los centros encefalo-raquidianos. Empleó al efecto el yoduro potásico, que fué completamente ineficaz, y en su vista creyó llegado el momento de ensayar el sulfato de estriquina.

El autor se inclina á pensar que la experiencia va demostrando la verdad de las ideas de Flourens relativamente al punto hácia el cual dirige la estriquina su principal accion. Cree este distinguido fisiólogo que dicha sustancia obra sobre la médula oblongada, es decir, que mejor debe incluirse entre los venenos raquídeos que entre los encefálicos; y con efecto, las parálisis de origen



medular se modifican mucho mas pronto y seguramente que las cerebrales.

En la enferma del doctor Robert se usaron los gránulos de estriquina de 1 milígramo á dosis crecientes desde 1 á 20; y si no se notó efecto alguno desagradable, tampoco pudo apreciarse mejoría en el curso de la parálisis. En todas las de origen encefálico asegura el autor que los resultados de la nuez vómica, la estriquina ó la brucina han sido muy dudosos.

El curso de la afeccion se modificó notablemente tan luego como principió á usarse la ergotina, administrada tambien en forma de gránulos. La contractilidad iba despertándose á medida que se elevaban las dosis, aun cuando nunca excedieron estas de la cantidad total de 30 centígramos diarios. A favor de esta medicacion, el rostro de la enferma se regularizó por completo, perdió la lengua su inclinacion hácia el lado de la parálisis, y la articulacion de la palabra fué perfeccionándose hasta el punto de no notarse mas que una insignificante tartamudez. La extremidad inferior fué recobrando despues sus movimientos y su fuerza, de modo que la parálisis pudo dejar la cama y pasear sin ayuda ninguna. De todas maneras, es innegable que la afeccion se hizo sorda al uso de la estriquina y que contestó rápidamente al de la ergotina, desapareciendo la parálisis casi por completo sin el uso de los baños termales, que constituyen uno de los medios que mejor excitan la potencia contráctil.

En la época en que publicó esta historia el doctor Robert, estaba tratando en el hospital de Santa Cruz de Barcelona una hemiplejia con los gránulos de ergotina, y los alumnos que asistian á aquella clínica eran testigos de la rapidez con que iba desapareciendo la parálisis.

La importancia de estas observaciones nos excusa de todo comentario, limitándonos á manifestar el deseo de que los clínicos ensayen este medicamento de accion tan poderosa, y que de seguro, prudentemente manejado, no puede ofrecer peligro alguno en estos casos.

**Ataxia locomotriz: tratamiento por medio de las corrientes galvánicas.** (*Gaz. hebdom.*).

El único modo de tratamiento que, á juicio del doctor Spillmann, ejerce una influencia positiva en el curso de la ataxia locomotriz, es la aplicacion de las corrientes galvánicas. El fósforo, el nitrato de plata, la hidroterapia, solo producen resultados pasajeros, y no dirigen su accion mas que á algunos síntomas. M. Spillmann funda esta opinion en sus experiencias personales y en las observaciones recogidas por otros autores; pero hasta ahora se limita á publicar un hecho de su práctica particular, en que las corrientes continuas produjeron, al parecer, ventajosos resultados.

Se trataba de un serrador de cuarenta y tres años, sin antecedentes sifilíticos, pero aficionado á los excesos alcohólicos y venéreos. Los primeros síntomas atáxicos se remontaban á seis años, y habian consistido en dolores movibles, fulgurantes, que atravesaban los miembros y principalmente las rodillas. Temblores que agitaban ya las extremidades superiores, ya las inferiores. Despues de tres años de un estado casi estacionario, dolores mas intensos, progresion insegura, vacilacion y tendencia á caerse cuando cerraba los ojos; irregularidad de los movimientos; conservacion de la fuerza muscular; adormecimiento de los piés; pérdida de la nocion del suelo; anestias parciales; sensibilidad al dolor y á la temperatura, íntegra; debilidad de la vista; impotencia, etc.

El tratamiento galvánico comenzó el 8 de diciembre de 1869, empleándose las corrientes descendentes á lo largo de la columna vertebral, y de allí á la extremidad de los miembros superiores é inferiores, es decir, aplicando siempre el excitador correspondiente al polo positivo en el centro y el del polo negativo en la periferia. Nunca ha usado el autor una corriente de más de 20 á 30 elementos de Remack. Hasta el 27 de enero se practicaron 43 electrizaciones. Desde las primeras sesiones se advirtió un alivio considerable; disminucion de los dolores; el enfermo durmió muchas horas, cosa que no habia podido conseguir hacia mucho tiempo. A la sexta sesion andaba con mas seguridad y la vista era mas clara. A la

décima, disminucion considerable en el temblor de las manos. A la vigésima, el enfermo tenia la sensacion del suelo; podia andar sin baston, cosa que antes le era indispensable, sirviéndose únicamente de él para andar en la oscuridad; la expulsion de la orina, involuntaria hasta entonces, se hacia con conciencia; los dolores desaparecieron por completo; la vista era buena, y la progresion mas segura.

Debe notarse que cuando M. Spillmann presentó la observacion á la Sociedad de medicina de Nancy, la curacion no era completa, por mas que el estado del enfermo se presentase todo lo satisfactorio posible.

**Atrofia del estómago.** (*The Lancet*).

La atrofia del estómago es conocida como lesion anatómica, sobre todo desde los trabajos de Handfield Jones; se sabe que el estómago es atacado frecuentemente de atrofia en una porcion mas ó menos extensa de su tejido, y muchos autores han sospechado la grave influencia que ejerce en la economía este estado patológico.

El doctor Fenwick ha demostrado, en una observacion interesantísima, la importancia de las lesiones que se han descubierto por medio del microscopio, y que parecen destinadas á ilustrar en gran manera la historia de ciertas anemias.

En el hecho que el autor refiere, la lesion estaba generalizada, y los síntomas fueron bastante marcados para que se pudiese diagnosticar durante la vida del enfermo.

Era un hombre de cuarenta y cinco años, que vino á consultar al doctor Fenwick, quejándose de gran debilidad é incapacidad para todo trabajo físico é intelectual. Sufria frecuentemente dolores lumbares y una sensacion de adormecimiento en las piernas, pero sin parálisis ni pérdida de sensibilidad.

El enfermo no estaba demacrado, pero la cara presentaba el color amarillo de paja que se observa tan frecuentemente en los cancerosos; los labios, la lengua y la faringe se encontraban extraordinariamente anemiadas. No habia tos ni expectoracion; poco apetito, flatulencia y vómitos biliosos, con estreñimiento habitual. El pulso sumamente pequeño y débil.

Este estado se habia ido desarrollando de un modo tan lento y gradual, que el sujeto no podia determinar la época en que principi6; pero recordaba bien que sus sufrimientos databan cuando menos de diez y ocho meses.

Anteriormente gozaba de buena salud; no habia sufrido nunca pérdidas de sangre, fiebre ni diarrea. No se descubrió ninguna coloracion oscura de la piel; la percusion y la auscultacion no revelaron signo alguno; el hígado, bazo, glándulas linfáticas y el estómago no presentaron tampoco ninguna lesion. La orina era clara, ácida, y no contenia ni azúcar ni albúmina.

Examinada la sangre al microscopio, presentaba mas bien una disminucion relativa de los glóbulos blancos, que aumentó de su número.

Se le prescribió el hierro, la quina, el aceite de hígado de bacalao; alimentacion nutritiva y un poco de vino.

Trascurridos algunos dias se presentaron vómitos repetidos. El pulso se hizo tan sumamente débil, que apenas se percibia, y no fué posible tomar la línea esfigmográfica.

Los síntomas fueron pronunciándose cada vez más; muchas veces pareció que el enfermo estaba en la agonía, y por fin murió despues de un ligero acceso de fiebre.

Era evidente que todos los síntomas que aquejaban á este sujeto eran los de la anemia; pero faltaba averiguar á qué causa debia referirse.

La no existencia de enfermedades anteriores y de signos físicos de lesiones no podia hacer sospechar mas que una alteracion de los órganos hemato-poyéticos ó de los destinados á la absorcion. La falta de demacracion probaba suficientemente que las potencias de la absorcion ó de la digestion de la grasa y de las sustancias amiláceas no estaban atacadas. Parecia, por tanto, natural atribuir los síntomas á una alteracion de los órganos que sirven para la digestion de las sustancias albuminoideas, es decir, de las glándulas tubulosas del estómago. El doctor Fenwick dedujo de estas consideraciones que el estómago era el órgano comprometido en el padecimiento; y como la atrofia es el único estado patológico que no se acompaña de síntomas locales característicos, diagnosticó una

atrofia del aparato glandular como la única enfermedad posible.

La autopsia confirmó plenamente este diagnóstico. No se encontraron lesiones mas que en el estómago, pero eran muy extensas y muy evidentes.

El exámen microscópico, hecho con el mayor cuidado, dió los resultados siguientes: todo el aparato glandular se hallaba atrofiado; en ninguna parte se pudo obtener un corte de tejido normal. En las regiones pilórica y media las glándulas tubulosas parecían convertidas en una masa de tejido conjuntivo, y en la region cardíaca solo se encontraban vestigios de glándulas. En este sitio presentaban cuerpos en forma de botellas, llenos de materia granulosa y de células epiteliales adiposas.

Las vellosidades del intestino eran muy anchas, prominentes y llenas de grasa, que estaba dispuesta en forma de anchas gotas en el interior de las vellosidades y no en estado de emulsion.

Se practicó además con el estómago el siguiente experimento: en estado normal la maceracion de la mucosa gástrica, á que se adiciona ácido clorhídrico diluido, tiene la propiedad de disolver las sustancias albuminoideas; y, segun los ensayos del doctor Fenwick, una onza de esta maceracion puede disolver 4 gramos de clara de huevo coagulada por el calor. En el caso que nos ocupa, la mucosa de las regiones esplénica y media del estómago, macerada durante doce horas con 2 onzas de agua destilada y media dracma de ácido clorhídrico, no hizo perder nada de su peso á un fragmento de clara de huevo que se tuvo en digestion en este líquido á la temperatura de la sangre. Este experimento confirmó las deducciones del exámen microscópico, á saber, que las glándulas del estómago habian sido tan sériamente afectadas, que no podian desempeñar sus funciones durante la vida.

La autopsia explica bien la série de síntomas observados. La atrofia progresiva del estómago impedia la digestion de las sustancias albuminoideas, mientras que la integridad del hígado, del páncreas y los intestinos, permitia la absorcion de los demás alimentos.

El intestino posee cierto poder digestivo con relacion

á la albúmina, pero muy débil para establecer una compensacion completa.

Algunos casos de anemia terminada por la muerte, análogos al que acabamos de referir, se habrán presentado probablemente á la observacion de mas de un práctico. El doctor Addison se referia, á no dudarlo, á hechos de este género al describir «la anemia idiopática,» y por otra parte hay en los síntomas de la enfermedad de Addison y los de la atrofia del estómago tantos puntos de semejanza, que deben en esta última enfermedad llamar la atencion de los anatómicos.

En el enfermo del doctor Fenwick y en otros semejantes que ha podido observar, uno de los síntomas mas notables era el color caquéctico, verdadero tinte canceroso. Como este fenómeno se manifiesta en muchos casos de cáncer sin que haya habido hemorragias ó supuraciones, cree el autor que en tales circunstancias podria ser debido á las alteraciones de las glándulas del estómago. Con objeto de comprobar esta hipótesis ha examinado los órganos digestivos de 57 individuos muertos de cáncer, encontrando en 21 casos el aparato glandular del estómago afectado en grande extension; la proporcion seria, pues, de 37 por 100.

La atrofia parece proceder de dos maneras, ya por la formacion de tejido fibroso entre los tubos glandulares, ya por el ensanchamiento de las glándulas solitarias y la absorcion consecutiva de los fondos de saco glandulosos.

El doctor Fenwick piensa que una vez llamada la atencion sobre esta enfermedad, se encontrarán ejemplos mas repetidos y frecuentes.

Bajo el punto de vista terapéutico, preciso es confesar que no poseemos grandes recursos. Al principio de la anemia idiopática, los enfermos obtienen algunas ventajas con el hierro, la quina y demás tónicos; pero muy luego reaparece la debilidad. En los últimos períodos, á juicio del autor, perjudican los preparados ferruginosos, y prescribe generalmente la pepsina y el ácido clorhídrico muy diluido, despues de cada comida. Los ataques de vómitos son muy difíciles de contener, y á veces, por lo que aumentan la debilidad, aceleran el fin de los enfermos.

**Bronquitis: tratamiento. (Bull. de thér.).**

La extraordinaria frecuencia de la bronquitis, la facilidad con que pasa al estado crónico, y las graves consecuencias que de aquí suelen seguirse, dan indisputable interés á un artículo eminentemente práctico, publicado por el doctor Delieux de Savignac en el *Bull. de thér.* Confiesa el autor que no es su propósito presentar el tratamiento de la bronquitis, sino simplemente establecer algunas indicaciones generales y vulgarizar ciertas fórmulas, cuya utilidad le ha demostrado la experiencia.

En el principio de la mayor parte de las bronquitis, cuando la tos es seca, por accesos y acompañada de mas ó menos disnea, están indicados los expectorantes.

El kermes y la ipecacuana favorecen, no solo la expectoracion, sino la secrecion de las mucosidades, que constituyen la materia de los esputos, anticipando, por consiguiente, el segundo período. Cuando este producto, por un exceso de viscosidad es difícil de eliminar, la escila produce excelentes resultados, justificando las propiedades incisivas que la atribuian los antiguos.

No es necesario emplear los opiados mas que para hacer tolerar alguno de los medicamentos antes citados, ó calmar la tos cuando estos no bastan para conseguirlo. Con este objeto puede usarse tambien el hidrolato de laurel cerezo.

Fundado en estos principios, prescribe el autor las siguientes *pociones expectorantes*:

1.º Kermes. . . . .	0,20
Agua de laurel cerezo. . . . .	10,0
Jarabe de Tolú. . . . .	30,0
Mucilago de goma. . . . .	120,0
2.º Kermes. . . . .	0,10
Agua de laurel cerezo. . . . .	30,0
Mucilago de goma. . . . .	100,0
Jarabe de ipecacuana. . . . .	15,0
— de opio. . . . .	15,0

A cualquiera de estas dos pociones pueden agregarse 20 gramos de oximiel escilítico en los casos ya indicados.

La mezcla de kermes é ipecacuana es mas susceptible

de provocar vómitos que estas sustancias tomadas aisladamente; por esto es conveniente añadir el jarabe de opio, y si no basta, el de morfina.

En las bronquitis capilares es urgente provocar el vómito con la ipecacuana, el emético ó el sulfato de cobre, porque cuanto mas se espera, mas difícil se hace determinar la expectoración y el vómito; llega un momento en que los nervios pneumo-gástricos, comprimidos por los bronquios distendidos, parecen paralizarse, y dejan de responder á la excitación de los eméticos.

En un momento dado, la goma amoníaco será superior á los antimoniales y á la ipecacuana para desembarazar los brónquios por un último esfuerzo de expectoración, y agotar sus secreciones patológicas. Así, está particularmente indicada en los catarros húmedos, que persisten después de la bronquitis aguda, en la bronquitis crónica y en la broncorrea.

El doctor Delioux de Savignac prescribe frecuentemente contra la tos bronquial dolorosa, seca ó con expectoración difícil, sibilante y acompañada de opresión, la siguiente fórmula:

Sesquicarbonato de amoníaco.. . . . .	1,0 á 2,0
Ron ó aguardiente. . . . .	30,0
Agua destilada de azahar. . . . .	40,0
Jarabe de goma. . . . .	20,0
— de tolu. . . . .	20,0
— de morfina. . . . .	15,0

Esta pocion calma el espasmo y el dolor de los brónquios, los humedece y facilita la expectoración fluidificando los esputos.

En los casos de afonía, con ó sin tos, el medicamento preferible es el éter. El doctor Delioux aconseja como ejemplo la siguiente *pocion contra la afonía*:

Eter. . . . .	4,0
Hidrolato de menta. . . . .	30,0
— de azahar. . . . .	30,0
— de melisa. . . . .	60,0
Jarabe de goma. . . . .	25,0
— de Tolu. . . . .	25,0

El autor encuentra particularmente indicado el acónito



al principio de una bronquitis ó de una laringo-bronquitis, producida por un intenso y repentino enfriamiento, con inminencia simultánea de coriza, ó bien al principio del coriza, sobre todo en los sujetos en quienes la inflamacion de la pituitaria tiende á propagarse á la mucosa bronquial. La preparacion que emplea es el alcoholaturo; á fin de hacerle mas calmante, añade las sustancias que indica la siguiente fórmula :

Alcoholaturo de acónito. . . . .	2,0
Agua de laurel cerezo. . . . .	8,0
— de azahar. . . . .	50,0
— de lechuga ó tilo. . . . .	60,0
Jarabe de éter. . . . .	15,0
— de codeina. . . . .	15,0
— de capilaria. . . . .	20,0

Esta pocion, muy útil para conjurar los efectos de un enfriamiento y evitar la invasion inflamatoria de las porciones superiores de la mucosa aérea, es tambien muy calmante, y conviene contra las toses secas, nerviosas ó de irritacion sin exudato de los bronquios.

El opio, muy útil como calmante del sintoma tos y de la irritacion que la provoca, no debe usarse inconsideradamente en todos los períodos. En el principio del catarro no debe emplearse, á no ser como auxiliar de otros medicamentos entonces mejor indicados. Su oportunidad llega cuando han cesado las secreciones bronquiales. Si se trata solo de una neurose ó de una irritacion sin secrecion, puede administrarse el opio desde luego.

El doctor Delioux de Savignac llama en último término la atencion acerca de los buenos efectos de las leches, cuya eficacia le ha demostrado la experiencia en muchos sujetos afectados de bronquitis agudas ó crónicas, que despues de haber conseguido poco ó ningun resultado con muchos otros medios, se curaron por la dieta láctea estrictamente observada, ó cuando menos la leche á grandes dosis. Esta medicacion, y aun mejor podria decirse este régimen, conviene especialmente á las bronquitis crónicas, que parecen poner en camino de la tfsis. En semejante caso completa el autor este método de tratamiento por la adicion de huevos frescos, crudos, ba-

tidos y mezclados con la leche, y una dosis diaria de 4 á 8 gramos de cloruro de sodio, que considera como uno de los agentes menos inciertos que pueden oponerse á la tuberculizacion inminente ó aun declarada.

**Cólera: tratamiento por el cloral y el eucalyptus globulus.**  
(*Gaz. méd. de Strasbourg.—Algerie méd.*).

En la epidemia de cólera que ha reinado últimamente en Riga, el doctor von Reichar ha recurrido al cloral con objeto de calmar los calambres, disminuir la angustia precordial, tan penosa en el último período, para detener los vómitos y procurar el sueño, que con tanto afán reclaman los enfermos. No solo se obtuvieron todos estos resultados, segun el autor, sino que el éxito de la medicacion excedió á lo que podia esperarse. En un caso en que se habia seguido el tratamiento clásico, la paciente estaba literalmente en la agonía, y parecia tener cuando más tres horas de vida. A las once de la noche se administraron 4 gramos de cloral en 15 de agua destilada; la deglucion del medicamento produjo una viva sensacion de quemadura, pero apenas habian pasado dos minutos, cuando ya estaba dormida la enferma. El sueño, que era agitado al principio, no tardó en hacerse tranquilo, y duró tres horas. Los movimientos respiratorios mas lentos y profundos; aumentó el calor notablemente; reapareció la turgencia de la piel; la facies colérica fué reemplazada por una expresion de bienestar notable. En una palabra, se verificó una verdadera resurreccion, en cuyos detalles insiste el doctor Reichar con singular complacencia. El pulso, que antes pasaba de 130 pulsaciones y era casi imperceptible, descendió á 90 cuando despertó la enferma, y presentaba ya cierto desarrollo. La paciente solo se quejaba de debilidad. Desde el momento en que se administró el remedio no habia vuelto á haber vómitos; solo se verificaron cuatro deposiciones en tres dias, y los materiales tenian ya alguna consistencia. La lengua tardó bastante en limpiarse de su capa mucosa. A los once dias de tan terrible crisis, la mujer estaba completamente buena y entregándose á sus ocupaciones habituales.

El doctor Blumenthal, médico en el hospital militar de

Riga, ha empleado igualmente el cloral en tres casos de cólera, los mas graves que ha tenido que tratar, obteniendo como resultado dos curaciones y una defuncion. Este autor administra el cloral en dosis de 4 gramos en 15 de agua destilada, repetida dos ó tres veces en el espacio de una hora. Nos parecen demasiado maravillosos los efectos que se atribuyen á este medicamento, para no recibirles con cierta prudente incredulidad.

*Eucalyptus globulus.*—El doctor Martin emplea de preferencia las hojas de este árbol, haciendo una infusion con cinco á ocho de ellas en un litro de agua. Los frutos y la corteza dan el mismo resultado.

El eucalyptus, administrado de este modo, tiene un sabor agradable, estimula la secrecion urinaria aun cuando haga muchos dias que está suspendida, cambia frecuentemente la naturaleza y coloracion de los materiales de las deposiciones, pero sobre todo detiene los vómitos ó disminuye su frecuencia. De 48 enfermos que tomaron la infusion, ya helada, ya caliente, sola ó mezclada con ron, en 35 se contuvieron los vómitos á las tres horas por término medio, en 7 disminuyó su frecuencia, y en 4 no se notó efecto alguno favorable.

Este medicamento parece obrar por el aceite esencial que contiene, y que ofrece grande analogía con la esencia de trementina.

El doctor Dru en 1847, y el doctor Duclos en 1865, recomendaron la trementina en el tratamiento del cólera. Su accion, segun M. Martin, es casi la misma que la del eucalyptus; y como la experiencia no ha confirmado las virtudes que se la atribuian, no es muy aventurado sospechar que pueda suceder lo mismo con esta última sustancia.

**Cuerpo extraño en la laringe simulando una tisis de este órgano. (Genio médico-quirúrgico).**

El doctor D. Venancio Moreno Lopez ha publicado en el *Genio médico quirúrgico* un caso bastante curioso de cuerpo extraño que permaneció en la laringe largo tiempo simulando una tisis, sin que el enfermo se hubiese apercebido de su penetracion.

Era el paciente un sujeto de la provincia de Toledo, de cuarenta años, fuerte, robusto y gran cazador. En el mes de abril de 1870 salió, como de costumbre, á caza, y despues de haber andado hasta cerca de medio dia, se sentó debajo de una encina, comió con excelente apetito, y se entregó al descanso, durmiéndose profundamente por dos ó tres horas.

Su despertar fué como de susto, y notó al hacerlo que se habia constipado fuertemente. Tosía con mucha frecuencia, y la tos era seca, bronca, continúa, molesta, y no pasaba, segun referencia del enfermo, de la entrada de la garganta, produciéndole tal disgusto y ansiedad, que le obligó á retirarse á casa con objeto de curarse aquel catarro.

A pesar de haber sudado abundantemente, continuaba la tos bronca, molesta y seca por demás, obligándole, luego que hubieron trascurrido seis dias, á consultar á un profesor, que caracterizó el padecimiento de bronquitis. Se estableció un tratamiento enérgico y apropiado, pero la dolencia no cedia un ápice, y trascurridos dos meses el enfermo comenzaba á enflaquecer y á resentirse de un dolor constante en el sitio correspondiente á la glotis, punto que, en su sentir, era el de partida de la tos continúa que le aquejaba. Un reconocimiento detenido no permitió descubrir nada notable. Llegado el tercer mes sin el menor alivio, el dolor de la garganta, casi constante, le molestaba mucho al hacer la deglucion, especialmente de los líquidos, y los esputos, que hasta entonces habian sido simplemente mucosos, se hicieron sanguinolentos, aumentando este síntoma de una manera tan notable, que á los ocho dias salian formados completamente de sangre pura, encarnada, algo espumosa, y con todos los caractéres, en fin, de arterial.

Se desarrolló una ligera fiebre con pequeños recargos vespertinos, precedidos de un ligero escalofrio. En esta situacion, y á los cuatro meses de padecimiento, le vió el Sr. Moreno Lopez. Estaba flaco, pálido, ojeroso, triste; tenia fiebre, inapetencia; tos habitual, bronca, seca; y cuando despues de muchos golpes arrojaba algun esputo, era sangre casi pura. Al tragar, sobre todo los líquidos, advertia dolor en el sitio correspondiente á la glotis, y

aseguraba sentir como un pellejo flotante, que á veces le molestaba mas, expresando tener continúa necesidad de arrojar algo, pero que no podia, porque al hacer algun esfuerzo para ello, el dolor aumentaba considerablemente. El Sr. Moreno dispuso un tratamiento en armonia con el diagnóstico establecido de tisis laríngea, con el cual no consiguió alivio alguno; pero á los veinte dias de esta primera consulta se presentó el enfermo al autor completamente desconocido. Venia alegre, hablador, de buen color, algo nutrido, con la voz natural, y se puede decir que en perfecto estado de salud.

Tan repentino y grande alivio era debido á que á los once dias de la primera visita, tuvo un fuertísimo golpe de tos, sintió con él desprenderse una cosa de la garganta que le pinchaba de una manera atroz, y se le vino á la boca, arrojándola inmediatamente. No era mas que una hoja de encina, que, sin duda, cayendo del árbol cuando se quedó dormido, penetró en la boca, la aspiracion la llevó á la glotis, se clavó en la laringe, y desde el momento en que despertó el enfermo empezó á sentir las consecuencias, tomando por un resfriado los síntomas que ya hemos descrito y que tan largo tiempo le atormentaron.

**Delirium tremens: tratamiento.** (*Gaz. des hop.—Dict. des prog.*).

Sin negar el doctor Paget que el delirium tremens dependa, como se cree generalmente, de la falta de estimulantes en las personas que están muy habituadas á ellos, cree mas probable que se desarrolle cuando estos individuos disminuyen su alimentacion. Un hombre que continúa bebiendo y comiendo, corre menos riesgo de ser atacado que el que bebe sin comer, es decir, que dos excesos son menos peligrosos que uno solo, lo cual parece una paradoja, pero es un hecho demostrado por la experiencia diaria.

El *delirium tremens* no consiste, pues, tanto en el exceso de la bebida como en la falta de los alimentos, y así no conviene, como se hacia hace veinte y cinco ó treinta años, tratarle por fuertes dósis de estimulantes y de opio, sino mas bien alimentar á los enfermos, introduciendo las

sustancias alimenticias por el recto si no se las puede administrar por el estómago.

Debe, sin embargo, advertirse que el borracho, el dipsomaniaco, pierden necesariamente el apetito por las alteraciones digestivas que produce su funesto vicio.

Segun el doctor Gubler, el delirium tremens presenta dos períodos: 1.º neurósico; 2.º congestivo y flogístico. Para distinguir estos períodos, la mejor piedra de toque es la terapéutica.

La enfermedad que nos ocupa no es al principio, dice el autor, mas que una *neurose*; entonces el tratamiento racional consiste en los alcohólicos, administrados á dosis moderadas, como estimulantes, y para no privar bruscamente al enfermo de su excitante habitual; y en los narcóticos, ó mas bien los hipnóticos, el opio y el cloral.

Si el delirio no cede y sobrevienen fenómenos de excitacion local y general, es preciso renunciar á los medios precedentes y recurrir á los tónicos vaso-motores; raras veces á los antiflogísticos ordinarios, á las sanguijuelas, á los emeto-catárticos. Entre los tónicos vaso-motores, el doctor Gubler emplea con éxito el bromuro de potasio, el sulfato de quinina y la digital. El autor da detalles instructivos acerca del uso de estas diferentes sustancias.

*Opio.*—Para tener seguridad en los efectos del medicamento y evitar los fenómenos de la acumulacion de dosis, deben prescribirse casi siempre las preparaciones líquidas, siendo preferible la tintura tebáica al láudano, porque no repugna tanto su sabor. Se administra en dosis de 10 gotas, repetidas dos, tres ó cuatro veces en las veinte y cuatro horas. En poquísimos casos hay que pasar de esta cantidad.

El doctor Gubler usa frecuentemente al mismo tiempo una especie de pocion de Todd, en que el alcohol está asociado al principio narcótico por excelencia, y cuya fórmula consiste en:

Alcohol rectificado. . . . .	} aa. 50 gramos.
Agua de menta. . . . .	
Jarabe de morfina. . . . .	
Idem de cáscaras de naranja. . . . .	10 —

*Cloral.*—El autor prescribe habitualmente este nuevo

hipnótico en forma de jarabe, que contiene, como el de Follet, 1 gramo de hidrato de cloral en cada cucharada.

Se empieza administrando dos cucharadas de jarabe, separadas por una hora de intervalo. Esta dosis se repite, si es preciso, al fin del día. En ningún caso hay necesidad de pasar de la cantidad de seis gramos en las veinte y cuatro horas. Este medicamento produce á veces, según el autor, efectos maravillosos. Las dos primeras cucharadas suelen determinar un sueño rápido, profundo, regularmente prolongado y seguido de un alivio notable.

La única objeción que puede hacerse al cloral consiste en no producir efectos fisiológicos en todos los sujetos, y por lo tanto ser un agente más desigual que el opio.

*Bromuro de potasio.*—M. Gubler empieza la administración de esta sal por la cantidad de cuatro gramos en cuatro dosis en las veinte y cuatro horas. Al segundo día la cantidad se eleva á seis gramos, y al tercero á ocho, de la cual es muy raro que haya que pasar.

*Sulfato de quinina.*—El primer día, un gramo de la sal en cuatro dosis, que pueden darse en polvo envuelto en ostia ó barquillo, si el enfermo no está muy agitado y lo toma bien; en el caso contrario, se disuelve en una infusión de café, á la que se adiciona el agua de Rabel. Cuando se da la sal quínica en forma sólida, debe beber el sujeto en seguida un vaso de limonada cítrica ú otro líquido ácido cualquiera. La cantidad de sulfato puede elevarse hasta 2 gramos en las veinte y cuatro horas.

*Digital.*—El autor no cree que debe imitarse el ejemplo de algunos prácticos alemanes é ingleses, que prescriben este medicamento en dosis demasiado crecidas.

Para la facilidad de la administración y la seguridad de los efectos, ninguna preparación iguala á la tintura alcohólica. La usa siempre en dosis de 10 gotas á la vez, repetidas de tal modo, que el primer día se den al menos 30, el segundo 60, el tercero 90 ó 120, según la necesidad, lo que representa uno, dos, tres y cuatro gramos diarios de tintura alcohólica. M. Gubler ha llegado algunas veces á seis gramos, obteniendo efectos eficaces, sin haber observado fenómenos de intolerancia, como náuseas, vómitos, sudores fríos, refrigeración, síndrome, cuya intervención no sería probablemente inútil en los

casos rebeldes de *delirium tremens* que han llegado al período de flogosis.

**Diarrea: disentería: tratamiento.** (*Arch. gén. de méd.*).

El doctor Declat ha presentado á la Academia de Ciencias de Paris una nota sobre un medio muy fácil y casi seguro de contener la diarrea y la disentería especial de los soldados expuestos á la humedad ó al frio.

Este medio, sancionado ya por la experiencia, segun dice el autor, evita á los enfermos la ida al hospital, librándolos, por consiguiente, del peligro de contraer las enfermedades reinantes en estos establecimientos. Consiste en hacer beber á los pacientes, dos dias seguidos, fuera de las horas de las comidas, la siguiente solucion:

Agua. . . . .	80 gramos.
Acido féñico cristalizado, disuelto en un décimo de alcohol. . . . .	8 á 12 gotas.
Tintura tebáica. . . . .	10 á 15 —
Alcoholaturo de acónito. . . . .	15 á 20 —

Esta solucion se usa en la diarrea, y la diferencia indicada en la cantidad de los medicamentos permite ajustar su energía á la gravedad del mal. En los casos de disentería se prescribe la misma dosis de ácido féñico; la tintura tebáica varía entre 15 y 20 gotas, y se suprime el acónito.

**Hiposulfito de sosa.**—El doctor Constantino Paul hace grandes elogios del hiposulfito de sosa en el tratamiento de la disentería. Fundándose el autor en los trabajos del doctor Polli, sobre los fermentos morbosos y la accion de los hiposulfitos, empleó esta sal para desinfectar las deposiciones, y sabiendo que es completamente inofensiva, trató de hacer lo mismo con las materias alvinas en el recto, valiéndose para ello de lavativas con una solucion de hiposulfito en proporcion de una parte de la sal por veinte de agua; desde el dia en que se empezaron á emplear estos medios cesó toda fermentacion en el intestino, y con ella la infeccion.

Al uso de este remedio, inofensivo y poco costoso, que desinfecta y cura, es preciso añadir el régimen, cuestion



de primera importancia. No debe olvidarse, dice M. Paul, que hay que proscribir los alimentos de fermentacion pútrida, y, de consiguiente, dar al enfermo los menos caldos posibles; son útiles las bebidas feculentas, agua panada, sustancia de arroz, agua albuminosa, cocimiento blanco, y, en fin, un cocimiento ligero de café.

**Dispepsias: clasificacion y tratamiento por medio de la maltina. (Gaz. hebd.).**

La dispepsia con sus formas múltiples, contra las cuales se agota á veces inútilmente todo el arsenal terapéutico, es una de las enfermedades sobre las que mas se ha escrito, sin embargo de lo cual está aun rodeada de dudas y oscuridades. Buena prueba de ello es un trabajo presentado por el doctor Coutaret á la Academia de medicina de Paris, en el que empieza por rechazar todas las clasificaciones de las dispepsias que se fundan en el predominio de los síntomas mas aparentes, como las dispepsias ácidas, alcalinas, flatulentas, gastrálgicas, etc.

Tomando el autor por punto de partida los trabajos sobre la digestion, debidos á Bouchardat, Sandras, Mialhe y Bechamp, propone una clasificacion de las dispepsias, fundada en el papel de los órganos que concurren á esta funcion, en la naturaleza de los alimentos y en el modo de impresionar los diversos órganos que recorren en el curso del acto digestivo para sufrir sus completas metamorfosis. Admite en consecuencia: 1.º dispepsia salival ó amilácea; 2.º dispepsia duodeno-intestinal ó hipocondriaca; 3.º la gástrica ó sulfhídrica. Estas tres formas pueden, segun M. Coutaret, combinarse entre sí y manifestarse por síntomas variados, pero siempre se las distingue por su sitio, su naturaleza y su tratamiento.

En resúmen, esta clasificacion descansa en tres leyes fisiológicas perfectamente establecidas: 1.º la naturaleza de nuestra alimentacion, que se compone de tres especies de alimentos: feculentos, grasos y azoados; 2.º los tres grupos distintos de órganos que funcionan en la digestion: las glándulas salivales, el estómago y los intestinos; 3.º las tres fases de la digestion: la salival ó alcalina, la gástrica ó ácida y la duodeno-intestinal, que es

generalmente alcalina. Cada uno de estos tres períodos de la digestion, cada uno de los tres sistemas de órganos digestivos, corresponde especialmente á un grupo particular de cada una de las tres especies de alimentos. Esta clasificacion no ofrece solo el atractivo de una teoria nueva, sino que de ella se desprenden consecuencias prácticas inesperadas para el diagnóstico y el tratamiento de las dispepsias.

*Síntomas de la dispepsia salival ó amilácea.*— Esta dispepsia procede de la mala digestion de los alimentos feculentos. Sea la que quiera su causa, se produce siempre que hay alteracion, disminucion ó falta de la saliva. Afecta particularmente á las personas que gastan mucha saliva en el ejercicio de sus profesiones, maestros, abogados, etc.; á los que mastican mal ó comen con demasiada precipitacion. La producen tambien el abuso de los alcohólicos, la irregularidad en las horas de las comidas, las pasiones violentas, etc.

La dispepsia amilácea comienza generalmente una hora despues de la comida; algunas veces antes, y otras despues. Se anuncia por lo comun por una sensacion mas ó menos dolorosa de peso, implazon, plenitud epigástrica, y por la necesidad de desabrocharse los vestidos. El desarrollo de gases produce ruidos en el estómago, y á veces eruptos, que son inodoros ó tienen el sabor de los alimentos; en ocasiones son vinosos, ácidos, ágricos y aun ácrés y urentes. Estos síntomas morbosos corresponden á los períodos sucesivos de fermentacion glucósica, alcohólica, acética, láctica y butírica. Así se encuentra en la evolucion de esta dispepsia la regularidad progresiva de los fenómenos que se manifiestan en la fermentacion artificial de las sustancias amiláceas.

El tubo digestivo, irritado por una masa alimenticia empapada de jugos anormales, se esfuerza en desembarazarse de ella por las vías superiores; de aquí náuseas, vomituriciones y aun vómitos; otras veces hay ptialismo, espuicion de aguas claras, mucosas, ácidas, alcalinas ó saladas.

Cuando los alimentos llegan al duodeno, determinan fenómenos análogos. Los gases no tienen generalmente el olor infecto que indica una descomposicion pútrida de

las materias azoadas. El estreñimiento es la regla general en esta dispepsia.

El desarrollo de gases provoca frecuentemente calambres dolorosos hácia el ombligo y los hipocondrios; punzadas hácia los hombros, debajo del corazon y aun del esternon. Estos dolores pueden existir sin necesidad de la intervencion de gases, por la sensibilidad especial de los nervios de la vida esplánica; sea como quiera, la neuralgia intercostal, situada al nivel de la region cardíaca, es un fenómeno frecuentísimo en la dispepsia amilácea.

Por acciones reflejas se explican el hipo, los accesos de tos, las palpitaciones, la opresion precordial, los vértigos, etc. A esta reaccion del estómago sobre el cerebro son debidas la apatía muscular, la palidez ó inyeccion de la cara, la somnolencia, la cefalalgia, la jaqueca durante el día, el insomnio y la agitacion por la noche.

A pesar de tales manifestaciones morbosas, los sujetos que las sufren gozan en apariencia de buena salud, y pocas veces se demacran.

Esta forma de dispepsia es, sin contradiccion, la mas comun de todas. Segun M. Coutaret, de cada 100 dispepsicos, 60, sin exageracion, la padecen.

Además, la dispepsia amilácea es casi siempre esencial; las causas generales producen por lo comun la hipocondriaca. No hay mas que una causa general que determine la primera: la anemia y la clorosis.

Esta dispepsia, segun el autor, se cura con el régimen, las aguas alcalinas y la maltina, sustancia que es un fermento vegetal, de que nos ocuparémos luego.

*Dispepsia hipocondriaca.*— Puede ser producida: 1.º por la llegada al duodeno de alimentos mal preparados en los órganos superiores; 2.º por la alteracion ó falta de los líquidos pancreáticos, biliares, intestinales; y 3.º por influencia oculta de causas generales. Se presenta casi siempre en personas que han pasado la edad de la vida media. Los síntomas aparecen cuatro ó seis horas despues de la comida, y duran bastante tiempo. Como anteriormente, se observan en esta enfermedad el latido, la gastralgia, los ágrios, los efectos reflejos en el cerebro y diversos accidentes comunes á todas las dispepsias.

Se producen además vómitos sin esfuerzo ni ansiedad

precordial, y sobre todo neuralgias ó cólicos, que ocupan diferentes regiones del abdómen, y que tienen cuatro puntos especiales de localizacion; en el hipocondrio izquierdo, al nivel del páncreas y del bazo; en la parte superior del hipocondrio derecho, á la altura próximamente del conducto colédoco; en la parte inferior del hipocondrio derecho, á las inmediaciones de la S ilfaca; el cuarto, en fin, alrededor del ombligo, en los intestinos delgados. Hay tambien un síntoma importante, y que consiste en una neuralgia dorsal, que puede complicar estos dolores cólicos y que se observa tan frecuentemente en esta dispepsia, como la neuralgia intercostal en la amilácea.

Las deposiciones son irregulares; tan pronto hay estreñimiento como diarrea. La tristeza y las ideas melancólicas no tardan mucho en venir á unirse á todos los demás síntomas que aquejan al enfermo; son el cortejo obligado de las obstrucciones viscerales.

En esta dispepsia la salud puede resistir en apariencia, si el mal no es muy intenso; otras veces se altera rápidamente, presentándose demacracion, color amarillento, téréreo ó aceitunado de la piel. Examinando con cuidado el abdómen, no se encuentra ningun órgano enfermo. Todos los alimentos se digieren con trabajo; pero son mucho mejor toleradas las carnes, y muy mal las féculas, manteca y grasas en general.

Esta dispepsia es muy pocas veces esencial; representa un 25 á 30 por 100 de los casos que se observan en la práctica. El reumatismo y las hemorroides en los hombres; las enfermedades uterinas en las mujeres; la gota y las erupciones cutáneas en ambos sexos son las complicaciones que la acompañan mas comunmente. Estos son los casos que oponen una resistencia desesperada á los tratamientos mejor dirigidos.

Aparte de los medios que se emplean para combatir las diátesis, el autor recomienda, como especialmente eficaces en la dispepsia hipocondriaca, el régimen, las aguas de Plombieres ó de Ems, el uso de la cerveza poco fermentada, la hidroterapia y la cura por las uvas.

La maltina, sin embargo, puede prestar en estos casos servicios indirectos. Así es que la cerveza, tomada antes

de fermentar, obra con verdadera eficacia, á causa de este fermento vegetal que contiene en gran cantidad. Por lo demás, la saliva es impotente para digerir por sí sola los feculentos, así como los jugos biliares y pancreáticos son incapaces de completar la digestión sin la intervención prévia de la ptialina. Estas dos séries de órganos son solidarias entre sí.

*Dispepsia sulfhídrica.*—Esta dispepsia tiene por efecto inmediato: 1.º la indigestion de las carnes; 2.º la formacion de ácido sulfhídrico. Se produce siempre que el jugo gástrico no es segregado en cantidad proporcional á la suma de las sustancias azoadas sometidas á su accion.

Los grandes comedores, las personas de edad avanzada, los convalecientes de fiebres graves, las embarazadas, los niños de corta edad sometidos á un régimen demasiado analéptico, son las principales víctimas de esta enfermedad.

La dispepsia que nos ocupa presenta síntomas diferentes, segun su intensidad. En el primer grado tiene todos los signos de la dispepsia ligera, y además los eructos con sabor á huevos podridos, gases intestinales muy fétidos, disposicion á la diarrea, inapetencia, deseo de bebidas frescas y á veces sed intensa. De la insuficiencia del jugo gástrico resulta un principio de putrefaccion, que da origen al ácido sulfhídrico, y que se revela al exterior por el olor infecto de los gases intestinales y las deposiciones.

En el segundo grado son mas frecuentes y prolongados los eructos ágricos, butíricos; la alteracion se hace immoderada; sobrevienen vómitos y diarrea, con olor pútrido, pudiéndose encontrar en las deposiciones restos de alimentos no digeridos. Luego que se han dissipado los síntomas de la mala digestion, los enfermos sienten hambre. La cara se pone pálida, hay demacracion y sobreexcitacion nerviosa general.

En este estado el mal es todavía susceptible de curacion; pero no sucede lo mismo si llega al tercer grado. Cuando así sucede, todos los síntomas aumentan; sobreviene la lienterfa, acompañada de una hambre insaciable, demacracion rápida, vómitos, alternando con deposiciones líquidas y fétidas, palidez térrea de todo el

cuerpo, abatimiento de fuerzas, y por último, fiebre lenta y muerte.

Esta enfermedad es casi siempre esencial, y se la observa 10 á 15 veces en cada 100 dispépsicos. Presenta indicaciones especiales, que son por el orden de su importancia: la carne cruda, la pepsina y los ácidos, el subnitrito de bismuto y la maltina.

Hay casos en que se obtienen curaciones inesperadas, eludiendo la dificultad, es decir, suprimiendo las carnes de un modo absoluto, y prescribiendo un régimen vegetal y amiláceo. Fácilmente se comprenden los servicios que puede prestar la maltina en estas circunstancias. No obstante, las otras medicaciones son preferibles y mas poderosas.

En primer lugar el régimen; luego la carne cruda. El doctor Coutaret dice que no ha observado nunca que el subnitrito de bismuto ejerza directamente una acción sedante sobre los nervios del tubo digestivo; pero es muy útil en la dispepsia gástrica para absorber el gas sulfhídrico y combatir la diarrea. La pepsina es un precioso medicamento, que obra con maravillosa actividad cuando encuentra sus indicaciones racionales; en la dispepsia sulfhídrica produce efectos sorprendentes. En estos casos es tambien cuando se obtienen buenos resultados del ácido clorhídrico puro ó mezclado al vino y al opio, como en la fórmula del doctor Malherbe, de Nantes.

Estas tres clases de dispepsias no siempre se presentan aisladas á la observacion; se mezclan á veces, dando lugar á dispepsias mixtas.

El autor se detiene especialmente en la primera forma, haciendo resaltar la importancia de la salivacion y lo indispensable que es vigilar esta funcion, regularizarla, y preparar de este modo el complemento normal de los otros períodos de la digestion. Sea la que quiera la causa que produzca un vicio de insalivacion, es frecuentemente imposible, añade, combatirla, al menos directamente, por las medicaciones hasta ahora conocidas. M. Coutaret cree haber llenado este vacío con una diástasa salival artificial, una verdadera ptialina vegetal; en una palabra, la maltina, cuyas curiosas propiedades indicaremos sumariamente.

El doctor Irvine descubrió en 1785 que la cebada germinada ó malta tenia la propiedad de sacarificar el almidon. M. Dubrunfault publicó en 1823 algunos trabajos acerca de esta materia; y por fin los distinguidos químicos Payen y Persoz encontraron el principio activo del malta en 1833, y reconocieron que la cebada, así como todas las semillas en germinacion, contienen una sustancia azoada, á la que dieron el nombre de diástasa. M. Dubrunfault le llamó maltina, que es el adoptado por el doctor Coutaret.

*Preparacion.*—Para extraer la maltina se hace macerar, durante veinte y cuatro horas, la cebada germinada y contundida en el doble de su peso de agua á 40°; se diluye en seguida el líquido filtrado con doble de su volumen de alcohol á 90°. El precipitado que se obtiene es la maltina; no resta mas que hacerla secar á una temperatura de 40° y conservarla en frascos bien secos.

Esta preparacion, sencilla en apariencia, exige grande hábito en las manipulaciones, para conseguir en todos los casos una maltina idéntica en sus propiedades químicas y fisiológicas. Se obtienen por término medio 5 á 6 gramos de maltina activa por cada kilogramo de cebada germinada.

Se presenta en forma de un polvo amarillo blanquecino, amorfo é incristalizable; olor fuerte, desagradable, de levadura de pan de centeno descompuesta por la fermentacion. Es algo soluble en agua, muy poco en el alcohol diluido y el éter, y nada en el alcohol absoluto.

Puesta en contacto con la fécula, en caliente ó en frio, siempre que la temperatura no baje de 40° bajo cero ó pase de 50, la fluidifica rápidamente, convirtiéndola en un líquido opalino mezclado con almidon, dextrina y glucosa. Un gramo de maltina disuelve bastante bien en algunas horas 1500 á 1.800 gramos de fécula cocida.

La maltina es un fermento, y no tiene, por consiguiente, fórmula química. Las sales de cal y barita la precipitan de sus soluciones en el agua destilada; los bicarbonatos y carbonatos alcalinos producen el mismo efecto, pero se redisuelve el precipitado añadiendo un exceso de reactivo. Las sales de plomo, mercurio y cádmio y el tanino forman con ella compuestos pesados é insolubles.

Estas reacciones explican las simpatías y antipatías de la maltina. En efecto, pierde su propiedad de sacarificar la fécula en un medio muy ácido ó de una alcalinidad cáustica. La cal y la barita impiden su accion, y los metales antes indicados y el tanino son incompatibles con ella, y la mayor parte de las sales minerales perjudican á su eficacia. Por el contrario, la favorecen las sales alcalinas, y no parecen contrariarla el alcohol diluido, el éter, los aceites esenciales, ácidos débiles, el vinagre y las sales de arsénico.

La maltina verifica la digestion artificial de la fécula con una actividad sorprendente. El autor refiere detalladamente gran número de experimentos que así lo demuestran.

*Aplicaciones terapéuticas.*—En la dispepsia salival la maltina es un remedio soberano, porque suple á las funciones de la saliva, disminuida ó alterada.

En las dispepsias hipocondriacas cura á veces y alivia muy frecuentemente, favoreciendo y reforzando la actividad de las secreciones duodeno-intestinales.

En las dispepsias sulfhidricas, en fin, la maltina puede ser un precioso auxiliar, cuando el médico juzga conveniente prescribir una alimentacion exclusivamente vegetal.

*Modo de administracion.*—Se administra en forma de pastillas, cada una de las cuales contiene 5 centigramos de sustancia activa, en cantidad de una, dos y raras veces tres despues de todas las comidas.

La maltina es siempre inofensiva para los órganos digestivos; goza además la propiedad de regularizar las deposiciones. En fin, esta medicacion no excluye el uso de los remedios que se crean útiles para luchar contra ciertas complicaciones predominantes.

El doctor Coutaret refiere en su voluminosa Memoria 35 observaciones, en las que el fermento de la cebada germinada ha producido excelentes resultados.

Despues de los detalles en que hemos entrado y de las grandes proporciones que ya tiene este artículo, no creemos necesario analizarlas aquí, pues basta lo dicho para comprender las indicaciones de este fermento.



**Enajenaciones mentales: tratamiento por medio del cornezuelo de centéno.** (*The Practitioner.—Bull. de Thér.*)

Durante los últimos seis años, el doctor Crichton-Browne, director de una casa de dementes, ha estudiado en gran número de casos los efectos del cornezuelo de centeno en varias formas de enajenación, obteniendo resultados que el autor cree de grandísima importancia práctica. Una observación de Brown-Séquard, que atribuye á esta sustancia el poder de producir una contracción de los vasos de la médula espinal y sus membranas, sugirió al doctor Crichton la idea de que pudiera tener la misma acción respecto á los vasos del cerebro, siendo capaz de modificar la actividad funcional de este órgano. Un gran número de hechos esparcidos en la literatura médica, relativos á los fenómenos del ergotismo, daban muchísimas probabilidades de verdad á esta suposición.

Conviene advertir desde luego que no en todas las clases de enfermedades mentales manifiesta el cornezuelo de centeno igual eficacia. Las observaciones del autor no le han demostrado hasta ahora que esta sustancia tenga acción ninguna ventajosa sobre un gran número de esas formas agudas de desórden mental, en las que en virtud de la influencia que se atribuye á este agente sobre las dimensiones de los vasos intracranianos, habria podido presumirse que era mayor su eficacia. Todo lo que él puede afirmar es su grandísima utilidad en ciertas variedades: 1.º de manía remitente; 2.º de manía crónica con intervalos lúcidos; 3.º de manía epiléptica. En estas formas de trastorno cerebral ha encontrado al cornezuelo casi constantemente eficaz para reducir la excitación, abreviar los ataques, hacer mas largos los intervalos que los separan, á veces impedir completamente su reproducción, y evitar, por último, ese peligroso aplanamiento que sucede tan frecuentemente á la exaltación. Debe tenerse en cuenta que estos estados, en que tan benéficamente influye el medicamento que nos ocupa, son los que se han considerado como mas rebeldes á la terapéutica, lo cual aumenta la importancia del remedio.

La virtud enérgicamente estíptica que el cornezuelo

tiene para cohibir las hemorragias que se presentan en la superficie de las heridas, segun las observaciones de Wright; los signos característicos del ergotismo gangrenoso, frialdad, rigidez, anestesia y esfacelo, denotan una obstruccion en los vasos, debida á una disminucion de su calibre, y confirman que la accion de esta sustancia es en realidad debida á la propiedad que posee de reducir las dimensiones de los vasos sanguíneos. Los vértigos, el oscurecimiento de la vista, la insensibilidad, el temblor, la parálisis y el coma, son los síntomas conocidos para caracterizar la anemia cerebral, debida al espasmo de los vasos, y prueban suficientemente que el agente que nos ocupa extiende su influencia á los que se hallan contenidos en la cavidad craneana.

La mejor prueba, á juicio del doctor Crichton, de que los buenos efectos del cornezuelo de centeno en ciertas formas de enfermedad mental deben atribuirse á la facultad que tiene de obrar sobre los vasos intracranianos, son los fenómenos mismos de los hechos observados.

De doscientos casos de enajenacion mental, en que el autor ha usado el centeno atizonado, no ha sido útil en ninguno de aquellos en que no fuera aplicable la teoría propuesta para explicar su accion, mientras que, por el contrario, sus efectos fueron mas ventajosos cuando esta teoría se hallaba justificada. En la manía remitente, en la manía crónica con intervalos lúcidos y en la manía epiléptica, es seguro que el estado morboso de que la enfermedad depende es de orden dinámico y no de orden orgánico, y al mismo tiempo hay probabilidades de que consista esencialmente en una hiperemia cerebral. Porque no debe olvidarse que esta no es un estado constante, uniforme en sus síntomas y su marcha, sino mas bien una base patológica de diversos estados irremediables. Los síntomas de la hiperemia cerebral varían mucho, en razon de las circunstancias antecedentes y de las tendencias orgánicas del mismo cerebro, así como tambien del grado de hiperemia. La diversidad de los síntomas en las tres formas de desorden en que ha sido ventajosa la accion del cornezuelo, no son motivo para creer que estos trastornos no puedan atribuirse á una determinacion de la sangre hácia la cabeza, la cual está indicada en todos

ellos por los latidos arteriales, vultuosidad del rostro, inyeccion de las conjuntivas, cefalalgia y un trastorno mental de mayor ó menor intensidad y duracion. La desaparicion de estos fenómenos en la manía remitente, en los períodos que separan los accesos de la epiléptica y en los intervalos lúcidos de la crónica, denotan que el estado morboso no ha llegado á la altura de las alteraciones orgánicas, tales como el engrosamiento de las meninges ó la infiltracion de exudatos purulentos ó fibroplásticos, alteraciones que inevitablemente impedirian el restablecimiento de la funcion normal. Esta suspension de la accion morbosa, antes de que se haya producido una alteracion grave de estructura, es la que permite al cornezuelo de centeno ejercer su accion. Cuando existen lesiones anatómicas sérias, este agente parece ineficaz. Los ataques de manía, repetidos frecuentemente, producen con el tiempo la degeneracion orgánica, y desde entonces dejan de ser accesibles á las influencias que al principio, y cuando la afeccion era mas dinámica, se manifestaban capaces de enfrenarla. Es notable que el cornezuelo se va haciendo cada vez menos enérgico á medida que la manía cae en la demencia y que la epilepsia llega á la degeneracion física.

El autor refiere varios casos prácticos de estas diversas formas de enajenaciones mentales, que prueban las virtudes que al cornezuelo de centeno atribuye en su Memoria. Despues del resúmen que acabamos de hacer de este trabajo, no juzgamos necesario insertar sus observaciones, que son demasiado extensas.

Como el cornezuelo de centeno se altera fácilmente es preciso tener seguridad del estado en que se encuentra el que se haya de administrar. No es menos importante el arreglar las dosis, si se quieren obtener los efectos del medicamento. Estas dosis deben ser muy elevadas. Se pueden administrar sin ningun temor 1 á 2 dracmas de la tintura oficial,  $\frac{1}{2}$  á 1 dracma del extracto líquido, y luego de 5 hasta 10 granos de ergotina. El doctor Crichton no ha visto nunca que estas dosis produjesen malos efectos, aun continuadas largo tiempo. A veces se han quejado los enfermos de cefalalgia, confusion de la vista, hormigueos, anestesia de las manos y los piés, pero

### 38 ENFERMEDADES FEBRILES: SIGNO DE COMPLICACIONES.

nunca ha habido consecuencias mas serias. En la mayoría de los casos, sin embargo, deberemos contentarnos con haber obtenido los efectos ventajosos ya descritos, y no prolongar el uso del medicamento, á fin de evitar todo temor de consecuencias ulteriores.

#### **Enfermedades del corazon: tratamiento por medio del frio.** (*Riv. clin. di Bologna*).

La digital no carece de inconvenientes en muchas afecciones cardíacas, y el hielo, aplicado localmente en la region precordial, tiene, por el contrario, segun el doctor Piagge, todas sus ventajas y ninguno de sus peligros. Harvey, Humboldt, Piekford, han demostrado que el contacto del frio disminuye la frecuencia de las contracciones del corazon; la aplicacion de una tohalla mojada hace disminuir de 10 á 15 pulsaciones en los febricitantes. El frio ejerce la misma accion favorable en la endocarditis y la pericarditis. Consecuente con estas ideas, el autor trata las cardiopatías aplicando sobre la region precordial una botella llena de agua helada, que se renueva tres ó cuatro veces durante el dia, y al mismo tiempo administra 15 á 20 gotas de tintura de digital. En catorce dias próximamente desaparecen todos los fenómenos curables de la lesion cardíaca. En las afecciones crónicas de los orificios y de las válvulas, es muy útil tambien algunas veces la aplicacion del frio; este puede curar por sí solo las palpitations puramente nerviosas. En las dilataciones considerables, con adelgazamiento de las paredes, ya generales, ya parciales, el hielo, así como la digital, son peligrosos, y debe administrarse el hierro.

#### **Enfermedades febriles: disminucion repentina de la frecuencia del pulso, como signo precursor de complicaciones cerebrales.** (*The British méd. Journal*).

Cuando en el curso de una enfermedad febril se observa que la frecuencia del pulso disminuye de un modo muy apreciable, deben temerse algunas complicaciones cerebrales, aun cuando no haya ningun otro signo que anuncie su invasion. Esta observacion no es quizá nueva,

pero sí poco conocida, y en este concepto no dejan de ofrecer interés los tres hechos siguientes que refiere el autor:

1.º En un tísico, á quien asistia el doctor Gray en 1868, la enfermedad seguia su curso normal; se habian formado cavernas en los dos pulmones, y el pulso oscilaba habitualmente entre 100 y 108 pulsaciones. De repente el 20 de junio descendió á 74, y se sostuvo entre este número y 80 hasta el 16 de noviembre, en cuya época se presentó cefalalgia, estrabismo, y poco despues coma y la muerte.

2.º En un niño de ocho años, afectado de diarrea escrofulosa, estaba el pulso habitualmente á 100; de pronto bajó á 76. A los dos dias se manifestaron síntomas de meningitis.

3.º Un niño de siete años, que habia pasado el sarampion en el mes de enero, fué luego atacado de fiebre gástrica, que le obligó á estar en cama cinco ó seis semanas. Cuando el doctor Gray vió al enfermo padecia de una bronquitis, y sobre todo de una grande irritabilidad gástrica. El pulso estaba casi siempre á 100. De repente esta frecuencia disminuyó hasta 82; aleccionado por los ejemplos anteriores, el autor vigiló atentamente al enfermo, bajo el punto de vista de las complicaciones cerebrales. Sin embargo, la respiracion era normal; el niño dormia tranquilamente, y no presentaba signo alguno de lesion cerebral, como no fuesen algunos vómitos que parecian de naturaleza gástrica, y que desaparecieron bajo la influencia de la magnesia; pero el pulso se sostuvo á 82, lleno y regular. Al cuarto dia del descenso del pulso, el sujeto se hallaba en el mismo estado; tenia, no obstante, un poco más de flojedad y algo de fotofobia; las pupilas funcionaban naturalmente. Al otro se presentó delirio, y á muy poco coma, muriendo luego el enfermo.

El doctor Gray no quiere hacer del descenso brusco del pulso, en el curso de una afeccion febril, un signo infalible de complicaciones cerebrales; cree solo que este síntoma, en algunos casos al menos, tiene un valor pronóstico incontestable.

**Enfermedades torácicas: su diagnóstico por medio de la compresion de los nervios pneumogástricos, laringeos, cardíacos superiores y gran simpático. (Bull. de l'Acad. de méd.).**

El doctor Aug. Pinel ha presentado una nota á la Academia de medicina de Paris acerca del diagnóstico de las afecciones torácicas por la compresion de ciertos nervios. Empieza el autor recordando que estos nervios se pueden comprimir aisladamente en un punto de su trayecto, el pneumogástrico en una extension de 5 á 6 centímetros un poco por debajo de la apófisis mastóides, el gran simpático al nivel del asta mayor del hióides, el laringeo superior un poco por encima del cartílago tiróides, el cardíaco superior en la foseta supra-esternal.

Segun M. Pinel, la compresion de estos nervios da lugar á una sensacion *sui generis*, moderadamente penosa en estado de salud, pero que se exaspera en el de enfermedad, y de un lado solamente, si se trata de una afeccion unilateral.

Este dolor se irradia mas ó menos lejos, é indica por el trayecto que sigue el órgano afecto.

En la *laringitis* se le observa sobre los dos nervios laringeos, progresando con la enfermedad y disminuyendo con ella.

En la *bronquitis* es vivo en proporcion de la intensidad del mal, y sigue el trayecto del octavo par de nervios hasta el pulmon.

En el *asma* la viveza del dolor está en relacion con la violencia de los accesos.

En la *pulmonía*, la exploracion del octavo par revela cuál es el pulmon afecto antes que el dolor de costado, y que se provoca por la presion, aumenta con los progresos de la flegmasía y desaparece en el momento de su resolucion.

En la *tisis pulmonar* se comprueba la existencia de este dolor cuando la auscultacion y la percusion no dan aun ningun signo positivo.

Sensible en la *pleuresía complicada con pulmonía*, se atenúa y desaparece cuando el mal pasa al estado crónico.

Se le encontraria tambien, segun el autor, por la compresion del nervio cardíaco superior en las afecciones del

corazon, dolorosas por su naturaleza, y M. Pinel cree que en las *enfermedades del abdomen*, el trayecto de la irradiacion morbosa podrá indicar el sitio de la lesion.

En fin, la falta de irradiacion sobre el curso de estos nervios, con dolor predominante en el cuello, de uno ó de los dos lados, indicaria una suspension de las funciones encomendadas á los cordones nerviosos por una lesion de un punto de su trayecto.

Dejamos á cargo del lector el juzgar acerca de la realidad de estos hechos, fáciles de comprobar, y de su importancia como signos capaces de ilustrar el diagnóstico de las enfermedades.

**Enteralgia: curacion por medio del aceite esencial de trementina. (*Independencia médica*).**

Recordando el doctor Robert, de Barcelona, la rapidez con que el aceite esencial de trementina modifica las *ciáticas*, y sobre todo teniendo en cuenta que con la misma sustancia acababa de curar una neuralgia fronto-parietal rebelde á todo tratamiento, quiso ensayar este aceite volátil en un caso de enteralgia, desentendiéndose por completo de la accion local irritante que podria determinar en la mucosa del órgano asiento del dolor.

Era la enferma una joven de veinte y dos años, soltera, de temperamento linfático-nervioso y de buena constitucion. Desde hacia dos ó tres meses venia molestándola un intensísimo dolor en el vientre, no continuo ni localizado siempre en los mismos sitios del abdomen, aunque se concentraba fuertemente en la region umbilical y hácia el colon descendente. Los accesos de dolor tenian una duracion variable de treinta á sesenta minutos unas veces, y hasta muy cerca de veinte y cuatro horas otras; pasado este tiempo, desaparecia al fin todo vestigio de dolor, no quedando en la enferma mas que el temor natural de una recidiva, que efectivamente no se hacia esperar mucho tiempo. Existia al mismo tiempo un estado cloro-anémico, cuyos caracteres no consignamos aquí en obsequio de la brevedad.

El uso de los narcóticos mas activos, codeina, narceina, acetato de morfina, y, por último, el valerianato de

atropina, no produjeron resultado alguno, y la última de estas sales, antes de realizar sus efectos terapéuticos, producía los fisiológicos hasta el punto de que fué necesario suspender su uso por evitar una intoxicación. Vista la ineficacia de semejantes recursos, fuerza era buscar otros, y el ilustrado doctor Robert recurrió entonces al aceite esencial de trementina. La enferma tomó por espacio de doce días progresivamente 2, 4, 6 y 8 cápsulas gelatinosas de esta sustancia, y el dolor en seguida fué calmándose hasta desaparecer por completo. Solo un día se quejó la paciente de dolor en los riñones y de tenesmo vesical, que el autor creyó hijos de la acción propia de la trementina; pero bastaron dos días de descanso para que desapareciesen por completo.

Nos parece inútil añadir que desde el principio venía combatiéndose el estado cloro-anémico por medio de los marciales.

Este caso interesante es una nueva prueba de los excelentes resultados que suelen obtenerse en las neuralgias con el aceite esencial de trementina, medicamento que no se emplea en estos casos tanto como debiera.

**Epilepsia: bromuro y cloruro de potasio.** (*Ann. médico-psych.*).

El doctor Sander ha publicado una nota, fruto de sus numerosas investigaciones, acerca del uso del bromuro y del cloruro de potasio en la epilepsia.

*Bromuro de potasio.*—No obra mas que á dosis altas. Administrándole en cantidad de 5 gramos (en 200 de agua pura) al día, y subiendo progresivamente hasta 7 gramos, se obtiene en muchos casos la disminucion del número, duracion é intensidad de los accesos.

Algunos médicos han recomendado esta sal como particularmente útil en los casos de epilepsia que parecen referirse á una excitacion de los órganos genitales. El autor no ha podido comprobar esta acción, por decirlo así, específica del bromuro. Por el contrario, se ha mostrado especialmente activo en algunos enfermos en que los accesos iban precedidos de una sacudida en un grupo de músculos ó un estremecimiento de todo el cuerpo, fenómenos que aparecen tambien aisladamente en el



intervalo de los ataques y pueden considerarse como accesos abortados. Bajo la influencia del bromuro estos desaparecen, así como las sacudidas musculares aisladas, frecuentemente por largo tiempo. En algunas ocasiones en que el acceso se anunciaba por un aura, los enfermos, mientras tomaban el bromuro, han solido sentir esta, pero sin que se presentase la crisis. En fin, el autor hace notar que la accion del medicamento es enérgica, sobre todo cuando los accesos van acompañados de convulsiones mas ó menos violentas; se ha manifestado menos eficaz cuando la epilepsia consistia en vértigos, desfallecimientos, pérdidas momentáneas de conocimiento, sin convulsiones. En algunos casos ha parecido que, bajo la influencia del bromuro, los ataques convulsivos desaparecian, para dar lugar á los sincopales.

En cuanto á los inconvenientes del bromuro, se debe citar la produccion de un exantema, que no ha tardado en presentarse en casi todos los enfermos. Consiste en pústulas acneiformes, que aparecen primero en la cara, luego en el resto del cuerpo, y que se hacen algunas veces tan incómodas, que obligan á suspender el medicamento. Pocas veces ha observado el doctor Sander la sequedad de la garganta, la angina, la saburra gástrica, y casi siempre estos fenómenos fueron poco intensos.

*Cloruro de potasio.*—Los experimentos fisiológicos conocidos, que han hecho atribuir al potasio la accion que ejerce sobre los nervios el bromuro, condujeron al autor á estudiar el efecto de sus demás compuestos en la epilepsia. Pero no podia tratarse mas que del cloruro, puesto que no es posible prever aquí la accion terapéutica de las otras sales definidas de potasio, y que, por otra parte, para hacer ingerir una cantidad correspondiente de esta base, seria preciso administrar dosis muy elevadas. El cloruro ha producido en los epilépticos los mismos efectos que el bromuro, y no ha encontrado hasta ahora el doctor Sander un caso que, siendo ineficaz el primero de estos compuestos se lograra mejor resultado con el segundo. Pero el cloruro tiene ventajas particulares.

Muchos enfermos han tomado durante meses enteros 5 á 7 gramos al dia, sin advertir nunca inconveniente alguno.

Segun indica la relacion de los pesos atómicos (2 : 3), bastan las mas pequeñas dósis de cloruro para administrar la misma cantidad de potasio que si se emplea el bromuro.

Es mucho mas barato que este último, consideracion esencial no pocas veces.

En estas condiciones, y puesto que se puede dudar si el bromuro de potasio, que encuentra en el estómago ácido clorhídrico libre y numerosos cloruros, es absorbido en sustancia, cree el autor poder recomendar el cloruro de la misma base para los experimentos ulteriores.

No careciendo de inconvenientes el uso largo tiempo prolongado de la sal de bromo, seria importante que se la pudiese reemplazar por la de cloro, si estuviese bien demostrado que esta última no determina efectos secundarios desagradables.

**Erisipela: tratamiento abortivo por el silicato de potasa.**  
(*Arch. méd. belges*).

Despues de haber descrito los síntomas de una erisipela primitiva é intensa de la cara, que se presentó en una mujer de treinta y ocho años, de constitucion fuerte y que estaba lactando un niño, el doctor Piazza dice que se decidió á intentar la cura abortiva de esta afeccion barnizando con dos ó tres capas de una solucion poco concentrada de silicato de potasa, las superficies enfermas, á pesar de que existian pequeñas flictenas. Bajo la influencia de esta aplicacion desapareció la rubicundez de la superficie de la piel, cubierta del vidrio soluble, á la manera de un barniz espeso; el dolor disminuyó en seguida y acabó por desaparecer, lo mismo que el prurito, que atormentaba á la enferma.

En algunas observaciones que refiere el autor, veinte y cuatro horas despues de la aparicion de los accidentes, la inflamacion fué desvaneciéndose poco á poco, y se detuvo su marcha invasora; la fiebre cedió, se modificó el estado saburral, y al cuarto dia la curacion era completa.

El doctor Figlioli ha obtenido resultados igualmente satisfactorios con este solo remedio en el tratamiento de erisipelas consecutivas á las heridas y traumatismos.

El doctor Piazza añade que en la actualidad la cura abortiva de la erisipela primitiva ó secundaria por el silicato de potasa, es una práctica corriente en su hospital, donde se emplea siempre con el mismo éxito, sin que se hayan visto nunca fenómenos de repercusion, ni haya sido necesario recurrir á ninguna medicacion interna ó general.

Este método, como se ve, recuerda el uso del colodion elástico. El doctor Ollier, de Lyon, prefiere este último, porque no es quebradizo como el silicato de potasa y le toleran mejor los enfermos. Quizás el cirujano de Lyon empleaba una solucion de silicato demasiado concentrada; la fórmula que aconseja el autor belga se compone de una parte de silicato por 9 de agua; estas proporciones pueden aumentarse si se juzga necesario.

La imparcialidad nos obliga á decir que el doctor Renzi no ha confirmado esta accion tan rápida en los casos que empleó el tratamiento que nos ocupa. La cuestion está, por lo tanto, en litigio, y exige nuevos estudios.

**Escorbuto: etiología, sintomatología, anatomia patológica y tratamiento por el citrato de potasa.** (*An. d'hygiene publ.—Arch. gén. de méd.—Bull. de l'Acad. de méd.—Gaz. méd.—Dict. des prog.*).

El escorbuto, observado epidémicamente durante el sitio de Paris en el invierno de 1870 á 71, ha dado lugar á algunas publicaciones interesantes, cuyas principales y mas prácticas ideas debemos analizar aquí, por el interés que ofrece cuanto á esta terrible enfermedad se refiere.

**Etiología: privacion de alimentos frescos.**—Fundándose en sus observaciones clínicas, hechas en la casa de Salud, donde fueron atacados 65 detenidos desde 1.º de diciembre del 70 á 15 de febrero del 71, en una poblacion media de 250 individuos, y las que igualmente ha practicado en el hospital Necker y en la prision de la Roquette, el doctor Delpech admite esta causa como la principal. Lo prueba demostrando que ni la acumulacion de personas, ni la humedad han obrado en este caso. El frio mismo no podria invocarse en muchos de los atacados.

Por el contrario, existía constantemente la privación de alimentos frescos, frutas y legumbres. El menor cambio en este sentido producía notable alivio, y desde que se levantó el sitio todos los enfermos curaron por el uso de vegetales frescos.

El hecho de que 850 prisioneros prusianos, internados en diversos períodos del sitio, no han sufrido nada, mientras que 250 detenidos desde el principio de este han sido diezmados por la enfermedad, es un argumento perentorio en favor de esta causa.

Las investigaciones históricas la abonan igualmente. Desde Lind hasta los últimos autores, que se han ocupado bajo este punto de vista de las guerras de Crimea y de Méjico, prueban que la falta de vegetales frescos ha coincidido siempre con el desarrollo del escorbuto, tanto en tierra como en el mar; que el régimen vegetal fresco ha parecido siempre un preservativo seguro, así como el mejor medio curativo aun con exclusion de los tónicos.

Sería, pues, un error, segun este práctico, haber admitido que la aglomeracion de personas, el frio, la humedad, las carnes saladas, son las causas principales del escorbuto; como todas las influencias depresivas, estas solo obran á título de accesorias; la falta de vegetales frescos en la alimentación sería, segun Delpech, la causa principal, específica, si no exclusiva, del escorbuto.

Segun Leven, no es á la privacion de legumbres frescas ó de una alimentación vegetal conveniente á la que debe atribuirse la enfermedad, sino mas bien á la insuficiencia de la alimentación, unida á la influencia prolongada de un frio riguroso. Una alimentación conveniente en cantidad y calidad, sería, pues, el mejor remedio para este padecimiento. Los zumos ácidos, y el de limon en particular, le parecen al doctor Leven de poca importancia en el tratamiento del escorbuto.

Los numerosos hechos presentados por Delpech hacen muy problemáticas las aserciones de Leven, que por otra parte carecen de pruebas sólidas.

Los heridos no están especialmente expuestos á esta enfermedad, segun Verneuil, que la ha observado solo en uno; pero agrava notablemente el estado de los que

son por ella invadidos, retardando ó destruyendo el trabajo reparador: cicatrices recientes, callo de fracturas, etc.; las hemorragias, á que están expuestos los escorbúticos, se verifican en el sitio mismo de la herida, ya sea externa, intersticial ó cavitaria; del mismo modo que en la piel comienzan en los puntos irritados ó el sitio de cicatrices antiguas, como hace notar Legroux. El fagedenismo puede invadir la herida, como sucedió en el caso observado por Verneuil. No obstante, pudiera ponerse en duda la influencia directa del escorbuto sobre este accidente, porque se funda en un solo hecho, y este no muy bien determinado. En este caso, en efecto, faltó la hinchazon y reblandecimiento de las encías, signo físico de los mas importantes, y no se observó tampoco el estado adiposo de los músculos, que, segun las investigaciones recientes de Leven y de Hayem, constituye el carácter necroscópico mas constante del escorbuto.

Las mujeres están mucho menos expuestas que los hombres, puesto que, segun la observacion de M. Legroux, no ha encontrado mas que tres ó cuatro de ellas entre mas de 200 escorbúticos, y esto á pesar de las condiciones favorables en que se hallaban para contraer la enfermedad. Los individuos débiles, diatésicos, tuberculosos y escrofulosos han sido atacados de un modo particular, siendo en ellos tambien en los que más estragos ha hecho la muerte. En 14 casos de escorbuto secundario observados por Hayem en el hospital de la Caridad, había 10 hombres y 4 mujeres.

*Sintomatología.*—El mal empieza, segun Leven, por una sensacion de debilidad extrema en las piernas, la aparicion de pequeñas manchas violadas en la piel, el reblandecimiento de las encías y la dificultad de respirar, que constituye un síntoma importante. A estos fenómenos se agregan muy pronto equimosis en la piel, principalmente en la inmediacion de las regiones en que son mas activas las contracciones musculares, como los pliegues de flexion de las articulaciones. Se percibe además en el corazon un ruido de fuelle en el segundo tiempo, acompañado de extraordinaria debilidad de las contracciones de este órgano, causa de los síncope graves y prolongados que producen en ciertos casos la muerte repentina.

El doctor Laboulbene divide los síntomas en tres grupos distintos:

1.º Se presentaban en los sujetos debilitados manchas negruzcas sobre los miembros inferiores, principalmente alrededor de los bulbos pilíferos; tenían un color violado y no desaparecían á la presión. En los intervalos de estas había otras manchas equimóticas, cuyas dimensiones variaban desde 1 milímetro hasta el diámetro de una lenteja; pasados algunos días iban borrándose gradualmente, pasando por los colores parduzco y amarillo. Podían observarse muchas apariciones sucesivas, tanto en los miembros como en el tronco. En esta descripción abreviada no pueden menos de reconocerse los signos de la *púrpura simple*.

2.º Con ó sin púrpura, los enfermos, después de muchos días de sufrimientos sordos en los miembros, veían presentarse grandes manchas negruzcas, rodeadas de un color más claro y amarillento. Estos equimosis profundos residían en los muslos y piernas; raras veces en el tronco. El autor no las ha observado nunca en los pliegues de las articulaciones, sino cerca de las masas musculares. Estas manchas iban acompañadas de nudosidades y tumefacción subcutánea, debidas á infiltraciones sanguíneas, que se habían verificado en el tejido muscular y debajo de la piel, y cuyo color solo aparecía por imbibición.

3.º En fin, coincidiendo con la púrpura ó los equimosis, mas raras veces aisladamente, las encías, después de haber estado sensibles y pruriginosas, se entumecían, formando alrededor de la corona de los dientes un rodete azulado ó violáceo. El aliento era fétido, la masticación dolorosa ó imposible; las encías, fungosas, eran asiento de ulceraciones y hemorragias.

En los casos mas marcados existía un tinte térreo de la piel, con sofocación y debilidad excesiva; ruido de fuelle suave en la base del corazón y en el primer tiempo. En fin, un murmullo ligero con estremecimiento debajo del dedo en los vasos del cuello.

*Anatomía patológica.*—Habiendo examinado la sangre un gran número de veces en diversos enfermos escorbúticos, el doctor Laboulbene ha observado lo siguiente:

1.º En los casos simples de *púrpura*, dicho líquido se hallaba ordinariamente en estado normal. Los glóbulos, rojos ó blancos (hematías ó leucocitos), tenían su aspecto, dimensiones y cantidades relativas normales. Muchas veces, sin embargo, ha encontrado mayor número de leucocitos en el campo del microscopio que en la sangre normal.

2.º En los enfermos que presentaban grandes equimosis, con ó sin fungosidades en las encías, la sangre se encontraba casi siempre pálida, con menos color que en los sujetos sanos. El número de los glóbulos blancos estaba aumentado en notable proporción, así como sus dimensiones. En todos los casos de escorbuto y en los enfermos de ambos sexos, ha encontrado el autor constantemente una gran cantidad de globulinos ó leucocitos nucleares, ya diseminados, ya mas frecuentemente reunidos en masas poco regulares. La sangre extraída de las encías ofrecia los mismos caractéres que la sacada del dedo de los enfermos, aparte de la presencia de *vibrios* en la primera procedentes de la boca.

El doctor Leven ha encontrado en la autopsia lesiones características que explican los síntomas observados durante la vida. Las principales han sido degeneraciones adiposas de los músculos de las masas sacro-lumbares (de aquí la imposibilidad en que los enfermos se encuentran de permanecer de pié ó sentados en la cama), músculos de la pantorrilla y del muslo; en fin, músculo cardíaco, que es el primero invadido. El corazón se encuentra atrofiado, reducido á los dos tercios ó á la mitad de su volúmen, amarillo, semejante á un trapo blanco; las fibras estriadas estaban infiltradas de granulaciones adiposas.

La degeneracion adiposa invade igualmente otros órganos, como los riñones, el hígado, el pulmon. El bazo está hipertrofiado, y, cosa notable, los vasos parecen exentos de alteraciones.

Contra lo que se ha enseñado en los libros clásicos, la sangre no presenta esa difluencia, esa defibrinacion de que se ha hecho uno de los principales caractéres de la enfermedad; las cavidades del corazón contienen coágulos enormes. Las hemorragias son sumamente raras du-

rante la vida. Aparte de algunas epistaxis al principio, no se observan hemorragias intestinales, pulmonares ni vesicales.

Cuando la enfermedad termina por la curacion, el corazon, que es el primero afectado, es el último que vuelve á su estado normal. El ruido de fuelle en el segundo tiempo persiste bastante despues de la desaparicion de los demás síntomas.

En resúmen, la alteracion esencial y caracterfstica de la enfermedad no es un estado de defibrinacion de la sangre, como se ha dicho siempre; consiste en una degeneracion adiposa de los tejidos y de los órganos, principalmente de los músculos, bajo la influencia de la inanicion.

En el hecho observado por Verneuil, en efecto, la sangre de las hemorragias cavitarias formaba gruesos coágulos blandos y friables que no diferian de los que se observan en los demás heridos, y se conservaba en perfecta coagulabilidad.

M. Legroux dice tambien que la extraccion de los dientes vacilantes solo provoca una ligera hemorragia, y aun se forman frecuentemente trombosis venosas durante esta enfermedad, lo que probaria la no defibrinacion del líquido sanguíneo.

En ocho autópsias practicadas en el hospital de la Caridad en escorbúticos ó en individuos que habian sucumbido á otras enfermedades con hemorragias, ha comprobado el doctor Hayem las alteraciones siguientes:

*Sangre.*—Ninguna alteracion morfológica notable; no era difluente; glóbulos blancos y rojos en cantidad normal; superabundancia de globulinos. Vasos sanos vistos al microscopio y despues de haberles hecho sufrir varias preparaciones. Otros análisis practicados despues por M. Chalvet, han demostrado una disminucion considerable de la potasa y al mismo tiempo la falta del hierro, mientras que estaba aumentada la fibrina. De aquí la disminucion de los glóbulos y el exceso de los globulinos.

*Piel.*—Petequias purpurinas en el cuero cabelludo; equímosis de bordes lívidos, amarillentos, que tenian su asiento en el tejido célulo-adiposo y descansaban sobre



una base indurada, escleromatosa y edematosa. El tejido celular profundo infiltrado estaba menos duro.

*Mucosas.*—Poco alteradas, ligeramente lívidas y fungosas solo en los labios.

*Músculos.*—Blandos, muy edematosos, en los miembros inferiores sobre todo; las fibras estaban separadas por infiltraciones sanguíneas, haces decolorados no rotos. Examinados al microscopio, los glóbulos rojos y los granos pigmentarios se encontraban acumulados á lo largo de los vasos, y separaban las fibras, que se hallaban atrofiadas, adiposas, friables, amarillentas, degeneradas, sobre todo al nivel de las infiltraciones sanguíneas. El tejido intersticial estaba lleno de elementos nuevos, redondeados, fusiformes ó estrellados, con uno ó dos núcleos con nucleolo. Otras tenían el carácter de las fibras fetales en vía de desarrollo. Las fibras musculares del corazón, blandas, grisáceas, color de hoja muerta ó parduzco, estaban también estrechadas y sembradas de granulaciones adiposas y pigmentarias.

*Serosas.*—Sembradas de hemorragias equimóticas, petequiales.

*Visceras.*—Anémicas en general, con pequeñas manchas purpúreas diseminadas en el tubo digestivo. Estado mas ó menos adiposo del hígado y los riñones con equimosis ó focos hemorrágicos en el bazo.

Estas alteraciones, especialmente las del sistema muscular, indican un sufrimiento de la nutrición general, una asimilación insuficiente. Las hemorragias predominaban en los sujetos vigorosos aun, no debilitados ni caquéticos. En ellos, á pesar de esta extravasación de sangre y una alteración marcada de las encías, no peligraba la vida, habiendo bastado un cambio de condiciones alimenticias para que se verificase la curación.

Pero en los individuos debilitados ó caquéticos no ha habido mas que petequias, una especie de púrpura caquética. Sobrevienen pérdida de apetito y diarrea, y en estos enfermos la autopsia ha revelado alteraciones graves del estómago y los intestinos.

*Tratamiento por el citrato de potasa.*—Segun el profesor Atfield, la carne salada no produce el escorbuto mas que por la falta de potasa de que la salazon la priva, y el

zumo de limon es igualmente eficaz por la potasa que contiene. Esta disminucion de dicha base, comprobada, segun hemos dicho, por M. Chalvet, ha incitado al doctor Palmer á experimentar el citrato de potasa en el hospital de los Marineros, obteniendo los mejores efectos. Los enfermos han curado, segun el doctor inglés, con la misma rapidez que con la mezcla de ron y zumo de limon, de uso oficial en los hospitales ingleses.

Segun el doctor Chalvet, la potasa es tan necesaria á la constitucion de los glóbulos como el hierro mismo; y lo que tiende á probarlo, añade, es que en la clorosis se consiguen frecuentemente mejores resultados que con las preparaciones marciales. La hipoglobulia del escorbuto es quizás debida á la insuficiencia de las bases de potasa en la alimentacion. Para que los principios minerales necesarios á nuestros tejidos sean regularmente asimilados, es preciso que se les ingiera en formas químicas determinadas. El fosfato, el nitrato de potasa, el cloruro de potasio, atraviesan la economía sin ser descompuestos; su combinacion es demasiado estable para obrar de otro modo que por catálisis. Por el contrario, las sales de potasa, formadas con un ácido orgánico (á excepcion del oxálico), citratos, malatos, tartratos, son de fácil absorcion. Se descomponen; la nutricion utiliza la base y el ácido se elimina fácilmente. Esta descomposicion explica la alcalinidad de las orinas en los individuos que comen frutos ácidos en abundancia. Las legumbres verdes y las frutas, que contienen estas sales de potasa á ácidos orgánicos, son, pues, sumamente útiles, y no pueden reemplazarse en la alimentacion por las carnes frescas ó por las legumbres secas. Las semillas son, no obstante, ricas en fosfato de potasa; la carne encierra mucho cloruro de potasio; pero la estabilidad de estos compuestos es un obstáculo para que la economía los utilice. Estas consideraciones explican por qué la carne de carnero no preserva del escorbuto, mientras que el zumo de limon, por ejemplo, impide, *en cantidad igual de esta base*, el desarrollo de la enfermedad. Si Reynolds no ha comprendido el papel de las sales de potasa en el escorbuto, es porque no ha tenido en cuenta estas particularidades.

Estando los escorbúticos, por consecuencia de la mala

elaboracion de los alimentos, en un estado de indigestion perpétua que produce la lienteria, M. Chalvet prescribe en estos casos limones y naranjas en abundancia, y por este medio ha podido contener diarreas persistentes. El zumo de limon, que emplean los ingleses como preservativo y curativo, se compone de este zumo, adicionado con  $\frac{1}{10}$  de alcohol; en el primer concepto, se da en d6sis de 60 gramos, dos veces á la semana; como curativo, 120 gramos al dia.

Conforme con esta opinion sobre el papel de las sales de potasa á ácido orgánico, el doctor Brouardel empleó con éxito en sus enfermos, mientras faltaron las legumbres frescas en Paris, el vino cocido. Este líquido pierde por la ebullicion su alcohol y una parte del agua; pero conserva en estado de solucion mas concentrada todo su tartrato de potasa, constituyendo de este modo un alimento muy nutritivo. Despues administraba este práctico legumbres verdes en abundancia y al mismo tiempo tartrato férrico-potásico. Aun cuando esto es lo mejor que puede hacerse, no se debe olvidar la utilidad del vino cuando no hay legumbres. Segun Calvet, en los borrachos de la guarnicion de Paris se han observado muy pocos casos de escorbuto. En las prisiones han sido tambien mas castigados los que carecian de recursos para proporcionarse alguna racion de vino. Como era de esperar, el aguardiente no ha tenido esta influencia saludable.

**Fiebre intermitente rebelde, complicada con irritacion gástrica, y curada por medio de la electricidad. (Genio médico quirúrgico).**

Un sujeto de temperamento sanguíneo, de constitucion regular, pero deteriorada por los padecimientos, venia sufriendo desde hacia seis meses unas fiebres intermitentes de tipo tercianario doble, complicadas con irritacion gástrica. Los medios usados para su tratamiento no conseguian mas que suspender las accesiones por algunos dias, pero no tardaban en reproducirse. Esta circunstancia y los evidentes fenómenos de irritacion gástrica que el enfermo presentaba, decidieron al profesor D. José Flores y Pozo á emplear el electro-magnetismo.

La primera sesión fué de veinte minutos, colocando el polo positivo de una máquina de Gaiffe en las manos y el negativo en los piés; los efectos fueron sentir mas calor y animación; y aun cuando se presentó la calentura, el enfermo pasó la noche mejor y sudando bastante. Se dejó un día de intervalo y se hizo la segunda aplicación que duró veinte y cinco minutos, y en la cual se fijó el polo negativo en la región del estómago, recorriendo la columna vertebral con el positivo; los efectos benéficos fueron mas marcados; la calentura faltó en la noche próxima; el enfermo sudó bastante; y como sintiese apetito, que antes no tenia, se le concedió algun alimento, que digirió bien y sin molestia. La tercera y cuarta sesiones fueron bajo la misma forma y de treinta minutos de duración, y quedaron con ellas curadas las intermitentes é irritación gástrica, siendo sorprendente la rapidez con que el enfermo se repuso.

El sujeto tenia antecedentes reumáticos, y pasado un poco de tiempo sufrió grandes y bruscos cambios atmosféricos, que le produjeron dolores con frialdad en la rodilla izquierda. A petición del enfermo se aplicó tambien la electricidad, desapareciendo el dolor, si bien debe advertirse que al mismo tiempo tuvo lugar una variación atmosférica considerable.

Como clínico prudente, le asalta al señor Flores y Pozo en este caso la duda de si la curación de las intermitentes é irritación gástrica será debida á la modificación que la electricidad imprime en el organismo, ó bien si el reuma pudo haber influido de un modo latente en la rebeldía de dichas afecciones, y, modificado aquel por la electricidad, desaparecer estas.

Nos parece mas probable la primera hipótesis, que desde luego será mejor aceptada por los que consideran las fiebres intermitentes como una forma de neurose.

#### Fiebre tifoidea abortiva. (*Arch. gén. de méd.*).

La fiebre tifoidea normal tiene una duración mínima de diez y nueve á veinte días: las numerosas investigaciones termométricas que se han hecho, tanto en Alema-

nia como en Francia, no dejan duda alguna respecto á este punto; toda fiebre tifoídea de una duracion menor de diez y nueve dias, es, pues, una fiebre abortiva, una febrícula tifoídea.

Esta variedad ha sido designada, sobre todo por los médicos alemanes, con el nombre de *typhus levissimus* (Griessinger) y de *tifus abortivo* (Leberl), y hasta estos últimos tiempos no ha sido admitida en Francia. La denominacion de *levissimus* se refiere menos al carácter ligero de la expresion sintomática que á la corta duracion de la enfermedad. La condicion esencial de estos casos es el desarrollo incompleto del proceso, caracterizado por este breve curso del padecimiento. Antes los clásicos no consideraban estas febrículas como de la misma naturaleza que la fiebre tifoídea. Desgraciadamente, el diagnóstico de esta forma es aun muy oscuro; y deseando contribuir á ilustrarle el doctor Laveran, refiere en un reciente trabajo 11 observaciones de 25 casos que ha visto en su servicio del hospital, y cuya duracion media fué de diez á once dias; muy raramente de cuatro á cinco; por lo comun de seis á siete.

M. Jaccoud ha comprobado que en la fiebre tifoídea abortiva la ascension térmica se verifica como en la fiebre tifoídea regular, es decir, que es progresiva, y tiene lugar en cuatro dias, tres como minimum (período de oscilaciones ascendentes). En este carácter, muy importante bajo el punto de vista teórico, se funda M. Jaccoud para admitir la existencia del tifus abortivo. Desgraciadamente es raro que el médico pueda observar el principio de la fiebre; por lo tanto, las condiciones de la ascension térmica pocas veces pueden servir para el diagnóstico. Bajo el punto de vista práctico debe notarse que la fiebre tifoídea abortiva no empieza nunca por un escalofrío violento; cuando este se presenta es muy ligero y repetido.

La temperatura en la tarde del cuarto dia, en la enfermedad que nos ocupa, puede ser inferior en algunos decimos de grado á 39,5, á pesar de la regla establecida por Wunderlich, que dice no debe considerarse como fiebre tifoídea una enfermedad que al cuarto dia no llegue á 39,5.

En la febrícula tifoídea el periodo de estado está ca-

racterizado, como en la tifoídea normal, por oscilaciones regulares; solo que en lugar de durar de nueve á veinte y dos dias, no dura mas que ocho, seis, cuatro ó tres. Nunca es continúa la fiebre; las defervescencias matinales son por lo comun muy marcadas; la temperatura desciende á 38,5 ó 38°, nunca más. El calor de la noche raras veces pasa de 40°; en la mayoría de casos ha sido de 39°,6 á 39°,8.

La defervescencia es muy caracterfística; la temperatura desciende, como en la fiebre tifoídea normal ligera, en tres ó cuatro dias, por oscilaciones mas ó menos extensas; jamás de una manera brusca, como en la fiebre efémera, empacho gástrico, etc. A fin del período de declinacion la temperatura desciende por bajo de la normal. Niemeyer dice, con razon, que si al octavo ó noveno dia de una fiebre tifoídea la temperatura baja lentamente, puede asegurarse que se trata del tifus abortivo. Sin embargo, no debe olvidarse que en la fiebre tifoídea regular se observa frecuentemente una remision muy marcada la mañana del sétimo dia; á veces un poco mas tarde el octavo ó noveno.

Es muy raro que en la febrícula la temperatura, despues de haber descendido, vuelva á subir, como sucede frecuentemente en la tifoídea regular. Esto demuestra, á juicio de M. Laveran, que poquísimas veces se ulceran las placas de Peyero en la forma abortiva.

Es raro que esta fiebre vaya acompañada del estado tifoídeo; el autor solo le ha visto una vez en uno de los enfermos que curaron mas rápidamente. Por lo comun los pacientes no tienen mas que cansancio, debilidad general, un poco de cefalalgia al principio; la diarrea y la bronquitis pueden faltar; la fiebre es, por decirlo así, la única manifestacion de la enfermedad. Las manchas rosáceas, cuando se presentan, constituyen un signo de gran valor; M. Laveran las ha observado 10 veces en 25 casos, casi tan frecuentemente como en la fiebre tifoídea regular; en 2 enfermos la erupcion de estas manchas era muy abundante.

En todas las observaciones se ha notado la debilidad general; pero solo en dos llegó hasta la postracion.

La cefalalgia, que acompaña casi siempre al principio

de la enfermedad, desaparece muy luego; lo mismo sucede con el insomnio, que casi nunca es completo.

Tres enfermos solamente de los 25 se han quejado de zumbido de oídos; uno solo de sordera; seis veces se presentó epítaxis, ya al principio, ya durante el curso del padecimiento.

El exámen del abdómen puede suministrar signos preciosos. Por lo comun el vientre se encuentra ligeramente meteorizado; la hipertrofia del bazo, cuando existe, constituye un excelente signo; desgraciadamente falta muy á menudo, ó bien es poco marcada para que se la pueda comprobar de un modo indudable (Niemeyer). Uno de los síntomas mas constantes es el dolor que se provoca comprimiendo ligeramente en la fosa ilíaca derecha; la escuela anatómica atribuída, con razon, gran importancia á este síntoma para el diagnóstico de la fiebre tifoídea. Parece á primera vista que es un signo infalible, puesto que este dolor, localizado, revela la lesion de las placas de Peyer; desgraciadamente puede faltar en la fiebre tifoídea abortiva, y á veces se observa en una simple saburra gástrica ó intestinal; bien es verdad que entonces no está tan bien limitado. El gorgoteo tiene menos valor; anuncia solo la presencia de gases y líquidos en el ciego. Es frecuente que se presente diarrea al principio, pero rara vez en el curso de la enfermedad.

La coexistencia de la bronquitis con los síntomas abdominales que acabamos de indicar, es un signo importante. La bronquitis solo ha faltado seis veces en 25 casos; generalmente es muy ligera; los enfermos tosen poco, y la auscultacion no revela mas que algunos estertores sibilantes diseminados hácia la base del pecho por la parte posterior.

A pesar de la aparente benignidad de los síntomas y la corta duracion de la fiebre, la convalecencia es casi siempre larga en la febrícula tifoídea. En los casos observados por el autor, duró unos quince dias por término medio, y muchos enfermos que intentaron dedicarse á sus ocupaciones al cabo de este tiempo, volvieron al hospital por debilidad general. Esta larga duracion de la convalecencia indica bien que el organismo ha sido impresionado profundamente, que ha habido «enfermedad general.»

El tífus levíssimus coexiste por lo comun con la fiebre tifoídea epidémica, lo que prueba la identidad de naturaleza; tambien se le observa en estado esporádico, pero entonces es mas frecuente que se le desconozca, porque el espíritu no está preocupado con la existencia posible de una fiebre tifoídea.

La febrícula tifoídea puede confundirse con la efémera ó la saburra gástrica febril. Se evitarán por lo comun los errores de diagnóstico teniendo en cuenta la marcha de la enfermedad. En la fiebre efémera, como en la gástrica, el principio de la afeccion es brusco; la temperatura asciende de un golpe en veinte y cuatro horas; se sostiene algunos dias con un curso irregular; luego la defervescencia se verifica de pronto, como la ascension, y sigue frecuentemente á la administracion de un vomitivo ó de un purgante; la fiebre efémera termina por la aparicion de un herpes, que no se observa nunca en la febrícula tifoídea; la gástrica se acompaña de un estado saburrual muy marcado de las primeras vías, de vómitos, ó cuando menós de náuseas y estreñimiento. En fin, en esta, como en la efémera, la convalecencia es, por decirlo así, nula; los enfermos están curados desde el momento en que desaparece la fiebre.

La tifoídea abortiva puede confundirse tambien con otras varias enfermedades, particularmente con las inflamaciones latentes; aquí, como anteriormente, la termometría suministra las indicaciones mas preciosas.

En la forma que nos ocupa las placas de Peyero se encuentran evidentemente atacadas; pero la evolucion de la lesion intestinal no debe verificarse como en la fiebre tifoídea regular. No es posible admitir que las placas de Peyero se hinchen, se ulceren y se cicatricen en el espacio de nueve á diez dias. Fundándose Niemeyer en la poca duracion de la diarrea en este caso cree que las glándulas de Peyero no se ulceran. La marcha de la temperatura es otra prueba de la no ulceracion. Es bien sabido que Hamerujk ha descrito en la fiebre tifoídea, como se ha hecho en la viruela, una fiebre primitiva y otra secundaria: la primera corresponde á la infiltracion de las placas; la segunda á su ulceracion. Pero es fácil comprobar que en la afeccion de que tratamos, la fiebre



secundaria ó de ulceracion de las placas falta generalmente. Esta evolucion incompleta de las placas de Peyero no tiene nada de extraña; en los casos mas normales de fiebre tifoidea, cierto número de ellas sufren el mismo trabajo regresivo. En los sujetos muertos en un período avanzado de esta fiebre, se observa frecuentemente que las placas ulceradas mas próximas á la válvula ileo-cecal están bien detergidas; que sus bordes se encuentran aplanados; que se hallan, en fin, en vía de reparacion, mientras que las de mas arriba solo presentan una ligera prominencia y no se ve en ellas señal de ulceracion. Así, en la febrícula tifoidea la lesion anatómica aborta, como la fiebre; las placas de Peyero no se ulceran.

El tratamiento, á juicio del doctor Laveran, no tiene influencia alguna en el curso de la enfermedad. No es mas posible al médico hacer abortar una fiebre tifoidea que trasformar una viruela en variolóide. Se puede conseguir bajar la temperatura momentáneamente por medicamentos antipiréticos; pero muy luego la fiebre vuelve á seguir su curso regular.

El pronóstico de la febrícula tifoidea no es grave; nunca termina por la muerte, á menos que ocurra algun accidente. Es importante, sin embargo, saber que se trata de una fiebre tifoidea y no de una simple saburra gástrica, á fin de vigilar la alimentacion de los enfermos y evitar excesos de régimen, que podrian producir recaídas muy graves; en fin, el médico debe prever una convalecencia bastante larga.

El tratamiento no puede ser mas sencillo; aquí, como en otras muchas enfermedades agudas, basta con saber esperar, establecer una buena higiene y alimentar prudentemente á los enfermos.

#### **Fiebre tifoidea: temperatura. (Union méd.).**

Segun las observaciones termométricas del doctor Fabre, la fiebre marcha de concierto con la lesion intestinal. Mientras que las glándulas intestinales se infiltran y entumescen, la ascension termométrica es constante; cuando estas glándulas se ulceran, el termómetro permanece estacionario y, carácter específico, describe

grandes oscilaciones. Si los productos de ulceracion son eliminados, domina el tipo estacionario; pero si son reabsorbidos y pasan á la sangre, las combustiones intersticiales adquieren nueva actividad, y el tipo estacionario es reemplazado por nuevas ascensiones; en fin, la marcha descendente del termómetro indica la reparacion de las lesiones intestinales.

Conforme á estos hechos, la fiebre tifoídea se descompondria en dos grandes elementos; la lesion anatómica y la fiebre, el primero de los cuales engendra al segundo, y el enfermo está ya bajo la influencia tífica cuando se presenta la fiebre, dice el autor.

Para justificar sus ideas en contradiccion con la doctrina que clasifica esta fiebre entre las pirexias, se necesitarian hechos clínicos, que desgraciadamente no encontramos en el trabajo de M. Fabre. Si la fiebre es efecto de la lesion, á esta es á la que se deberia atacar y no á aquella, y sin embargo, por una contradiccion chocante, el autor preconiza la digital y el arsénico.

Es innegable que la fiebre no se halla de tal modo ligada á la lesion, que esta pueda dar la medida de aquella; todos los que han practicado autópsias de tifoídeos, saben que en muchos casos se encuentran lesiones intestinales pequeñas é incapaces de explicar los fenómenos observados durante la vida.

**Fiebre tifoidea: tratamiento por los baños frios, la quinina y el alcohol, por la creosota, la salicina y las inyecciones hipodérmicas excitantes.** (*The Doctor*.—*Pres. méd. belge*.—*Revue de théér*.—*Journal de Bruzelles*.—*Archives méd. belges*).

Conocidos son de algunos de nuestros lectores los experimentos practicados respecto al asunto que sirve de encabezamiento á este artículo por el doctor Binz, y de los que se han hecho aplicaciones clínicas en la guerra franco-prusiana. La primera experiencia del autor tiene por objeto producir artificialmente un estado febril. A este efecto dividió la médula de un animal al nivel de la séptima vertebra, determinándose con esta operacion un aumento brusco de la temperatura. Inyectó entonces clorhidrato de quinina por el método hipodérmico, que prefiere al uso interno del sulfato por la poca solubilidad de

esta sal, y porque las condiciones en que se encuentra el estómago en los estados febriles hacen muy imperfecta la absorcion del medicamento. El sabio profesor hace notar en su artículo que la accion antipirética no puede ser producida por el cerebro, porque la seccion de la médula impide que este órgano ejerza su influencia. Como la irritacion de la médula contrae los vasos sanguíneos, se ha supuesto que la quinina podria obrar como un estimulante de este centro nervioso; pero los síntomas de aquella irritacion no se parecen á los que produce el medicamento. Buscando la interpretacion de este fenómeno, recuerda la idea generalmente admitida, segun la cual la accion del alcohol en los estados febriles se explica por el descenso de temperatura que produce, doctrina que han confirmado los experimentos del autor. Se trata, pues, aquí de dos sustancias, el alcohol y la quinina, cuya accion semejante se explica del mismo modo. Seria un error ir á buscar la interpretacion de esta manera de obrar en el corazon, que escapa á su influencia. El autor se funda en sus analogías químicas para darse cuenta de sus efectos. Es un hecho conocido, dice, que la sangre, mezclada con alcohol y agitada al aire, absorbe menos oxígeno que la sangre normal, y no es imposible que el alcohol impida en la fermentacion absorber oxígeno de los tejidos, porque se ha observado que precave el desarrollo de la fiebre pútrida, que se desenvuelve despues de la inyeccion de materias descompuestas en la sangre de los animales. La quinina posee las mismas virtudes antisépticas. Es, pues, racional admitir que estas dos sustancias obran, deteniendo el exceso de oxidacion que se verifica en los estados febriles.

El profesor Binz, en calidad de jefe de una ambulancia durante la guerra, tuvo á su cuidado un gran número de enfermos atacados de fiebre tifoidea, que le dieron ocasion de aplicar las ideas teóricas que preceden, y los resultados de su experiencia merecen ser conocidos.

Advierte en primer lugar que, aparte de algunos otros motivos de error, la temperatura tomada en la axila exige un buen termómetro, que debe permanecer aplicado quince minutos, mientras que un termómetro ordi-

nario, introducido en el recto, da la temperatura á los cinco minutos.

El tratamiento racional por el alcohol y la quinina se funda en el uso del termómetro, conforme á las observaciones de Trauber, Barendsprung y Wunderlich, y el profesor Binz está convencido de que la mayor parte de las terminaciones funestas en la fiebre tifoidea deben atribuirse á la persistencia de una temperatura elevada. Este peligro puede evitarse de dos maneras, dice: primera, sustrayendo rápidamente una gran cantidad de calor ya producido; segunda, evitando que se produzca. La primera indicacion se cumple con el uso frecuente de baños moderadamente frios; la segunda, con la administracion interna de agentes antipiréticos, entre los cuales ocupa la quinina la primera categoría.

La fórmula científica de este método de tratamiento ha sido determinada por Currié, Brand y Leibermeister. A los enfermos del profesor Binz, en quienes se comprobó una temperatura de más de 101 grados Fahrenheit por la mañana y 103 por la noche, se les ponía durante quince á veinte minutos en un baño á 77 Fahren., y el segundo día se les administraban por mañana y tarde quince, y en los casos graves 23 granos de quinina disueltos en ácido clorhídrico y agua.

Entre los 60 enfermos tratados de esta manera, 1 sucumbió á consecuencia de una peritonitis, 2 por efecto de hemorragia intestinal, y la abundancia de la diarrea amenazaba la existencia del cuarto cuando el autor publicó su trabajo. Considerando este último caso como desgraciado, la mortalidad seria de 6,6 por 100. En los hospitales alemanes, antes de la introduccion de este método, se elevaba á 12 ó 15 por 100. A todos los enfermos se les daba una copa de vino de Marsala despues del baño.

Este método de tratamiento empleado desde hace algunos años en los hospitales de Alemania, se introduce con mucha dificultad en la práctica civil. Los baños frios ofrecen, segun el doctor Binz, las ventajas siguientes: 1.º disminuyen y hacen cesar el delirio; 2.º provocan la reaparicion del sueño; 3.º evitan completamente las escaras; 4.º disminuyen mucho la debilidad consecutiva á la enfermedad.

Nada contraindica el uso de los baños fríos como no sea la debilidad del corazón, las hemorragias y la perforación intestinal. Aun cuando exista una ligera bronquitis, no hay inconveniente en emplearlos. Se concede á los enfermos una alimentación ligera con un poco de vino de Burdeos. El doctor Fehrsen refiere que dos médicos que tenían una gran experiencia del tífus producido por el hambre, que asoló hace tres años las provincias septentrionales de Prusia, fueron llamados al cuartel general del ejército alemán, y dispusieron que se bañase en el Mente á muchos enfermos atacados de fiebre, práctica que produjo resultados en extremo satisfactorios.

En la reunion de los naturalistas y médicos alemanes, celebrada en Iunsbruck en setiembre de 1869, el doctor Drasche, de Viena, presentó una estadística de 40 casos tratados por los baños fríos, y de los cuales curaron 36 enfermos.

De 126 casos de tífus, tratados de este modo por el doctor Stiler desde el mes de octubre de 1868 hasta junio del 69, solo sucumbieron 10.

Los baños fríos se han recomendado tambien contra las afecciones exantemáticas, y el doctor Piltz ha publicado recientemente 12 casos de escarlatina grave, la mayor parte de los cuales estaban complicados con difteria, y que fueron combatidos por los baños á 25° centígrados, de ocho á diez minutos de duracion y seguidos de una fricción enérgica. Los baños se repitieron á cortos intervalos. En los enfermos en quienes no se emplearon estos se observó una mortalidad de 42 por 100, mientras que se curaron todos los tratados con los baños fríos.

El doctor Lambert termina con las siguientes conclusiones una Memoria publicada en los *Ann. universali di Medicina*.

Las abluciones frías están indicadas:

1.º Cuando la temperatura pasa de 39,5 centígrados, y se sostiene así durante algun tiempo.

2.º Cuando se producen fenómenos nerviosos graves, como delirio furioso, carfología, salto de tendones, agitación violenta, coma, insensibilidad general ó estupor pronunciado.

3.º Cuando se observa una respiracion insuficiente, superficial; irregular.

4.º Cuando el corazon y el pulso dan 130 á 140 pulsaciones por minuto y los latidos son débiles é irregulares.

5.º Cuando la piel está muy seca y urente.

Como se ve, estas indicaciones pueden reducirse á una sola, la primera; las otras cuatro son consecuencia de ella. El autor dice que no lo ha hecho así porque pueden presentarse casos en que, aun cuando la temperatura no pase de 39,5 centígrados, sea conveniente hacer desaparecer uno ó varios de los fenómenos graves citados:

Las contraindicaciones son:

1.º Las hemorragias intestinales, porque todos los autores, á excepcion de Brand, están unánimes en declarar que en estos casos han observado mas bien un aumento fatal ó una repeticion mas frecuente de estos fenómenos graves.

2.º Las perforaciones intestinales, porque es sabido que en tales circunstancias el mas ligero movimiento es muy doloroso para el enfermo.

Los notables trabajos de Behier autorizan para recomendar en estos casos la aplicacion continúa de vejigas llenas de hielo sobre el vientre.

No son contraindicaciones:

1.º La existencia de una bronquitis mas ó menos intensa, aun cuando fuese capilar.

2.º La de una pulmonía, ya sea catarral, ya hipostática, é igualmente de hemorragias pulmonares (Frohlich, Jurgensen). Por el contrario, en estas circunstancias están especialmente indicadas las abluciones frias.

3.º La existencia de una diarrea mas ó menos abundante. Se ha notado, que disminuye despues del uso de las abluciones.

4.º La menstruacion no impide que se aplique este medio. Currié, Brand y todos los autores modernos no han observado nunca inconveniente alguno. Es raro, por lo demás, que se presenten las reglas en el curso de una fiebre tifoídea.

5.º Las epistaxis no son tampoco contraindicacion.

6.º Es verdad que algunos sujetos manifiestan gran resistencia á este medio, sobre todo á la primera aplica-

cion. En semejante caso, es necesario que el médico insista con firmeza, no solo porque el tratamiento es necesario y urgente, sino porque todos los enfermos, casi sin excepcion, se acostumbran muy pronto á las abluciones frias, y no tardan en desearlas, ó al menos tolerarlas con docilidad.

*Creosota.*— Despues de publicada por el doctor Morache la Memoria, cuyas conclusiones insertamos en el tomo anterior de este ANUARIO, las circunstancias, dice el autor, le han permitido comprobar en el terreno práctico las ideas emitidas en aquel trabajo. Durante la primera parte de la campaña de 1870-71, y posteriormente en los hospitales militares de Versailles, el doctor Morache ha empleado la creosota en un gran número de tifoideos; y fuerte con esta experiencia, cree poder asegurar los buenos efectos de este medicamento. Al efecto ha establecido el tratamiento rodeando á los enfermos de todas las condiciones de observacion metódica que le permitiesen adquirir una conviccion séria acerca de la eficacia de la creosota, empleando en particular de un modo escrupuloso la mensuracion termométrica muchas veces al dia, procedimiento sin el que es casi imposible hacer buena clínica.

El resultado de sus investigaciones, apoyado en la observacion detallada de cada enfermo, puede resumirse en las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> La dosificacion del medicamento es un poco insegura, á causa de las diferentes densidades que presenta la creosota en el comercio. La que ha empleado el autor procedia de la farmacia central de los hospitales militares, con todas las garantías posibles de pureza: tenia 1,037, próximamente, de densidad, pudiéndose considerar que 10 gotas pesan 42 centígramos (cuenta-gotas del Codex).

Por lo demás, hay pocos inconvenientes en que se pasen algo las dosis medias; algunas gotas más ó menos no exponen á ningun peligro.

2.<sup>a</sup> Administrada á individuos sanos en cantidad de 10 á 20 gotas, la creosota no determina ningun accidente, ninguna congestion, y en particular ningun trastorno nervioso, como lo hace fácilmente el ácido fénico. Quizás produce un descenso de temperatura de algunos décimos.

de grado; pero el hecho no le parece al autor, según sus experiencias, suficientemente demostrado.

En forma de pocion, dulcificada con un jarabe cualquiera, la toman los enfermos sin repugnancia.

3.<sup>a</sup> Cincuenta y nueve tifoídeos han sido sometidos al tratamiento por la creosota, que consistió en una pocion con 4 á 8 gotas de este medicamento y una lavativa con 4 á 7 gotas; en todo 8 á 15 gotas.

Los 59 enfermos fueron elegidos con cuidado. Durante el período de observacion del doctor Morache, al lado de los casos mas evidentes de fiebre tifoídea, se presentaron individuos atacados de fiebre subcontinua con fenómenos intestinales y brónquicos. Estos estados patológicos pueden, sin duda, ser considerados como formas benignas de la enfermedad; el tífus levísimus de los alemanes, la fiebre mucosa de los clásicos franceses; en apoyo de esta opinion pueden citarse los resultados de las investigaciones termométricas que, en estas formas, recuerdan al principio la marcha de la fiebre tifoídea, y mas aun el hecho bien notable de muerte por perforacion intestinal en casos apiréticos á los que se rehusa el nombre de fiebre tifoídea.

No obstante, el autor no ha tenido en cuenta estos casos ligeros; curan en general muy fácilmente. Solo ha admitido en sus 59 observaciones los enfermos que presentaban una erupcion roseolada bien clara; aquellos en que el estado tifoídeo era muy marcado, y de un modo general, en los que se observó la curva termométrica bien conocida de la fiebre tifoídea caracterizada.

4.<sup>a</sup> Los efectos de la medicacion pueden considerarse bajo tres puntos de vista principales; descenso de la temperatura general, modificacion en el aspecto de la enfermedad, accion sobre la mucosa digestiva.

5.<sup>o</sup> En todos los pacientes la curva termométrica, siguiendo primero esa marcha ascensional que hácia el quinto ó sexto día llega á marcar 39°,5 ó 40° durante el período de exacerbacion, contra todas las reglas ordinarias no se ha mantenido á esta altura. Desde el segundo setenario se pronunciaba una defervescencia notable por la mañana, permaneciendo aun la temperatura vespertina en las inmediaciones de 38 ó 39°. En una palabra, la



curva presentaba, aun durante el período de estado, esos descensos bruscos que pertenecen á los casos mas felices. La defervescencia total no tardó en aparecer hácia el fin del tercer setenario; varias veces, mas allá del cuarto.

6.º Obrando la creosota localmente sobre la mucosa de la boca y de las vías digestivas superiores, se observa una reconstitucion rápida del epitelium, la falta de esas concreciones pultáceas que se acumulan, ensucian los dientes, y, por su descomposicion pútrida, tienen una influencia incontestable sobre la infeccion general. La mucosa de las vías digestivas presenta verosímilmente estas mismas modificaciones, lo que permite establecer una alimentacion moderada, láctea, de preferencia; bajo el influjo de este tratamiento los enfermos convalecen mucho mas pronto.

7.º La accion de la creosota al interior se manifiesta tambien por una desinfeccion de las deposiciones, que toman un color amarillento y no tienen ese olor fétido que caracteriza á las tifoideas; tambien disminuye su número.

8.º De los 59 enfermos atacados de fiebre tifoidea caracterizada, sucumbieron 5; 1 de perforacion, 3 de pulmonía, y solo 1 sin presentar otra cosa que las lesiones intestinales. En este sujeto la temperatura se habia mantenido durante los tres últimos dias alrededor de 41º. No ha visto el autor un solo caso de muerte repentina, aun cuando este accidente era muy frecuente en la epidemia de 1869-70.

9.º El uso de la creosota en la fiebre tifoidea entra en la categoría de las medicaciones específicas. Si se admite que esta enfermedad es debida á la introduccion en el organismo de un virus, cuyo modo de accion es probablemente la evolucion de un fermento, podria considerarse la creosota como modificadora de esta evolucion morbosa.

A falta de pruebas mas directas puede invocarse la disminucion de la temperatura, es decir, de la fiebre, la falta de los síntomas generales llamados tifoideos, de lesiones secundarias y en particular de mortificaciones de tejidos, de gangrenas, que indican un trastorno profundo de la inervacion de los vasos capilares.

10. El uso de la creosota es preferible al del ácido fé-nico, que no ha dado muy buenos resultados.

Parece lógico ensayar el tratamiento creosotado en otras enfermedades infectivas, en particular la viruela, cuya evolucion tiene notables analogías con la de la fiebre tifoídea.

*Salicina.*—Las observaciones de Ercolani, Prets y Gotti, que han administrado la salicina con buen éxito en el tífus de los bueyes y caballos, indujeron al doctor Verardini, de Bolonia, á ensayar este remedio en la fiebre tifoídea del hombre.

Le administra en cantidad de 4 á 6 gramos al dia, y refiere con detalles 6 observaciones de fiebres tifoídeas graves rápidamente curadas por este medio; cita tambien 3 casos pertenecientes al doctor Righi, 2 del profesor Manfredini, otros 2 del profesor Villa y 1 del doctor Brugnoli. En todos estos hechos la salicina curó con mucha facilidad la fiebre tifoídea. En el hospital mayor de Bolonia se han obtenido los mismos brillantes resultados en 30 casos de fleo-tífus, sin que se tuviesen que lamentar mas que 2 defunciones, gracias á este tratamiento.

La salicina no parece que obra como parasiticida al modo de la quinina, matando los micro-organismos (microzoarios, bacterideos) que se encuentran en la sangre de los tifoídeos, porque estos microzoarios, puestos en una solucion de salicina, continúan viviendo perfectamente. La accion de este medicamento seria mas bien, á juicio del autor, impedir los actos de fermentacion que matar á los microzoarios. M. Piazza cree que la salicina se trasforma en el organismo en hidruro de salicilo y en ácido salicílico, que se une á la glicocola y la reduce bajo una forma química muy estable.

El doctor Verardini acepta esta teoría, y no está muy distante de explicar de este modo la accion antifermentativa de la salicina; sin embargo, hace notar que el ácido benzóico, el ácido cumínico y el cinámico experimentan las mismas trasformaciones en la economía que la salicina, sin que produzcan á pesar de esto los felices efectos que esta sustancia en la fiebre tifoídea.

Como complemento de este estudio, el autor ha prac-

ticado una série de experimentos en conejos, que confirman los hechos precedentes. Es bien sabido que el *nerium oleander* produce en los animales á que se administra todos los síntomas, así como las lesiones que caracterizan la fiebre tifoídea. El doctor Verardini ha intoxicado conejos, ya con las hojas, ya con algunos gramos de extracto de dicha planta, y ha podido convencerse de que la salicina, administrada en seguida, conjura los efectos del veneno y produce la curacion del animal.

*Inyecciones hipodémicas excitantes.*—El doctor Zuelzer ha tenido ocasion de observar un gran número de casos de fiebre tifoídea en enfermos prusianos procedentes del sitio de Paris. En casi todos ha comprobado una debilidad excesiva en los latidos cardíacos, con pequeñez, irregularidad de pulso, cianosis, enfriamiento de las extremidades y colapso general. El conjunto de estos síntomas era característico, y la autopsia permitió descubrir casi siempre una degeneracion muscular muy marcada del corazon.

La naturaleza de los síntomas exigia un tratamiento esencialmente excitante. Los medios generalmente usados tardaban tanto en producir su efecto, que el doctor Zuelzer se decidió á recurrir á una nueva medicacion, eligiendo al efecto las inyecciones subcutáneas de licor amoniacal anisado y de alcohol sulfúrico etéreo, cuyos buenos efectos habia observado en algunos casos de cólera durante la guerra de 1866.

Prescribia ordinariamente 30 ó 40 gotas de alcohol sulfúrico etéreo y 15 á 20 de la solucion amoniacal, inyectando una cuarta parte de esta cantidad en cada miembro. Los resultados obtenidos dice que son notables; el pulso, de pequeño é irregular, se hace lleno y fuerte; lo mismo sucede con las contracciones cardíacas. De ordinario, despues de una ó dos inyecciones, se notaba la desaparicion de la cianosis y del colapso. Esta medicacion tiene tambien la ventaja de hacer ganar tiempo y permitir el uso de otros remedios. Los pequeños abscesos, que á veces se forman á consecuencia de las inyecciones, no tienen importancia alguna.

El autor se reserva publicar mas adelante una Memoria acerca de este asunto; pero por de pronto cree deber

aconsejar á sus compañeros que experimenten el medio que recomienda.

Las inyecciones hipodérmicas pueden llenar indicaciones preciosas en ciertos períodos adinámicos, en que la absorcion por las vías digestivas es nula ó muy difícil y lenta.

**Fiebres intermitentes: tratamiento por el cloruro de sodio como sucedáneo del sulfato de quinina. (Lyon méd.).**

Encargado el doctor Pioch de la asistencia del campamento de Sathonay durante la guerra franco-prusiana, y careciendo de sulfato de quinina para atender al gran número de enfermos que eran acometidos de fiebres accesionales, recordó que ya hace muchos años el doctor Arán propuso reemplazar á la quinina por el cloruro de sodio, cuando aquella fuese ineficaz.

Entonces empezó á administrar á sus enfermos, siete á ocho horas antes del acceso, una dosis de 10 gramos de sal marina, que les hacia tomar generalmente á su vista; en mas de la mitad de ellos cesaron las accesiones, y empezó la convalecencia tan pronto como hubiera podido hacerlo si se administrase 1 gramo de la sal quínica. Muchos no curaron; pero su número no era mayor que en los tratados con el sulfato de quinina, debiendo atribuirse esto á las malas condiciones climatológicas, estacionales é higiénicas á que se hallaban sometidos los pacientes, mas bien que á la imperfeccion del tratamiento.

El autor hace el siguiente resúmen general de sus observaciones:

1.º Muchos africanos, sometidos exclusivamente al uso del cloruro de sodio, no volvieron á tener accesos desde el primer dia de tratamiento, y se encargaron de su servicio á los ocho dias.

2.º Otros experimentaron algun resentimiento los dias siguientes, y fué preciso continuar el uso de la sal durante tres ó cuatro dias, hasta que cesaron los accesos.

3.º Algunos que se creyeron curados despues de dos dosis de 10 gramos de cloruro, tuvieron á los ocho dias una recidiva, que cedió con facilidad al mismo medicamento.

4.º En algunos enfermos los accesos cambiaron de hora y se debilitaron antes de desaparecer por completo.

5.º Algun enfermo que tomó al mismo tiempo que la sal marina una pequeña cantidad de sulfato de quinina, curó con mucha rapidez.

6.º En fin, cuando se pudo combinar una pequeña dosis de esta sal (10 á 20 centígramos), administrada siete horas antes del acceso, con 10 gramos de cloruro de sodio, que tomaban los enfermos una ó dos horas despues del sudor, la curacion fué casi constante.

Segun el autor, se necesitan algunas precauciones en el modo de administracion y las dósis de la sal marina.

1.º Dar los 10 gramos de sal solamente en la cantidad de agua necesaria para su disolucion, basta medio vaso; cuando se pone mayor cantidad de líquido, produce efecto purgante y no se cortan los accesos.

2.º Elegir el cloruro en cristales gruesos y no pulverizado. Bajo esta última forma, sin que el autor sepa decir por qué, le ha parecido que era menos eficaz.

3.º Si existe una saburra gástrica marcada, con ó sin diarrea, no debe empezarse el tratamiento sin haber purgado préviamente al enfermo.

4.º Deben administrarse todos los dias dos dósis de 10 gramos: la primera siete á ocho horas antes del acceso; la segunda, si no se ha evitado este, inmediatamente despues de haber desaparecido la fiebre. Estas dósis pueden repetirse sin inconveniente durante tres, cuatro ó más dias.

**Fiebres palúdicas: profilaxis y curacion por medio de los sulfitos. (Revue de théér.).**

Partiendo el doctor Polli del supuesto que las afecciones palúdicas no pueden menos de comprenderse entre las que se denominan en la actualidad *zimóticas*, cree deber llamar la atencion de los prácticos sobre un remedio anti-zimótico, que no ha sido revelado por el empirismo, sino descubierto por la induccion científica, habiendo luego confirmado su eficacia terapéutica la observacion clínica.

Es seguro que todos nuestros lectores, para quienes son ya conocidas las ideas del doctor Polli, han comprendido que se trata de los sulfitos.

Las propiedades *antisépticas y antifermentativas* que el autor ha descubierto en el ácido sulfuroso, aunque se halle en estado de sal, es decir, en combinacion con los álcalis y las tierras, y la posibilidad de administrarle en esta forma á los animales en dosis mucho mayor que en estado libre, sin producir ninguno de los inconvenientes que son inseparables, ya de la inspiracion del gas ácido sulfuroso, ya de la ingestion de su solucion acuosa mas ó menos concentrada, hicieron concebir al doctor Polli la esperanza de poderle aplicar al tratamiento de las enfermedades infectivas. Por medio de un gran número de experimentos hechos en perros, ha establecido la *dosis tolerable y activa del sulfito de sosa, del hiposulfito de la misma base y del sulfito de magnesia*, así como la *eficacia profiláctica y curativa* de estas sales contra muchas formas morbosas producidas artificialmente por la introduccion en la sangre de diversas materias sépticas y contagiosas (sangre putrefacta, pus descompuesto, humor del muermo, etc.). Luego ha determinado el doctor Polli, por medio de experimentos repetidos en sí mismo y en uno de sus amigos, á qué dosis pueden administrarse en el hombre estos sulfitos, á fin de establecer la experimentacion clínica en las enfermedades infectivas humanas, y principalmente en la septicemia, debidas á la reabsorcion purulenta y en las fiebres origiadas por los miasmas palúdicos.

La primera proposicion del autor respecto á este punto data de 1861: en la segunda, presentada en 1864 al Instituto Real de Lombardia consignaba el resultado de mas de 1.000 observaciones clinicas recogidas, ya en los hospitales, ya en la clientela particular por gran número de médicos muy hábiles. Las experiencias no han cesado desde entonces, confirmándose, segun el autor, los primeros resultados de la medicacion sulfútica en una extensa escala.

Los experimentos se han practicado casi siempre comparativamente con el sulfato de quinina, y el resultado de todos ellos, cree el doctor Polli, autoriza á establecer las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Que la fiebre miasmática puede curarse con los *sulfitos* solos.

2.<sup>a</sup> Que la accion de los *sulfitos* es menos rápida sobre los accesos que la del sulfato de quinina; los *sulfitos* no interrumpen siempre tan bruscamente el curso periódico de la fiebre; pero de ordinario debilitan de un modo gradual los síntomas hasta hacerlos desaparecer.

3.<sup>a</sup> Que en cambio los *sulfitos* impiden con mucha mas seguridad la reproduccion de la fiebre que la quinina.

4.<sup>a</sup> Que muchos casos de fiebre miasmática, rebeldes desde largo tiempo á las preparaciones quínicas, se han curado completamente con los *sulfitos* solos.

5.<sup>a</sup> Que estas sales pueden emplearse con éxito, aun como medio *profiláctico*, y que se puede continuar su uso mucho tiempo sin peligro, lo que no sucede con las preparaciones de quina.

6.<sup>a</sup> Que la administracion de los *sulfitos* no ofrece inconvenientes, aun cuando coexista una irritación gastro-intestinal y durante los accesos, y que muchas de las consecuencias patológicas de las fiebres (excepto la anemia) se pueden tratar útilmente por estas sales.

La accion de los *sulfitos* en las fiebres intermitentes palúdicas ha sugerido la idea de explicar la misteriosa virtud febrífuga de la quina por una accion antifermentativa análoga á la que ejercen dichas sales sobre las materias fermentescibles; en una palabra, se ha supuesto que la quina podria poseer en cierto grado la accion antipútrida, antiséptica, etc., que tienen las preparaciones sulfíticas.

El doctor Carlos Pavesi, de Mortara, ha practicado en este sentido una série de experimentos, que tienen por objeto demostrar esta accion del sulfato de quinina puesto en paralelo con los *sulfitos*, sobre las materias orgánicas, vegetales y animales, y cree haber establecido de un modo incontestable la virtud antizimótica del sulfato quínico, accion que ha confirmado posteriormente el profesor Binz, de Bonn, ilustrando la cuestion con observaciones microscópicas.

Siendo esto así, no es de extrañar que el ácido fénico, la creosota, el petróleo, etc., hayan podido desplegar una eficacia curativa bien pronunciada contra las fiebres miasmáticas. Quizás en este mismo sentido obra también el ácido arsenioso, al menos sobre los glóbulos blancos de

la sangre, si ya no lo hace sobre la materia fermentescible que constituye la parte líquida, y sobre la que se dirige principalmente la acción de los sulfitos.

Confirmándose estas ideas se ilustraría la patogenesia de las fiebres, no menos que la acción terapéutica de los remedios que las curan.

El profesor Polli expone en seguida brevemente el *tratamiento sulfítico curativo y profiláctico* de las fiebres, que la experiencia clínica le ha demostrado ser más fácil y menos dispendioso.

### 1.º Tratamiento curativo.

a. Con el *sulfito de sosa* en solución acuosa dulcificada:

Sulfito de sosa. . . . .	20 gramos.
Agua. . . . .	200 —

Se añaden á la solución 50 gramos de miel ó de un jarabe aromático, ó mejor de zumo de regaliz, que modifica más agradablemente el sabor. Esta poción se administra en cuatro ó cinco tomas en las veinte y cuatro horas.

b. Con el *sulfito de magnesia*:

Sulfito de magnesia. . . . .	12 gramos.
------------------------------	------------

Se divide en cuatro ó en seis dosis, que se toman en veinte y cuatro horas, en un vaso de agua pura ó azucarada.

c. Con el *hiposulfito de sosa*:

Hiposulfito de sosa. . . . .	15 gramos.
Agua. . . . .	500 —
Jarabe diacodion. . . . .	30 —

Se administra en cuatro dosis.

Es esencial tomar el remedio al menos *una* hora antes ó *dos* después de la comida, y no beber hasta que haya transcurrido mucho tiempo, sustancias ácidas, como limonadas, zumos de frutos ácidos, ácido acético, etc.



2.º *Tratamiento profiláctico.*

Seis gramos de sulfito de magnesia, divididos en dosis, ó bien 10 gramos de sulfito de sosa, ó igualmente 8 de hiposulfito de esta base disueltos en agua pura, para tomarlo en dos veces, mañana y tarde: tal es la cantidad, de ordinario suficiente, para preservar á un individuo adulto de las fiebres en la estacion á ellas favorable. Se puede continuar el medicamento en esta forma durante muchos meses.

Para mas economía y comodidad se puede emplear una solucion de hiposulfito de sosa, aromatizada con un poco de tintura de ajeno ó de anís.

Las dosis para una botella de 4 litro son las siguientes:

Hiposulfito de sosa. . . . .	200 gramos.
Agua destilada . . . . .	900 —
Tintura alcohólica de ajeno ó de anís.	15 —

Con esta cantidad hay para un mes. Se toma una copa de las de licor mañana y tarde.

Las sales sulfúricas que la experiencia ha demostrado al autor como mejores para el uso terapéutico, son, hasta ahora, las siguientes:

El *sulfito de magnesia*, aunque menos soluble que los otros, tiene un sabor no tan desagradable, y en proporciones iguales es mas activo.

El *sulfito de sosa*, que se disuelve en cuatro partes de agua fria y se presta bien á la administracion por esta causa.

El *hiposulfito de sosa*, que es el mas económico de todos, y que se administra perfectamente por su gran solubilidad. El único inconveniente que tiene es ser ligeramente *purgante*. Por esta causa se le adiciona el jarabe diacodion; de todos modos es preciso administrarle á una dosis que no sea catártica, por que si no es perdida su accion. El efecto antizimótico de esta sal no es posible sino despues que se trasforma en sulfito por el oxígeno de la sangre durante su paso por la economía.

El autor no emplea nunca el *sulfito de potasa* ó el *de cal*, porque el primero tiene un sabor muy desagradable y una

accion demasiado debilitante; se altera fácilmente, y es mas caro que el sulfito de sosa; solo podria tener una indicacion especial en las fiebres reumáticas agudas, á causa de su base. El segundo (sulfito de ca), muy poco soluble, muy alterable al aire, menos activo que el sulfito de sosa, tiene un sabor muy cáustico, y solo podria usarse en cirugía como escarótico ó deterativo. El *hiposulfito de cal*, muy soluble, es el único que puede administrarse al interior, porque goza de propiedades preciosas, sobre todo á causa de su base, en ciertos periodos de la tisis tuberculosa.

**Glucosuria: tratamiento por medio de la leche descremada; los diferentes principios constitutivos del opio y el carbonato de amoniaco.** (*Gaz. méd.—Dabell's reports*).

El doctor Arturo Scott ha introducido hace mas de un año en la terapéutica el tratamiento de la diabetes sacarina por la leche descremada, publicando en el periódico *The Lancet* algunos ejemplos que prueban la eficacia de este método dietético. La primera observacion es la de un enfermo que ya en mayo de 1870, y haciendo dos años que se habia puesto muy corpulento, se fatigaba con facilidad, dormia poco por la noche y estaba somnoliento de día; la vista se habia debilitado y la sensibilidad se hallaba muy embotada; no tenia demasiada sed ni demasiada hambre; la piel estaba seca, las encías blandas, los dientes movidos; las orinas, muy densas, contenian una gran cantidad de azúcar. A partir del 15 de junio, se dieron al enfermo 8 pintas diarias de leche descremada. Desde la primera semana la densidad de la orina y su proporcion de azúcar disminuyeron, y desde el 28 de junio ya no existia esta última. Pasado un mes, el enfermo, que al empezar el tratamiento no podia recorrer media milla, andaba siete sin descansar; se habia restablecido el sueño. A los dos meses no existia ya la obesidad; las encías y los dientes se hallaban en buen estado, así como la salud general, que se iba restableciendo cada vez mejor.

El tratamiento habia consistido en leche descremada; desde la quinta semana se administró la leche cuajada, y á esto se reducía toda la alimentacion. Al fin de la sexta semana se añadieron á este régimen tres cuartos de libra

de carnero ó vaca asados. En enero de 1871, es decir, á los seis meses de tratamiento las fuerzas se habian restablecido, el enfermo tomaba siempre leche descremada, absteniéndose de toda alimentacion grasa y azucarada. En el momento de publicarse la observacion el régimen consistia en lo siguiente: Para desayuno, media libra de carnero asado, una pinta de leche y media pinta de café. Para el almuerzo media libra de carne cocida y una pinta de leche. Para la comida, tres cuartos de libra de vaca, carnero ó aves asadas con alguna verdura. Despues de comer, y en el momento de acostarse, té con leche á discrecion. En la segunda observacion se trata de una curacion completa de diabetes por la leche descremada. El azúcar desapareció en doce dias.

*Principios constitutivos del ópio.*—El doctor W. Pavy ha experimentado comparativamente los diferentes principios constitutivos del ópio, morfina, codeina, narceina, nicotina, etc. Entre estas varias sustancias, la morfina y la codeina demostraron una accion evidente sobre la eliminacion del azúcar; pero la codeina fue la que bajo este punto de vista pareció que gozaba de propiedades mas ventajosas. El doctor Pavy considera esta sustancia como un agente de verdadero valor en el tratamiento de la diabetes sacarina. En algunos casos ha parecido curar la enfermedad; en otros el resultado fué solo temporal.

La codeina tiene sobre la morfina y el extracto de ópio la ventaja de detener el curso del padecimiento sin narcotizar al enfermo. Cuando se empieza su administracion por pequeñas dosis, que se van aumentando gradualmente, no se notan mas efectos que los terapéuticos. El doctor Pavy cree que se debe comenar por  $\frac{1}{2}$  grano; en algunos casos ha llegado hasta 40 granos tres veces al dia. Si se empieza por 3 granos en las veinte y cuatro horas, pueden producirse aturdimientos y cefalalgia. Por lo comun la lengua permanece limpia y húmeda, y no se afecta tampoco el apetito.

*Carbonato de amoníaco.*—El mismo autor ha publicado en el *British medical Journal* la historia de una diabetes, curada por el carbonato de amoníaco á altas dosis. El enfermo, de cincuenta años de edad, habia salido curado del hospital hácia dos años; pero tres meses antes de la

época en que le vió el doctor Pavy, volvió á sentirse molestando con los mismos síntomas. El autor le prescribió entonces 100 granos de carbonato de amoníaco disueltos en un poco de agua, para que los tomase en las veinte y cuatro horas á dosis pequeñas y repetidas. Este medicamento produjo al principio vértigos y malestar, lo cual obligó al enfermo á suspender su uso durante diez dias, pasados los cuales volvió á continuarle, empezando por 35 granos, cantidad que se elevó gradualmente hasta 100, como antes. Esta vez no se observó fenómeno ninguno desagradable, y en dos ó tres dias desapareció el azúcar por completo de la orina. A los nueve dias se suspendió de nuevo el carbonato, reapareciendo el azúcar, que volvió otra vez á dejar de existir tan pronto como se continuó la administracion del remedio.

**Hemiplegia pneumónica.** (*Lyon méd.*).

Bajo este título estudia el doctor Lepine los accidentes apopléticos de forma hemipléjica, que sobrevienen al principio ó en el curso de una pulmonía independiente de una lesion orgánica grosera de los centros nerviosos. El autor describe dos formas principales de esta hemiplegia; en la una los fenómenos se presentan bruscamente con desviacion de la cabeza y de los ojos; en la otra la hemiplegia se desarrolla con mas ó menos lentitud, y es precedida de alteraciones vaso-motoras en las partes que han de ser atacadas de la parálisis, como enfriamiento ó calor excesivo, y á veces alternativas de estos dos fenómenos. Su causa parece que debe referirse á la pneumonía, porque se presenta durante su curso y aumenta cuando ella se agrava. Además la autópsia no revela ninguna lesion orgánica en los centros nerviosos que pueda explicarla, como no sea la disminucion del calibre de algunos ramos arteriales, segun demuestran tres observaciones recogidas en el servicio del doctor Charcot.

M. Lepine cree que esta hemiplegia pneumónica se produce por accion refleja, y en efecto ha demostrado experimentalmente que se pueden determinar efectos análogos por la irritacion del pulmon.

La hemiplegia refleja, relativamente bastante frecuente en los viejos, es muy rara en los niños y los adultos, lo que atribuye el autor á que existen en aquellos ciertas condiciones que favorecen la isquemia cerebral y vienen en auxilio de la concentracion refleja de las arteriolas; estas condiciones son: 1.º el estado ateromatoso de los vasos del encéfalo, habitual en los viejos, lo que hace que en una edad avanzada la circulacion cerebral se efectúe de un modo imperfecto, ó cuando menos precario; 2.º tendencia á la inopexia en la pneumonía, y á la formacion de coágulos en las arterias cerebrales; 3.º disminucion de tension en el sistema arterial, bajo la influencia del estado febril, de la abstinencia, y á veces tambien de cierto grado de pereza cardíaca senil.

El efecto de todas estas condiciones es aumentar la tendencia á la isquemia cerebral, la cual es favorecida por el empobrecimiento, á veces considerable, de la sangre en los viejos pneumónicos.

Para tener una idea de las alteraciones que sufre la sangre bajo la influencia combinada de la inanicion y de una pneumonía, M. Lepine, en union de M. Carville, ha determinado pulmonías en pechos hechos previamente anémicos por medio de sangras: de esta manera ha podido comprobar que los glóbulos disminuyen muy notable y rápidamente mientras que aumenta la fibrina y el suero.

El diagnóstico de la hemiplegia pneumónica es siempre muy difícil. Los principales signos que sirven de guia para establecerle son: 1.º la existencia de una pulmonía; 2.º la alternativa en los miembros del lado afecto de un exceso de calor y de una algidez bien pronunciada; esto permitirá desechar la idea de un reblandecimiento ya existente; 3.º temperatura febril; este signo alja el pensamiento de una apoplejía cerebral en los casos en que la parálisis se presenta con rapidez, inmediatamente ó poco tiempo despues del principio de la pneumonía; en efecto, es un hecho averiguado desde los trabajos de Charcot, que en las primeras horas que siguen al principio de un ataque de apoplejía determinada por una hemorragia ó por una obliteracion vascular, la temperatura central es normal ó menor que la fisiológica.

El pronóstico de la hemiplegia pneumónica es sumamente grave, y nuestra impotencia se resiente de la gravedad de la asociación de las dos enfermedades, y de la ignorancia en que nos encontramos en un caso dado de la patogenia de los accidentes. A falta de nociones exactas sobre el estado local del enfermo, se tomarán las indicaciones del estado general, y se administrarán en consecuencia los tónicos, los excitantes difusivos, cuyos efectos deben auxiliarse por medio de la revulsión (vejigatorio á la nuca).

**Hemoptisis: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de ergotina y el ácido gálico al interior y en inhalaciones.** (*Méd. Press.—Journ. de méd. prat.*).

La acción del centeno de cornezuelo al interior como hemostático en las metrorragias, las hemoptíisis, y los buenos efectos obtenidos con las inyecciones de ergotina en los aneurismas y que hemos consignado en uno de nuestros anteriores ANUARIOS, han movido al doctor Jamieson á emplear este medio en un hombre de cuarenta y un años, afectado de una hemoptíisis abundante con enfriamiento. Una inyección subcutánea en el brazo, de 30 centigramos de ergotina, en algunas gotas de agua, bastó para cohibir la hemorragia, que contaba ya veinte y cuatro horas de duración. Habiendo vuelto el enfermo á su trabajo, se reprodujo la hemoptíisis á los tres días, siendo contenida por una nueva inyección y el reposo en la cama. Seis meses despues, una sola inyección contuvo la hemorragia, que se habia vuelto á presentar.

El doctor Hirschfeld inyectó 15 gotas de esta solución en una señora hemoptóica, y el flujo de sangre se suspendió en el momento. Igual resultado se obtuvo á los quince días que apareció de nuevo.

En una epistaxis rebelde bastaron estas inyecciones para contener inmediatamente la hemorragia.

Este nuevo medio de usar la ergotina está tanto más indicado en este caso, cuanto que frecuentemente es imposible administrar nada á los enfermos por la boca.

**Acido gálico.**— El doctor Waters, que ha hecho un estudio especial de los agentes recomendados para cohibir las hemoptíisis de los tísicos, coloca en primera línea

como el mas eficaz, el mas pronto y el mas seguro en sus efectos al ácido gálico. Le administra á altas dósís; 50 centigramos cada dos, tres ó cuatro horas, segun la gravedad de los casos. Algunos prácticos prescriben 1 gramo de una vez; pero el autor cree que no es necesario usar dósís tan fuertes. Este medicamento, que es bien aceptado por los enfermos, no fatiga al estómago, y se elimina rápidamente por las orinas.

Despues del ácido gálico viene, á juicio del doctor Waters, el acetato de plomo, que tambien debe prescribirse en dósís bastante altas; 10 á 15 centigramos cada dos, tres ó cuatro horas. Bajo su influencia se han visto ceder hemoptíisis muy graves.

*Inhalacion de una solucion de ácido gálico.*—Otro médico inglés, el doctor Holder, se manifiesta tambien muy partidario del ácido gálico en las hemoptíisis; pero no le administra por la vía gástrica, sino que lleva directamente el medicamento á la mucosa bronquial en forma de solucion, por medio de un aparato pulverizador. De esta manera ha conseguido felices resultados en muchos enfermos que á cada aspiracion arrojaban grandes cantidades de sangre.

Este es el mismo procedimiento que, empleando otra sustancia astringente, ha prestado muy buenos servicios en la afeccion que nos ocupa. Todos nuestros lectores conocen los resultados obtenidos, haciendo penetrar en los bronquios una solucion de percloruro de hierro pulverizada, por los doctores Fieber, de Viena, Brondgeest, de Utrecht, y M. Cornil en la clínica de la Caridad.

*Polvos antihemoptíicos de Oppolzer.*—Este eminente profesor de la escuela de Viena, recientemente arrebatado por la muerte á la ciencia, elogia la siguiente composicion para cohibir la hemoptíisis:

Sulfato de alúmina y de potasa pulverizado. . . . .	4 gramos.
Clorhidrato de morfina. . . . .	0,05 centigramos.
Azúcar blanca pulverizada. . . . .	4 gramos.

Mézclese y divídase en 12 tomas iguales. Se administra una de hora en hora. Al mismo tiempo deben aplicarse compresas empapadas en agua fria sobre el pecho.

y recomendar al enfermo reposo y silencio absoluto. Estos polvos están destinados á los sujetos que no pueden tolerar el percloruro de hierro.

Al nombrar este medicamento no podemos menos de recordar á nuestros lectores la opinion del doctor Beaufort, que le considera *eminente y peligroso* en los tísicos. Es *funesto*, dice este autor, á causa de la accion coagulante que tiene sobre la sangre; produce nuevas obstrucciones vasculares, embolias capilares, núcleos de pulmonia cáseosa, de suerte que un enfermo cuyo estado no es muy grave puede en algunos dias morir asfixiado ó quedar en una situacion mucho peor que la que tenia antes del uso de esta sal. A juicio, pues, de M. Beaufort, debe proibirse el percloruro de hierro del tratamiento de las hemoptísis de los tuberculosos. En general el hierro es malo en esta terrible afeccion, y el autor cree poder explicarlo por la accion coagulante de la mayor parte de sus sales. Así es que ha observado que las preparaciones no coagulantes, como el pirofosfato, son casi inofensivas.

**Íleo: tratamiento por medio de la electricidad.** (*Lyon méd.*).

La gravedad del íleo y la escasez de recursos directos para combatirle, presta indudable interés á la observacion publicada por el doctor Macario, de Niza.

Tratábase de un hombre de setenta y un años, afectado de dispepsia hipocondriaca hacia mucho tiempo, que despues de haberse puesto dos lavativas y almorzado como de costumbre, sintió de repente un dolor intenso en la region umbilical, que seguia la direccion del colon trasverso. A las seis horas el enfermo fué acometido de vómitos, astringencia de vientre, suspension de orina, calambres en las piernas, profunda alteracion de la fisonomía. Al poco tiempo los vómitos se hicieron frequentísimos y estercoráceos. Cuando el doctor Macario vió al paciente, además de estos síntomas le encontró sumido en una especie de sopor, del que le sacaban cada doce ó quince minutos los dolores abdominales, seguidos de vómitos; el pulso era pequeño y miserable; el vientre estaba meteorizado; las circunvoluciones intesti-



nales se dibujaban al través de las paredes del abdomen y existía hipo. Habiendo sido inútiles los purgantes y demás medios empleados, se decidió el doctor Macario á hacer uso de la electricidad, valiéndose al efecto de un aparato volta-farádico de Gaiffe. Se introdujo en el recto un reóforo metálico de forma olivar, que se puso en comunicación alternativamente con ambos polos, y se paseó el otro reóforo, guarnecido de una esponja mojada, sobre las paredes abdominales, á lo largo del colon trasverso, particularmente hácia el sitio del dolor. Bajo su influencia las paredes del vientre se elevaban como un mar agitado; el paciente lanzaba agudos gritos y pedía que se suspendiese la operacion. Esta duró diez minutos. Inmediatamente despues el dolor de barra habia desaparecido, los vómitos cesaron, y el estado general se mejoró notablemente. El doctor Macario creyó deber suspender la electricidad y esperar el resultado. La calma se mantuvo, los vómitos no reaparecieron. A las cuatro horas de la operacion tuvo lugar la primera evacuacion alvina, líquida y espontánea, que fué seguida de otras dos, igualmente líquidas, en aquella noche, y á la mañana siguiente todo habia entrado en estado normal. El vientre se encontraba flexible, pero continuó ligeramente doloroso á la presion durante dos ó tres dias.

**Incontinencia nocturna de orina: tratamiento por medio de la oclusion del prepucio con colodion ó con una ligadura.**  
(*Cincinnati Lancet.—Gaz. hebdom.—Montp. méd.*)

Como todas las enfermedades, la incontinencia nocturna de orina reclama remedios diferentes, segun la causa que la determina y sostiene. Las causas externas son las mas fáciles de descubrir y de vencer. Así es que en un muchacho de catorce años le ha bastado al doctor Wood, que encontró el prepucio prolongado y adherido al glande, practicar la circuncision, para que inmediatamente cesase la incontinencia luego que se cicatrizó la herida.

No sucede lo mismo con las causas internas, y, en la dificultad de descubrirlas, se han aconsejado un gran número de remedios de éxito dudoso. El célebre profesor Corrigan, de Dublin, ha propuesto recientemente uno

nuevo y muy sencillo; consiste en la oclusion de la abertura prepucial por medio del colodion. Elevando el prepucio con la mano izquierda, se extiende con un pincel una capa de colodion sobre la abertura que en forma lineal entonces presenta. El colodion se solidifica rápidamente, y, cerrando el orificio, se opone á la salida de la orina. La operacion se practica al tiempo de acostarse el enfermo.

Cuando Corrigan empleó por primera vez este medio, ereia que la vejiga, al contraerse enérgicamente contra el obstáculo, produciria un dolor que obligase al enfermo á quitar el colodion. Mas no sucedió así; no hubo dolor, ni despertó el sujeto durante la noche; pero por la mañana se encontró el prepucio ligeramente distendido por la orina, y pudo levantarse el colodion con la mayor facilidad. Un tratamiento de quince dias basta á veces para obtener la curacion, pero son frecuentes las recaidas.

Un medio mas sencillo, segun el doctor Espagne, es la ligadura del prepucio, estirado hácia delante del glande, por medio de una cinta de hilo, con la que se hace una lazada sencilla. La constriccion es de esta manera moderada, y no ofrece peligro por la ancha superficie de la ligadura con relacion al órgano que abraza. No provoca dolor, estrangulacion ni principio de seccion, como lo haria un hilo ó cordonete, ya sobre el prepucio, ya sobre una porcion cualquiera del miembro.

Este modo de deligacion prepucial es suficiente. Sin embargo, el autor ha hecho construir un pequeño aprietanudos de gamuza de 10 á 18 milímetros de longitud cuando está extendido, y 6 á 8 milímetros de ancho, segun las edades. Este aprietanudos se aplica mas pronto y fácilmente que la lazada con la cinta. Los dos extremos de la pequeña correa pasan en direccion encontrada al través de una bolita corredera.

Es evidente que para la aplicacion de estos medios se necesita cierto grado de longitud del prepucio, puesto que se trata de formar una especie de rodete ó culo de pollo mas ó menos aplastado por fuera de la ligadura.

Parece que las orinas deberian empezar á salir por la uretra, y distender la cavidad prepucial, formada por la

ligadura, antes de que despertase el enfermo. Pero no sucede generalmente así. A menudo, cuando el sujeto enurético no es muy débil, puede no ser necesario volver á poner el aparato despues de haber orinado á media noche, y á medida que recobra fuerzas, sucede á veces que el enfermo, acometido del sueño y olvidando orinar, despues de haber quitado el aprieta-nudos, conserva sus orinas toda la noche, no vaciando la vejiga en siete ú ocho horas.

Es de temer, y ya lo indica el autor, que la aplicacion de este aparato, así como la del colodion, puedan provocar á los niños al onanismo, á causa de las manipulaciones que es indispensable hacer en el pene.

*Manía aguda: cloral como sedante. (Méd. Times.—Lyon méd.—Montp. méd.).*

El cloral, ensayado por algunos clínicos en la melancolía, ha sido siempre ineficaz; pero administrado en dosis suficiente, ya solo, ya asociado á la morfina, obra como un poderoso sedante en varias formas de la manía aguda.

Llamado el doctor Crawford el 2 de noviembre de 1869 para visitar á una madre de familia de cincuenta y seis años, maníaca desde hacia catorce, y que, en un acceso agudo é intermitente, estaba privada de sueño desde hacia cinco semanas, á pesar del uso del ópio y la morfina en cantidades considerables, ensayó el cloral en dosis de 25 granos en 2 onzas de agua, durante tres dias consecutivos, por la noche, al tiempo de acostarse. El efecto fué maravilloso. La enferma no durmió mucho la primera noche, pero estuvo en calma. La noche siguiente tuvo un sueño tranquilo de nueve horas, y otras siete en varios intervalos durante el dia. Lo mismo sucedió al tercer dia, en el cual se suspendió el medicamento.

La frecuencia del pulso, que era de 130 pulsaciones, disminuyó al momento de un modo notable, así como la temperatura.

En una recién parida, que sufría gran alteracion de los sentidos, alucinaciones é insomnio pertinaz hacia ocho dias, habiéndose empleado inútilmente el bromuro de potasio y las inyecciones hipodérmicas de morfina, administró el doctor Alexander 40 granos de cloral: inmedia-

tamente se produjo un sueño tranquilo de doce horas, que ocasionó un notable alivio en todos los fenómenos cerebrales. El uso continuado á menores dosis bastó para obtener la curacion.

El doctor La Harpe ha conseguido análogos resultados en dos casos de manía aguda. Era la primera una señora de veinte y cinco años, atacada de manía aguda, que habia resistido al ópio, á los purgantes y á los baños generales, y que se alivió de un modo notable inmediatamente despues de la inyeccion de 30 granos de hidrato de cloral, administrados al quinto dia de la invasion del delirio; se continuó el medicamento los dias siguientes, y se obtuvo una curacion completa á los cinco dias de haber empezado su uso.

La segunda enferma era una señora de cuarenta y cinco años; habia tenido anteriormente otro ataque de manía aguda; al tercer dia de haber empezado el delirio y viendo que empeoraba por momentos, se prescribieron 20 granos de cloral, y cada dos dias media onza de citrato de magnesia: desde la primera noche se notó un alivio manifiesto, y al quinto dia el acceso estaba terminado.

El autor ha conseguido igualmente excelentes resultados en varios casos de *delirium tremens*.

M. Dumas, de Ledignan, ha publicado en el *Montpellier méd.* la observacion de un jóven de veinte y seis años, que fué acometido repentinamente de un delirio agudo con estado maníaco, á consecuencia de la impresion que le produjo la larga y dolorosa agonía de un pariente próximo. El acceso se declaró repentinamente con palabras vivas, incoherentes, llantos y risas alternativas sin motivo, y agitacion. El semblante estaba encendido, la mirada fija y extraviada, y no habia fiebre. El autor recurrió, sin éxito, á los purgantes, bromuro potásico y una sangría del brazo. Entonces se prescribieron 3 granos de cloral en 120 de un julepe, administrándole una cucharada de hora en hora. A la tercera dosis se durmió el enfermo tranquilamente durante tres horas, y continuando el uso del medicamento, cesó el delirio al dia siguiente.

**Microcymas: patología, terapéutica. (Gaz. des Hop.).**

Las antiguas hipótesis de los fermentos y los parásitos, resucitadas en estos últimos años y revivificadas al calor del método experimental, tienden á generalizarse, y van ganando de dia en dia terreno en el dominio de la fisiología y de la patología. El doctor Bechamp, profesor de la escuela de Montpellier, que es uno de los primeros que han entrado en esta vía, dirigido por sus estudios sobre la fermentacion y los pequeños organismos fermentos, á que ha dado el nombre de *microcymas*, ha presentado recientemente, á la Academia de medicina de Paris, el resúmen sustancial de un gran trabajo titulado: *Los microcymas, la patología y la terapéutica*. Este trabajo no tiende menos que á asentar, sobre los hechos revelados por el estudio de la fermentacion, toda una patología y una terapéutica nuevas.

Mis investigaciones, dice el autor, sobre las fermentaciones y los fermentos, mas especialmente sobre las granulaciones moleculares, que remontan á quince años, y las practicadas despues en union del doctor Estor, con el objeto de generalizar las primeras observaciones, han demostrado que el animal es reducible en último término al microcyma. Pero este, cualquiera que sea su origen, es un fermento, un ser organizado, vivo, capaz de multiplicarse, de enfermar y de comunicar la enfermedad. Durante el estado de salud, los microcymas del organismo obran armónicamente, y nuestra vida es, en toda la acepcion de la palabra, una fermentacion regular. En el estado patológico, los microcymas obran inarmónicamente; la fermentacion se encuentra regularmente alterada; los microcymas, ó bien han cambiado de funciones, ó bien se han colocado en una situacion anormal por una modificacion cualquiera del medio.

Ejemplo: un huevo de pájaro tiene por funcion armónica dar un pájaro. Durante la incubacion, el resultado de los actos químicos que se verifican en él consiste en trasformar los materiales de la yema y de la clara en los diversos compuestos químicos que servirán para constituir los diferentes órganos del animal. Pero el huevo no contiene

nada organizado mas que los microcymas; de tal manera, que bajo el punto de vista químico, todo el huevo es obra de estos microcymas. Si por medio de fuertes sacudidas se viene á mezclar en el huevo lo que estaba destinado á no confundirse, se verifica bien pronto un desprendimiento de ácido carbónico, de hidrógeno y una pequeña cantidad de ácido sulfhídrico; luego se advierte que el contenido del huevo, de alcalino que era, se ha vuelto ácido; si se observa lo que ha sucedido con sus materiales, se ve que las sustancias albuminoideas y los cuerpos grasos no se han alterado. Lo que ha desaparecido es el azúcar y las otras materias glucógenas. En su lugar se encuentra alcohol, ácido acético y ácido butírico; no es, pues, una putrefaccion lo que se ha verificado, sino una fermentacion caracterizada. La agitacion violenta no habia matado, pues, lo que se hallaba dotado de organizacion en el huevo; no ha hecho mas que alterar el órden; los microcymas, arrojados en medios que no les estaban destinados, y en la necesidad de nutrirse de materiales que no estaban hechos para ellos, han reaccionado de un modo nuevo, pero sin cambiar de naturaleza ni de aspecto.

No solo los microcymas son personalmente fermentos, sino que son aptos para producir las bacterias; y lo mas notable es que la bacteria, derivada del microcyma, es un fermento del mismo órden que él. El microcyma es así portador de células; pero en el nuevo estado la posicion puede cambiarse totalmente. Los microcymas, fermentos butíricos, que engendran bacterias, fermentos butíricos, pueden producir células, fermentos alcohólicos.

En fin, el microcyma puede enfermar y comunicar la enfermedad.

Es indudable que el virus de la viruela y el de la sífilis contienen microcymas específicos, es decir, que importan la afeccion del individuo de que proceden.

La causa de nuestras enfermedades está siempre en nosotros; los agentes exteriores no contribuyen al desarrollo de la afeccion y luego al de la enfermedad, mas que porque imprimen algunas modificaciones materiales al medio en que viven las últimas partículas de la materia organizada que nos constituyen, á saber, los microcymas.

La tendencia de los trabajos mas recientes es demostrar que los miasmas, como los virus, contienen organismos microscópicos naturalmente vivos, que, proliferando en la sangre ó en los tejidos del animal, le ponen enfermo. M. Bechamp no cree que suceda así. Como todo fenómeno tiene una causa, el autor admite la existencia de partículas organizadas en los miasmas, pero no cree en una proliferacion en el organismo, proliferacion que muchos experimentos contradicen positivamente. Dos autores, por ejemplo, que en el fondo están de acuerdo para reconocer que la virulencia carbuncosa es una fermentacion, y que la sangre del animal atacado del padecimiento puede comunicarle á otro animal de la misma especie, no lo están cuando se trata de explicar lo que observan.

Para M. Davaine, la virulencia de la sangre carbuncosa es debida á la especie de bacteria que él llama bacteridia. Para M. Janson esta virulencia consiste en una alteracion pútrida especial de la sangre; las bacterias no figuran aquí para nada. Esto prueba que ni las bacteridias ni la putrefaccion de las materias albuminosas comunican el carbunco.

¿Por qué la sangre de los carneros carbuncosos que contiene bacteridias, inoculada á los perros ó á los pájaros no provoca la aparicion de estas y el desarrollo de la enfermedad? No es, seguramente, porque el medio químico sea diferente; es que los microcymas de estos animales no son aptos para verificar la evolucion morbosa bajo la influencia del medio que tiende á crear la introduccion de los materiales morbíficos.

En resúmen, los microcymas son fermentos organizados; pueden, en circunstancias favorables, engendrar bacterias ó células. Todos los organismos *ab ovo* están constituidos por ellos. En fin, la célula, la bacteria misma, pueden volver á los microcymas que son de este modo el principio y el fin de toda organizacion.

M. Bechamp recuerda que desde el principio de sus investigaciones sobre los fermentos, demostró que la creosota y el ácido fénico, á dosis no coagulantes, no impedían ninguna fermentacion empezada, y que á las mismas dosis estos agentes se oponen á la aparicion de los

fermentos organizados en las mezclas mas fermentescibles. Conforme á estas observaciones, ha aconsejado desde 1866 el uso de la creosota y el ácido fénico en la sericultura, con objeto de oponerse al nacimiento del parásito vegetal que produce la enfermedad de los gusanos de seda. Posteriormente, estos agentes han sido empleados por el doctor Masse en el tratamiento del *microscoporon mentagrophytes*, por Pecholier y Gaube en la fiebre tifoidea; el ácido fénico ha sido preconizado en la misma enfermedad, y en la fiebre intermitente por Baurant y Jessier. Recientemente M. Chauffard ha aplicado con éxito el ácido fénico al tratamiento de la viruela grave.

Segun M. Bechamp, la accion del ácido fénico en terapéutica se explica fácilmente por sus estudios acerca de los microcymas. La creosota y dicho ácido no impiden el funcionamiento normal de los elementos histológicos del organismo, pero suspenden la evolucion morbosa de los microcymas, la destruccion demasiado rápida de las células, y tienden, sin duda modificando el medio, á restablecer la armonía alterada en el modo de funcionar los microcymas.

M. Bechamp termina con las dos citas siguientes de un trabajo que ha publicado, en colaboracion con M. Estor:

Despues de la muerte es preciso que la materia vuelva á su estado primitivo. Se ha hecho desempeñar en estos últimos tiempos un papel excesivo á los gérmenes aportados por el aire; el aire puede conducirles, en efecto, pero no son necesarios. Los microcymas, en estado de bacterias ó no, bastan para asegurar por la putrefaccion el movimiento circular de la materia.

El ser vivo, lleno de microcymas, lleva, pues, en sí mismo los elementos esenciales de la vida, de la enfermedad, de la muerte y de la total destruccion.

Sin negar M. Vulpian el interés del trabajo del profesor de Montpellier, lamenta que presente como una realidad lo que á su juicio no es hasta ahora mas que hipótesis. El principio de esta teoría, á saber que el cuerpo de los animales y vegetales se compone de microcymas, que pueden hacer evoluciones en diferentes sentidos, ya en bacterias, ya en esporulos, no está demostrado, y esto es lo que debería probar M. Bechamp, la existencia de los



microcymas á título de organismos dotados de independencia y de actividad. Es tanto mas necesario, cuanto que la teoría de este autor toca á la fisiología, á la patología; abraza, en una palabra, toda la filosofía de la ciencia.

**Miositis sintomáticas.** (*Gaz. hebdom.—Arch. de phys. norm. et path.*).

La falta de espacio nos impide analizar tan detenidamente como desearíamos el extenso y completísimo trabajo publicado por el doctor G. Hayem en los *Arch. de physiologie* acerca de las miositis sintomáticas. Bastan para que pueda apreciarse su importancia, las conclusiones que le terminan y que reproducimos á continuación. Fácilmente se advierte que los estudios anatómo-patológicos hechos por el doctor Hayem, ilustran grandemente muchas particularidades clínicas, cuyas causas eran hasta ahora muy oscuras.

La mayor parte de las enfermedades agudas, febriles, infectivas (fiebre tifoidea, viruela, escarlatina, sarampion, tísis aguda, etc.) producen alteraciones profundas en la nutrición de las fibras musculares. Estas lesiones son, cuando menos, tan frecuentes en la viruela como en la fiebre tifoidea, ya en los músculos del esqueleto, ya en el corazón, hecho establecido por primera vez por el autor en un trabajo presentado á la Sociedad de biología en 1866 (1).

Estudiando las alteraciones musculares en conjunto, pueden establecerse tres grados ó fases sucesivas. El primero está caracterizado por la hiperemia, el principio de las degeneraciones vítreas y granulosa de las fibras, y á veces un ligero grado de alteración de la pared de los vasos. En el segundo se encuentra el desarrollo completo de estas degeneraciones del contenido estriado, y además una proliferación de los elementos celulares en el interior del sarcolema. En algunos casos este trabajo de irritación se extiende hasta las paredes vasculares. El tercer grado comprende: por una parte, la atrofia ó la

(1) ANUARIO, t. IV, pág. 116.

desorganizacion y la desaparicion completa de las fibras degeneradas; y por otra, el trabajo de reparacion ó de regeneracion, cuyo objeto es restituir á los músculos alterados su estructura primitiva. Las nuevas fibras que se forman en esta última fase tienen su origen en células musculares preexistentes, cuya proliferacion es ya evidente en el segundo grado.

El corazon es atacado como los demás músculos, y presenta, con corta diferencia, las mismas lesiones. No obstante, la degeneracion granulosa es la regla, y va seguida de una atrofia simple, que puede curar sin que se formen fibras nuevas. La regeneracion es mas dudosa en el corazon que en los músculos del esqueleto.

Pueden considerarse como complicaciones de estas alteraciones musculares, las hemorragias, las infiltraciones purulentas y los abscesos. Las hemorragias reconocen muchas causas, y, segun ellas, varían, en cuanto á su época de aparicion, su abundancia, su asiento, etc. Las unas dependen de la naturaleza hemorrágica de la enfermedad (viruela hemorrágica), y se verifican en los músculos, como en la piel, las mucosas, las vísceras, con ocasion de las manifestaciones irritativas ó flegmáticas que se desarrollan en todos estos puntos. Otras son consecuencia de roturas que ha hecho posibles la degeneracion de las fibras musculares, y sobre todo la degeneracion granulosa. En fin, las hay que dependen de obliteraciones vasculares. Estas últimas solo aparecen en el curso del tercer grado, y son consecutivas á una endoarteritis bastante frecuente en este período.

Comparando estas alteraciones musculares á las diversas especies de miositis, debe admitirse en el estado actual de nuestros conocimientos, que entran en la clase de los procesos inflamatorios. Estas *miositis sintomáticas* se ajustan, en su modo de evolucion y terminacion, á la enfermedad que las da origen y de que son una manifestacion. Parecen debidas á la alteracion de la sangre, y ocupan un lugar en la categoría de las alteraciones de nutricion que las enfermedades discrásicas producen en muchos tejidos. Durante la vida determinan cierto número de síntomas, entre los que figuran en primera línea los fenómenos cardíacos. Así es que se observa, en

ciertas formas de la fiebre tifóidea y en la viruela hemorrágica y confluyente, una miocarditis especial, caracterizada sobre todo por la debilidad del corazón y de la circulación, de tal modo que en la convalecencia de la fiebre tifóidea, esta víscera se encuentra en condiciones orgánicas tales, que puede verificarse una muerte repentina por suspensión definitiva de sus contracciones.

**Neuralgia ciática: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de morfina, de atropina y por la hidroterapia.** (*Revue méd. de Toulouse.—Dict. des progrès.—Journ. de méd. et chir. prat.—Soc. d'hydrologie*).

Siete nuevas observaciones de ciáticas intensas, recogidas en el Hotel-Dieu de Tolosa, han permitido al doctor Guitard confirmar los felices resultados que pueden obtenerse con este agente. Las inyecciones hipodérmicas de 8 á 10 gotas de una solución de atropina á 1/100, de reacción bien neutra, hechas en el sitio de emergencia del dolor y repetidas dos, tres ó cuatro veces, han bastado para curar la neuralgia, después de que habían sido inútiles otras muchas medicaciones. La curación fué unas veces instantánea, otras progresiva, y en algunos casos solo se consiguió un alivio manifiesto. Para evitar accidentes es importante, según el autor, que no exista enfermedad de las vías urinarias, vaciar previamente la vejiga, no operar inmediatamente después de que haya comido el enfermo, y, para saber que no es refractario á la atropina, emplearla á dosis graduales y fraccionadas.

*Inyecciones de morfina.*—El doctor Clerc refiere sucintamente el caso de un hombre atacado de ciática, que le obligaba á estar en cama hacia muchos años, y que después de cuatro inyecciones hipodérmicas de medio grano de morfina cada una, pudo levantarse y andar. El mismo medicamento, administrado al interior, no había producido efecto alguno.

En cambio el doctor Stoll ha observado un hecho análogo, en que una sola inyección de morfina produjo un coma de dos horas y que hizo temer una muerte inminente, y no determinó ningún alivio en la enfermedad.

*Hidroterapia.*—Es el mejor tratamiento de la ciática, según el doctor Beni-Barde. Puede emplearse la estufa

seca, la de vapor, la envoltura, las aplicaciones frías simples, y la ducha ó chorro escocés en particular, favorable sobre todo por su inocuidad y la facilidad de su aplicación. Es una ducha movable en regadera, que proyecta agua caliente y fría alternativamente sobre la parte dolorida. Se empieza por agua moderadamente caliente, cuya temperatura se va aumentando de un modo gradual por medio de un sistema de llaves. Al máximo de temperatura el dolor se encuentra de ordinario muy disminuido; entonces es cuando se proyecta el agua fría ligera y rápidamente.

En un pequeño tratado de la ciática, publicado por el doctor Lagrelette, médico del establecimiento de hidroterapia de Auteuil, hace notar este autor que los médicos descuidan mucho ciertas prácticas sencillas hidroterápicas, que no exigen ni aparato costoso ni grandes preparativos, y que, sin embargo, prestan utilísimos servicios. En este caso, dice, se encuentran, por ejemplo, las fricciones con una esponja empapada en agua fría, la sábana mojada, las compresas frías, el baño de asiento frío.

En prueba de ello, refiere el hecho de una neuralgia ciática que contaba dos meses y medio de fecha, y había resistido á todos los medios usados en semejantes casos: ventosas secas, escarificadas, vejigatorios, fricciones con aceite de trementina, fumigaciones, etc. El enfermo tenía cuarenta y siete años, y había contraído el padecimiento por la acción del frío húmedo. Los dolores iban aumentando; había inapetencia completa, demacración considerable, insomnio pertinaz y atrofia del miembro enfermo.

El 30 de diciembre se empezaron á practicar fricciones en todo el cuerpo, con una fuerte esponja empapada en agua fría, cuidando de apoyarla principalmente sobre el trayecto del nervio ciático. El alivio fué inmediato. Las fricciones se repetían dos veces al día. El 31 de diciembre pudo dar el enfermo algunos paseos en su habitación, apoyándose en los muebles. El 3 de enero los dolores eran casi nulos; se continuaron las fricciones hasta el 25 del mismo mes, con algunas interrupciones, y sin otro inconveniente que una ligera ronquera durante algunos días. La curación fué definitiva y permanente, sin

que despues de trascurridos algunos años haya habido recidiva.

Otro enfermo del doctor Lagrelette fué tratado, despues de muchos ensayos inútiles, por la aplicacion de toballas mojadas. Se doblaba una de estas, muy gruesa, á la mitad en el sentido de su longitud; se la empapaba en agua de pozo recién sacada; se la torcia moderadamente, y luego se aplicaba de pronto sobre la cadera y el muslo. La sensacion que recibió el enfermo en este momento fué muy desagradable, pero el dolor cesó como por encanto. Las aplicaciones frias se repitieron durante dos ó tres dias, para prevenir la reaparicion de la neuralgia.

Cuando se emplean las fricciones ó las aplicaciones, conviene tener la habitacion del enfermo á menos de 16 grados, practicar aquellas durante un minuto próximamente, y secar en seguida las partes mojadas con lienzos frios. En estas condiciones la reaccion se verifica bien, y da generalmente resultados inesperados.

**Neuralgia maxilar: nueva variedad.** (*American Journal*).

Aunque esta forma de neuralgia debe haber sido observada por otros médicos, nadie la habia descrito hasta que lo ha hecho el célebre doctor Gros, de Filadelfia. Tiene su asiento en los alveolos privados de dientes y en la encía que les cubre; se observa casi exclusivamente en los sujetos de edad avanzada, y se manifiesta mas á menudo en el maxilar superior que en el inferior. El dolor es muy circunscrito, y por lo general las regiones afectas no exceden de algunas líneas. Las partes blandas no parecen dolorosas; al menos no lo están tanto como en las neuralgias de la cara. La accion morbosa se encuentra generalmente limitada al tejido óseo. Si algunas veces parece que se halla atacada la encía, es siempre cuando es muy dura y densa; rechina mas ó menos cuando se corta con el bisturí, y se adhiere con mucha fuerza al tejido alveolar atrofiado.

Como en todas las neuralgias, el dolor es generalmente paroxístico y se reproduce por accesos. La mas ligera causa le provoca, como el andar, hablar, beber caliente ó frio y la mas pequeña excitacion mental. El dolor, á

veces momentáneo, aparece y desaparece como un relámpago; en otros casos persiste algunas horas y aun un tiempo indefinido. Su carácter varía; puede ser agudo y lancinante, sordo, profundo, dislacerante. La presión le disminuye mas bien que le aumenta; puede determinar espasmos de la cara, pero esto es muy raro.

La causa parece ser la compresión de los delgados filetes nerviosos que atraviesan los alveolos, por el depósito de sustancia ósea sobre las paredes de estas cavidades, cuyo tejido adquiere casi la dureza del marfil. Así es que la corriente eléctrica, que recorre el maxilar sin interrupción en estado normal, se detiene en estas condiciones patológicas, y no produce mas que un dolor circunscrito mas ó menos fuerte y como neurálgico. El autor cree que esta explicación no admite duda.

El curso es progresivo y el dolor se hace á veces intolerable. La salud general acaba por alterarse. El enfermo pierde el apetito, la cara toma una expresión de ansiedad, hay insomnio, se alteran las digestiones; luego se presenta estreñimiento pertinaz, frio en las extremidades y aun depresión intelectual. A medida que el estado general se agrava, los dolores se hacen mas vivos y mas frecuentes, y el padecimiento toma á veces la forma intermitente.

Cinco observaciones que el autor refiere como ejemplo, confirman la realidad de este cuadro, y demuestran que no hay otro remedio que la excisión de la porción alveolar afecta. M. Gros se sirve para esto de una pinza cortante de bordes encorvados.

**Neuroses de la vida orgánica: tratamiento por medio de la nuez vómica. (Lo Sperimentale).**

El doctor Brugnoli ha empleado con ventaja la nuez vómica en las alteraciones nerviosas del embarazo, en la gastralgia, la dispepsia, la hipocondría, las palpitations nerviosas del corazón, la tos nerviosa y periódica, el asma, y, en fin, la albuminuria.

Los efectos de este remedio se dirigen al pneumogástrico, al gran simpático ó á la médula espinal.

Una señora tenia una tos nerviosa, que se presentaba

por la tarde y duraba toda la noche; se curó en dos días con el uso de la nuez vómica. Lo mismo sucedió con otro individuo que era acometido por la noche de una tos violenta con expectoración catarral. El extracto alcohólico de dicho medicamento, en cantidad de 5 centigramos, asociado al extracto de genciana, puso fin á este estado en el breve espacio de dos días.

Según el doctor Brugnoli, este medio calma siempre la tos, ora dependa de una bronquitis ó de una pulmonía, ora de la tisis pulmonar ó del enfisema.

En los casos de pulsaciones cardíacas irregulares, desordenadas ó demasiado rápidas, es muy útil este remedio. El autor cita una mujer que, á consecuencia de hemoptisis ya antiguas, tenía tal intermitencia é irregularidad de pulso, que se temía una muerte repentina. En solo cuarenta y ocho horas se consiguió un grande alivio.

El doctor Brugnoli ha creído reconocer un efecto marcado de la nuez vómica en la albuminuria para retardar un poco la marcha de esta terrible dolencia. Este agente es útil, sobre todo en la anasarca escarlatinosa. El autor refiere doce casos de niños que se curaron perfectamente con el uso de dicha sustancia.

**Parálisis agitante: tratamiento por el yoduro potásico.**  
(*Recueil de méd. et chir. milit.*).

Tratábase en una observación publicada por el doctor Villemain, de un soldado de treinta años, en quien apareció la enfermedad en 1865 por dolores en el hombro, el brazo y la pierna derecha, con cefalalgia intensa. El 24 de setiembre de 1869 empezó á manifestarse el temblor en el brazo, y el 30 de diciembre en la cabeza; los dolores se calmaron, pero el temblor fué empeorando progresivamente.

En el momento de su ingreso en el hospital, el temblor ocupaba la cabeza y miembro superior derecho; en la primera consistía en un movimiento de rotación continua hácia la derecha, con flexión y extensión del cuello, y en el brazo en movimientos de pronación y supinación de la totalidad del miembro, combinados con los de flexión y extensión de los dedos sobre la mano, de esta sobre el antebrazo y del antebrazo sobre el brazo. En la extremidad

inferior no se observaba ningun movimiento patológico; pero la contractilidad estaba disminuida. Las diversas sensibilidades se hallaban completamente perdidas ó muy embotadas en toda la mitad derecha del cuerpo.

Se administraron sucesivamente las aguas de Bourbonne, el bromuro de potasio hasta la cantidad de 10 gramos por dia , el nitrato de plata hasta el principio de una coloracion azulada de la piel ; todo sin resultado alguno. M. Villemín prescribió entonces el yoduro potásico , que elevó rápidamente hasta la cantidad de 3 gramos diarios. Desde este momento se manifestó un alivio apreciable; empezó á disminuir la agitacion de la cabeza , cesando completamente á las tres semanas ; en esta época habia comenzado á aparecer la sensibilidad ligeramente en el brazo derecho ; pero el enfermo se empeñó en salir del hospital. El autor no da noticia ninguna acerca del estado de este sujeto bajo el punto de vista de la sífilis.

Aunque la observacion de M. Villemín no sea completa, nos parece interesante por los felices resultados que parece haber producido el yoduro potásico en una afeccion tan grave como la parálisis agitante ; el doctor Axenfeld habia ya podido suspender durante diez y ocho meses las manifestaciones morbosas, en un caso de parálisis agitante, por el uso combinado del yoduro de potasio, baños sulfurosos y de un cauterio á la nuca.

#### Parálisis: electricidad como medio de diagnóstico.

(Gaz. hebdom.).

Dejando á un lado el doctor Onimus toda teoría y toda interpretacion fisiológica ó física, ha tratado de demostrar, en un trabajo recientemente publicado en la *Gaz. hebdom.*, de qué modo las diferentes corrientes eléctricas pueden ilustrar el diagnóstico y servir para establecer el pronóstico en ciertas afecciones nerviosas y musculares, sobre todo en las parálisis.

Para explorar la contractilidad electro-muscular pueden emplearse las corrientes de induccion y las continuas. Como la contractilidad no es la misma para una que para otra corriente, el autor distingue con el nombre de *contractilidad farado-muscular* á la producida por las



corrientes de induccion, y *gálvano-muscular* á la que determinan las corrientes continuas.

1.º *Corrientes inductivas.* — No hay excitante que produzca contracciones musculares de un modo tan determinado y preciso como las corrientes de induccion. Con una corriente poco dolorosa, es en todos los casos fácil provocar contracciones muy manifiestas en los músculos sanos.

Siempre, pues, que empleando estas corrientes se note una disminucion en la fuerza de la contraccion ó la falta de la contractilidad, será razonable admitir que existe una lesion primitiva ó consecutiva de las fibras musculares.

Esta disminucion tiene lugar en la mayor parte de las afecciones de la médula (Marshall-Hall), en las parálisis traumáticas, en las saturninas (Duchenne), en las atrofas consecutivas á lesiones periféricas.

Segun Marshall-Hall, en las parálisis espinales la contractilidad electro-muscular disminuye en los músculos paralizados. En las parálisis cerebrales la contractilidad electro-muscular aumenta.

Esto no es siempre absolutamente exacto, pero puede servir de un modo general para el diagnóstico.

En todas las parálisis traumáticas, segun ha demostrado Duchenne, desaparece con mucha prontitud la contractilidad electro-muscular.

La pérdida de la contractilidad farado-muscular en las parálisis saturninas y su conservacion en las reumáticas de los extensores, permite diagnosticar estas dos clases de afecciones que se parecen mucho.

2.º *Corrientes continuas.* — En los músculos sanos y en estado normal, las corrientes continuas determinan muy difícilmente contracciones musculares cuando se las aplica directamente sobre los músculos. Si se colocan los electrodos sobre el trayecto de los nervios motores, las contracciones son mas fuertes y se producen con una corriente menos intensa, pero nunca son tan enérgicas como con las corrientes de induccion.

En un miembro sano la corriente ascendente, aplicada sobre el trayecto de los nervios, excita contracciones mas enérgicas que la descendente.

Siempre, pues, que se vea que las corrientes continuas producen con facilidad contracciones, debe fijarse la atención en las siguientes condiciones:

a. Si la contracción se verifica muy fácilmente, estando aplicados los electrodos sobre el trayecto de los nervios, podemos deducir *que la excitabilidad de los nervios es muy grande y casi exagerada*. Esto es exacto, é indica al mismo tiempo acciones reflejas muy acentuadas, y por consiguiente una grande excitabilidad de la médula cuando estos fenómenos tienen lugar con una corriente ascendente.

b. Si las contracciones, en estas circunstancias, son mas enérgicas con una corriente descendente, puede afirmarse con toda seguridad *que hay disminucion ó abolicion de la sensibilidad ó de la excitabilidad refleja de la médula*.

c. Si la contracción es mas fuerte cuando se obra directamente sobre los músculos que cuando se hace sobre los nervios motores, se puede deducir *que existe una lesion de los nervios y no del músculo*, ó al menos que la lesion ha invadido los nervios en primer término.

d. La contracción, electrizando directamente los nervios, puede encontrarse solo debilitada ó completamente abolida.

e. Cuando está debilitada, es un hecho que no tiene valor bien definido, si al mismo tiempo la electrización directa del músculo produce débiles contracciones. En el caso contrario, es decir, cuando las contracciones son mas fuertes por la aplicación directa sobre los músculos, se puede asegurar *que el sistema nervioso motor está alterado ó al menos ha perdido su excitabilidad*.

f. Cuando la contracción por la electrización de los nervios periféricos se halla completamente abolida, se pueden distinguir dos casos: 1.º la contractilidad *gálvano-muscular* es mayor que en estado normal; 2.º se halla debilitada ó abolida.

1.º *Contractilidad gálvano-muscular aumentada*. — Este fenómeno, muy curioso y casi inexplicables, existe cuando los nervios han sido alterados primitivamente de un modo rápido, y solo se hallan lesionados los motores. Casi siempre este estado es signo de una parálisis periférica.

2.º *Contracción gálvano-muscular disminuida ó abolida*.

En estas condiciones pueden existir lesiones diversas, y entonces es, sobre todo, cuando ofrece grande utilidad el exámen comparativo de las corrientes de induccion y de las continuas.

*Exámen comparativo de la contractilidad muscular bajo la influencia de las corrientes de induccion y de las continuas.*

Despues de haber examinado la contractilidad electro-muscular por la faradizacion y por la galvanizacion, se debe ver si la diferencia de accion de estos dos excitantes permite fijar mejor el diagnóstico. Bajo este punto de vista podrian hacerse un gran número de grupos; pero el autor dice que no considerará mas que los principales, y para demostrar mejor la importancia práctica, supone una parálisis de un miembro sin que el enfermo suministre dato ni noticia ninguna.

*I.—Las corrientes de induccion dan contracciones normales.*

DEDUCCION.—Ni los músculos, ni los nervios periféricos, ni la porcion de la médula de que parten los nervios que van á animar á los músculos paralizados, se encuentran lesionados.

Esto se confirmará, si al mismo tiempo la excitabilidad de los nervios y de los músculos es normal por las corrientes continuas.

En la mayor parte de estos casos se tratará de parálisis de causa cerebral. Si las contracciones son muy pronunciadas por las corrientes de induccion y muy débiles por las continuas, mientras que la sensibilidad farado-muscular está apagada en parte, y que la impresion determinada por las corrientes continuas es mas viva, se puede casi asegurar que la parálisis es de causa histérica.

*II.—La contractilidad farado-muscular está disminuida, y la galvanico-muscular es normal ó aumentada.*

DEDUCCION.—El sistema motor solo es el alterado, pero la alteracion es lenta, incompleta; las fibras musculares no han sufrido todavía mas que lesiones parciales ó poco graves.

III.— *La contractilidad farado-muscular está abolida, y la galvano-muscular aumentada.*

DEDUCCION.— Los nervios motores se hallan completamente destruidos, y la parálisis es periférica. Los músculos han sufrido un principio de alteracion, pero no grave.

IV.— *La contractilidad farado-muscular está abolida y la galvánica existe, pero es muy débil.*

DEDUCCION.— Destruccion rápida de las diferentes especies de filetes nerviosos ó de las células de la sustancia gris de la médula; lesiones graves de los músculos. Cuando primitivamente no se ha obtenido ninguna contraccion con las dos especies de corrientes, y despues de algun tiempo de tratamiento, las contracciones, permaneciendo abolidas para las corrientes de induccion, reaparecen para las continuas, es un signo favorable que indica que los músculos se regeneran y puede verificarse la curacion.

V.— *La contractilidad farado-muscular y la galvano-muscular se encuentran abolidas.*

DEDUCCION.— Destruccion completa del sistema nervioso y del muscular.

Para probar el autor todas las proposiciones que anteceden entra en una larga disertacion teórico-práctica que no se presta al análisis, y por su grande extension no podemos transcribir aquí ni lo juzgamos necesario. Proposiciones como las que sienta el doctor Onimus no tienen mas prueba que la práctica y la observacion.

**Parálisis:** suspension del desarrollo de las uñas como signo pronóstico. (*Union méd.*).

Este signo se habia ya comprobado en las fracturas de los miembros, mientras que no se efectúa la consolidacion del callo. El doctor Weir Mitchell le ha observado tambien en las parálisis de causa cerebral. Habiendo notado un abarquillamiento lateral de las uñas en la mano de un paralítico, con suspension del crecimiento en longitud, hizo la experiencia que sigue:

Desde el día siguiente á un ataque apoplético, tiñó la raíz de las uñas de los cuatro dedos de la mano paralizada con ácido nítrico, que produjo un tinte amarillento, profundo y durable. Durante tres semanas no se manifestó cambio alguno, á pesar del crecimiento de las uñas del lado opuesto. El brazo se encontraba aun sin movimiento, cuando se observó un ligero tinte blanco de las uñas debajo de la raya amarilla. Ocho días despues empezaban á moverse los dedos, y bien pronto la mano y el brazo recobraron sus movimientos.

Al cuarto día de una hemiplegia tiñó el autor las uñas de las dos manos, á excepcion de ambos dedos pequeños. En el lado paralizado no crecieron absolutamente nada durante quince días. Pasado este tiempo se vió una ligera línea blanca, anunciándose por este signo que iba á reaparecer el movimiento. En efecto, á los cuatro días el pulgar ejecutó movimientos voluntarios, que se generalizaron luego á los demás dedos.

Fácilmente se concibe toda la importancia de esta observacion clínica, si llega á confirmarse.

**Pericarditis con derrame sero-purulento: puncion con el aspirador de Dieulafoy. (Bull. de théor.)**

La paracentesis del pericardio, aunque aconsejada mucho tiempo há por Senac, no ha entrado en la práctica hasta hace pocos años, gracias á Skoda, Trousseau y Arán. Despues se ha ejecutado un número de veces bastante considerable, pero con resultados poco satisfactorios en la mayoría de los casos. Es este un motivo para dar á conocer el éxito obtenido con el aspirador de Dieulafoy, el cual parece disminuye mucho los inconvenientes de la operacion.

Un jóven de veinte años, fumista, robusto y de buena salud habitual, entró en el Hotel-Dieu en el servicio de M. Fremy el 28 de febrero del 70, con todos los síntomas de una bronco-pneumonía. La convalecencia, franca al principio, se hizo lenta, y muy luego empezó á empeorar el enfermo, presentándose el pulso frecuente, la lengua seca, abatimiento, però sin que se manifestasen los síntomas que anteriormente se habian observado en el pecho. Hasta el 19 de marzo, que se examinó con cuidado

al enfermo, no pudo formarse el diagnóstico; pero en este día encontró M. Fremy un abombamiento apreciable de la region cardíaca; sonido macizo franco, con pérdida de elasticidad. Los ruidos del corazon sordos, lejanos, pero regulares; su máximo de intensidad se percibía en un punto fijo, muy por encima de la base de la matitez.

A pesar de los vejigatorios repetidos, de los diuréticos, etc., todos los síntomas, tanto locales como generales, fueron aumentando; la cara se puso cianótica; se infiltró de serosidad el tejido celular; el enfermo perdió el apetito; tenía sed intensa, insomnio, diarrea y disnea considerable. En este estado se consideró necesario apelar á la puncion, que se practicó el 7 de abril con el aspirador de Dieulafoy y por medio de una cánula de 2 milímetros de diámetro, es decir, el volúmen del trócar capilar ordinario próximamente. Estando la punta de la cánula fuertemente cortada en bisel, pudo hacérsela penetrar sin necesidad de punzon.

Gracias á la extensión del sonido macizo, y sobre todo á la perfeccion de los instrumentos, la puncion ofreció pocas dificultades. Sin embargo, la anasarca era tal, que fué imposible contar los espacios interscostales al través de los tegumentos, que presentaban muchos centímetros de grueso. Se introdujo el instrumento 4 centímetro por encima de la base de la matitez y 6 próximamente á la izquierda de la línea media del esternon, dirigiéndole de abajo á arriba é imprimiéndole un movimiento de rotacion; penetró fácilmente, sin experimentar mas resistencia en un punto que en otro hasta una profundidad de 7 á 8 centímetros. Una pequeña cantidad de líquido que salió arrastrándose por su extremidad externa, indicó su entrada en el pericardio. Entonces se ajustó la jeringa á la cánula para hacer la aspiracion, por medio de la cual se extrajeron 800 gramos de serosidad líquida, pero completamente opaca y de un color blanco amarillento, es decir, purulenta. Desanimado el doctor Fremy por la naturaleza del líquido, y considerando que la operacion debia ser ineticaz, renunció á practicar ninguna inyeccion. Cuando se retiró la cánula se encontró cerrada su extremidad inferior por un pequeño círculo de cartilago de 1 centímetro de espesor, encajado en la aber-

tura como en un saca-bocado. La cánula habia pasado á través de un cartílago costal y la salida del líquido se habia verificado por un orificio lateral.

En aquella noche disminuyó la disnea, así como la anasarca; el enfermo tuvo un poco mas de apetito, á pesar de estar atormentado por una tos violenta y de contarse 116 pulsaciones. En los dias siguientes continuó el alivio, y desde el 13 de abril desapareció la anasarca, no quedando mas que un sonido macizo muy limitado en la region cardíaca. La curacion del derrame era, pues, completa; pero á pesar de que el sujeto tenia buen apetito y de no existir diarrea ni vómitos, continuaba la demacracion, así como la cianosis, lo que hacia sospechar una tuberculizacion oscura cuando salió para el establecimiento de convalecencia de Vincennes.

No obstante las lagunas de esta observacion, merece ser conocida, á causa del procedimiento empleado y del resultado que se obtuvo.

**Pleuresias purulentas: toracentesis, con el uso consecutivo de una cánula permanente y lociones practicadas por medio del aparato Potain.** (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

La observacion, destruyendo añejas preocupaciones, demuestra todos los dias los excelentes resultados de la toracentesis en esta clase de enfermedades. No es esta ocasion oportuna de reproducir aquí las indicaciones de esta operacion, tan minuciosamente estudiadas en estos últimos años. Pero nos parece útil recomendar la puncion, seguida del establecimiento de una cánula permanente, y las lociones repetidas, tan fáciles de practicar con el aparato del doctor Potain.

Compónese este de dos largos tubos flexibles de cautchouc AA' (fig. 4), unidos por una de sus extremidades, por la que desembocan ambos en un tubo de cristal terminado en punta: esta soldadura E da al aparato la forma de una Y. Los tubos son desiguales; el mas largo, A, está armado de un círculo de plomo, que sirve para retenerle en el fondo de una vasija llena de agua ó de líquido desinfectante á 40°, la cual debe estar situada en un plano mas alto que el enfermo. El segundo tubo, mas corto, A', cuelga á lo largo de la cama, y se intro-

duce en un vaso semi-lleño de agua templada: van anejas á este aparato dos pinzas de presión continua BB'. Cuando se quiere usar de este medio, á la cánula del trocar introducida por puncion en el pecho, se sustituye un tubo de caoutchouc del mismo calibre y se retira la cá-

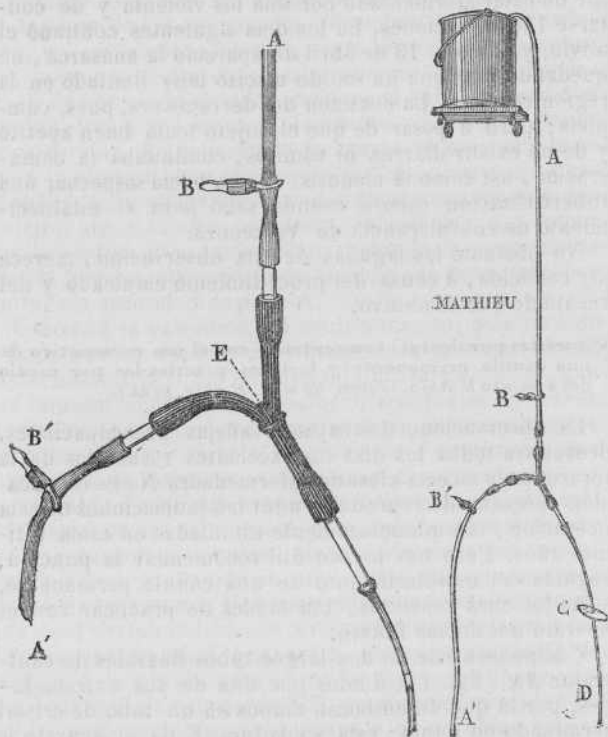


Fig. 1.

nula. Este tubo se fija á las paredes torácicas con auxilio de un círculo de caoutchouc, que tiene en su centro un orificio, por el que atraviesa aquel, y que se mantiene adherido á la piel por medio del colodion medicinal; su



extremidad exterior está cerrada por una pinza de presión continua.

Si se quiere lavar la pleura después de la salida del líquido purulento, hay que proceder del siguiente modo: se introduce la extremidad afilada del tubo de cristal en el que ha de penetrar en la pleura; se coloca la extremidad del tubo largo en el líquido de inyección, que ha de estar caliente, y la del más corto en el vaso inferior, se deja el tubo pleural cerrado y abiertos los otros dos, se hace la aspiración en la extremidad del más corto (tubo de salida), y en el momento empieza á correr el líquido del vaso superior por el mecanismo del sifón. Si se cierra entonces, por medio de una pinza, el tubo de salida, y se abre el pleural, el líquido se precipitará en la cavidad torácica; cuando se hayan inyectado 300 ó 400 gramos, se cierra el tubo que conduce el líquido del reservorio y se abre el que sirve para darle salida. Inmediatamente el líquido, mezclado con el pus, que llenaba el pecho, cae en el vaso inferior, y la capa de líquido que en este existe evitará la entrada del aire en el caso de que no funcionase el aparato. Repitiendo esta maniobra cinco ó seis veces, se lava perfectamente la cavidad torácica, en términos que las últimas porciones de líquido salen limpias.

Dos litros de líquido bastan para esta loción, que dura de treinta á treinta y cinco minutos. El tubo de cristal sirve para ver cómo funciona el aparato; es preciso tener cuidado de cerrar el tubo pleural, así como el de desagüe, antes de quitar el aparato.

El doctor Bassereau refiere dos casos de pleuresía purulenta curada por este medio: uno en el hospital Lariboisiere, servicio del doctor Desnos, y otro en el del profesor Verneuil.

Tratábase en el primero de una mujer de treinta y cinco años; los vejigatorios y la medicación interna no consiguieron hacer disminuir el derrame consecutivo á una pleuresía; al poco tiempo se presentaron signos de purulencia. Practicada la toracentesis se extrajeron 2 litros de pus; por medio de la cánula del trócar se introdujo en la herida un tubo de cautchouc, fijándole á la piel con el auxilio de una placa de la misma sustancia y el colodion.

medicinal; la extremidad libre del tubo se cerró por medio de una pinza de presión continua; á este tubo se adaptaba mañana y tarde el aparato Potain y se lavaba la pleura.

El doctor Desnos hace notar que la punción se debe practicar en el quinto ó sexto espacio intercostal, y que es conveniente no atravesar las fibras del gran pectoral, cuyos movimientos harían difícil y dolorosa la permanencia del tubo. Para las inyecciones debe emplearse agua á 38 ó 40° centígrados, porque la introducción de un líquido más frío es sumamente penosa.

Este tratamiento, continuado durante algunos días, produjo un grande alivio; pero sin embargo, la supuración se hizo sumamente férida, y entonces se empleó para las inyecciones una solución de permanganato de potasa en la proporción de  $\frac{1}{1000}$  á la temperatura antes indicada. El doctor Verneuil da la preferencia al agua mezclada con una cuarta ó quinta parte de su peso de licor de Labarraque; también puede usarse una solución de ácido félico en iguales proporciones que la de permanganato.

Mes y medio después de la operación, la enferma estaba curada, no quedándola más que una pequeña herida fistulosa en el sitio de la punción.

Los detalles del segundo caso no difieren sustancialmente de los que acabamos de referir, y por lo tanto no creemos necesario insertarle aquí en obsequio de la brevedad.

**Pneumatose intestinal: tratamiento por medio de las punciones.** (*Montp. méd.—Dict. des progr.*).

El doctor Stein, de Beyreut, ha probado por dos observaciones, una recogida mientras estuvo agregado al servicio del doctor von Gietl (de Munich) en 1849, y otra de su clientela particular en 1869, que la punción del abdomen por medio de un trocar fino es una operación sencilla, y ordinariamente tan exenta de peligros, que no puede menos de extrañarse no se haya generalizado, cuando es un medio que puede salvar la vida, ó al menos desempeñar un papel paliativo que con nada se puede reemplazar.

En el caso del doctor Gietl, unos enormes tumores de los dos ovarios producian tal compresion del intestino colon descendente, que no daba paso á los gases ni á las materias fecales, y la pneumatose intestinal, empujando el diafragma, amenazaba asfixiar al enfermo por compresion de los pulmones: el profesor bávaro practicó entonces la puncion de la region cecal con un trócar explorador, que dió salida á gran cantidad de gases. La operacion alivió de tal modo al enfermo, que se repitió luego diariamente hasta cincuenta veces, y, sin embargo, despues de la muerte de este sujeto, apenas se encontraron vestigios de estas punciones en la mucosa del intestino.

El enfermo del doctor Stein era un jardinero de sesenta y un años, con una hernia inguinal doble y que presentaba los signos de una peritonitis crónica, en el cual se desarrolló una pneumatose considerable y rebelde al tratamiento con que se la combatió. Entonces se practicaron punciones en la region epigástrica con un trócar explorador, evacuándose en la primera casi todos los gases que existian en los intestinos. En catorce dias se repitió otras siete veces la operacion. Al cabo de este tiempo el meteorismo habia casi desaparecido, y el autor prescribió diariamente los polvos de ruibarbo, colombo y extracto alcohólico de nuez vómica, que determinaron las evacuaciones de gas por las vías naturales. Tambien en este sujeto, que murió despues de algun tiempo, demostró la autopsia la inocuidad de las punciones practicadas.

Pruébase lo inofensivo de esta operacion, no solo por los resultados obtenidos en la medicina humana (véase ANUARIOS, tomos IV y V, págs. 162 y 182), sino tambien por los ejemplos que suministra la medicina comparada. M. Rey ha estudiado, por medio de numerosos experimentos, la gravedad de las heridas penetrantes del intestino: veinte y cinco veces ha introducido el trócar en el tubo intestinal de los caballos, y casi siempre la operacion ha sido inofensiva; muchas operaciones de esta clase, hechas por M. Lafosse, dieron el mismo resultado. El derrame de materias intestinales en el peritoneo y su inflamacion consecutiva son, pues, peligros imaginarios. Como prueba de ello refiere M. Lapotre el hecho de un caballo que estaba próximo á asfixiarse por efecto de un

enorme meteorismo, y en el que el autor practicó la puncion intestinal por medio de un bisturí, único instrumento que tenia á mano. El animal se alivió inmediatamente, y dos dias despues se hallaba completamente curado.

La puncion del intestino no es, pues, tan grave como se ha pretendido; este hecho lo demuestra sin réplica. Si, practicada *in extremis* con un bisturí, ha tenido buen éxito en un animal, debe creerse que, hecha en el hombre con un trócar conveniente, no ofrezca peligro alguno. La discusion suscitada en la Sociedad de cirugía de Paris por M. Dolbeau respecto á la puncion del intestino en las hernias estranguladas, ofrece una prueba más por los hechos que en ella se han citado.

Travers, Beclard y J. Cloquet han demostrado que las heridas intestinales por picaduras finas no producen derrames en la cavidad peritoneal; el doctor Giralvés, que cita á estos autores, lo ha observado tambien así en los casos de pneumatose intestinal. M. Travers ha hecho ver que la mucosa forma hernia al través de estas heridas y las cierra. Así M. Giralvés propone, en los casos de hernias no complicadas de accidentes inflamatorios, antes de proceder á la taxis, puncionar el saco para evacuar el líquido que puede contener, y hacer tambien lo mismo con el asa intestinal para dar salida á los gases.

M. Boinet ha practicado cuatro veces la puncion en la timpanitis por estrangulacion, con un pequeño trócar explorador, sin que se observase ningun accidente, de tal modo que en un caso pudo repetirla cinco ó seis veces en el espacio de un mes. Un enfermo curó; los otros tres sucumbieron á los progresos de su padecimiento. La puncion intestinal es, pues, menos grave de lo que se cree, dice el autor. La aguja filiforme y la cánula separan las fibras del intestino en lugar de romperlas; su introduccion permite la salida de los gases y los líquidos, y la pequeña abertura se cierra cuando se retira el instrumento.

El doctor Labbé ha demostrado tambien la inocuidad de esta práctica en un caso de estrangulacion interna, consecuencia de la ovariotomía. Dos veces empleó el instrumento de M. Dieulafoy, en un caso de retencion de

orina, para vaciar la vejiga sin que ocurriera el mas pequeño accidente. Habiendo muerto el enfermo, no se encontró en la autopsia señal ninguna de picadura ni derrame de orina.

En una pneumatose intestinal, sobrevenida despues de la operacion cesárea, que produjo una hernia imposible de reducir, el doctor Blot picó el asa herniada en muchos puntos con una aguja corva de sutura, y la salida del gas permitió inmediatamente la reduccion. En la autopsia, que se hizo al dia siguiente, no se encontró el mas pequeño derrame en el peritoneo.

Otra discusion, suscitada en la Academia de medicina de Paris por una nota del profesor Fonssagrives, ha confirmado estas pruebas, aumentándolas. En Bolivia, donde la pneumatose gástrica es bastante frecuente, la puncion ha entrado en la práctica general por sus buenos é inofensivos resultados. Desde 1866 M. Fonssagrives ha tenido muchas veces ocasion de comprobar su inocuidad y feliz influencia en casos graves y en apariencia mortales. La ha practicado noventa veces en diez y seis individuos, y hasta cincuenta veces en uno mismo. Deberia, pues, generalizarse su uso cuando han sido ineficaces los otros medios que suelen emplearse, sin esperar á que los accidentes morbosos hayan adquirido una intensidad extrema.

M. Depaul ha curado recientemente una púérpera que se estaba asfixiando por efecto de una pneumatose gastro-intestinal. Dos punciones, con un dia de intervalo, dieron lugar á la salida de una gran cantidad de gases y líquidos fétidos que devolvieron á esta mujer á la vida.

El sitio de eleccion debe ser, segun Piorry, al nivel del ciego, en el punto en que no está cubierto por el peritoneo. Desgraciadamente, dice M. Barth, se ignora frecuentemente la naturaleza y el sitio del obstáculo. En este caso, el autor no titubea en hacer muchas punciones, ya en una sola vez, ya con algun intervalo. Hay muchas mas probabilidades de buen éxito, segun Gueneau de Mussy, cuando la pneumatose se encuentra en los intestinos gruesos que si está en los delgados, porque las curvaduras de las asas de estos últimos se exageran por la distension y hacen insuficiente la salida del gas, á menos que se multipliquen las punciones.

M. Higuier ha hecho construir, para practicar esta operacion, una aguja *porta-cánula* muy acerada, que se para las fibras de los intestinos sin dividir las.

**Pulmonia: tratamiento por el carbonato de amoniaco y la ipecacuana á altas dosis.** (*Hag's amer. journ. méd. science — Ann. de thér.*).

Desde hace largo tiempo se da el carbonato de amoniaco en las pulmonías; pero solo se le administra por lo comun en un período avanzado de la enfermedad, y con el único objeto de sostener las fuerzas y favorecer la expectoracion cuando hay postracion general y particularmente cierta debilidad de los órganos respiratorios. El doctor Patton cree que puede este medicamento llenar indicaciones mas generales en la pulmonía, y que posee otras propiedades distintas que las estimulantes dignas de utilizarse en esta enfermedad; le prescribe en todos los períodos de la afeccion á dosis de 25 á 50 centigramos cada dos horas, desde el principio mismo del mal.

Trece casos de pulmonías bien caracterizadas y graves fueron tratados de este modo, no empleándose ningun otro medio, á excepcion de algun revulsivo. En muchos de estos enfermos habia una fiebre intensa y todos los signos de una pneumonía grave; se observaron con cuidado los efectos del carbonato de amoniaco, notándose que la fiebre, lejos de aumentar, disminuyó rápidamente, el pulso se hizo menos frecuente, pero lleno y fuerte, y la temperatura descendió tambien de un modo sensible. En todos los enfermos calmó muy pronto el dolor de costado, disminuyó la frecuencia de la respiracion, haciéndose esta fácil y regular; este fué uno de los efectos mas notables del medicamento. De los trece casos de pneumonías que el autor refiere, dos eran dobles; la que mas duró fueron nueve dias. Posteriormente ha administrado el doctor Patton el carbonato de amoniaco en 96 pulmonías, de los cuales solo sucumbieron dos.

El medicamento obra, segun el autor, disminuyendo la hiperinosis, y evitando de este modo un gran número de las complicaciones propias de la enfermedad. En el período congestivo del mal, el doctor Patton da, con el carbonato de amoniaco, el cloroformo en dosis de 60 go-

tas para auxiliar la reaccion; si hay necesidad de un laxante, administra el sulfato de magnesia.

En el último período del mal, si la reabsorción del exudado se verifica con lentitud, podría reemplazarse con ventaja el clorhidrato de amoníaco, que habitualmente se usa por el carbonato; pero en este caso, según el autor, la trementina no tiene rival; obra con prontitud y seguridad, y es completamente inofensiva.

*Ipecacuana.*—El doctor Chauffard formula del siguiente modo las bases del tratamiento que emplea, con excelente resultado, en la pulmonía.

Si cuando entra el enfermo en el hospital, que suponemos es al tercer día del padecimiento, se observa una fiebre intensa, una temperatura axilar elevada, soplo tubario y sonido á macizo extenso, se prescribe: dieta, tisana pectoral templada, para bebida usual, y una infusión hecha con 6 gramos de polvo de raíz de ipecacuana en 200 gramos de agua hirviendo, para tomar, luego que se enfria, una cucharada de hora en hora. Se aplican inmediatamente, sobre la parte del tórax que corresponde al sitio afecto del pulmón, ocho ventosas escarificadas, por medio de las cuales se deberán sacar 400 gramos de sangre.

Bajo la influencia de estos medios combinados, no tardan en presentarse cuatro ó cinco vómitos bastante abundantes y una ó dos deposiciones. Este doble efecto es variable; algunos sujetos vomitan mucho y no se les mueve el vientre; en otros sucede lo contrario; en ciertos casos las evacuaciones por las dos vías son sumamente abundantes, lo cual nada importa, porque estos enfermos nunca se debilitan mucho, y basta suspender la medicación para que inmediatamente cesen las alteraciones gastro-intestinales.

*Si el remedio es absolutamente tolerado, entonces no produce efecto.* Debe, sin embargo, advertirse, que el primer día del tratamiento es en general el único durante el que se determinan los efectos indicados. A las veinte y cuatro horas, y á veces mas pronto, se establece la tolerancia, y los enfermos apenas tienen dos vómitos y una deposición en todo el día siguiente, por elevada que sea la dosis del medicamento.

La edad ó el sexo del sujeto no obligan á modificar la cantidad de 5 á 8 gramos de ipecacuana generalmente usados. La intensidad del mal es, bajo este punto de vista, la que debe servir de guia. El segundo dia se prescribe de nuevo la misma fórmula; luego se disminuyen 1 ó 2 gramos de ipecacuana el tercer dia. En suma: el tratamiento dura cuatro ó cinco dias, y la regla es suspender la administracion del remedio desde el momento en que se observa que el pulso ha descendido y la temperatura es casi normal. Generalmente se necesitan, á partir de esta época, dos ó tres dias para que el movimiento regresivo que se inicia entonces llegue al tipo fisiológico. La fiebre disminuye el segundo ó tercer dia del tratamiento; pero persisten los signos de auscultacion y percusion, y entonces es la ocasion oportuna, segun M. Chauffard, de aplicar un gran vejigatorio volante en las paredes torácicas.

En los casos de flegmasía pulmonar ligera, ó cuando el padecimiento ha llegado á su período de declinacion, bastan 3 gramos de ipecacuana para hacer entrar las cosas en órden en veinte y cuatro horas.

Este tratamiento, como se ve, es bien sencillo, y si cura pronto, tiene sobre todo el privilegio precioso de hacerlo sin exponer al enfermo á una debilitacion considerable, sin producir postracion de fuerzas. Así, la convalecencia es rápida y franca; y bajo este punto de vista, segun el autor, la ipecacuana es muy preferible al tártaro emético. Es un contra-estimulante excelente, que disminuye la frecuencia de pulso y la temperatura de una manera notable.

El doctor Pecholier habia observado ya hechos análogos.

**Retencion de orina dependiente de estrecheces uretrales ó de infartos de la próstata: tratamiento por medio de las aplicaciones de hielo en el recto. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)**

Un cirujano distinguido y muy versado en la práctica de las operaciones quirúrgicas aplicables al tratamiento de las estrecheces uretrales y de los infartos de la próstata, el doctor Cazenave, de Burdeos, ha dado á conocer,



en la Academia de medicina de Paris, un medio de tratar sin sondas ni instrumentos las retenciones de orina que estas enfermedades producen, y que asegura no haber sido nunca infiel en los veinte años que hace le usa.

Cuando se trata de estrecheces que ocasionan simples dificultades ó imposibilidad de orinar, empieza el autor por ensayar el cateterismo con mucha lentitud y prudencia. Si los sujetos son nerviosos, impresionables, pusilánimes, y encuentra algunas dificultades para hacer penetrar la sonda en la uretra, introduce en el recto un pedazo de hielo, de forma oval prolongada y del volúmen de una castaña ordinaria, empujándole hasta mas allá de los esfínteres, y haciendo que se renueve de hora en hora. Casi siempre á los cuarenta y cinco ó sesenta minutos, cuando más, disminuye el espasmo uretral, se evacua cierta cantidad de orina, y la vejiga se va vaciando lentamente, sin que el enfermo tenga necesidad de hacer esfuerzos de expulsion. Si estos fenómenos tardan en producirse, lo que á veces sucede excepcionalmente, no solo introduce nuevos pedazos de hielo en el recto, sino que aplica cataplasmas de hielo machacado desde este orificio hasta la punta del miembro, continuándolas sin intermision hasta que la uretra haya dado libre paso á la orina, lo que sucede siempre infaliblemente, segun el autor.

Para las disurias ó retenciones de orina propiamente dichas, ocasionadas por una hipertrofia de la próstata, emplea el doctor Cazenave el mismo medio; pero aquí los buenos efectos del agente refrigerante tardan mas en obtenerse.

De todos modos y en ambos casos, la sedacion producida por el hielo se hace tan notable, que es siempre fácil para un cirujano ejercitado la introduccion de las candelillas ó sondas de goma en la uretra y la vejiga, y determinando muy poco dolor.

El doctor Cazenave refiere muchas observaciones en apoyo de esta medicacion tan sencilla.

Tambien ha obtenido muy buenos efectos con la introduccion del hielo en el recto en los calculosos operados, ya por la litotricia, ya por la talla.

De estas observaciones deduce el autor: 1.º que ante

las dificultades de orinar que exigen la intervencion del arte, se podrá siempre, y á menudo con éxito, emplear previamente el tratamiento paliativo por el hielo; 2<sup>o</sup> que la introduccion de pedazos de hielo en el recto facilitará mucho los preludios obligados de la litotricia, y que este mismo medio remediará eficazmente los accidentes, que son tan comunes despues de la trituracion de los cálculos ó de su extraccion por medio de la talla.

**Reumatismo: tratamiento por el zumo de limon.**  
(*Bull. de la Soc. méd. Suisse*).

El doctor La Harpe administra en esta enfermedad el zumo de tres á seis limones al dia, puro ó con azúcar; no presenta este medio como un específico del reumatismo articular; para él es un buen antiflogístico, que obra, ya directamente por sí mismo, ya indirectamente, provocando sudores críticos.

Los pacientes aceptan en general con gran placer la medicacion; en algunos sujetos, sin embargo, de piel fina, se encuentra á veces una susceptibilidad intestinal para los ácidos que impide el uso del limon; los enfermos sufren entonces cólicos, y hay necesidad de suspender el medicamento.

Bajo la influencia del zumo de limon, el dolor y la fiebre disminuyen, y parece que se acorta la duracion de la enfermedad.

El doctor La Harpe termina el tratamiento de todo reumatismo articular agudo por el uso, durante algunos dias, del cocimiento de leños, segun el método de Schmidt-mam, médico hannoveriano. Esta tisana se compone de: leño de guayaco, raiz de saponaria y de bardana; de cada cosa, 1 onza; al fin del cocimiento se añade media onza de raiz de regaliz y 2 dracmas de azafran para 24 onzas de cocimiento. El momento de oportunidad de esta tisana es cuando la fiebre ha disminuido y los dolores se han hecho subagudos. Si tanto estos como la fiebre se exasperan, se vuelve al zumo de limon.

**Temblo mercurial y temblor alcohólico: tratamiento por medio del baño eléctrico. (Bull. de thér.).**

El temblor es una de las manifestaciones mas frecuentes de la intoxicacion mercurial. Aun cuando este síntoma no ponga directamente en peligro la vida del enfermo, es un accidente terrible para el pobre obrero, que tiene necesidad de ganar su sustento por medio del trabajo.

El tratamiento hasta ahora empleado consiste en los sudoríficos, los baños de vapor, los sulfurosos, el ópio, etc. La curacion se hace esperar mucho, y aun es frecuente que no se consiga. En cambio, segun el doctor Chapot-Duvert, se logra con prontitud y seguridad por medio de los baños eléctricos.

Antes de dar á conocer el valor terapéutico de estos baños, describe el autor en pocas palabras el aparato de que se ha servido, y cuya invencion se debe á M. Potin, de Vincennes, que le instaló en el hospital de San Luis por iniciativa del doctor Lallier, médico de aquel establecimiento. Se compone de los siguientes elementos:

1.º Un par de Bunsen, modelo mediano.

2.º Una bobina de alambre grueso único, provista de un regulador de cobre, y que aumenta y disminuye la fuerza del aparato, cubriendo ó dejando al descubierto mayor ó menor porcion del hierro central de la bobina, el cual sirve para interrumpir la corriente por medio del temblador. A cada interrupcion la *extra-corriente* se esparce en el agua. El polo positivo, constituido por un grueso carbon, corresponde á los pies, y el negativo, que le forma una placa de zinc, á la extremidad cefálica.

El autor dice que no ha encontrado en ninguna parte observaciones de temblor mercurial tratado por la electricidad. Solo el doctor Axenfeld ha indicado que los baños eléctricos podrian ser un auxiliar terapéutico útil en este padecimiento, á fin de acelerar la eliminacion de la sustancia tóxica.

El doctor Chapot-Duvert refiere varias observaciones de temblor mercurial, combatido con éxito por este medio. La duracion de los baños ha sido generalmente de veinte minutos, y se necesitaron de quince á treinta para obtener la curacion.

Deseando el autor comprobar el hecho anunciado por el profesor Axenfeld <sup>(1)</sup>, hizo examinar la placa de zinc del baño eléctrico por M. Lutz, farmacéutico jefe del hospital de San Luis, quien no pudo descubrir nunca el mas pequeño vestigio de mercurio. Tampoco se comprobó señal ninguna de eliminacion de este metal en las orinas, que fueron analizadas por M. Bayard, empleando los mismos procedimientos que el químico del doctor Axenfeld.

*Temblores alcohólicos.* — Raras veces se ha combatido el temblor alcohólico por la electricidad. Algunos autores, sin embargo, han empleado la electroterapia con buen éxito. El profesor Remak dice incidentalmente que á veces ha obtenido muy buenos y rápidos resultados en el *tremor potaterum*.

Animado el doctor Chapot-Duvert con el éxito conseguido por medio de los baños de agua templada, electrizada por el paso de corrientes interrumpidas, sucediéndose en el mismo sentido, les ha empleado tambien en un caso de temblor alcohólico, habiendo tenido la suerte de conseguir la curacion con solo siete baños, sin embargo de que cuando entró el enfermo en el hospital el temblor era muy intenso, y el de las piernas bastante fuerte para dificultar la progresion.

**Sonambulismo : tratamiento por medio del bromuro potásico:**  
(*Union méd.*).

El doctor Levi<sup>r</sup> ha publicado la observacion de un hecho curioso de sonambulismo, curado por medio del bromuro de potasio.

Era la enferma una mujer de veinte y cuatro años, casada, que hacia diez años era acometida, durante su sueño y dos ó tres veces á la semana, de accesos de sonambulismo, en medio de los cuales se levantaba de la cama é iba á ocuparse de los quehaceres que mas la habian impresionado en el dia. Despues de una media hora próximamente de idas y venidas, caia en un sueño profundo, natural, prolongado, sin que se acordase al despertar de nada de lo que habia hecho. El doctor Levi la prescribió el bromuro de potasio en cantidad de 2 gramos diarios,

(1) Véase pág. 162.

disueltos en 75 de agua, elevando gradualmente la dosis hasta 6 gramos de la sal, para volver muy luego á la cantidad primitiva, á causa de la debilidad y cefalea de que se quejaba la enferma. Los accesos disminuyeron de frecuencia é intensidad desde el primer momento, hasta el punto de haber trascurrido dos meses cuando se publicó la observacion, sin que se hubiera presentado ninguno.

El doctor Pelizzo, de Lonigo, obtuvo un resultado mas decisivo en una niña de ocho años, que desde el principio de su sueño era acometida de sobresaltos, se bajaba de la cama, se paseaba en la habitacion, abria un armario, comia y volvía á acostarse, sin conservar memoria de ninguno de estos actos al dia siguiente. Un gramo de bromuro, tomado mañana y noche, puso término á estos fenómenos.

Es esta una confirmacion del resultado obtenido con el medicamento que nos ocupa por el doctor Moutard-Martin, contra el insomnio, las agitaciones y los gritos nocturnos en los niños, y una prueba de que todas las excitaciones análogas, aun las venéreas, pueden combatirse por este medio.

**Tisis: tratamiento por la digital, el arsénico y el cloruro de hierro.** (*Arch. méd. belges.*—*Abeille méd.*—*Dict. des progrès.*—*Lyon méd.*).

**Digital.**—El doctor Perry ha empleado la infusion de digital en la tisis aguda.

Una mujer afectada de tuberculosis pulmonar, tenia fiebre con elevacion notable de temperatura. Bajo la influencia de la digital, administrada durante cuatro dias, disminuyó el elemento febril, descendió el calor, y los síntomas de la enfermedad recobraron su curso crónico. El alivio fué tan considerable, que la enferma, que estaba en tratamiento en un hospital, pudo emprender un viaje para volver á su pais.

En otro caso de tisis la temperatura bajó de 40 á 36°, y el pulso de 100 á 80 pulsaciones.

El uso de la digital, en afecciones de este género, no tiene nada de nuevo; los doctores Fonsagrives é Hirtz habian preconizado ya esta medicacion. La digital es

aquí preferible al tártaro estubiado, porque no produce mas que la sedacion, mientras que el emético determina abatimiento. El enfermo debe tomar en las veinte y cuatro horas una infusion compuesta de 50 centigramos de digital en polvo en 100 gramos de agua destilada.

Los doctores Guigneau y Hornoy han recurrido á este medicamento en las mismas condiciones que Perry, y han obtenido marcadísimos efectos de sedacion. Prescriben una infusion de 75 á 80 centigramos de polvo de digital en 120 gramos de agua.

**Arsénico.**—En el tratamiento de la tísisis por el arsénico no debe olvidarse, dice el doctor Cersoy, que el estómago tiene que tolerar este medicamento durante largo tiempo y á dosis bastante elevadas. Para conseguir esta tolerancia indispensable, es preciso no separarse de las reglas siguientes:

1.º *Dar el arsénico á dosis progresivas.*—En los primeros dias puede administrarse al mismo tiempo un poco de ópio.

2.º *Fraccionar las dosis.*—Sea la que quiera la preparacion arsenical que se emplee, hay que administrarla milígramo á milígramo, ó 2 á 2 milígramos cuando más, á fin de que la cantidad tomada en una sola vez no sea nunca bastante para irritar el estómago por su accion tóxica.

3.º *Suspender de tiempo en tiempo la medicacion.*—Se prescribe el medicamento durante unos veinte y cinco dias, y se deja descansar al enfermo diez dias, para comenzar en seguida de nuevo el uso del arsénico, empezando por las dosis mas bajas. Así se evitan las desagradables consecuencias que podria tener la acumulacion del medicamento en la economía; por otra parte, la experiencia ha demostrado que esta suspension en el uso de este agente es favorable á sus buenos efectos.

4.º *Tratamiento profiláctico de la tísisis.*—Fundándose el autor en las ventajas inmensas del tratamiento profiláctico de la tísisis pulmonar, termina su trabajo fijando las indicaciones que deben hacer que se prescriba esta terapéutica, y da una fórmula general para su aplicacion.

Segun el sábio profesor Bouchardat, los principales elementos que pueden servir, en union de los antecedentes de familia, para el diagnóstico anticipado de la tísisis, de

esta cruel afeccion cuyo curso es frecuentemente fatal cuando se ha desarrollado, son los siguientes:

1.º Cuando se ve sobrevenir en un sujeto una notable demacracion, á pesar de conservarse el apetito y la buena armonía aparente de las funciones digestivas, hay motivo para desconfiar, y deben examinarse atentamente las excreciones.

2.º Cuando en la edad de predileccion se presenta anorexia, depravaciones del gusto, que dan por resultado la insuficiencia de la alimentacion, si persiste este grave síntoma, debe temerse el desarrollo de la tuberculosis.

3.º Los sujetos jóvenes aun, que se constipan por la mas ligera causa, en quienes la reaccion es lenta y difícil, deben ser objeto de una vigilancia exquisita, bajo el punto de vista del régimen.

4.º Los individuos en quienes la capacidad de los pulmones ó la actividad de las células de estos órganos es insuficiente, en relacion al peso del sujeto, deben ser objeto de un exámen atento en la edad de predileccion; los recursos de una gimnasia inteligente del pulmon, unidos á los medios higiénicos que se indican mas adelante, podrán precaver en estos casos el desarrollo de la tuberculizacion pulmonar. Se conoce la capacidad de los pulmones por medio del espirómetro.

5.º Cuando la excrecion media del ácido carbónico por los pulmones y de la urea por el riñon, es en las veinte y cuatro horas notablemente inferior á las cantidades normales en estado de salud, para una edad y un peso determinado, hay que preocuparse sériamente de la evolucion de los tubérculos en el aparato respiratorio, si esta disminucion no es un hecho accidental.

6.º Cuando se pierden habitualmente, durante largo tiempo y en cantidad considerable, por las orinas, por las deposiciones ó por otras secreciones ó excreciones los elementos de la calorificacion, debe considerarse como inminente la tuberculizacion pulmonar.

En los casos en que por cualquiera de estos motivos está indicado el tratamiento profiláctico, el doctor Cersoy le formula del siguiente modo:

Durante diez dias, sal arsenical en cantidad de 1 á 4

miligramos en las veinte y cuatro horas, segun la edad del sujeto.

En los diez dias siguientes, aceite de hígado de bacalao en cantidad de 1 á 2 cucharadas diarias, cuando más.

En fin, descanso durante otros diez dias, para volver á empezar, luego que hayan pasado, el uso del arsénico.

El tratamiento debe seguirse de este modo seis meses del año, de noviembre á mayo exclusiva, siendo por lo comun necesario continuarle muchos años seguidos.

A la vez que esta terapéutica preventiva, es preciso aconsejar un régimen analéptico, cuya base han de ser las carnes asadas, aunque no exclusivamente, si se quiere evitar la inapetencia y repugnancia por los alimentos.

En fin, para activar las funciones de la nutricion, y, por consiguiente, aprovechar las riquezas de esta alimentacion especial, es preciso hacer mucho ejercicio, y en el campo en cuanto sea posible. Tambien puede echarse mano de la gimnasia, pero nunca hasta producir fatiga excesiva.

Segun el doctor Cersoy, el arsénico, además de su accion general tónica y reconstituyente, tiene un efecto local descongostivo de la mucosa de los bronquios y luego del parénquima pulmonar perituberculoso. Así es que, bajo su influencia, la tos se hace menos frecuente y disminuye la cantidad de la expectoracion, que pierde su carácter hemoptóico, poniéndose natural. La disnea es reemplazada por una respiracion fácil, y muy pronto se manifiesta la descongostion por la disminucion en el sonido macizo de la region tuberculosa. El autor cree haber observado todo esto en dos tísicos en segundo grado, uno de los cuales pareció haberse curado, y el otro se alivió considerablemente bajo la influencia de los gránulos de arseniato de sosa de 1 miligramo y los tónicos.

Dos hechos nos parecen insuficientes para admitir las teorías del doctor Cersoy, tanto más, cuanto que con diversas medicaciones, si no con la expectacion, se han obtenido efectos semejantes, que se han atribuido tambien á otros agentes medicinales, al paso que observaciones diarias y muy numerosas, por desgracia, dan un solemne mentís á todas estas hipótesis terapéuticas.



El doctor Inman, de Liverpool, establece la fórmula siguiente para el tratamiento de los tísicos ó anémicos: tomar el estómago para la alimentacion, el recto para el tratamiento y la piel para las unturas. Parécenos que este pensamiento encierra una útil enseñanza, harto olvidada en muchos casos.

*Percloruro de hierro.*—El doctor Logan ha dado conocimiento, á la Academia de medicina de Cincinnati, de un método de tratamiento que le ha parecido muy útil en cierto número de casos de tisis pulmonar. Consiste en lo siguiente:

1.º Treinta á cuarenta gotas de tintura de cloruro de hierro, para tomar en un vaso de agua media hora antes de la comida, y la misma cantidad de ácido nítrico diluido de la farmacopea, tambien en un vaso de agua, inmediatamente despues de comer; 2.º aplicacion de tintura de yodo sobre el pecho dos ó tres veces al dia, como revulsivo; 3.º extracto de beleño durante la noche, para provocar el sueño, si es necesario; 4.º jarabe de lactucario como expectorante. Bajo la influencia de esta medicacion, asegura el autor haber curado 8 enfermos de 14 en que la usó; otros dos estaban en convalecencia cuando presentó á la Academia su trabajo. La duracion del tratamiento en los dos últimos casos fué de once y de cuatro meses.

Animado por estos resultados, el doctor Kennedy ensayó el método precedente, modificándole un poco. En los casos ordinarios da media hora antes de la comida 25 á 30 gotas de tintura de cloruro de hierro en una cucharada de licor de acetato de amoníaco, préviamente acidulado con algunas gotas de ácido acético. Cada dos, tres ó cuatro horas, segun la intensidad de la tos, administra 10 á 15 gotas de ácido nítrico, diluido en la misma cantidad de agua. Cuando la irritacion pulmonar es intensa, aplica localmente sobre el pecho algodón empapado en esencia de trementina; y si la irritacion es menor, reemplaza esto por los barnizamientos diarios con la tintura de yodo.

En los casos de tisis hereditaria, aconseja el autor que se sustituya el ácido nítrico por el clorhídrico; siendo la enfermedad adquirida y cuando hay tendencia á la diar-

rea, prefiere el primero. Deberá tenerse muy en cuenta el estado de los órganos digestivos.

El doctor Kennedy atribuye los dolores de los miembros al empobrecimiento de la sangre, de lo que resulta una nutrición imperfecta de los nervios, y la falta del coginete adiposo que existe en estado normal en las diferentes regiones del cuerpo y que la demacración ha hecho desaparecer. Les combate con éxito por la quinina en dosis de 10 centigramos cada tres horas.

**Viruelas: sintomatología.** (*Dict. des Prog.—Rev. clin. di Bologna.—Gaz. des Hop.—Union méd.—Gaz. hebd.—Bull. de thér.*).

**Prurito de la cara.**—Según el doctor Crespi, basta que el médico permanezca cinco á seis minutos cerca de un enfermo en incubación de la viruela, para que advierta al momento una sensación de prurito incómodo en la cara, sobre todo en la frente y la barba. El autor ha podido diagnosticar por este signo la incubación de dicho exantema, y cree que lo mismo podrán hacer los demás clínicos, lo cual, á nuestro juicio, es, sin embargo, bastante dudoso.

**Iritis consecutiva.**—No es raro observar iritis graves por efecto del desarrollo de pústulas en la conjuntiva ó la córnea; pero el doctor Bouchard ha visto presentarse esta enfermedad en los convalecientes de viruela ó variolóide, sin que existiera señal de pústulas en el ojo invadido. Aparece tardamente durante la descamación, sin conjuntivitis ni queratitis coincidentes. Hay dolor orbitario con resentimiento en la sien y la raíz de la ceja; de aquí dificultad en la visión, un arco grisáceo periquerático, con vascularización radiada muy fina de la esclerótica inmediata; á veces modificación del color y de la contractilidad del iris. Sin tratamiento, los dolores fueron intolerables, y quedó una sinequia anterior. La acción local de la atropina produce un alivio y una curación rápida.

En muchos casos ha habido dolores articulares concomitantes; á veces con pericarditis y aun endocarditis, como en la iritis blenorragica.

**Viruela confluyente y coherente: distinción.**—Admirado el doctor Desnos del éxito conseguido con la quina y el

vino y con el ácido fénico, ponderado hasta la exageración por muchos médicos, á ejemplo del doctor Chauffard, en la viruela confluyente, ha tratado de explicar estos resultados por haberse confundido la forma confluyente en que la muerte es la regla general, sea la que quiera la medicación que se emplee, y la forma en corimbos ó racimos, en la que excepcionalmente sucumben los enfermos, aun cuando se les trate por la expectación. El diagnóstico diferencial de estas dos formas es, pues, esencial para no atribuir indebidamente á la medicación lo que es solo obra de la naturaleza. El autor traza el siguiente cuadro sintomatológico paralelo, para que puedan apreciarse mejor las diferencias:

## VIRUELA CONFLUENTE.

El periodo prodromico no excede de dos dias á dos y medio.

Fiebre intensa.  
Angina molesta.  
Salivacion abundante.

Sudores nulos.

Rubicundez como erisipelatosa de la cara, uniforme en apariencia, pero sembrada en realidad de pequeños puntos rojos que casi se tocan, y dan al tacto la sensacion de una piel de chagrin.

Desfervescencia diaria, lenta y corta.

Comprimidas las unas contra las otras, las pústulas, por su desarrollo dificil y llenándose de una serosidad lactescente, levantan y desprenden la epidérmis en forma de anchas ampollas, que cubren toda la cara como una máscara de papel gris ó de pergamino mojado, sin ningun intervalo de piel sana.

Muerte al sétimo ú octavo dia por degeneracion gránulo-adipo-

## VIRUELA EN CORIMBOS, ARRACIMADA Ó COHERENTE.

Lentitud en los prodromos, que se prolongan hasta tres dias y medio, cuatro y aun cinco.

Fiebre mas ó menos intensa.  
Angina bastante intensa.  
Salivacion nula ó poco abundante.

Sudores abundantes.

Cara cubierta de numerosas pápulas, que se trasforman en vesico-pústulas, confundiéndose en ciertos puntos unas con otras en racimos de dimensiones variables, con pústulas en los intervalos, rodeadas de una areola inflamatoria, como en la viruela discreta é intervalos de piel sana.

Remision rápida de la fiebre, apirexia prolongada.

Hacia el octavo dia las pústulas se rompen, cubriendo la cara de una capa de sustancia meliceriforme que, al secarse, produce costras gruesas, amarillentas ó verdosas. Distincion imposible durante la desecacion.

Si bien puede verificarse la muerte cuando las pústulas son

sa del corazón. Otras veces se verifica de repente por la deshinchazón de la cara del décimotercero al décimoquinto día, por sofocación ó asfixia, postración general. De cinco casos en enero y febrero, cuatro muertos y una curación bajo la influencia de la digital.

muy numerosas, por lo común la fiebre secundaria cede al undécimo día, y aun mas tarde; pero lo frecuente es que se verifique la curación. De 41 enfermos en enero y febrero, solo murieron 5 durante el delirio del primer periodo.

Por esta confusión se explicarian, segun el doctor Desnos, los triunfos atribuidos al ácido fénico en la viruela confluyente, cuando en rigor se habria administrado en viruelas arracimadas, que Trousseau coloca entre las discretas, cuya curación espontánea es la regla, sobre todo en los sujetos vacunados.

El doctor Colin ha notado que en muchos de sus variolosos militares, con una pustulación simplemente coherente en la cara, coincidía una pustulación confluyente en las extremidades. En muchos casos la gravedad emanaba de esta confluencia.

*Abscesos consecutivos.*— El signo cierto que les anuncia, segun M. Brouardel, es la persistencia de la fiebre durante la desecación. Por ella se puede prever y anunciar su formación y próxima aparición.

*Parálisis.*— Los profesores Gubler y Laborde han observado en el hospital Beaujon una parálisis de los miembros inferiores, muy intensa al fin de la enfermedad, del mismo modo que en la convalecencia de otras afecciones graves. Tambien se ha manifestado al principio la parálisis de la vejiga con estreñimiento rebelde, así como la dificultad de la locución en dos casos. Estos fenómenos deben tenerse en cuenta para el diagnóstico.

*Exámen de las orinas de los variolosos: nitrato de urea.*— El exámen de las orinas ha revelado al doctor Gubler un hecho poco ó nada comun.

Cuando se tratan *metódicamente* <sup>(1)</sup> por el ácido nítrico orinas recientes y directamente recogidas, se ve por lo

(1) El doctor Laborde, de quien extractamos estas noticias, entiendo por esto verter suavemente, y en pequeña cantidad á la vez, el reactivo á lo largo de las paredes del tubo ó copa de ensayo, en lugar de precipitarle sin precaucion y sin medida en medio del liquido urinario.

comun producirse en la masa líquida una modificación que consiste en elevarse del fondo del vaso hácia la superficie, donde se fija, una nube coposa, lanuginosa, mas ó menos espesa; esta nube está esencialmente constituida por el *ácido úrico*.

Cuando las orinas presentan los caractéres que se ha convenido en llamar *críticos*, todo se reduce, en la reaccion provocada por el ácido nítrico, á esta nube de ácido úrico que forma *diafragma* en la superficie del líquido; es la sola manifestacion conocida y descrita de la presencia de la *urea*, revelada por este medio práctico de examen, independiente de los procedimientos de análisis de laboratorio.

Pero en ciertos casos y determinadas condiciones que trataremos de fijar, aparte del ácido úrico se ve precipitar, en el fondo del vaso en que se hace el experimento, una série de granulaciones amarillentas, semejantes á los granos de arena, las cuales se desprenden de la cara inferior del diafragma úrico, atraviesan separadamente la capa líquida, para caer y agruparse en el fondo de la vasija, formando una masa mas ó menos compacta. El precipitado cristalino, que es fácil de aislar y recoger por decantacion del líquido, está constituido exclusivamente por el *nitrate de urea*. Para obtenerle, repite M. Laborde con insistencia, es necesario emplear el procedimiento metódico que acabamos de indicar, y al cual debe el doctor Gubler el conocer hace largo tiempo este resultado que la generalidad de los clínicos ignoran.

Esta precipitacion de nitrato de urea se produce con especialidad en las enfermedades caracterizadas por las condiciones morbosas siguientes: *gran cansancio general*, *quebrantamiento de miembros*, *estado febril*, *exantema* ó *enan-tema*; en fin, como circunstancia etiológica, la *influencia de un frio intenso*.

A la manifestacion excepcional y al conflicto de estas condiciones durante el invierno de 1871, se debió el haber observado tan frecuentemente en las orinas de los enfermos de las salas del doctor Gubler el depósito cristalino de nitrato de urea.

La orina de los *variolosos* se manifestó especialmente rica en este producto anormal, habiéndosele encontrado

con particularidad en los casos de *variólóide* y de *viruela discreta*. La razón de esto es que en las viruelas confluente y graves, hemorrágicas ó no, es mas bien la *albúmina* que la urea la que se elimina en exceso por las orinas. Sin embargo, no hay incompatibilidad absoluta en la presencia de estas dos sustancias en la misma orina; ambos productos pueden encontrarse simultáneamente; pero es raro, y de ordinario la albúmina no se presenta hasta que ha desaparecido el nitrato de urea.

De las numerosas observaciones de M. Laborde resulta que este producto de reacción por el ácido nítrico solo se manifiesta al principio de la invasión de la viruela y durante una fase muy corta de este período, es decir, la víspera de la erupción, ó en el momento en que esta empieza á efectuarse. Ordinariamente en el primero ó segundo día es cuando se encuentra el nitrato de urea; raras veces el tercero; casi nunca el cuarto: debemos añadir que su aparición es esencialmente efímera, y que nunca ha podido el autor comprobar su presencia en las orinas del mismo enfermo dos días consecutivos, ni aun en la orina de la noche, después de haberle encontrado en la de la mañana.

Sin entrar en detalles acerca de la significación patológica de este producto de reacción, hace notar M. Laborde que la clínica está perfectamente de acuerdo en este punto con la teoría fisiológica mas acreditada. El nitrato de urea no es en definitiva, en estas condiciones, mas que la expresión de la *urea en exceso*; siendo esta el producto final de las combustiones orgánicas, su *exceso* representa una exageración, un *exceso* tambien de estas mismas combustiones; y este *exceso* constituye uno de los factores morbosos mas importantes de la afección generatriz, pues que tal es el origen mas eficaz de las pérdidas del organismo.

Sea la que quiera la interpretación que se la atribuya, la presencia del nitrato de urea en las orinas, revelada por el procedimiento sencillo y fácil que acabamos de dar á conocer, puede tener una significación puramente clínica, que no debe despreciarse; puede servir para *fixar* el diagnóstico á veces *indeciso*. Esta indecisión no es rara al principio de la viruela; no hay clínico, aun de los

mas experimentados, que no haya tenido dificultad para determinar la enfermedad exantemática, cuando no se ha revelado aun por sus caracteres definitivos, por el desarrollo suficiente y normal de la erupcion. En estos casos dudosos el nitrato de urea, en razon á la *frecuencia relativa* de su aparicion, puede ser un signo de importancia; gracias á él, dice el autor, ha podido salvar las dificultades del diagnóstico en un gran número de casos.

No carece de importancia bajo el punto de vista del *pronóstico*, porque anuncia en general la *benignidad*; en efecto, en las erupciones variolosas *discretas*, de *evolucion regular y terminacion favorable*, es en las que se ha encontrado en abundancia el nitrato de urea; en las graves, cuando existe, se manifiesta constantemente acompañado de la albúmina, y mientras que el nitrato desaparece rápidamente, esta se conserva y da testimonio con su persistencia de la irremediable gravedad del padecimiento.

*Complicaciones cardíacas.*—Las determinaciones morbosas que pueden efectuarse en el corazon por el solo hecho de la infeccion del organismo por el virus variólico, sin ninguna otra causa interna ó externa, accidental ó diatéctica que pueda producirlas, son uno de los puntos del estudio de la viruela que han llamado mas particularmente la atencion del doctor Desnos, que, puesto al frente del servicio de los variolosos y auxiliado de su interno, M. Huchard, ha hecho interesantes observaciones acerca de esta materia.

La existencia de las flegmasías de las membranas interna y externa del corazon (*endo-pericarditis*), habia ya sido indicada por algunos médicos, y especialmente por Bouillaud, Gintrac, Martineau, Durociez, Gubler y Labbee. El primer trabajo, un poco extenso, sobre las lesiones del pericardio y endocardio en la viruela, es el del doctor Durociez. El doctor Hayem, en su estudio de las miositis sintomáticas, que analizamos en este mismo volumen, indica las lesiones musculares del corazon que se observan en estos casos.

El asunto ofrecia, pues, novedad, y la ciencia es deudora al doctor Desnos de observaciones importantes que le ilustran. Procuraremos dar una idea clara del trabajo de este autor.

No todas las formas de la viruela poseen, en el mismo grado, el poder de engendrar complicaciones cardíacas. Estas suelen faltar en la variolóide; son raras en la viruela discreta con pustulación poco abundante; aparecen con mas frecuencia en las viruelas en *corimbo* ó *coherentes*. En las *viruelas confluentes verdaderas*, los accidentes cardíacos, en particular en su forma de miocarditis, son sumamente comunes, hasta el punto que el autor ha podido formular la siguiente ley: *en las viruelas confluentes la existencia de las complicaciones cardiacas es la regla, su falta la excepcion.*

La inflamación de las serosas corresponde mas especialmente á las viruelas discretas y á las arracimadas ó en *corimbo*; se la encuentra, sin embargo, en las confluentes pudiendo coincidir con la miocarditis. El endocardio es afectado mas á menudo que el pericardio, y en los casos en que se observa la pericarditis existe casi siempre endocarditis.

Por lo comun ocupa el corazon izquierdo; dos veces, sin embargo, la ha visto el autor propagarse á las cavidades derechas.

Las lesiones anatómicas de la endo-pericarditis variolosa no tienen en sí mismas nada de específico que por su aspecto las distinga de las flegmasías de las serosas producidas por otras causas. Recuerda, sin embargo, el autor, que revisten á menudo la forma vegetante. Es un error considerar como pústulas variólicas del pericardio, como un exantema de las serosas, las pequeñas eminencias blancas, bastante prominentes, reunidas en grupos ó diseminadas que suelen verse en esta membrana. No se trata mas que de falsas membranas.

Haciendo algunas veces explosion con un conjunto de fenómenos funcionales que no permiten dudar de su desarrollo, la endo-pericarditis variolosa, que nace ordinariamente del sexto al décimo dia, presenta por lo comun una marcha insidiosa. La evolucion de los fenómenos cardíacos puede pasar desapercibida para el observador que no explora diariamente el pecho. Su aparición no influye casi en la temperatura. Apenas si se traduce por algunas palpitaciones, por irregularidades del pulso, por un dolor sordo sub-esternal ó que los enfermos refieren á la re-



gion del corazon. Mas raramente aun se observa una disnea mas ó menos intensa, que se reproduce á veces por accesos, y que no se explica por el estado de la laringe y de las vías áereas. Se comprende bien que en estas condiciones es necesaria la auscultacion repetida del corazon de los variolosos, aun cuando no haya nada que indique la existencia de una complicacion por parte de este órgano.

Los signos físicos de la endocarditis de la viruela no difieren de los de las flegmasias producidas por cualquiera otra causa.

Los accidentes cardíacos que se observan en la erupcion confluyente son mucho mas graves. Del mismo modo que en la discreta pueden presentarse la pericarditis y la endocarditis. Pero aquí es mas raro que se encuentren comprometidas solo las serosas. Casi siempre está alterado el tejido muscular, y puede decirse que la miocarditis constituye la lesion propia de las viruelas confluentes y de las discretas de pustulacion abundante (*viruelas en racimos ó coherentes*).

Esta miocarditis es la que se debe estudiar de un modo particular. Bouillaud y Andral en Francia, y Hope en Inglaterra, han sido los primeros que reconocieron la naturaleza inflamatoria de la carditis. Posteriormente Virchow y Rokitsansky descubrieren dos formas: la miocarditis parenquimatosa, que afecta las fibrillas musculares, y la miocarditis intersticial, que se fija en el tejido celular interfascicular. La una tiene por resultado la degeneracion adiposa; la otra produce las colecciones purulentas. La miocarditis parenquimatosa es la que se encuentra mas particularmente en la viruela.

Bajo el punto de vista de la evolucion del trabajo morboso, se pueden considerar dos períodos principales: uno de proliferacion, de irritacion formativa; otro de desnutricion.

En el primero la fibra muscular, examinada á simple vista, se encuentra hiperemiada, de un rojo mas vivo, pero menos consistente y mas friable que en estado normal. Luego palidece, se pone agrisada; las estrías desaparecen; el corte del tejido del corazon presenta una superficie granulenta, que se ha comparado al aspecto

de la sustancia cortical del riñon en la enfermedad de Bright.

En el segundo período las fibras se ponen aun mas pálidas, no son aparentes, se disgregan y ofrecen un tinte amarillento, oscuro, de color de hoja seca; el dedo penetra sin dificultad en este tejido reblandecido; las paredes del corazon se adelgazan; los músculos papilares se atrofian y se rompen al menor esfuerzo. El reblandecimiento puede adquirir tales proporciones que el órgano tome la forma y la impresion de todos los objetos con que se le ponga en contacto. Las cavidades están distendidas por coágulos blandos y negruzcos. El corazon pierde su contractilidad y pueden hallarse trombosis en los ramos de la arteria pulmonar.

El exámen microscópico demuestra las fibras musculares atrofiadas, sus estriaciones palidecen y acaban por desaparecer completamente. El haz muscular se hincha, es invadido por una porcion de granulaciones dispuestas mas ó menos regularmente en la direccion del eje longitudinal. Al mismo tiempo *las células musculares aumentan de volúmen*, se multiplican por excision y abundan en mayor ó menor número debajo del miolema. En un período mas avanzado, las fibras musculares, que han perdido su cohesion, están atrofiadas en su mayor parte; un gran número de ellas pueden hasta haber desaparecido, y en su lugar solo se encuentra una infiltracion adiposa. Se asiste, en una palabra, á la evolucion de un trabajo de degeneracion gránulo-adiposa del tejido muscular, al mismo tiempo que se observa un trabajo de proliferacion del tejido conjuntivo. Obsérvanse tambien pequeñas hemorragias intra-musculares, verdaderos infartos que desempeñan probablemente un papel importante en la degeneracion adiposa, á la que concurren simultáneamente la inflamacion y la isquemia.

Es de notar que frecuentemente el endocardio se encuentra sano al nivel de los puntos mas alterados.

El ventrículo izquierdo es el sitio de eleccion de la miocarditis variolosa; empieza por la punta y la pared anterior. El ventrículo derecho no es invadido hasta despues.

La miocarditis se revela por síntomas racionales y por signos físicos correspondientes al corazon, así como

por alteraciones funcionales en diversos órganos distantes, con especialidad el cerebro y los pulmones. La sintomatología de la miositis cardíaca no es la parte mas clara de su historia. Sin embargo, M. Desnos, fundándose en hechos cuidadosamente observados, describe los tres grupos de síntomas que hemos indicado y que él considera como propios de la enfermedad. Son síntomas cardíacos, cerebrales y pulmonares.

A. *Síntomas cardíacos.*—Al principio son poco característicos. En relacion con la excitacion del corazon que corresponde á la hiperemia con estado granuloso de las fibras musculares, frecuentemente de corta duracion, se expresan por la fuerza de las pulsaciones cardíacas y arteriales con aumento del choque precordial y precipitacion de los latidos. A veces vienen á agregarse algunos otros fenómenos subjetivos á los anteriores. Ciertos sujetos experimentan un dolor profundo, subesternal, con sensacion de opresion en el pecho; los movimientos respiratorios son acelerados, y se observa disnea mas ó menos intensa. Las lipotimias y los síncope se presentan sobre todo en el período de regresion gránulo-adiposa, y son debidos á la pereza y debilidad del órgano.

Bien pronto disminuye la energía de los movimientos del corazon, el choque precordial se hace menos sensible, el pulso mas débil, y á estos síntomas funcionales se agrega un signo físico muy importante en razon de su frecuencia y de los caracteres que le distinguen; es el soplo ó ruido de fuelle de la miocarditis. Su interpretacion patogénica debe buscarse en la parálisis del tejido muscular del corazon, y especialmente de los músculos papilares que produce la degeneracion gránulo adiposa. De la impotencia absoluta ó relativa de estos músculos ó de la pérdida de resistencia de su superficie de insercion, resulta una insuficiencia en las válvulas mitral y tricúspide.

El soplo miocardiaco es suave, profundo, difuso, transitorio é inmigrante.

Es *suave*, porque reconoce por causa una insuficiencia pura y simple de las válvulas, las cuales no se encuentran alteradas ni engrosadas. Depende de la degeneracion de sus músculos tensores ó de los puntos de in-

sercion de estos músculos, que, demasiado débiles para poner tensas las válvulas, cierran incompletamente el orificio aurículo-ventricular. Se trataría, pues, de uno de esos soplos de origen paralítico, análogos á los que ha observado Traube en los perros envenenados por la digital. Aun cuando ligado á la degeneracion muscular, no aumenta en razon directa de ella, puede esta ser bastante generalizada y considerable, para que no lanzando la onda sanguinea con suficiente energía, el primer ruido del corazon se debilite y con él el ruido de fuelle que le acompaña.

Es *profundo, difuso, transitorio*; aparece en el segundo período de la miocarditis, cuando empiezan los síntomas de adinamia cardíaca. Su máximum de intensidad se encuentra al principio á la izquierda, debajo de la tetilla, luego se separa á la derecha debajo del esternon, á medida que la alteracion muscular se extiende del ventrículo izquierdo al derecho; cuanto mas invade la degeneracion adiposa el tejido cardíaco, mas disminuye la intensidad de este murmullo por la causa antes indicada. Puede oirse aun á la derecha, debajo del esternon, cuando ya no es posible comprobarle á la izquierda debajo de la tetilla.

Los dos ruidos cardiacos, sobre todo el segundo, pueden desdoblarse. Los latidos se debilitan, su choque es apenas sensible, acaban por no producir al tacto mas que un ligero estremecimiento, designado por Lancisi bajo el nombre de temblor del corazon.

En este grado el sonido macizo precordial está aumentado, los ruidos son sumamente débiles, hasta el punto que estos signos reunidos han podido hacer creer dos veces en la existencia de una pericarditis con derrame.

Suelen tambien producirse irregularidades é intermitencias en los latidos cardiacos; pero su duracion es ordinariamente muy corta, y los movimientos del corazon recobran muy pronto su ritmo normal. En medio de contracciones débiles, apenas perceptibles, se notan otras mas fuertes; los latidos se hacen acelerados, tumultuosos; pero muy pronto estas últimas convulsiones del músculo son cada vez mas raras, se extinguen por completo, se presentan frecuentes lipotimias, y los enfermos su-

cumben en medio de estos desórdenes ataxo-adinámicos del corazón.

El *pulso* presenta diferentes caracteres, según los períodos en que se le explora. Al principio, en el estado de excitación, puede ser normal ó fuerte, lleno ó vibrante. Cuando sobreviene el período de debilitación cardíaca, pierde su fuerza, se hace onduloso, débil, depresible, desigual, irregular. En algunos casos es *oscilatorio*, *policroio*.

**B. Sintomas cerebrales.**—Como fenómenos últimos de la miocarditis, y por consecuencia de la alteración circulatoria que en el cerebro produce la impotencia del corazón, se ven sobrevenir accidentes encefálicos, entre los que figura en primer término el delirio. Este delirio miocardiaco, fenómeno último, debe distinguirse del delirio de intoxicación variólica, delirio del principio y ordinariamente más violento que el del postrer período.

Además de las alteraciones de la inteligencia, la anemia encefálica provoca también convulsiones generales ó parciales; á veces solo una ligera tremulación muscular, que agita los miembros y diversas partes del cuerpo.

**C. Sintomas pulmonares.**—Consisten en fenómenos de congestión pasiva, resultado á la vez de la debilidad de las pulsaciones y de la dificultad que oponen al paso del aire las pústulas de los bronquios, que tan frecuentemente se observan en la viruela confluyente.

La miocarditis presenta más de un rasgo de semejanza con la pericarditis ó la endocarditis.

En el período de regresión gránulo-adiposa el corazón, por efecto de la debilidad de su tejido, acaba á veces por dilatarse bajo el esfuerzo continuo que la sangre ejerce contra sus paredes; de aquí desaparición del choque precordial y del primer ruido, disminución del segundo, aumento en la extensión del sonido macizo, síntomas que se encuentran en la pericarditis con derrame. Sin embargo, estos hechos son excepcionales, y casi siempre existe un conjunto de signos que permiten diferenciar estas dos enfermedades.

La endocarditis, que podría confundirse con la miocarditis en los casos en que á estos síntomas iniciales de eretismo cardíaco suceden fenómenos de asistolia, debi-

dos á la degeneracion consecutiva del músculo del corazón, se distingue ordinariamente por el carácter del soplo miocardiaco difuso, transitorio, que se traslada de izquierda á derecha; cuando la flegmasía invade ambos corazones, se fija sucesivamente en los orificios mitral y tricúspide y no existe en el aórtico.

En la endocarditis puede, por el contrario, oirse en todos los orificios, pero raramente en el tricúspide; no cambia de sitio; su timbre es ordinariamente mas fuerte.

El pronóstico de las complicaciones cardíacas está muy distante de ser siempre el mismo. Varía segun que se trata de la inflamacion de las serosas ó de la del miocardio.

Es indudable que la endocarditis deja expuesto al enfermo á todas las contingencias que acompañan á esta lesion. Podrian ser tanto mas graves, cuanto que, desarrollándose la enfermedad de un modo insidioso, se corre el riesgo de que pase desapercibida, si no se explora frecuentemente el corazón, y por consecuencia de que no se apliquen los eficaces recursos que nos suministra la terapéutica.

No obstante, si se considera de un modo general el pronóstico de la endocarditis, es relativamente favorable en el sentido de que raras veces produce la muerte. Es una complicacion de ordinario pasajera y desaparece con la enfermedad que la ha dado origen. En algunos casos, sin embargo, puede ser el punto de partida de lesiones orgánicas persistentes del corazón.

El pronóstico de la miocarditis es muy diferente. Su gravedad es extremada, y el tratamiento mejor dirigido suele ser impotente para conjurar el peligro. Un desarrollo mas insidioso aun que el de la endocarditis, un curso rápido, explican bien los riesgos á que están expuestos los variolosos que son acometidos de este padecimiento. La muerte se verifica por una parálisis del corazón, cuyos movimientos se encuentran debilitados y suspendidos por una alteracion profunda y aun por la desaparicion de sus fibras musculares. Los enfermos pueden sucumbir de repente. *La miocarditis es una de las principales causas de la muerte repentina de los variolosos.*

Esta grave complicacion puede, sin embargo, curar

espontáneamente, ó por una intervencion terapéutica, sea la que quiera la explicacion que se dé; la regeneracion de los elementos que constituyen la sustancia carnosa del corazon es un hecho anatomo-patológico, hoy perfectamente demostrado y que se confirma por los datos de la observacion clínica.

La nocion y el estudio clínico de las complicaciones cardíacas de la viruela no carecen de importancia para la terapéutica, puesto que, una vez conocidas, el médico no está completamente desarmado en presencia de estas causas de muerte ó de accidentes graves. Una medicacion dirigida de un modo racional puede salvar la existencia de gran número de enfermos que habrian sucumbido faltos de tratamiento.

Las indicaciones que dominan la terapéutica de las lesiones del corazon en la viruela, dependen de la fase en que se las observe y de los fenómenos que las acompañen. En el primer período ó de irritacion, cuando los latidos cardíacos son tumultuosos, violentos, atestiguando la excitacion del órgano, cuando las palpitations son enérgicas y se acompañan de sensaciones penosas, el uso de los antiflogísticos locales, de la digital, de extensos vejigatorios en la region precordial, pueden prestar grandes servicios.

En este período se confunden el tratamiento de la endocarditis y de la miocarditis. No obstante, en la primera hay mas ocasiones de recurrir á los antiflogísticos y á los sedantes del corazon que en la segunda. Aunque su desarrollo sea igualmente insidioso, lo es menos que el de la inflamacion del músculo cardíaco y el período de excitacion algo mas largo que en esta última.

En la miocarditis el período de excitacion es esencialmente fugitivo. Así, pocas veces hay ocasion de llenar con oportunidad las indicaciones precedentes. Por lo comun el médico tiene que dirigir sus esfuerzos contra la degeneracion adiposa de las fibras musculares y contra la parálisis cardíaca á ella consecutiva. Aquí encuentran aun buena aplicacion los revulsivos, los vejigatorios sobre la region precordial. El café ó su alcalóide, la cafeina en cantidad de 10 á 30, 40 y aun 50 centígramos, es un excitante de la fibra cardíaca, que le ha prestado á

M. Desnos muy buenos resultados en estas circunstancias. Obrando sobre las partes musculares que han permanecido sanas, impide que el corazón sucumba en la lucha, permitiendo de este modo esperar la regeneración de las fibras alteradas.

Pueden prescribirse al mismo tiempo el vino y la quina, para levantar las fuerzas del organismo y combatir de una manera indirecta la debilidad cardíaca.

El trabajo de M. Desnos, que acabamos de analizar, se funda en un número muy respetable de observaciones y trata un punto de patología de alto interés. Es indudable que de hoy en adelante ha de fijarse la atención de los prácticos en el papel que desempeñan las alteraciones del corazón en el cuadro morboso de la viruela, en el que hasta ahora todos los accidentes, subordinados á la intoxicación general, se referían únicamente á la intensidad del movimiento febril, á la alteración de los humores, á la excitación ó á la postración del sistema nervioso.

**Viruela: tratamiento por el ácido fénico, el vino, el deutocloruro de mercurio, el sulfato de quina, la belladona, el azufre, la tintura de yodo y la privación de la luz** *Union méd.—Journ. de méd. et chir. prat.—Gaz. méd. de Strasbourg.—Courrier méd.—Dict. des Prog.*.)

**Acido fénico.**—Animado el doctor Gintrac, de Burdeos, con los resultados obtenidos por el profesor Chauffard en el tratamiento de la viruela con el *ácido fénico*, ha prescrito este medicamento, según su método (1 gramo diario), en una serie considerable y no interrumpida de variolosos. El remedio administrado con gran exactitud y perfectamente tolerado por los enfermos no produjo los efectos que se esperaban. Entonces se le ocurrió la idea de asociar á la pocion fenicada el extracto blando de quina en cantidad de 4 gramos. Esta mezcla no fué mas eficaz. En vista de esto, el autor ha tenido necesidad de renunciar á este método, volviendo al uso de una pocion simplemente tónica con extracto blando de quina.

La alimentación, dice el doctor Gintrac, con una higiene bien entendida, suministra el mejor remedio contra la viruela. Durante el período de estado del exantema, ha usado siempre el autor, en una epidemia observada



en Burdeos, una alimentación sustancial, compuesta de caldo, potajes y vino. Tan pronto como los enfermos podían tolerar alimentos sólidos, se permitía su uso.

Los hombres bebieron vino en cantidad excesiva durante todo el curso de su padecimiento. No hubo uno que no consumiera cuando menos litro y medio de vino en las veinte y cuatro horas. M. Gintrac está íntimamente convencido de que sin el vino muchos de los enfermos no hubiesen podido recorrer todas las fases de su dolencia. Debe advertirse, sin embargo, que la mayor parte de ellos estaban muy acostumbrados á los alcohólicos.

El autor deduce de sus observaciones que no hay específico de la viruela, y que el mejor tratamiento consiste en una buena higiene, la aireación continúa, los cuidados de limpieza frecuentemente repetidos (lociones desinfectantes con cloruro, fenol, vino aromático, etc.), los tónicos, y sobre todo los vinos generosos, que le han proporcionado curaciones inesperadas.

*Deutocloruro de mercurio.* — El doctor Kounigne, residente en los montes Ourales, en una carta dirigida al *Journ. de méd. et chir. prat.*, recomienda un método de tratamiento que, durante un período de cuatro años, le ha producido resultados tan notables como constantes.

Este método, poderoso é inofensivo á la vez, comprende dos factores principales: 1.º el sublimado corrosivo, agente esencialmente antiflogístico y antiséptico; 2.º los fomentos tibios, aconsejados por el profesor Hebra.

Así que la fiebre prodrómica se revela por caracteres indudables, que se presentan algunas pápulas en la region dorso-lumbar, que es la primera invadida, segun las observaciones de M. Chomel, se prescribe la siguiente fórmula:

Deutocloruro de mercurio. . . . .	0.06 centigramos.
Clara de huevo. . . . .	1 á 2 —
Sal amoníaco. . . . .	0.75 —
Agua destilada. . . . .	180 gramos.

Se disuelve y se administra cada dos ó tres horas una cucharada (de las de sopa, de postres ó de té, segun la edad de los enfermos), continuando su uso todo el tiempo que persista la fiebre con vehemencia.

Si la erupcion amenaza ser muy confluyente ó el calor de la piel es muy intenso, se hacen practicar sobre toda la superficie cutánea fomentos frecuentes por medio de compresas empapadas en una solucion compuesta de

Deutocloruro de mercurio. . . . .	0,12 centigramos.
Agua destilada. . . . .	360 gramos.

La temperatura de esta solucion debe ser la de la habitacion, es decir, de 16 á 18°, ó un poco mas elevada. Se cubren en seguida las compresas con una tela impermeable.

La frecuencia de los fomentos deberá estar en razon directa de la abundancia de las pústulas, y se aplicarán tambien en los ojos cuando estos órganos se encuentren afectados. Es sorprendente el aplanamiento, la atrofia, por no decir la reabsorcion de las pústulas bajo el influjo de este tratamiento, resultado importante, sobre todo por lo que se refiere á las pústulas situadas en la conjuntiva ocular.

El prurito, de que es asiento la piel, el malestar y la agitacion que produce, ceden instantáneamente con los fomentos mercuriales tibios. Mas adelante, por este medio se reblandecen las costras, se detergen las ulceraciones del dérmis, su fondo se eleva y cubre de un tejido cicatricial, cuyo color moreno, mas claro que el ordinario, desaparece en dos ó tres semanas.

Durante el período de supuracion conviene volver al uso de la pocion que se administró al principio.

Segun el autor, este tratamiento, teniendo por auxiliares buenas condiciones de aireacion, una temperatura moderada, pero igual, y una dieta nutritiva, demostrará bien pronto á los prácticos que le usen su superioridad sobre las medicaciones internas y externas que se han preconizado contra la viruela, inclusa la quinina, el vino, el ácido fénico, etc.

*Sulfato de quinina.*— En una nota dirigida por el doctor Coze, antiguo decano de la facultad de Strasburgo, á M. Lacour, de Lyon, le recomienda con insistencia que ensaye un procedimiento que ha producido excelentes resultados en una epidemia de viruela observada en aquel

pais. Según el autor, puede compararse á la vacuna, porque, como esta, tiene por objeto hacer abortar la viruela. Consiste en la administracion del sulfato de quinina en el momento en que los sujetos advierten los primeros síntomas que constituyen los prodromos de la enfermedad. Tan pronto como un individuo es acometido de cefalalgia, quebrantamiento de miembros, dolores lumbares ó cervicales, es preciso hacer que se acueste, y administrarle inmediatamente 25 centígramos de sulfato de quinina en solucion, de media en media hora, hasta que haya tomado tres ó cuatro dosis. Si al dia siguiente quedan aun síntomas de cefalalgia ó las otras molestias de la víspera, debe volverse de nuevo al uso de la sal química. Casi siempre aborta la viruela, ó si se produce una erupcion, es sumamente discreta y sin importancia alguna. Debe evitarse que el enfermo se abrigue, según las preocupaciones vulgares, para provocar el brote del exantema, y conviene que se alimente como en condiciones ordinarias.

Las observaciones y experimentos hechos por el doctor Coze con el sulfato de quinina, le habian demostrado la propiedad de que goza esta sustancia de combatir la expansion de la materia cerebral, é imprimirla, por el contrario, un movimiento de concentracion. Hace ya muchos años que el autor usa dicho medicamento para tratar las cefalalgias intensas que suelen sufrir los estudiantes en las épocas de exámen, por exceso de trabajo intelectual. Ha visto igualmente que en el principio del reblandecimiento cerebral la quinina es un excelente recurso. Con estos datos, y habiendo llamado su atencion en esta epidemia la cefalalgia profunda de que eran atacados todos los enfermos, se le ocurrió la idea de administrar el sulfato de quinina, reconociendo de este modo sus admirables efectos.

El doctor Coze explica el resultado obtenido, admitiendo que la causa íntima de la viruela consiste en la génesis de un gran número de vibriones que, nacidos en la sangre, y teniendo necesidad de oxígeno para vivir, se esparcen en el tejido de la piel y de las mucosas superiores, provocando las pústulas de la erupcion; y como los experimentos fisiológicos han demostrado que el sul-

fato de quinina mata á estos vibriones, así como á los palúdicos, de aquí su acción curativa en esta enfermedad, y la necesidad de administrarle antes de que la excesiva reproducción de vibriones haya dado lugar á la erupción variolosa.

Aconseja también el autor que se persiga á los parásitos en la nariz y la garganta, donde se encuentran en gran cantidad, por medio de una solución de sulfato de quinina en inyecciones y gargarismos.

Por mucha confianza que inspire el antiguo decano de la Facultad de Estrasburgo, creemos que no pueden admitirse sin gran reserva las ideas teóricas que le han conducido al uso de este tratamiento, así como tampoco el efecto *abortivo* de los remedios internos en general. La cuestión importante es saber si con efecto el uso del sulfato de quinina, desde el principio del período prodrómico, atenúa los síntomas de la viruela y evita su gravedad. El autor lo afirma con un convencimiento que merece la pena de que se interroge á la experiencia clínica.

*Belladona.*—El doctor Barbier emplea como tratamiento *abortivo* y *curativo* la belladona sola, con exclusión de todo agente terapéutico, durante cuatro, cinco ó seis días cuando más. Las condiciones higiénicas tienen, según el autor, grande importancia; así, no debe abrigarse demasiado á los enfermos, como se hace generalmente, ni prescribir una dieta excesivamente severa; debe permitirseles tomar leche á discreción.

El doctor Barbier administra el extracto acuoso de belladona en cantidad de 1 á 8 centigramos diarios; un poco menos en los niños, y más en los atletas ó grandes fumadores. Como *preservativo*, recomienda una píldora de 1 centígramo de extracto todas las mañanas.

El autor asegura que de 110 enfermos tratados de este modo no ha perdido mas que tres; dos de ellos, cuando los visitó por primera vez, estaban casi en la agonía, y el tercero era una mujer que murió de repente (sin duda por una embolia) á los ocho días de parir y cuando se hallaba en plena convalecencia de una viruela discreta. Entre estos numerosos casos ha habido algunos gravemente complicados de accidentes cerebrales, hemorragias, etc., y el doctor Barbier está convencido de que se debe á su

método el que la mortalidad no fuese mas considerable.

El doctor Meziat tambien afirma haber salvado todos los enfermos tratados con la belladona.

*Azufre.*—Habiéndose presentado en las costas de Islandia cuatro buques franceses que tenian variolosos á bordo y pedian socorros, el doctor Hjaltekin dispuso que se practicasen vacunaciones y revacunaciones en grande escala. En una gran casa, á 1 kilómetro de la capital, se habilitó un hospital para servir de cuarentena á los enfermos y á las personas afectas á su servicio. Se practicaron fumigaciones en las habitaciones, quemando azufre refinado, y se administró á los pacientes una solucion de ácido sulfúrico al interior. El resultado de estas medidas fué en alto grado satisfactorio. De 22 marineros variolosos; 7 de los cuales tenian una erupcion confluyente, que se sometieron á este tratamiento en el hospital, solo murió uno, que entró moribundo, á las treinta y nueve horas de su admision. No fué atacado un solo habitante de la isla, de donde deduce el autor:

1.º Que las fumigaciones de ácido sulfuroso y el uso interno de este ácido atenúan evidentemente la intensidad de la fiebre primitiva y secundaria y hacen descender la temperatura.

2.º Que se calman tambien de un modo notable, por este medio, los dolores de riñones y articulares, la cefalalgia, los vómitos, etc.

Además de estos resultados, el doctor Hjaltekin invoca, en apoyo de sus deducciones, la desecacion de las pústulas de la revacunacion en la enfermera y enfermeros empleados en el hospital en el momento en que se les sometió á las fumigaciones.

*Tratamiento del doctor Beaufort.*—El tratamiento que este práctico instituye se deduce de los hechos siguientes, cuya demostracion científica se reserva para mas adelante:

1.º Entre los animales superiores no existe la viruela (ó las enfermedades congéneres) en los carnívoros; solo se la encuentra en los herbívoros ú omnívoros, pero sobre todo en los primeros.

2.º En el hombre la alimentacion vegetal predispone al contagio de la viruela, mientras que la animal obra en sentido contrario.

3.º Hay antagonismo entre la diátesis úrica ó ácida y este exantema; la receptividad de la sangre para el virus tanto mayor cuanto mas alcalino sea este líquido.

4.º La vacuna sigue las mismas leyes que la viruela. La observacion clínica demuestra que en las poblaciones en que domina la alimentacion animal y en las familias de diátesis ácida, las revacunaciones dan muchos menos resultados positivos que en el campo y en las familias en que se encuentra mayor alcalinidad de los humores.

5.º La viruela engendra, en el sujeto á quien ataca, una diátesis especial, que se parece á la úrica ó ácida.

Mientras persiste este estado en la economía, hay inmunidad; si desaparece con el tiempo, se manifiesta de nuevo la receptividad para el virus varioloso.

6.º La vacuna produce la misma diátesis que la viruela, pero en mucho menor grado, lo que explica su efecto preservativo y al mismo tiempo la reaparicion de una nueva receptividad para los dos virus en los sujetos vacunados.

7.º La viruela mata en el primer período por la intensidad de los diferentes fenómenos nerviosos que engendra, sobre todo la excitacion cutánea. Estos fenómenos resultan de una accion puramente refleja, como en las quemaduras extensas. En el período de supuracion vienen á agregarse la intoxicacion purulenta y todas sus terribles consecuencias.

*Tratamiento profiláctico.*—La profilaxia se encuentra naturalmente en los sujetos afectados de diátesis ácida hereditaria ó adquirida por un régimen especial; á esto se debe que un gran número de personas se libren de la viruela por efecto de su propio organismo.

Aparte de la vacuna, á la cual debe recurrirse siempre, aunque sin olvidar que su virtud preservativa no dura tanto como se habia creido, es conveniente instituir un tratamiento preservativo, basado en una higiene particular, en tiempos de epidemia.

El autor aconseja, con éxito, el uso casi exclusivo de carnes y de alimentos azoados; al mismo tiempo que la introduccion en la economía de ácidos minerales inofensivos, y que se destruyen como la mayor parte de los ve-

getales. El ácido clorhídrico diluido responde muy bien á esta indicacion.

Existen ciertos medicamentos que aumentan las proporciones del ácido úrico de la sangre; pero su estudio no es aun bastante completo para que se pueda recomendar su uso con pleno conocimiento de causa.

Naturalmente deben proscribirse los alcalinos y los ácidos vegetales, que obran sobre la sangre de la misma manera por su trasformacion en carbonatos alcalinos.

*Tratamiento curativo.*—En la viruela confirmada, que va á seguir su curso normal, el médico no ha de permanecer simple espectador de los diferentes fenómenos de la enfermedad; debe obrar, porque puede hacerlo útilmente.

En el primer período, el autor trata de paralizar la accion refleja que parte de la piel y produce una série de fenómenos nerviosos, frecuentemente temibles, sobre todo cuando se ejercen sobre los órganos contenidos en las grandes cavidades esplánicas. La accion sedante mas segura para este caso la ha encontrado en el bromo y sus preparaciones, á dosis elevadas. Administra, frecuentemente con éxito, el bromuro de potasio, en cantidad de 2 á 4 gramos, en solucion y unido á una pequeña proporcion de ópio. Bajo la influencia de este medicamento disminuyen y hasta desaparecen los grandes fenómenos nerviosos; ceden las congestiones á la contraccion saludable de los vasos capilares, y, en fin, se restablece el equilibrio por extinguirse la excitacion refleja.

En el segundo período todo debe tender á impedir la supuracion de las pápulas y la fiebre grave, que es su consecuencia. Para conseguirlo se han propuesto muchos medios; pero, á juicio del autor, ninguno es mas eficaz é inofensivo que el uso externo del hiposulfito de sosa, sal neutra ó casi neutra, que no ejerce ninguna accion irritante sobre la piel y que goza de una marcada virtud anestésica. Empleada desde el principio de la erupcion, detiene la supuracion de los granos, que se secan con prontitud, no se ulceran, ni quedan, por lo tanto, cicatrices profundas en la piel.

El autor hace aplicar en la cara, cada dos horas, por medio de un pincel, un glicerolado compuesto de:

Glicerina. . . . .	100 gramos.
Hiposulfito de sosa. . . . .	8 —

Sobre el resto del cuerpo la misma preparacion ó lociones repetidas con la solucion siguiente:

Agua templada. . . . .	1 litro.
Hiposulfito de sosa. . . . .	45 gramos.

No se han ensayado los baños generales repetidos con el hiposulfito; pero todo hace pensar al doctor Beaufort que podrian sacarse de ellos grandes ventajas.

En la fiebre de supuracion, y aun antes de que empiece, el sulfato de quinina en cantidad de 0,40 á 0,50 centigramos diarios, le parece al autor un excelente medio, que contribuye á evitar los funestos efectos de esta fiebre tan grave.

En fin, durante todo el curso de la enfermedad emplea el ácido clorhídrico diluido, ya en gargarismos, ya en limonadas.

Tal es el resúmen de una medicacion que, segun el doctor Beaufort, le ha permitido arrancar á la muerte un gran número de enfermos gravemente atacados.

*Tintura de yodo.*— Para hacer abortar las pústulas basta, segun M. Boinet, extender la tintura de yodo con un pincel sobre las partes que se quieran preservar, desde el momento en que empieza la erupcion, una vez cada veinte y cuatro horas, durante cinco ó seis dias consecutivos.

*Privacion de la luz.*— Segun asegura el doctor Waters en un trabajo publicado en el periódico *The Lancet*, las enfermedades que atacan á la piel, ó mas bien cuyos productos son eliminados por la cubierta cutánea, aumentan su susceptibilidad á la luz, y son mas peligrosas cuando la piel está expuesta á la influencia de este agente. La viruela en particular es mas grave cuando se permite la entrada de la luz en la alcoba de los enfermos. El doctor Gaddesden es el primero que ha hecho esta observacion, y que ha propuesto tener á los variolosos en la oscuridad. Gran número de médicos han seguido luego su ejemplo, con mas ó con menos éxito. Si se excluye absolutamente la luz blanca de la habitacion del paciente, disminuye



incontestablemente la gravedad del padecimiento; por luz blanca debe entenderse la luz natural. Estando la alcoba bastante oscura para que no penetre ningun rayo y sea preciso servirse de una bujía, se consigue detener la erupcion en el período papuloso ó vesiculoso; nunca llega al de supuracion, y la piel de los espacios intervesiculares no se inflama; no hay dolor intenso, el prurito es insignificante, el olor disminuye, y no se ven esas grandes costras que cubren la cara.

Cuanto mas pronto se oscurezca la habitacion, con mas seguridad se obtendrán los efectos que acabamos de indicar. Pero si durante los períodos de la fiebre primitiva ó el de erupcion penetra la luz en la alcoba aunque sea por pocos instantes, produce graves inconvenientes, y basta para destruir los buenos efectos conseguidos hasta entonces.

Además de la oscuridad debe sujetarse al enfermo á una dieta farinácea, té de vaca, pescados, frutas maduras, leche, limonada, agua de Seltz. La alcoba ha de estar ventilada, dejando la ventana abierta detrás de la cortina que impide la entrada de la luz. El autor lava á los enfermos con una esponja empapada en agua templada, y hace mudar frecuentemente las ropas de la cama. Los purgantes deben usarse con precaucion, y en todo caso administrar los mas suaves. Mejor es aun recurrir á las lavativas emolientes. Desde el principio de la fiebre hasta que las pústulas se elevan, son muy útiles el arsénico (licor de Fowler) con el yodo á pequeñas dosis, el yoduro de potasio, una solucion de acetato de amoníaco; despues de esto la solucion de arsenito de sosa con el jarabe de fosfato de hierro, obrarán mejor y serán excelentes tónicos reconstituyentes.

Si hay insomnio, podrá administrarse el hidrato de cloral, solo ó con ópio, y tambien el extracto de beleño.

El autor refiere varios casos tratados con éxito por este método; y como en las medicaciones anteriores se invoca tambien el testimonio de la experiencia, dejamos á la particular de cada uno de nuestros lectores la apreciacion del valor práctico de tantos y tan diversos tratamientos, segun los cuales parecè que no debia morirse ningun varioloso.

**Vómitos nerviosos: tratamiento por medio del ácido fénico.**  
(*British méd. Journ.*).

A los diversos medios hasta ahora empleados en esta afección, frecuentemente tan rebelde, hay que añadir el ácido fénico, según el testimonio de algunos prácticos ingleses, que elogian mucho la eficacia de este medicamento en tales casos, sobre todo en los vómitos que acompañan al embarazo.

El doctor Garraway prescribe dicho ácido en dosis de una gota tres veces al día. Emplea el ácido cristalizado, licuado por medio del calor y diluido en media onza de un líquido mucilaginoso.

Entre otros casos refiere el autor el de una señora que hacia nueve años no pasaba un solo día sin vomitar, y en quien desapareció esta molestia con el uso del ácido fénico, continuado durante dos semanas.

## TOXICOLOGIA Y MEDICINA LEGAL.

---

**Acido fénico: intoxicacion.** (*Lyon méd.—Ann. de théér.*).

El uso del ácido fénico, por su novedad, ha sufrido la influencia perniciosa de la moda, y generalizándose sus aplicaciones y puesto á disposicion de todo el mundo, es natural que se produzcan envenenamientos, y por lo tanto conveniente que se conozcan los fenómenos que determina ingerido en la economía en dosis considerable.

Un hombre de treinta y dos años tomó el dia 27 de julio, á las diez de la mañana, creyendo que era vino, el líquido de una botella que contenia una solucion de ácido fénico destinada á la desinfeccion. Casi inmediatamente fué acometido de náuseas, sudores frios, estupor y pérdida de conocimiento. Un farmacéutico le administró, sin resultado, algunas dosis de magnesia. A las once y media se le condujo al hospital de San Antonio.

Se hallaba entonces sumido en el coma, insensible á todos los excitantes, respiracion anhelosa y traqueal. La muerte parecia inminente. Se procuró la reaccion por medio de sinapismos, paseados por todo el cuerpo.

A las cinco de la tarde se hallaba en el estado siguiente: se habia restablecido el calor de un modo notable, aun cuando continuaba siendo inferior al normal; persistia el coma y la resolucion de los miembros. *Anestesia de la piel y de las mucosas faringea, bucal, nasal y vesical; parálisis de los movimientos reflejos.* La córnea y la conjuntiva estaban insensibles, y las pupilas muy contraidas. Respiracion frecuente y estertorosa (48 inspiraciones al minuto), estertor traqueal, espuma bronquial. Pulso muy rápido (120) y pequeño; el corazon latia convulsivamente con bastante fuerza.

El enfermo no habia orinado desde la mañana; se extrajo, por medio de la sonda, una copa de orina trasparente, sin copos, de color amarillo con reflejos violados, y en cuya superficie nadaban gotitas aceitosas; despedia un fuerte olor de ácido fénico.

Se practicó una pequeña sangría, obteniéndose una sangre negra, espumosa, de un singular color parduzco y que exhalaba olor á ácido fénico. El coágulo era blando, difluente; al otro día no estaba retraído. El sujeto murió á las dos horas por consecuencia de los progresos de la asfixia. Se habia prescrito el agua albuminosa; pero fué imposible su ingestion, á causa de la anestesia de la faringe.

Los doctores Jeffreys y Hainworth han publicado otro caso de intoxicacion, ocurrido en un hombre de sesenta y ocho años, que tomó de 15 á 30 gramos de ácido fénico. Cuando el doctor Jeffreys le vió á los pocos minutos, se hallaba en el estado siguiente: insensibilidad completa; la boca y faringe llenas de moco, cuya expulsion se facilitó, volviendo al enfermo de lado; tres manchas prolongadas parduzcas sobre la barba; pupilas contraídas; la boca y garganta volvieron á llenarse rápidamente de moco, que fué preciso quitar de nuevo; la respiracion se suspendia de tiempo en tiempo, siendo necesario reanimarla. No se percibian los latidos del corazon. La muerte se verificó á los cincuenta minutos de la ingestion del veneno.

*Autopsia* á las veinte y ocho horas. Fuerte olor de ácido fénico en la habitacion. Signos generales de la muerte por sofocacion; líneas parduzcas sobre la barba, partiendo de las comisuras de los labios. Antiguas adherencias parciales de las pleuras al vértice del tórax. Pequeños nódulos sanguíneos, negros y consistentes, diseminados en los dos pulmones, los cuales, cuando se les cortaba, dejaban exudar un moco abundante y espumoso; sangre líquida, negra y sin coágulos, en el sistema venoso.

Epitelio uniformemente blanco, duro y rugoso sobre la lengua, la epiglotis, la faringe y el esófago. El estómago contenia 120 gramos próximamente de un líquido espeso, turbio, en el que habia productos de la digestion, y exhalaba olor á ácido fénico. El epitelio se encontraba tambien aquí endurecido y blanco; bajo la influencia de un contacto prolongado con el cáustico, se habia encogido en pequeñas masas granulosas, y se dejaba levantar fácilmente con el escalpelo. Los pliegues de la mucosa

estomacal se hallaban extraordinariamente indurados y prominentes. Todas estas lesiones se detenian en el pñloro, que parecia haber sido el límite extremo de la accion local del veneno.

La laringe, la tráquea y los bronquios estaban literalmente llenos de un moco trasparente, estriado de sangre; mancha blanca de pulgada y media de diámetro, que se desprendia fácilmente en forma de una membrana elástica, y se encontraba sobre el pericardio en la base del ventrículo derecho. Corazon flácido y un poco adiposo; cavidades derechas vacías; las izquierdas conteniendo un poco de sangre líquida. El hígado exhalaba un sensible olor de ácido fénico, pero estaba sano. Riñones adiposos y granulados, y que desprendian, al cortarles, un olor mezcla de orina y ácido fénico. Congestion y aspecto negrozco de todas las vísceras. Aracnóides opaca en ciertos sitios, y conteniendo unos 40 gramos de serosidad. Sustancia blanca del cerebro consistente, pero que se dejaba dislacerar fácilmente en la direccion de las fibras.

El análisis químico del contenido del estómago demostró la presencia del ácido fénico.

Este hecho demuestra, segun los autores, que á consecuencia de la ingestion de una cantidad tóxica de ácido fénico, los principales fenómenos que se producen son los siguientes:

1.º Cauterizacion superficial de las partes con que esta sustancia se ha puesto en contacto, la cual produce un estado rugoso y blanquecino de la epidérmis ó del epitelio de las porciones superiores del tubo digestivo; siendo mas prolongado en el estómago el contacto del veneno, la cauterizacion de la mucosa es mas profunda, y el epitelio se desprende en pequeñas masas granuladas.

2.º La irritacion producida por el ácido en una extensa superficie inervada por el nervio vago, determina, por medio de este nervio, acciones reflejas sobre órganos mas distantes, y especialmente sobre los pulmones, que se congestionan y llenan de un moco segregado en gran cantidad, que llega á determinar la asfixia.

Se ha dicho que los aceites de oliva y de ricino, administrados en grandes dosis, obran como antidotos del ácido fénico.

**Amoniaco (gas): intoxicacion..** (*Montp. méd.—Gaz. heb.*).

El doctor Castan ha leído á la Sociedad de medicina de Montpellier una interesante comunicacion, que tiene por objeto el hecho siguiente:

Un industrial dirigia un aparato Carre para la produccion de hielo artificial, en el que, como es sabido, se desprende, licua y evapora el gas amoníaco en vaso cerrado, á fin de producir un frio intenso. Durante cinco minutos permaneció expuesto á una fuga de gas, por no poder abrir inmediatamente la puerta de la habitacion. En seguida sintió una extrema sofocacion, una angustia general, una sensacion de quemadura en la garganta y de *constriccion epigástrica* y vértigos; fué acometido de estornudos continuos, así como de vómitos de materias serosas.

Cuando llegó M. Castan á los pocos instantes cerca del enfermo, observó, con el doctor Bringuier, los síntomas siguientes: abatimiento, cara pálida, sudores profusos de olor amoniacal, pulso pequeño y frecuente; temperatura normal; opresion; tos seca; expuicion continua de saliva; rubicundez de la boca y la faringe; nada de particular ni á la percusion ni á la auscultacion. Se prescribió limonada, una pocion antiespasmódica y sinapismos.

Durante todo el dia continuaron los mismos accidentes, con poca diferencia; pero al siguiente se notó un alivio manifiesto, que fué acentuándose cada vez más durante la noche y dias inmediatos. Al cuarto dia se administró un vomitivo á causa de los síntomas gástricos. El dia octavo se presentó un nuevo acceso de sofocacion, que se atribuyó al olor de amoníaco desprendido del aparato que estaba cerca de la habitacion del enfermo; pero no se volvió á repetir, y el sujeto entró en convalecencia.

Los casos de envenenamiento por el gas amoníaco son bastante raros, para que deban dejarse pasar desapercibidos los que se presenten. Solo se citan hasta ahora en las obras mas clásicas dos, que ha reproducido en su Memoria el doctor Castan. El primero, observado por Nysten, se publicó en la *Gaz. méd. de Santé* el 21 de mayo de 1806, y el segundo en la *Revue méd.* en 1825 (tomo 1,

pág. 265). Es singular que no se hayan recordado los hechos referidos por Fodere y por Percy, que consigna Galtier en su *Traité de Toxicologie*, y las dos observaciones publicadas por este último autor. Es cierto que en una de ellas se había introducido el amoníaco líquido en la boca al mismo tiempo que se verificó una inhalacion excesiva de vapores; pero en la otra los vapores amoniales, resultantes de la rotura de un frasco que contenia 50 libras de este álcali, solo penetraron en la economía por las vías respiratorias. La existencia del sujeto estuvo en gravísimo peligro.

Como dice muy bien M. Castan, los fenómenos sintomatológicos son los mismos, que el amoníaco haya entrado por los pulmones ó por las vías digestivas; el gas es bastante cáustico para producir en la boca y la garganta tanta inflamacion como el paso del amoníaco líquido; en los casos citados por Galtier, las mucosas nasal y salival estaban destruidas; fluía por la boca y la nariz una gran cantidad de mucosidades sanguinolentas; la lengua se hallaba despojada de su epitelio. El doctor Castan llama la atencion acerca de la constriccion dolorosa del epigastrio cuando el veneno no ha sido ingerido, y no se satisface con atribuirle á un efecto simpático; cree, sin querer dar explicacion, que este fenómeno se refiere á las angustias respiratorias y tiene su asiento en el diafragma. Es sabido que se encuentra mas ó menos marcado en las demás intoxicaciones por los gases, especialmente el ácido carbónico. Sin embargo, en el caso que nos ocupa no hay seguridad de que no haya sido ingerido el amoníaco al mismo tiempo que inhalado, puesto que una saliva tóxica llena la boca y el enfermo hace esfuerzos continuos de deglucion.

El autor se fija tambien en otra particularidad; es la inmunidad aparente de los bronquios y de los pulmones en su enfermo. Lo mismo sucedió en una de las observaciones de M. Galtier; pero en la otra, en que sucumbió el sujeto, la autopsia reveló signos de una flegmasía intensa del árbol respiratorio hasta las mas pequeñas ramificaciones. En el caso de Nysten ocurrió lo propio. No obstante, parece probable que la violenta constriccion de la laringe, bajo la accion del gas irritante, impida en gran

manera que este penetre mas adelante, y quizás deben atribuirse á la asfixia una parte de las lesiones encontradas en la autópsia en los bronquios y en los pulmones.

**Atropina: intoxicacion tratada y curada por el ópio.—Antagonismo de esta sustancia y la belladona.** (*Bull. méd. du Nord de France.—Journ. de méd. prat.*).

Si los experimentos de M. Camus, que hemos referido en uno de nuestros anteriores ANUARIOS, tienden á demostrar que no existe antagonismo entre el ópio y la belladona en los pájaros y los conejos, las numerosas observaciones clínicas referidas por Behier, Lié, Norris, Testelin, prueban que en el hombre esta oposicion es efectiva, al menos dentro de ciertas condiciones. El doctor Van Peteghem, que es de los que creen en el antagonismo de dichas sustancias, ha publicado, como prueba de su verdad, la observacion de una mujer de veinte y ocho años que, al preparar un vaso de agua de limon, echó en él, por equivocacion, en lugar de agua de azahar, dos cucharadas de las de café de una solucion de atropina, cuya fórmula no se indica. A los veinte minutos de haberle bebido se presentó alteracion de la vista, pareciendo á la enferma que todos los objetos daban vueltas á su alrededor, sequedad de la garganta, alucinaciones, pérdida de conocimiento, delirio agitado, gesticulaciones, palabras rápidas, cara congestionada; en algunos momentos era acometida de temblores; el pulso estaba pequeño, duro y muy frecuente, y las pupilas sumamente dilatadas. Se habia administrado un vomitivo. En vista de estos síntomas y conociendo lo que habia pasado, el doctor Van Peteghem diagnosticó sin dificultad un envenenamiento por el sulfato de atropina, y dispuso inmediatamente un vaso de agua azucarada, al que añadió 35 gotas de láudano, haciendo que lo tomase la enferma á pequeñas bocanadas, de cinco en cinco minutos. Las primeras dosis fueron arrojadas bajo la influencia del vomitivo. Entonces hizo el autor aplicar una lavativa con 15 gotas de láudano en muy poca cantidad de agua, sin interrumpir el uso de la pocion.

Bajo la influencia de este tratamiento se verificó un cambio notable en el estado de la enferma, cesó el de-



lirio, quedando aquella en somnolencia. La rapidez con que se produjo este alivio fué notabilísima. Sin embargo, á la media hora estalló una nueva tempestad, reapareciendo el delirio con mas fuerza que antes. Pero gracias á una segunda pocion con 20 gotas de láudano, que á prevención se tenia preparada, la mujer volvió á dormirse; el pulso y la respiracion se regularizaron.

Los síntomas de la intoxicacion reaparecieron muchas veces durante el dia, y fueron siempre calmados por una nueva dosis del medicamento. Notándose con este motivo el hecho importante de que cuando se habian extinguido los efectos narcóticos propios del ópio tendian á aparecer los accidentes producidos por la atropina, hasta que nuevas dosis de láudano venian á imponerles silencio. En estas alternativas de alivio y recidiva se administraron 85 gotas de láudano; pero como una parte de ellas fué vomitada, se calcula que la enferma absorbió unas 60 gotas del medicamento, dosis suficiente para ocasionar fenómenos sérios en una jóven nerviosa, enfermiza, si no hubiese existido el antagonismo entre el ópio y la belladona.

Por la noche se habia restablecido el conocimiento; la vista estaba aun abolida; se quejaba la enferma de malestar y dolor de cabeza, pero se hallaba fuera de peligro. Al dia siguiente no podia andar y no veia, continuando la pupila muy dilatada, la cual permaneció así durante tres dias, lo que confirma la asercion del doctor Gubler, que la accion miósica de la morfina es incomparablemente mas débil que la accion midriática de la atropina.

*Envenenamiento por el láudano, rápidamente curado por la tintura de belladona á altas dosis* — Como prueba tambien de la oposicion virtual que existe en ciertas condiciones entre estas sustancias, ha publicado M. Bernardin, religioso trapense y encargado de la botica del establecimiento, un hecho que no carece de interés.

Un jóven de veinte y un años fué encontrado en la hospedería del convento en estado soporoso, insensible á toda clase de estímulos, con la cara pálida, las pupilas sumamente contraídas, el pulso contraído y tan acelerado, que era imposible contar las pulsaciones. Como contraste con la frecuencia de la circulacion, se notaba la

lentitud de la respiracion, que era estertorosa. Habiendo hallado en los bolsillos del enfermo un frasco que habia contenido láudano y una carta, en la que anunciaba sus propósitos de suicidarse, se conoció la causa de aquel cuadro de síntomas tan alarmantes.

Recordando el venerable trapense lo que habia leído acerca del antagonismo del ópio y la belladona, hizo tomar al enfermo 10 gramos de tintura de esta planta en un poco de agua azucarada. El efecto de este antídoto, dice el autor, fué instantáneo y maravilloso. Inmediatamente las pupilas, contraídas, se dilataron, y el pulso se desenvolvió. Pasada una hora se administró una segunda dosis de tintura de 5 gramos, que fué tragada con mas dificultad que la primera, á causa del efecto que esta habia producido en la faringe. El resultado terapéutico no fué menos satisfactorio. La dilatacion de las pupilas aumentó aun y se aceleró la respiracion. Se dieron al enfermo entonces algunas cucharadas de café y una limonada, aplicándole una lavativa laxante. Antes de las cuarenta y ocho horas se hallaba completamente fuera de peligro.

M. Bernardin calcula que este hombre tomó de 12 á 15 gramos de láudano, y se le administró como contraveneno una cantidad equivalente de tintura de belladona, cuyo efecto fisiológico se manifestó por un poco de angina especial, la dilatacion de las pupilas, la relajacion de los esfínteres y el restablecimiento al estado normal de las funciones nerviosas, alteradas por el ópio.

A pesar de estos hechos, que son indudables, la observacion prueba todos los dias que pueden asociarse terapéuticamente con ventaja las preparaciones de ópio y belladona para calmar el dolor; porque, segun dice el doctor Gubler, las acciones opuestas de estos dos agentes no se equilibran en todas partes; no hay nada que pruebe que influyen igualmente sobre las mismas divisiones del sistema nervioso ó sobre los mismos aparatos orgánicos; la accion de la morfina puede llegar á su máximum en un punto de la economía, mientras que la de la atropina toca á su apogeo en otro.

**Fósforo: causa de las variedades sintomatológicas que se observan en esta intoxicacion. (Arch. de phys. norm. et pathol.).**

Las diferencias sintomáticas que presenta el envenenamiento por el fósforo, dependen, según el doctor Lecorché, de que varía el agente tóxico. Ya es el ácido fosfórico, ya el hidrógeno fosforado el que obra. El autor ha tratado de determinar las condiciones que favorecen la producción de uno u otro de estos compuestos á expensas del fósforo ingerido. De estos experimentos parece que resulta que si el fósforo llega al estómago en el momento de la digestión, encuentra una cantidad de oxígeno suficiente para transformarse en seguida en ácido fosfórico. El resultado de la acción de este compuesto son las ulceraciones de la mucosa digestiva, una alteración profunda de los glóbulos sanguíneos, ictericia, hemorragias y la esteatosis generalizada. Si, por el contrario, el veneno es ingerido hallándose el sujeto en ayunas, se forma hidrógeno fosforado, gas excesivamente tóxico, pero que no determina la producción de las alteraciones anatómicas que ocasiona el ácido fosfórico. La muerte reconoce por causa en este caso el ataque violento que ha sufrido el sistema nervioso por la desoxidación globular. Independientemente de estas dos formas tan bien caracterizadas, existe otra forma mixta, que resulta, cuando no se verifica la muerte con demasiada rapidez, de la transformación ulterior que sufre en la sangre el hidrógeno fosforado convirtiéndose en ácido fosfórico. En los suicidas, como la ingestión del veneno no se verifica ordinariamente en el momento de la comida, no se observa la primera forma, mientras que se presenta en los sujetos envenenados accidentalmente ó por un hecho criminal. La intoxicación es tanto más grave, cuanto más tiempo haga que el sujeto ha comido cuando tenga lugar la introducción de la sustancia venenosa. La experiencia ha probado al autor que en estos casos se necesita veinte veces menos fósforo para matar á un animal que cuando se administra el veneno al mismo tiempo que los alimentos. Después de todo, cualquiera que sea la forma, la curación es rara, según M. Lecorché.

Somos deudores á Schulzen de un signo pronóstico

preciosísimo; si la terminacion ha de ser favorable, no se encuentra ácido láctico en la orina. La muerte, por el contrario, parece segura siempre que el análisis demuestra una cantidad notable de este ácido.

**Infiltracion de ácido úrico en los riñones, como medio de determinar si un feto ha nacido vivo ó muerto.** (*New-York, méd.*).

El infarto renal de ácido úrico, segun el doctor Rafael, de New-York, tiene gran importancia para determinar si un feto ha nacido vivo ó muerto.

Segun Virchow, Martin, Heshug y otros, este infarto se encuentra casi invariablemente en las criaturas que mueren entre el primero y segundo dia de la vida; es sumamente raro en las que nacen muertas, y excepcionalísimo en las que solo han respirado un dia. Esta lesion aparece bajo la forma de estrías finas, de color amarillo brillante, de ácido úrico cristalizado. Examinadas al microscopio, estas estrías están formadas, segun Vogel, de pequeños cilindros, que á la presion se deshacen en un polvo amorfo de color moreno rojizo, que contiene pequeños cristales romboidales de ácido úrico, mezclados con células epiteliales de revestimiento de los conductos urinarios. Siempre que se encuentran estos cristales en las papilas del riñon, se les halla tambien en la pélvis y en las partes declives de la vejiga, en forma de un polvo rojo carminado.

Virchow explica del modo siguiente la formacion de estas infiltraciones úricas: inmediatamente despues del nacimiento, bajo la influencia de la respiracion, se produce una oxidacion mas rápida de los tejidos; fórmanse entonces productos excrementicios, y entre ellos el ácido úrico; este se combina con las bases alcalinas y es excretado por los riñones, donde no encontrando bastante cantidad de agua para disolverse, se acumula en los tubos rectos, apareciendo en forma de estrías amarillas, por efecto de su combinacion con la materia colorante de la orina. Segregándose luego la orina en mayor cantidad, disuelve una parte del ácido y empuja el resto hácia la vejiga.

Segun Vogel, el infarto de ácido úrico tiene una grande

importancia médico-legal; prueba que el feto ha vivido, con tanta seguridad como la dilatacion del pulmon por el aire; ofrece sobre este último signo la ventaja de conservar todo su valor, aun cuando haya empezado la putrefaccion. El doctor Rafael piensa lo mismo, y dice que en seis fetos que nacieron muertos y que ha examinado con el mayor cuidado en este invierno, no encontró la menor señal de ácido úrico en los riñones ni en la vejiga.

**Opio y belladona: intoxicacion: tratamiento.** (*Journ. de méd. de Bruxelles*).

En la obra clásica sobre los narcóticos que ha publicado recientemente el doctor Harley, demuestra que, en el envenenamiento por el ópio, la muerte sobreviene á consecuencia de la suspension de los fenómenos respiratorios, y que además, en un período ulterior, el estómago mismo es afectado de parálisis. De aquí la inutilidad de los antídotos administrados por la vía gástrica, cuando el envenenamiento cuenta algun tiempo de duracion. Las indicaciones mas urgentes son entonces las siguientes:

1.º Desembarazar completamente el estómago de las sustancias que contenga por medio de agua tibia sinapizada. Aplicar al epigastrio sinapismos y compresas calientes. Por medio de bebidas muy calientes se puede conseguir excitar el plexo gástrico, pulmonar y cardíaco, así como los nervios espinales.

2.º Hacer pasar corrientes eléctricas de la parte posterior del cuello al tórax y al epigastrio.

3.º Cuando el corazon denota una gran debilidad, introducir por inyecciones hipodérmicas 1/96 de grano de sulfato de atropina cada dos horas. Dosis mayores ó repetidas con mas frecuencia, podrian producir efectos diametralmente opuestos á los que se desean, una depresion mas profunda, un narcotismo mas intenso.

En el envenenamiento por la belladona es preciso sostener activamente la respiracion. Se ha recurrido al ópio, no porque sea un verdadero contraveneno, sino porque calma bien la agitacion nerviosa excesiva que se apodera del enfermo. Sin embargo, no debe olvidarse nunca que hay mucho menos peligro en los períodos de insomnio y

de agitacion que cuando los sujetos se hallan sumidos en un sueño profundo. En efecto, en el primer caso los movimientos respiratorios obedecen á la excitacion que parte del cerebro; en el otro son muy difíciles. El narcotismo es siempre mucho mas temible en el envenenamiento por la belladona que en el del ópio.

**Ricino: efectos tóxicos de sus semillas. (Montp. méd.).**

Hace mucho tiempo que se conoce la extraordinaria actividad de las semillas de ricino. Las siguientes conclusiones de una Memoria, publicada por el doctor Pecholier, confirman estos datos y añaden algunas ideas prácticas dignas de tenerse en cuenta.

1.º Las semillas de ricino tienen una accion mucho mas enérgica que el aceite que de ellas se extrae. En un adulto, y segun predisposiciones variables, tres ó cuatro semillas pueden producir accidentes sérios; ocho determinan un estado grave y aun gravísimo; un número mas considerable podría ocasionar la muerte. El fruto del ricino contiene, pues, un principio tóxico, cuya naturaleza es aun casi desconocida.

2.º En la intoxicacion por estas semillas se observan tres períodos, segun la gravedad de los casos: *periodo de indigestion*, *periodo de gastro-enteritis*, *periodo de accidentes ataxo-adinámicos*.

3.º El veneno contenido en el ricino debe clasificarse entre los que se llaman *irritantes*, en la variedad de los *drásticos*. Tiene muchas analogías con el del *crotontiglio*.

4.º Los principales síntomas que caracterizan la intoxicacion por el fruto del ricino, son la falta de mal gusto y de calor en la boca y el esófago en el momento de comerle; un dolor epigástrico y abdominal ulterior muy intenso; vómitos abundantes y penosos; diarrea y mas raramente estreñimiento, calor urente, fiebre intensa, supresion de orina, y mas tarde enfriamiento general, calambres, apagamiento de la voz, pulso miserable, sed inextinguible, convulsiones, gran postracion y muerte.

5.º No solo una fuerte dosis de semillas de ricino puede ocasionar la muerte por accidentes agudos, sino que, despues de haberse disipado estos, es susceptible de dar ori-

gen á una gastro-enteritis ó una gastro-enteralgia crónica, causas de sufrimientos para toda la vida y aun de una muerte consecutiva.

6.º Las lesiones anatómo-patológicas consisten en la inyección y rubicundez mas ó menos intensa de la mucosa estomacal, y sobre todo en una irritación mas viva del intestino delgado, que se encuentra lleno de un líquido en copos, blanquecino, sanguinolento, y á veces compuesto de sangre pura.

7.º La intoxicación por el ricino se distingue con bastante facilidad de la perforación intestinal, de la estrangulación interna y externa, de la gastritis idiopática y aun de la intoxicación por otros venenos irritantes. Solo puede confundirse con la producida por otros drásticos, cuyos efectos se denuncian por una sintomatología bastante análoga. Pero los datos etiológicos y el exámen, ya de las materias vomitadas, ya de los restos de lo que el enfermo ha comido ó bebido, podrán, en ciertas circunstancias, desvanecer las dudas.

8.º Las indicaciones terapéuticas del tratamiento de esta intoxicación consisten:

a. Provocar lo mas pronto posible, por vómitos y cámaras, la expulsión de la sustancia tóxica, pero no empleando para ello vomitivos irritantes (ipecacuana, tártaro emético).

b. A falta de un antídoto, que aun no se conoce, es necesario recurrir al método analítico, combatiendo con los medios apropiados el elemento inflamatorio y el ataxo-dinámico, que son los que de ordinario predominan.

c. Sostener las fuerzas, vigilar la convalecencia y tratar los accidentes consecutivos que pueden sobrevenir (gastro-enteritis, gastro-enteralgia).

9.º Si se tiene en cuenta el sabor dulzaino y nada acre de las semillas de ricino y la falta absoluta de calor y dolor en la boca, la faringe, el esófago y el estómago, en el momento de su ingestión, y se recuerda por otra parte su acción irritante tóxica tan caracterizada luego en el estómago é intestinos delgados, no puede menos de deducirse que el agente tóxico no está preformado en la almendra del fruto del ricino. Lo que existe en ella son los materiales de formación de este agente, el cual se

produce por una especie de fermentacion cuando encuentra condiciones favorables. Así es como la *amigdalina* se trastorna en *esencia de almendras amargas* bajo la influencia de la emulsina. Esto es tambien lo que sucede con la *esencia de mostaza*, que el análisis químico busca en vano en la semilla de esta crucifera, y que se desarrolla bajo la influencia del agua por la reaccion de los dos principios *ácido mirósico* y *mirosina*. Aceptando esta explicacion, se comprende fácilmente que el veneno irritante del ricino no obre instantáneamente como el ácido sulfúrico y el crotoniglio, por ejemplo, y no produzca por tanto ninguna lesion en la boca, faringe y esófago. En esta hipótesis se explica tambien que los desórdenes sean menos pronunciados en el estómago que en el intestino, donde se encuentran sin duda las condiciones mas favorables de desarrollo del principio tóxico, quizás á causa de los cuerpos grasos de que se compone principalmente esta semilla. Así se comprende, en fin, que la accion tóxica de esta sustancia sea muy variable, segun las condiciones individuales del sujeto, y sobre todo segun la calidad de las materias contenidas en el tubo intestinal, materias cuya potencia puede impedir ó favorecer la fermentacion de que es producto el veneno.

**Temblo mercurial: eliminacion del mercurio por la orina y la saliva. (Gaz. des hop.).**

Un hombre de cincuenta y cuatro años, empleado desde hacia diez en la preparacion de las pieles de conejo por el nitrato ácido de mercurio, presentaba un temblor considerable de los miembros superiores é inferiores, que dificultaba extraordinariamente la prehension de los objetos, y casi impedia andar al enfermo. Con una constitucion primitivamente robusta, el tinte y la decoloracion de las mucosas, así como la flacidez de los tejidos, indicaban un estado caquéctico pronunciado; no habia gingivitis mercurial; la memoria estaba disminuida y notablemente debilitadas las facultades genésicas.

Este estado no habia venido de pronto, sino sucesivamente desde hacia tres años.

A la entrada del enfermo en el hospital, el doctor Axenfeld le prescribió un régimen tónico y los baños sulfuro-



sos, bajo cuya influencia se presentó muy pronto un depósito negro de sulfuro de mercurio sobre las uñas y la piel. Las orinas, en cantidad normal, se enturbiaban muy poco por el calor y el ácido nítrico; no se descubrió albúmina; la densidad era de 1014. Encargado M. Morand de analizarlas, hizo evaporar cierta cantidad, y sometió el residuo á la acción decolorante de un hipoclorito, le trató por el ácido sulfúrico, y obtuvo un precipitado negro de sulfuro de mercurio; otra porción, tratada por el yoduro de potasio, dió un precipitado rojo de bi-ioduro de mercurio.

Adicionando á una última parte del residuo agua destilada, se introdujo en seguida en el líquido una pila de Smithson, que no es mas que una lámina de estaño, alrededor de la cual se arrolla una pequeña hoja de oro en espiral. Esta hoja se cubre de un depósito metálico blanco agrisado, que desaparece calentándola á una lámpara de alcohol.

La saliva, provocada en abundancia por el uso de la raíz de pelitre, presentó las mismas reacciones características del mercurio.

En fin, colocado el enfermo en una bañera de madera llena de agua acidulada, se pusieron en comunicacion con el líquido los dos polos de una série de elementos de Bunsen. Una placa de cobre, aplicada á uno de los polos, no tardó en cubrirse de un depósito de mercurio.

Esta eliminacion del metal por la piel, la orina y la saliva, artificialmente exagerada la de esta última vía por medio del pelitre, no tardó, con el régimen tónico y las condiciones mas favorables en que se encontraba el enfermo, en mejorar su situacion: á los dos meses de su ingreso en el hospital salió en un estado satisfactorio.

Por la falta de albuminuria, así como por la eliminacion abundante del mercurio ya indicada por estas vías, nos ha parecido notable la anterior observacion, de la que se desprende un modo de tratamiento mas sencillo y menos peligroso que el del fósforo.

---

## CIRUGÍA.

---

**Acne punctata: tratamiento por medio de la glicerina al interior. (Gaz. méd.).**

El doctor Gubler ha llamado la atención de la Sociedad de terapéutica acerca de una nueva aplicación de la glicerina que ha descubierto, partiendo de ideas especulativas acerca de las vías de eliminación de los medicamentos. Es bien sabido en la actualidad, dice el autor, que las sales neutras se eliminan por los riñones; los medicamentos volátiles por la mucosa bronquial y las glándulas sudoríparas, y los metales por las vías biliares. La inducción podía, pues, hacer creer que las glándulas sebáceas servirían de vías de eliminación á las sustancias grasas. Esta idea teórica se confirmó en una joven afectada de acné punctata, rebelde á los tratamientos mas diversos; ningún resultado habia podido obtenerse con el borax, la glicerina y un gran número de medios usados empíricamente. Entonces prescribió el doctor Gubler la glicerina al interior en cantidad de dos cucharadas de las comunes al dia, esperando que esta sustancia, tan próxima á los cuerpos grasos, seguiria, como ellos, las vías naturales de eliminación, es decir, que atravesaria las glándulas sebáceas, modificaria su secreción, y sobre todo haria mas fluido su producto, que es generalmente demasiado sólido en el acné, y, por consiguiente, mal eliminado. La experiencia confirmó la teoría. Desde el primer dia las manchas acnéicas disminuyeron en número y volumen, y á pocos dias apenas eran apreciables. En vista de tal resultado, M. Gubler se inclina á creer que podria generalizarse el uso interno de la glicerina, empleándola, por ejemplo, en los casos de acumulación de cerúmen en el conducto auditivo externo. El cerúmen, fluidificado por esta sustancia, se elimina con facilidad, no dando lugar á los accidentes de retención.

*Acupresion (Gaz. heb.).*

Háse atribuido hasta ahora por todos los autores la invencion de este medio hemostático al doctor Simpson, de Edimburgo. Pero el doctor Prengrueber reivindica en favor del célebre profesor de Bolonia, doctor Rizzoli, la prioridad del descubrimiento. Parece, en efecto, que este distinguido cirujano italiano empleó ya la acupresion en 1850 en el caso siguiente: Un hombre de cuarenta y nueve años, llamado Persciutari, presentaba un aneurisma en la flexura del brazo, consecutivo á una sangría, en que se hirió ligeramente la arteria humeral, que era en él casi enteramente subcutánea en este sitio. El tumor tenia el tamaño de una nuez cuando el enfermo entró en el hospital; la dieta, la quietud, la posicion elevada del miembro y las aplicaciones frias no bastaron para contener su desarrollo. Viendo que se extendia cada vez más y amenazaba abrirse, se le ocurrió al doctor Rizzoli aprovechar la disposicion anatómica que habia sido causa indirecta del aneurisma para su tratamiento. Con el pulgar y el índice de la mano izquierda, dice este autor que levantó la arteria y los tegumentos que la cubrian, y atravesó la piel horizontalmente con un alfiler de sutura, inmediatamente por detrás del vaso, evitando con cuidado herir á este. En seguida aplicó alrededor del alfiler un hilo en forma de ocho de guarismo, y, apretándole ligeramente, puso las dos paredes de la arteria en contacto, de modo que cerrasen el paso de la sangre.

A los siete dias el doctor Rizzoli quitó el alfiler, y pudo observar que el hilo, encargado de producir la constriccion, no habia lesionado la piel, y el tumor estaba notablemente disminuido de volúmen; los dolores eran insignificantes y las pulsaciones radiales habian desaparecido. El enfermo pudo levantarse, y todo hacia presagiar una curacion durable, cuando el restablecimiento de la circulacion colateral destruyó los buenos efectos obtenidos, y colocó al sujeto en las mismas condiciones en que estaba antes de la operacion; al fin sucumbió por efecto de la reabsorcion purulenta. La autopsia demostró que la arteria humeral, permeable por encima del punto comprimido, se hallaba completamente trasformada en un

cordón en toda su porción inferior hasta el aneurisma. No había, pues, motivo para desanimarse. Así es, que desde esta época, tanto Rizzoli como sus discípulos emplearon frecuentemente la acupresión.

En 1852 el doctor Mandonini trató de la misma manera un caso idéntico al precedente, y, más feliz que su maestro, obtuvo una curación completa introduciendo una ligera modificación en el procedimiento; cambió muchas veces de posición el hilo, á fin de variar el punto que soportaba la compresión, para que no se mortificase la piel sobre que se ejercía.

Dos años después el doctor Romei le empleó para contener una hemorragia de la radial, y á los pocos días la curación era completa.

Rizzoli mismo refiere 10 casos en su Memoria; tres enfermos sucumbieron y en 7 se consiguió un resultado satisfactorio.

Hasta bastante tiempo después (setiembre de 1859) no publicó Simpson un resumen de su Memoria acerca de la acupresión; y cuando en 1864 dió á conocer un nuevo procedimiento, que considera superior al que propuso en un principio y que es exactamente igual al de Rizzoli, tampoco menciona á este autor.

Sin embargo de todo, es evidente que Simpson creó la palabra de *acupresión*, é hizo de este medio un método hemostático modificándole, regularizándole y haciéndole aplicable á las amputaciones y á todas las hemorragias superficiales.

**Adenitis crónica con hipertrofia ganglional: curación por medio de las corrientes eléctricas continuas. (*Gaz. des hop.*)**

Es la adenitis crónica una enfermedad harto rebelde á los medios farmacológicos que contra ella se emplean, para que deje de ofrecer interés una observación publicada por el doctor Picot, de Tours. Era el paciente un hombre que desde hacia trece años presentaba un tumor en la región cervical izquierda. Habiendo empezado por el volumen de una judía, tenía, cuando le vió el autor, el de un huevo grande de gallina. Las causas de este tumor eran completamente desconocidas, y ningún resultado había podido obtenerse con los vejigatorios, fricciones de pomada mer-

curial yodurada, barnizamientos con la tintura de yodo y el uso del yoduro potásico interiormente. A pesar de estos medios continuaba aumentando de volúmen; tenía una forma ovoídea, y por el tacto se reconocía en el seno de su masa la existencia de tres cuerpos de la misma figura y de una dureza considerable. Por la forma de estos cuerpos y por el sitio que ocupaban, era evidente que se trataba de una hipertrofia ganglional que había afectado á tres gánglios de esta region.

El doctor Picot decidió aplicar las corrientes continuas, empleando al efecto el aparato de Remack, que el primer dia empezó á funcionar con corrientes débiles de 5 á 10 elementos. Para hacer que la corriente atravesase la produccion morbosa, colocó el polo negativo sobre la columna vertebral, encima de la nuca, y aplicó el positivo sobre los diversos puntos del tumor. Obrando de este modo, era atravesado por corrientes ascendentes. La primera sesion duró quince minutos. En las siguientes, hasta el número de 13 que se practicaron, se fueron aumentando los elementos, empleando 25 en las tres últimas. Desde la cuarta sesion se advirtió una disminucion notable en el volúmen del tumor, que continuó marcándose cada vez más, en términos que el último dia (13) de tratamiento no tenía mas tamaño que el de una haba pequeña, y quince dias despues no se advertia mas señal de él, que una ligera pastosidad de la region.

A la décima aplicacion de la electricidad se notó una pequeña escara que comprendia casi todo el espesor de la piel en el sitio en que se ponía el polo negativo, lo cual obligó á bajar este un poco, á fin de no aplicarle sobre la piel alterada.

Cuando se emplearon 25 elementos, el dolor era muy intenso; pero el enfermo le soportaba bastante bien, en vista del excelente resultado que se obtenia. No tardaba en desaparecer luego que cesaba la corriente.

**Anquilosis de la articulacion coxo-femoral: seccion subcutánea del cuello del fémur. (*The Lancet*).**

Esta operacion nueva ha sido practicada con éxito en un enfermo de veinte y cuat o años, por el doctor W. Adams, en el hospital *Great Northern*, de Lóndres,

para remediar una anquilosis consecutiva á un reumatismo y que contaba ya siete años de fecha. La deformacion del miembro era tan considerable, que el enfermo no podia servirse de él para nada.

Con un cuchillo largo y estrecho, especie de tenótomo de mucha longitud, penetró el autor en el interior de la cápsula, y fué contorneando el cuello por dentro de este ligamento; luego, introduciendo una sierra fina, cuya hoja tenia una pulgada y cuarto de longitud, seccionó el hueso. Para poder colocar la pierna en extension fué preciso dividir el tendón del recto anterior, el del adductor largo, y, en fin, el tensor de la fascia lata. Hecho esto, se puso el miembro en una gotiera. No sobrevino ningun accidente, y la herida profunda se curó sin inflamacion ni supuracion; la superficial dió solo algunas gotas de pus. A los veinte y dos dias se levantó el sujeto por primera vez. Durante quince dias, á partir de esta fecha, el doctor W. Adams le obligó á hacer movimientos; pero viendo que estos no podian conservarse y que el miembro tendia á ponerse rígido, abandonó la idea de obtener movimientos, y trató de conseguir una anquilosis ósea con la extremidad en extension; para lo cual colocó al operado en la cama, con la pierna extendida y un peso de tres libras sujeto al pié, para someterle á una traccion continua. Trascurrido mes y medio de la operacion, el sujeto podia andar por la sala sin apoyo alguno, y cuando salia de ella, fijándose solo en un baston. Segun el autor, se hallaba muy próximo á recobrar un miembro útil y sólido, aunque con movimientos limitados.

Falta saber si estos se conservarán; pero de todos modos es un hecho importante, que demuestra que puede practicarse esta operacion delicada sin graves complicaciones.

*Antrax de la cara: su gravedad especial. (Arch. de méd.—Dict. des prog.).*

Habiendo demostrado al doctor Reverdin sus observaciones personales la gravedad especial de los antrax y forúnculos de la cara, ha tratado de estudiar este hecho. Las investigaciones históricas que ha presentado confir-

man esta gravedad. En cuanto á su causa, el exámen anatomo-microscópico, practicado con el mayor esmero en un caso de esta especie, le puso de manifiesto la existencia de una flebitis extendida á todas las venas de la cara. Parece que Trude, médico danés, es el primero que en 1860 ha indicado esta lesion. Desgraciadamente, no ha sido siempre posible á los observadores confirmarla por la diseccion de las partes, ni comprobar el estado de las venas. Solo en 10 casos se ha hecho esta observacion anatómica: tres veces por Trude, dos por Ledentú, una por Cavasse, una por Dubreuil, una por Billroth, una por Guttemberg, una por Castiaux y otra por el autor. Siempre se han encontrado las venas que partian del sitio del antrax llenas, en mayor ó menor extension, por un líquido puriforme, una papilla agrisada ó rosácea, un líquido espeso, color chocolate ó coágulos cruóricos, marcados con estrías amarillentas. Una coloracion rojiza señala el curso de las venas, cuyas membranas se encuentran frecuentemente engrosadas y sin brillo su túnica interna. Esta flebitis, comun sobre todo en los antrax de los labios, sin duda á causa de su textura particular, se propaga tambien á la cara y al cuello, y penetra á veces por la vena oftálmica en el seno cavernoso. En el hecho principal observado por el autor, hubo una flebitis supurada de la yugular interna y abscesos metastásicos de los pulmones y del riñon. Puede, no obstante, ser una flebitis adhesiva, segun tiende á probarlo un caso citado en el trabajo que analizamos.

El doctor Reverdin termina su Memoria con las siguientes conclusiones:

1.º El antrax y el forúnculo de la cara presentan una gravedad especial.

2.º Esta gravedad es debida á que se complican fácilmente con flebitis.

3.º La flebitis facial determina la muerte, ya propagándose á los senos de la dura madre, ya haciéndose origen de infeccion purulenta.

4.º Entre los antrax de la cara, los de los labios ocasionan la flebitis mas frecuentemente que ningun otro, lo cual puede explicarse por su textura especial.

5.º Los antrax de los labios no tienen nada de comun con la pústula maligna.

6.º La invasion de la órbita por la flebitis, demostrada por la exoftalmía, anuncia de una manera casi cierta el compromiso de los senos.

7.º La incision practicada tan rápida y tan ampliamente como sea posible, es el mejor medio de prevenir y á veces de detener la complicacion flebitica.

*Artritis tuberculosa. (Arch. de phys.).*

No hallando el doctor Cornil descrita la artritis tuberculosa, caracterizada por granulaciones miliars de la sinovial, ni en su anatomía patológica ni en sus síntomas clínicos, le ha parecido interesante la publicacion de un hecho que ha observado, y que servirá para despertar la atencion de los clínicos sobre este punto especial de la tuberculosis, á fin de que, reuniéndose otras observaciones análogas, pueda trazarse la historia completa de esta forma de artritis crónica.

Un hombre de cincuenta y cuatro años entró en el mes de noviembre de 1869 en el hospital de la Piedad, presentando en el vértice de ambos pulmones signos evidentes de tubérculos y aun de cavernas, y quejándose particularmente de dolores, hinchazon y pérdida de los movimientos en la articulacion del codo derecho. Diez y ocho meses antes de su entrada en el establecimiento habia experimentado dolores sordos en el codo y una ligera rigidez, que atribuyó á su trabajo, para limar hierro. Poco á poco la articulacion fué aumentando de volumen, lo cual, unido á la mayor intensidad de los dolores, le obligó á cesar en su ocupacion.

Durante su permanencia en el hospital el enfermo se demacró rápidamente, y la tisis afectó un curso muy agudo.

El antebrazo derecho se hallaba doblado sobre el brazo, siendo imposible extenderle. La region del codo era un poco mas voluminosa que la del lado opuesto, sobre todo en la parte externa; la piel habia conservado su color normal; la presion producía poco dolor, y las eminencias óseas no estaban dislocadas. Los movimientos eran muy



limitados, sin chasquidos perceptibles á la mano. Se diagnosticó de tumor blanco. Se hizo la extension del antebrazo, y se puso el codo en un apósito inamovible. Pero habiéndose hecho mas vivos los dolores por esta extension forzada, fué preciso quitar el aparato.

Una semana antes de su muerte se quejó el enfermo de tortícolis, y para darle de beber era preciso levantarlo, como si fuese de una pieza.

*Autopsia.*—Granulaciones finas, semitransparentes en ambos pulmones; cavernas en el derecho.

Detrás de la tráquea, al nivel de la base del corazon, un foco lleno de pus espeso, tapizado por paredes con pezoncillos de color amarillento.

Las dos hojas del pericardio adheridas y sembradas de granulaciones tuberculosas.

Puesto al descubierto el cuerpo de las vértebras del cuello, salió de entre la sexta y sétima un pus verdoso y grueso. El disco intervertebral estaba destruido; la dura madre infiltrada de pus y llena de granulaciones tuberculosas. Tambien existian estas en el hígado, riñones y bazo.

*Articulacion del codo derecho.*—La cavidad de la articulacion contenia unas dos cucharadas de pus espeso. La superficie de la serosa articular estaba fungosa, blanda, gris y opaca, infiltrada y cubierta de pus. Sin embargo, detergiéndola, se notaron sobre ella pequeños granos salientes miliars, unos semitransparentes y opacos solo en su centro, otros completamente opacos y amarillentos. El espesor de la sinovial se hallaba aumentado en cerca de 1 milímetro. En las superficies de seccion practicadas, segun el espesor de esta membrana, se veian granulaciones miliars, cuya parte central formaba una eminencia. Tenian su asiento en medio de un tejido semitransparente, friable y vascular. Separando toda esta capa de tejido nuevo, se encontraban en su profundidad granulaciones, en su mayor parte semitransparentes.

Los cartilagos articulares estaban blanquecinos y un poco opacos en su superficie. Habian perdido su elasticidad normal, é introduciendo en ellos la punta de un escalpelo, no era esta rechazada.

*Exámen microscópico.*—El exámen del tejido fungoso de

la sinovial permitió comprobar que se hallaba enteramente formado de tejido conjuntivo embrionario, recorrido por vasos capilares, generalmente dilatados. Separadas con unas tijeras las granulaciones sembradas en este tejido, y examinadas en su conjunto, se las encontró constituidas por células redondas, mas pequeñas que las del tejido embrionario inmediato, con las que se continuaban por una transición insensible. En la granulacion, estas células redondas estaban comprimidas unas contra otras, é iban atrofiándose á medida que se acercaban de la periferia al centro. Allí eran mas ó menos granulosas. En estos nódulos no se veian vasos conteniendo sangre, mientras que los gruesos capilares del tejido embrionario inmediato estaban llenos de glóbulos rojos.

En una palabra, en estos pequeños nódulos se presentaban reunidos todos los caractéres histológicos de las granulaciones tuberculosas; se habian desarrollado en medio de un tejido embrionario, comparable al que en las pleuresías tuberculosas forma la capa semitransparente, en la cual nacen los tubérculos pleuríticos.

Examinados los cartílagos en las secciones hechas en el sentido de su espesor, presentaron reblandecimiento y estriacion de la sustancia fundamental en su capa superficial. Las cápsulas lenticulares, aplastadas y paralelas á la superficie del cartílago, habian desaparecido, y se veian, en medio de las fibrillas finas que limitaban dicha superficie, cápsulas esféricas ó prolongadas perpendicularmente á ella. La mayor parte de estas cápsulas contenian células en proliferacion, provistas de núcleos; algunas de estas células encerraban granulaciones adiposas, pero siempre se veia bien su núcleo.

El exámen anatómico que precede demuestra bien claramente la existencia de granulaciones tuberculosas de la sinovial articular, y por consiguiente, de una forma especial de artritis crónica de naturaleza tuberculosa. Es muy probable que algunos y no pocos de los casos considerados como tumores blancos, entren en esta variedad particular de artritis, y por esto le parece útil al doctor Cornil poner en relieve las diferencias que existen entre estas dos lesiones.

Bajo el punto de vista de la época de aparicion de la

enfermedad, es raro que un tumor blanco se desarrolle en una edad tan avanzada como la del enfermo en cuestion. Con respecto á las alteraciones anatómicas, debe notarse que faltaban en este caso todos los caracteres del tumor blanco. No habia ni degeneracion gránulo-adiposa destructiva de las células del cartílago, ni adelgazamiento de los trabéculos óseos, ni lesion de las células contenidas en los corpúsculos óseos, ni cáries, ni osteitis rarificante de las epífisis. Además, añade el autor, las granulaciones tuberculosas daban en este caso á la artritis un carácter especial y de todo punto comparable á las inflamaciones crónicas acompañadas de tubérculos, que son tan comunes en las grandes serosas.

**Blenorragia: extracto hidro-alcohólico etéreo de cubebas.**  
(*Bull. de théér.*).

De acuerdo el doctor Demarquay con M. Delpech, farmacéutico distinguido de Paris, que ya habia hecho experimentos sobre la cubeba en union del doctor Constantino Paul, ha experimentado este agente en su servicio de la Casa Municipal de Salud y en su clientela; pero en lugar de administrar la pimienta cubeba en polvo, tan mal tolerada por los enfermos, han preparado los autores un extracto, tratando la cubeba por el éter á 60° y el alcohol á 86°. Este extracto contiene todos los principios activos de aquel medicamento, y se presenta bajo el aspecto de un jarabe de color verde oliva, de sabor *sui generis*, fresco y picante como el de la menta, pero que recuerda bien marcadamente el sabor de la sustancia de que procede. Este extracto representa diez veces próximamente su peso de cubebas. Para administrarle le introducen en cápsulas que contienen 75 centigramos, prescribiendo 4, 6 y 8 por día á los enfermos que han llegado al fin del período agudo. Conviene darlas antes de comer; de este modo su uso no altera las funciones del estómago y no producen diarrea ni eructos.

Segun el doctor Demarquay, este medicamento es muy constante en sus efectos y constituye un verdadero específico de la blenorragia uretral; la cura rápidamente, sin inyecciones ni ninguna medicacion auxiliar, y los enfer-

mos pueden tomarle en dosis considerable sin repugnancia y sin inconveniente.

**Bocio: accion del hierro en su produccion y en su desarrollo.**  
(*Med. Central Zeitung.—Dict. des prog.*).

Observando desde hace muchos años el doctor Seitz la accion del hierro sobre los bocios, ha adquirido la conviccion de que en un gran número de casos los remedios ferruginosos aumentan el mal y que hasta pueden ser su causa. La incredulidad de los profesores á quienes comunicó sus observaciones le habian impedido publicarlas; pero la lectura de los trabajos del doctor Saint-Lauger <sup>(1)</sup> le ha decidido á darlas á conocer.

Un campesino de diez y ocho años padecia un bocio con ruido en las venas. Se le administró el yoduro de hierro, y á los ocho dias se notó que el tumor habia aumentado. En dos ocasiones se elevó la dosis sucesivamente, y en ambas creció el volúmen del bocio. El yoduro de potasio, usado despues, le hizo disminuir considerablemente.

Desde entonces ha observado el autor que los bocios aumentaban en muchos de los individuos á quienes se daba el hierro para otras enfermedades. Ha podido probarlo en no pocos casos por la mensuracion, y particularmente en las jóvenes antes y despues de la pubertad.

Un muchacho de doce años, robusto, hijo de padres sanos, tenia frecuentes epistaxis. Se le prescribió por esta causa la tintura de hierro, con lo cual cesaron las hemorragias; pero inmediatamente se desarrolló un bocio, que desapareció á beneficio del yoduro potásico y la pomada yodurada.

El doctor Seitz deduce de estas observaciones que el hierro *puede producir* un aumento de volúmen de la glándula tiróides, pero que necesita el concurso de otro elemento, desconocido hasta ahora, para que pueda realmente determinar este efecto. Es presumible además una predisposicion al padecimiento, ya porque el individuo tenga la glándula hipertrofiada, ó porque alguno de su familia sufra ó haya sufrido la enfermedad.

(1) Véase ANUARIO, t. VII, pág. 59.

Análogos resultados se observan en los tumores escrofulosos de las glándulas, que aumentan de volúmen, y se ponen dolorosos despues de la administracion del hierro.

Siendo este medicamento muy usado en la actualidad, cree el autor que será fácil á los prácticos comprobar la verdad de sus aserciones por medio de la mensuracion. Seria además importante examinar el agua potable de las comarcas en que es endémico este padecimiento, para comprobar tanto la presencia del hierro como la falta de yodo.

**Bocio sofocante: tratamiento por medio de las inyecciones de tintura de yodo y por la hidroterapia.** (*Revue de théor.—Union méd.*).

Teniendo el doctor Heller (de Nuremberg) que tratar un hombre de veinte y ocho años, que padecía un bocio acompañado de dificultad en la respiracion, hasta tal punto que el mas ligero movimiento producía un ahogo extraordinario, empezó por ensayar el uso tópico de la tintura de yodo y el yoduro potásico al interior, al mismo tiempo que diversas medicaciones para combatir la disnea, estas sin resultado notable, mientras que las preparaciones yodadas hicieron disminuir 1 centímetro la circunferencia del cuello. No conociendo entonces el trabajo de Lueke, ensayó, á título de paliativo, la inyeccion subcutánea de acetato de morfina en dosis de 15 miligramos, y luego se le ocurrió asociar algunas gotas de tintura de yodo, cuya cantidad aumentó al ver que no producian ningun accidente, obteniendo de esta manera un excelente resultado. Conformándose con los experimentos terapéuticos que entonces llegaron á su noticia, tomó una parte próximamente de solucion de morfina por dos de tintura de yodo, y á veces hasta inyectó esta pura. Al principio hacia las inyecciones solo en el tejido celular subcutáneo; pero luego las practicó en el parénquima de la glándula, lo que fué siempre seguido de una pequeña hemorragia. En el espacio de un mes hizo 20 inyecciones, primero diarias, luego cada dos ó tres dias, con un resultado tan satisfactorio, que no quedó de la glándula tiróides mas que una nudosidad del volúmen de un guisante en su lóbulo derecho. Los

síntomas de opresion disminuyeron sucesivamente, pero no desaparecieron por completo: las cauterizaciones enérgicas de la faringe, que estaba muy granulosa, ejercieron sobre este síntoma una influencia favorable. Dos ó tres sesiones de una corriente galvánica descendente, haciendo obrar el polo positivo sobre la médula oblongada y el negativo sobre el nervio vago derecho, que era el mas afectado, produjeron un alivio tan notable y tan sorprendente, que los accesos de sofocacion se hicieron cada vez mas raros, mas cortos y menos intensos.

En un niño de trece á catorce años, en quien, sin causa apreciable, se habia presentado, hacia dos años, un abultamiento del cuerpo tiróides que producía accesos de sofocacion, prescribió el doctor Lable la tintura de yodo *intus et extra*, consiguiéndose con ella un alivio incontestable, lo cual le hizo al autor desechar por entonces toda idea de operacion á que ya estaba decidido, continuando el uso de los preparados de yodo. Tal era el estado del enfermo cuando el autor le presentó á la Sociedad de cirugía, y no conocemos el resultado definitivo de este ensayo.

*Hidroterapia.*—El doctor Verneuil tuvo ocasion de ver hace tres años, en union del doctor Potain, un muchacho en quien en muy poco tiempo se habia desarrollado un bocio sumamente voluminoso. El tumor producía una disnea espantosa, sobre todo cuando el enfermo hacia el menor movimiento. El yodo *intus et extra*, la belladona y los antiespasmódicos, no dieron resultado alguno. El autor tuvo entonces la idea de privar al enfermo de los alimentos sólidos y someterle á la dieta láctea, disponiendo al mismo tiempo que se aplicasen chorros frios, de uno á dos minutos de duracion, sobre la parte anterior del cuello. A este último medio atribuye el doctor Verneuil en gran parte la curacion que se obtuvo en este caso; cada chorro disminuía de un modo sensible la turgencia vascular del tumor, que al fin acabó por desaparecer completamente. Este distinguido cirujano ha notado en la mayor parte de los casos análogos que ha visto, que el tumor disminuye en cerca de la mitad durante las inspiraciones profundas, lo que prueba que el elemento vascular desempeña un gran papel en la constitucion de

esta clase de bocios. Siendo esto así, se comprende que el agua fría reduzca el tumor como la mano reduce la esponja que comprime entre los dedos.

**Bubones supurados: tratamiento para evitar su abertura.**

(*Recueil de méd. milit.*).

Dado un bubon fluctuante, el doctor Hemard evita por los medios siguientes la abertura del absceso y provoca la reabsorción del pus.

Aplica un vejigatorio que pasa un poco los límites del tumor y le hace secar, para poner un segundo y un tercero, si es necesario. Durante este tiempo, administra cada cuarenta y ocho horas un purgante salino, empezando por 50 ó 60 gramos de sulfato de sosa; y en el curso del tratamiento, que es de unos diez días por término medio, aconseja al enfermo que baba lo menos posible.

Si hacia el octavo día el pus tarda en desaparecer, recurre á la administración de uno ó dos baños de vapor.

Esta coincidencia de las grandes evacuaciones serosas y la privación de agua produce la disminución de la parte mas líquida del pus, la separación de sus elementos anatómicos, y constituye un medio poderoso para obtener la reabsorción de los tumores fluctuantes.

Parécenos que este tratamiento puede ensayarse con probabilidades de éxito, no solo contra los bubones supurados, sino en toda colección de pus; pero creemos que fracasará infaliblemente en los casos de bubones virulentos.

**Contractura refleja descendente por traumatismo.**

(*Gaz. des hop.*).

Esta nueva especie de contractura, descrita por primera vez por Duchenne (de Boulogne), sobreviene á consecuencia de violencias ejercidas en ciertas articulaciones, la de la muñeca principalmente, en caídas sobre el dorso ó la palma de la mano, violencias que producen una artritis mas ó menos intensa, ó un simple y corto dolor articular. La contractura, que se ha presentado á veces poco tiempo despues de haberse quitado el dolor ar-

licular, y aun cuando parece que está enteramente curado, tiene entonces su asiento en un número mayor ó menor de músculos motores de esta articulacion; luego, á la larga, se extiende á los de otras articulaciones del miembro del mismo lado. El dolor, limitado al principio á los músculos contracturados, no es muy intenso; se propaga despues á otros músculos, siendo siempre mas ó menos vivo en los primitivamente afectados; ataca, en fin, los troncos nerviosos que animan estos músculos y luego el origen del plexo-braquial. Frecuentemente, despues de haber desaparecido la contractura, los enfermos conservan largo tiempo (á veces durante años) dolores continuos hácia el origen de los nervios del miembro afecto, dolores que parecen sintomáticos de un estado morbozo de la médula á este nivel. En fin, la fuerza de la extremidad del miembro en que existen ó han existido las contracturas se encuentra generalmente disminuida, así como la sensibilidad.

En un enfermo cuya historia refiere con detalles M. Duchenne, despues de una caída sobre la muñeca, se afectaron de contractura los radiales y el pronador redondo; la afeccion pasó á los dos años á los músculos palmares, luego á los flexores de los dedos, y, en fin, al biceps y la mayor parte de los músculos motores del brazo sobre el hombro. El dolor siguió la misma marcha ascendente, fijándose definitivamente en la porcion cérico-dorsal del ráquis, donde era muy vivo, exasperándose durante la noche, y persistiendo dos años despues de haber desaparecido las contracturas.

En otros casos estas, afectando primitivamente los músculos animados por el nervio cubital, se extendieron á algunos otros músculos; otras veces de los flexores de los dedos de la mano y del antebrazo pasaron al esplenio.

En fin, un muchacho de quince años, observado en el hospital Lariboisiere por Verneuil y Dubreuil, tuvo una contractura de los músculos interóseos de la mano derecha, despues de una caída sobre el dorso de ella. Los dedos se hallaban extendidos é inclinados todos hácia el eje de la mano, es decir, el del medio no estaba desveido; el índice y el anular se cruzaban delante de



él. El pulgar se encontraba asimismo inclinado hácia dentro. La concavidad de la palma de la mano estaba notablemente exagerada; los espacios interóseos doloridos espontáneamente y más aun á la presión. El enfermo se quejaba también de dolor al nivel de la parte posterior é inferior del cuello, y comprimiendo las apófisis espinosas de las últimas vértebras cervicales, aumentaba el sufrimiento.

El doctor Duchenne no ha intervenido en el tratamiento de esta contractura hasta que ya contaba uno ó dos años de fecha, y cuando se habían empleado inútilmente un gran número de medicaciones y era urgente combatir la enfermedad. Apeló para esto á las corrientes continuas constantes, segun el método de Remak, en dirección centrífuga durante los dos tercios del tratamiento y centrípeta en el último, pero no obtuvo resultado alguno. Entonces, antes de abandonar la electricidad, ensayó la faradización de los antagonistas de los músculos contraídos. Con gran sorpresa consiguió la curación de esta contractura con gran facilidad. La acción de dichas corrientes fué tan heroica en estas circunstancias, que á pesar de la persistencia de los dolores espinales, triunfó rápidamente una segunda vez de la contractura del supinador corto, que se reprodujo á los pocos meses. Pero la persistencia y la intensidad de los dolores espinales, que continuaban después de muchos años de la curación de la contractura por las corrientes farádicas, prueba que este medio terapéutico no debe desempeñar más que un papel secundario en el tratamiento de esta enfermedad, cuyo asiento principal está localizado en un punto de la médula.

De los dos hechos que M. Duchenne ha observado, se desprende una enseñanza terapéutica preciosa; es que desde el principio de la contractura refleja ascendente por traumatismo articular, debe aplicarse al nivel de la región espinal que inerva el miembro afecto, un tratamiento, ya antiflogístico, ya enérgicamente revulsivo (ventosas escarificadas ó secas, vejigatorios, cauterización punteada, etc.). Empleado á tiempo, este método de tratamiento le parece al autor que ofrece probabilidades de éxito. En un período muy avanzado le ha visto fracasar

contra los dolores espinales, aunque produciendo un alivio momentáneo, sobre todo cuando se le asoció el bromuro de potasio.

El enfermo de Verneuil se curó por medio de las ventosas escarificadas, los vejigatorios, las cauterizaciones punteadas á los lados de la region cervical del ráquis.

Los resultados del tratamiento corroboran la idea de una alteracion de la médula, que ya habian hecho nacer los síntomas.

**Erisipela: tratamiento curativo y preventivo por una solucion de tanino. (Union méd.).**

La erisipela llamada espontánea se produce, segun el doctor Real, por el mismo mecanismo que la traumática; ambas se derivan siempre de una lesion cutánea ó mucosa. No ha habido un solo caso, afirma el autor, en que no haya podido reconocer la erosion que sirve de punto de partida á la erisipela llamada espontánea de la cara. Suelen ser una ó varias pústulas ó erosiones de la mucosa nasal; á veces una grieta de los labios, sobre todo del superior; en ocasiones, en fin, una simple pústula de la cara. Cuando la erisipela es periódica, consiste en que hay una lesion crónica sujeta á envenenarse de tiempo en tiempo.

En resúmen, en toda erisipela espontánea ó evidentemente traumática existe siempre una lesion apreciable, que ha sido el origen, el punto de partida de la linfangitis reticular difusa.

En estos diferentes casos, modificando de cierta manera la superficie de la lesion, se detiene bastante rápidamente (en uno, dos ó tres dias) la evolucion de esta flegmasía.

Cuando se trata de lesiones cutáneas ó mucosas visibiles ó mas bien accesibles, el autor toca con cuidado la superficie enferma con un pincel muy suave y bien empapado en una fuerte solucion de tanino; es preciso, sin embargo, que la solucion no esté tan concentrada que sea viscosa; en general las proporciones mas convenientes son una parte de tanino por dos de agua.

En la nariz se forman frecuentemente costras encima

de las lesiones, punto de partida de la erisipela; para poder tocar directamente la superficie enferma, es preciso reblandecerlas, remojándolas con el mismo pincel durante ocho ó diez minutos hasta conseguir su desprendimiento; y para que no vuelvan á formarse, debe repetirse la operacion muchas veces al dia; ocho ó diez cuando menos.

Si hay en la piel una pústula ó una vesícula cualquiera intacta, hay que descubrir, por medio de unas tijeras, la parte denudada de su epidérmis, separando este totalmente.

En las erisipelas que ya cuentan algunos dias de existencia sin haber sido combatidas en su origen desde el principio, además del interés que hay en extinguir el foco primitivo, es necesario perseguir con el mayor cuidado los *focos secundarios* que resultan de la elevacion del epidérmis en los puntos mas inflamados. En este caso deben abrirse todas las flictenas con las tijeras curvas, y tocar con esmero y largo tiempo estas nuevas lesiones con el pincel empapado en la solucion de tanino.

Aun cuando el único método sério de curar la erisipela sea atacarla en su origen, no obstante puede ser bueno consolidar la epidérmis de las partes invadidas tocándola con la solucion tánica, enjugando ligeramente y dejándolo secar al aire libre. M. Real procede del mismo modo, y con gran ventaja, en el *eczema* agudo y crónico y en las lesiones de la piel superficiales ó profundas. En las primeras emplea los barnizamientos con el pincel; en las segundas cubre la herida con una compresa no muy gruesa, empapada en la solucion de tanino, y pone encima un pedazo de papel, gutta-percha ó hule de seda, con objeto de impedir la formacion de costras. Para evitar la imbibicion acuosa de la herida, acostumbra el autor dejarla descubierta algun tiempo, despues de estar en contacto con el tanino, antes de concluir la aplicacion del apósito impermeable.

En las lesiones extensas de la piel, la cura con tanino, dice M. Real, produce resultados admirables, sobre todo cuando se tiene cuidado de dejar en seguida expuesta la herida al aire seco, para cubrir la parte enferma de costras inmediatamente adherentes sin líquido interpuesto.

El tanino forma en la superficie desnuda una capa delgada de albúmina concreta, que, combinada con él, se hace inalterable.

La teoría del doctor Real está en abierta contradicción con la práctica de las escarificaciones sobre las superficies enfermas que se ha propuesto como único medio de tratamiento (1), y no se presenta apoyada en hechos positivos que la justifiquen; sin embargo no vemos inconveniente grave en que se ensaye cuando llegue el caso, por mas que no admitamos en absoluto la teoría en que se inspira esta nueva medicación tópica.

**Extirpacion del recto, de la próstata, de la porcion prostática de la uretra y de una parte del cuello vesical.** (*Union méd.*)

Esta operacion gigantesca no habia sido intentada por ningun cirujano, cuando el profesor Nussbaum, de Munich, ha osado emprenderla. En el mes de agosto de 1863, este ilustre práctico publicó en un periódico de medicina cuatro hechos, que prueban que en el cáncer de la vejiga en el hombre y de la vagina en la mujer, se puede extirpar una porcion considerable del recto cuando la lesion ha invadido este intestino. Los enfermos operados curaron, conservando durante muchos años buena salud, aun cuando sucumbieron al fin por efecto de la reproduccion de su terrible enfermedad. El profesor Nussbaum opera, aun cuando el cáncer ascienda 11 centímetros en el recto. A esta altura enorme se puede todavia alcanzar una porcion sana del intestino y atraerla hácia el esfínter, á pesar de las numerosas adherencias que le unen al fondo del saco peritoneal, recto-vesical ó recto-uterino. Como ejemplo de tan atrevida operacion, refiere el autor el hecho siguiente:

En octubre de 1866 se le presentó al doctor Nussbaum un herrero en un estado deplorable. Hacia diez y seis dias que no movia el vientre; no soportaba las lavativas, y las hemorragias considerables y repetidas por el recto habian producido una anemia alarmante. El reconocimiento fué sumamente difícil por efecto de la estrechez extraordinaria del intestino, y determinó una abundante

(\*) Véase ANUARIO, t. VII, pág. 98.

hemorragia, no solo por este órgano, sino por la uretra, prueba de la existencia de un trayecto canceroso entre ambos conductos. Con auxilio de un catéter reconoció el doctor Nussbaum que una parte de la uretra, de la vejiga, toda la próstata y una gran porción del recto estaban comprendidos en la degeneración, y ante las exigencias del enfermo y la seguridad de la muerte, decidió practicar la operación. Después de anestesiado el paciente, hizo alrededor del ano dos incisiones semilunares; separando luego con los dedos los órganos que hallaba en su camino, aisló primero de la masa cancerosa las fibras musculares del esfínter que estaban sanas; en seguida desnudando el recto hasta una altura de 11 centímetros, llegó á una porción resistente, elástica, que pertenecía al tejido sano. Entonces, volviendo su bisturí de atrás adelante, extirpó rápidamente la porción de vejiga y la próstata, invadidas por la degeneración. La hemorragia fué abundante. El doctor Nussbaum ligó las cuatro arterias que daban mas sangre, y se acabó de contener la hemorragia aplicando sobre la herida esponjas empapadas en agua helada; después atrajo hasta el nivel de la piel la porción sana del intestino; la separó de la masa cancerosa, que contenía una cantidad enorme de materias fecales, reunió la piel y el intestino por medio de diez alfileres, y los bordes del resto de la herida con otros cuatro. Introdujo por fin en la vejiga un catéter elástico, para tenerla separada de las otras partes divididas. Por último, se dilató el intestino hasta el punto de presentar un calibre doble del normal.

En los primeros días la reacción inflamatoria fué violenta. La temperatura se elevó hasta 40°, y el pulso latía de 136 á 140 veces por minuto. Al través de la herida del periné y á lo largo del catéter salía una orina sanguinolenta. El enfermo tuvo muchas veces escalofríos, habiendo necesidad de retirar el catéter; al mismo tiempo se quitaron dos alfileres de la sutura perineal, limitándose la cura á hacer inyecciones en la herida con agua templada. Después de una hemorragia consecutiva, que se contuvo por medio del taponamiento del recto, no sobrevino ningún nuevo accidente; el intestino se reunió á las partes inmediatas, excepto por delante, y la orina tomó su curso

al través de las fibras del nuevo esfínter. La fiebre cesó muy pronto; la salida de la orina se hizo intermitente, siendo precedida su expulsión de un picor muy vivo en la fosa navicular, que hacia creer al enfermo tenia tendencia á recobrar su curso normal.

Después de la cicatrización de la herida y la separación de los alfileres á los once días, persistió una comunicación fistulosa entre la vejiga y el recto, que permitia á la orina pasar al intestino, pero no que las materias fecales penetrasen en la cavidad vesical. Cada dos ó tres días hacia el enfermo una deposición, y de media en media hora se evacuaba alguna cantidad de orina por el ano. A los diez y seis días ya no salia una gota de este líquido por la herida perineal. Al fin de la cuarta semana pudo el paciente levantarse, y cesó la expulsión involuntaria de las materias fecales y la orina, teniendo el cuidado de vaciar la vejiga de hora en hora.

En diciembre marchó el enfermo de Munich, y tres meses después se presentó al doctor Nussbaum para anunciarle su completo restablecimiento, que no se ha desmentido en los años siguientes, aun cuando le es imposible retener la orina mas de una hora. Desgraciadamente no se hizo esperar mucho la reproducción, sucumbiendo este sujeto pasado algun tiempo á los progresos de la enfermedad, y sobre todo á la repetición de las hemorragias.

En suma, concluye el autor, puede asegurarse que este hombre ha debido tres años de su vida á la operación que se practicó, y que por sus resultados autoriza otras tentativas de este género.

**Extracción de un alfiler de la uretra por un procedimiento sencillo y poco doloroso. (Union méd.).**

El doctor Ticier ha publicado un hecho que raras veces se presenta en la práctica, y que por lo mismo es conveniente conocer. El 49 de mayo fué llamado el autor para visitar á un niño de siete años que se habia introducido en la uretra un alfiler grueso. La mucosa del meato se encontraba roja é hinchada, así como el pene y el periné. El enfermo sufría poco cuando estaba quieto; pero

si se movía ó trataba de orinar, sentía un dolor intenso en la region perineal. Había retencion de orina y la vejiga se hallaba llena de líquido.

El alfiler, introducido por la cabeza, estaba encajado profundamente en la uretra, mas allá de la porcion recta de este conducto. Pensando cómo podría extraerle, recordó el autor una observacion de Boinet, que en caso análogo extrajo un alfiler en un adulto por un procedimiento á que debe darse su nombre. Consiste en perforar el conducto uretral, de dentro afuera, por medio del mismo cuerpo extraño, imprimiéndole en seguida un movimiento de palanca, para sacarle luego por el meato urinario.

El doctor Ticier introdujo el índice de la mano derecha en el recto, con objeto de que le sirviese de punto de apoyo y descubrir así la situacion de la cabeza del alfiler, que no había podido encontrar al través de las partes blandas de la region perineal. Entonces sintió la punta delante del escroto. Comprimiendo fuertemente con la extremidad del índice la parte inferior del intestino, y apretando tambien de atrás adelante, con el pulgar sobre el periné, hizo que viniese á apoyar la punta contra la pared inferior del conducto uretral; enderezando entonces bruscamente hácia arriba el pene, cogido entre el índice y el pulgar de la mano izquierda, la punta del alfiler perforó el conducto; cogido con las pinzas, sacó al exterior las tres cuartas partes, bajó la punta hácia la raiz del miembro, y empujándola de atrás adelante, se presentó la cabeza en el meato. El alfiler extraido tenia 5 centímetros de longitud. En seguida se metió al enfermo en un baño, donde orinó con facilidad; se aplicaron compresas frias sobre el miembro y el escroto, y á los dos dias estaba el niño jugando con sus compañeros.

**Estrecheces uretrales: tratamiento por medio de las crines de caballo y las candelillas perforadas. la dilatacion por la misma orina, y la dilatacion rápida por el método de Corradi.**  
(*Gaz. hebdom.—Union méd.—Lyon méd.*).

El tratamiento de las estrecheces de la uretra por medio de las sondas de ballena ó de las candelillas elásticas

es eficaz en la mayoría de los casos, á juicio del profesor Mitscherlich, pero hay estrecheces invencibles por los procedimientos ordinarios, y en estas circunstancias emplea el célebre cirujano de Berlin un medio sumamente sencillo. Se trata, en efecto, de las cerdas de cola de caballo, usadas como candelillas finas. Dice que por este medio no ha encontrado hasta ahora estrecheces insuperables, y siempre ha llegado á la vejiga y ha podido obtener la dilatacion. La cerda sirve como bujía conductora, sobre la que se hacen deslizar sondas especiales y muy finas, abiertas en su extremidad. No hay candelilla tan fina como una crin de caballo, y esta, sin embargo, posee una elasticidad y cierta solidez que permiten su introduccion sin peligro de dislacerar la uretra. Bajo este punto de vista es muy preferible á las de ballena.

Los instrumentos empleados por Mitscherlich consisten en primer lugar en cerdas de 2 piés de longitud. Es fácil, segun los casos, darlas mayor resistencia y solidez, aglutinando, por medio de un barniz elástico, dos, tres y más cerdas.

En segundo lugar el autor usa sondas elásticas abiertas en sus extremidades; la inferior debe tener un diámetro que no exceda de media línea, y su conducto debe ser regular y liso, para que los mandrines puedan recorrerle sin obstáculo.

Estos instrumentos, manejados con precaucion, no pueden producir falsos caminos ni lesiones de otra clase.

El autor refiere un ejemplo en que el enfermo tenia un catarro vesical, resultado de una estrechez antigua, con grande irritabilidad de las vías urinarias, y sin embargo no hubo ninguna complicacion, y poco á poco se logró penetrar con grandes sondas en la vejiga.

De nueve casos que el profesor Mitscherlich ha tratado por este procedimiento, en solo uno dejó de obtenerse el resultado. Habiendo tenido que ausentarse el autor, el enfermo perdió la paciencia y entró en un hospital.

*Dilatacion por la misma orina.*—A fines del siglo último, un cirujano aleman bien conocido, el doctor Brunnigshausen, ideó un procedimiento de dilatacion de la uretra, que no llegó á generalizarse, cayendo muy pronto



en completo olvido, á pesar de su originalidad y sencillez. El doctor Bérenger Fereaud, que le ha estudiado y le considera como auxiliar útil en todos los modos de tratamiento de las estrecheces y capaz por sí solo de curarlas en algunos casos, se ha propuesto darle á conocer en una Memoria publicada en la *Union méd.* El procedimiento consiste en dilatar el conducto de la uretra por la orina misma. Para esto es necesario comprimir ligeramente con los dedos el conducto de la uretra detrás del glande siempre que el enfermo quiera orinar.

Suponiendo que la estrechez se encuentre cerca del cuello, como sucede frecuentemente, la presión debe ser bastante fuerte, para que la orina no pueda salir sin gran dificultad y después de haber permanecido algun tiempo en el conducto, que por este medio se encontrará mas ó menos dilatado en toda su longitud, y por consiguiente en el sitio de la estrechez. Teniendo el enfermo cuidado de repetir esta operación, dice el autor, siempre que haya de orinar, obtendrá poco á poco de esta manera el mismo efecto que habria podido producir la acción de las bujías, sin sufrir ninguno de los inconvenientes de estas.

El doctor Brunninghausen refiere tres casos felices en apoyo de su procedimiento, y M. Bérenger Fereaud dice que cuenta con 15 ó 20 observaciones precisas en que se ha obtenido un resultado favorable. El mismo autor confiesa, sin embargo, que los hechos son aun poco numerosos para juzgar la cuestión experimentalmente, y cree que deben hacerse ensayos perseverantes.

El procedimiento que nos ocupa puede en cierto modo asimilarse al de Amussat, de Serres y de Montain. Es bien sabido que el primero de estos cirujanos habia propuesto inyecciones forzadas para hacer penetrar, por decirlo así, á la fuerza, un líquido en la vejiga. Esta es la misma idea puesta en práctica por Brunninghausen por un esfuerzo inverso.

M. Montain inyecta primero en la uretra algunas cucharadas de aceite de olivas templado; luego introduce hasta el obstáculo una sonda agujereada en la extremidad de su pico; comprime alrededor de la uretra, por delante y por detrás de la estrechez, y practica inyecciones con

agua tibia, que, penetrando con fuerza en la porcion estrechada, la dilatan.

M. Serres aconseja las corrientes continuas de agua templada. Se introduce una sonda de pequeño calibre, con la cual es raro que no pueda pasarse mas allá de la estrechez, y cuando esto ha sucedido se mete el enfermo en un baño, se ajusta un tubo á la sonda y se le pone en comunicacion con una vasija colocada en alto que se llena del agua del baño, y mejor de un cocimiento emoliente, que lava, calma y comprime la estrechez. La operacion se repite todos los dias durante una semana, teniendo cuidado de aumentar el diámetro de la sonda. Como se ve, en todos estos procedimientos el principio es siempre el mismo en el fondo; no se hace mas que cambiar la direccion del chorro.

El doctor Bérenger-Fereaud cree que el método que recomienda será útil, como profiláctico, para evitar las estrecheces en los casos de blenorragias prolongadas; despues de las operaciones de uretrotomía, para impedir ó retardar notablemente la reproducción de la estrechez, y por último que pueden obtenerse con él ventajas en los casos de estrecheces poco avanzadas y en los de varices prostáticas, del cuello de la vejiga ó de la porcion membranosa de la uretra.

*Dilatacion por el procedimiento de Corradi.*—La uretrotomía, segun el doctor Corradi, de Florencia, debe reservarse exclusivamente para los casos de estrechez inodular, es decir, traumática. La rechaza en todas las demás circunstancias, así como todas las operaciones violentas, dando la preferencia al método de la dilatacion, injustamente abandonado, á su juicio.

La lentitud de la dilatacion con las candelillas finas en las estrecheces no traumáticas, es la única causa, segun el práctico italiano, que, desanimando á los enfermos y causando á los cirujanos, hace que se recurra á la uretrotomía, no obstante su mayor gravedad.

Partiendo de esta idea, se ha propuesto suprimir el largo período del principio del tratamiento, y al efecto ha imaginado un instrumento, cuyo objeto es practicar instantáneamente la dilatacion de las estrecheces hasta el grado de amplitud necesario para que puedan in-

introducirse las candelillas números 11 y 12. Esta variedad de dilatacion forzada difiere de la que se ha usado hasta ahora por un carácter importante, y es que no excede nunca los límites de la elasticidad de la mucosa y del tejido propio de la uretra, que no divide ni dislacera los tejidos, no produce hemorragia ni inflamacion, ni provoca apenas dolor.

El instrumento del doctor Corradi consiste en una varilla metálica, recta y fina, compuesta de dos hilos de plata paralelos, soldados en su extremidad vesical y libres en el resto de su extension. Uno de los hilos, mas fino que el otro, puede encogerse por medio de un pequeño mecanismo adaptado al pabellon exterior. Cuando este hilo se acorta, el otro se separa de él como un arco de su cuerda. Cuando se afloja el hilo fino el arco se endereza, confundiénndose con su cuerda, y el instrumento rectilíneo, poco flexible, no tiene mas que 1 milímetro de diámetro. Se le introduce así hasta mas allá de la estrechez; luego se abre y se le retira lentamente, operando una dilatacion transversal, apenas dolorosa, que no produce una gota de sangre, é inmediatamente despues se puede pasar una candelilla del calibre núm. 12. Los dias siguientes se aumenta rápidamente el diámetro de estas, y bastan en general menos de quince dias, á veces una sola semana, para llegar al término de la dilatacion.

El doctor Corradi no pretende que su procedimiento sea superior, bajo el punto de vista de la recidiva, á la dilatacion ordinaria. Piensa que ninguno evita este accidente, ni dispensa al enfermo de la necesidad de introducir de tiempo en tiempo una sonda en la uretra.

**Fractura de la apófisis odontóides, salida del fragmento por la faringe, curacion** (*Canadá méd. Journ.*).

En el mes de setiembre de 1864 fué llamado el doctor Bayard (del Canadá), para visitar á una niña de seis años que tres semanas antes se habia caido de una altura de cinco piés, recibiendo el golpe en el cuello y la cabeza. Desde el primer momento fueron imposibles los movimientos de esta. El doctor Bayard encontró á la enferma en el estado siguiente: movimientos difíciles, la cabeza sostenida.

por la mano colocada debajo de la barba, se encontraba inclinada hácia delante y á la derecha; las tentativas para imprimirla movimientos de rotacion provocaban intensos dolores; la presion sobre la region occipito-cervical era poco dolorosa; no se notaba irregularidad en las vértebras cervicales. El estado general era bueno. Se prescribieron fomentos calientes y un linimento con cloriformo.

El doctor Bayard no volvió á ver á la enferma hasta nueve meses despues del accidente. Andaba bien, pero sosteniendo siempre su barba con la mano. La cabeza descansaba sobre el hombro derecho, del que no se la podia separar sin un vivo dolor. La forma del cuello estaba alterada al nivel del atlas y del axis, lo que hacia sospechar una luxacion de estas vértebras. Salud general, buena; poder muscular, normal. Segun la madre de la niña, seis meses antes, un dia, estando sentada, lanzó un grito, sus brazos y sus piernas, fuertemente tiradas hácia atrás, se encontraban agitadas por movimientos convulsivos, y la paciente no podia sujetar la cabeza que se inclinaba alternativamente de uno á otro lado. A partir de este dia, durante tres meses, tuvo parálisis y disfagia, conservándose, sin embargo, la accion de los esfínteres; la locomocion se fué restableciendo poco á poco. Estos antecedentes y el estado de la enferma hicieron fijar al doctor Bayard en una lesion grave de las vértebras cervicales y de la médula, y temiendo que un movimiento repentino produjese la compresion y la muerte instantánea, aplicó un aparato que fijase la cabeza y permitiese levantarla gradualmente: consistia en una correa que sostenia la barba y venia á fijarse en una varilla que pasaba por encima de la cabeza y podia moverse en todas direcciones por medio de un tornillo.

Pasado un año se pudo quitar el aparato; la cabeza estaba levantada, el cuello regularmente derecho, habia recobrado en parte el movimiento de rotacion. Depresion detrás de la apófisis mastoídea derecha, eminencia correspondiente al otro lado. Trascorrido un año se presentó un dolor en la garganta, tumefaccion y rubicundez de la faringe al nivel del cuerpo del axis; se creyó que se estaba formando un absceso. A los siete dias la enferma arrojó

de este foco, en un esfuerzo de tos, un fragmento de hueso, que al doctor Bayard le pareció era la apófisis odontóides. En el fondo de la faringe quedó una fístula correspondiente al volúmen del hueso expulsado, en la inmediación del cuerpo del axis; fístula que se cerró rápidamente. Desde entonces la niña recobró la salud; podía andar y correr perfectamente, y ejecutar los movimientos de rotación de la cabeza.

Segun los redactores del *New-York medical*, las fotografías que acompañan á la Memoria del cirujano canadiense, no permiten abrigar duda alguna respecto á ser la apófisis odontóides el fragmento óseo expulsado.

De todos modos y á pesar de los puntos oscuros que el diagnóstico de este caso ofrece, es, sin embargo, bastante notable, para que merezca llamar la atención de los cirujanos.

**Fractura de la clavícula: nuevo aparato bianular atacado.**  
(*Bull. de ther.*).

El vendaje del doctor Paquet, que consiste en dos anillos de gutta-percha forrados, que abrazan las regiones escápulo-claviculares y se abrochan por detrás á la manera de un corsé, es muy útil é ingenioso, pues inmoviliza con seguridad los fragmentos del hueso lesionado; pero ofrece el inconveniente de que no todos los prácticos pueden disponer en el momento oportuno de la gutta-percha necesaria para prepararle, ni tienen la práctica que exigen las manipulaciones que esta materia ha de sufrir.

El doctor Hamon ha salvado estas dificultades sustituyendo á una materia primera de un precio bastante elevado y no fácil de manejar, una sustancia de las mas vulgares y de valor venal casi nulo: la gelatina. El autor ha aplicado ya en dos casos, con excelentes resultados, este aparato, que denomina *bi-anular gelatino-abrochado*. Para prepararle hace disolver al fuego, en una pequeña cantidad de agua, 400 gramos de gelatina, de la llamada *para baños*, hasta que tenga una consistencia de jarabe, porque en estas condiciones el aparato se seca perfectamente en pocos minutos.

Mientras se prepara la disolucion, pone el brazo del enfermo en direccion horizontal y cubre toda la articulacion del hombro con una gruesa capa de algodón en rama, de modo que quede bien protegida la region axilar y la escapulo-clavicular contra la accion vulnerante de un apósito que debe tener una durísima consistencia. Una vez extendida esta capa protectora sobre las partes, con una venda de metro y medio á dos metros de longitud, se da una vuelta circular alrededor del hombro y la region axilar, y por medio de un pincel se extiende sobre ella una capa de la solucion gelatinosa; encima de esta primera vuelta se aplican otras tres ó cuatro, que se barnizan del mismo modo sucesivamente con la gelatina, teniendo *cuidado de que la capa de esta sea muy gruesa en la porcion escapular del vendaje, y muy delgada, por el contrario, en su parte axilar.* La primera, en efecto, está destinada á soportar todo el esfuerzo del cordón, y es necesario, por consiguiente, que tenga gran solidez: la segunda debe reducirse mucho en su anchura, de modo que abrace la axila sin contundir partes eminentemente delicadas y sensibles.

Dejando este primer anillo así preparado, se dispone del mismo modo el del lado opuesto. Hecho esto, solo restan los dos últimos tiempos de la operacion, que consisten en abrir los ojetes y abrochar el aparato. Para lo primero se quitan sucesivamente los dos anillos del hombro del enfermo, y en su porcion fuerte ó escapular, á unos 15 centímetros del borde, se hacen ocho orificios por medio de un saca-bocados, á 2 milímetros de distancia unos de otros. Terminada esta operacion, vuelven á aplicarse los anillos, y se les ataca ó abrocha como se hace con los corsés, por medio de un cordón ó una trenchilla. El primer día debe apretarse poco y cuidar de almohadillar con algodón todos los puntos en que se tema la accion vulnerante del aparato. En los tres ó cuatro días siguientes se le va ajustando más, de modo que tirados fuertemente hácia atrás los hombros, se mantienen las partes fracturadas en las mejores relaciones y completamente inmovilizadas. El brazo debe sostenerse en una charpa.

En los dos casos en que el autor ha usado este aparato

se consiguió la consolidacion de la fractura sin deformidad ninguna. Es de efectos muy seguros, y puede prestar grandes servicios en sujetos indóciles, porque constituye una especie de *corsé de fuerza* que no pueden quitarse.

**Fracturas articulares por armas de fuego: tratamiento.**  
(*Journ. de méd. de Bruxelles*).

Poniendo de manifiesto los progresos que ha hecho esta parte de la cirugía militar en la guerra austro-prusiana, el profesor Langenbeck, de Berlin, insiste en la necesidad de que se resuelva en el sitio mismo de la primera cura el tratamiento por la expectacion, la reseccion ó la amputacion; tanto mas, cuanto que las fracturas por armas de fuego de las diáfisis de los huesos ó de las articulaciones, pueden frecuentemente curar con tanta facilidad como las fracturas no complicadas de herida, siempre que se inmovilice la extremidad antes de trasportar al enfermo.

En los casos de heridas de arma de fuego del hombro ó del codo, hallándose interesada solo la articulacion, está siempre indicada la reseccion. De 18 heridas de la rodilla, debidamente comprobadas y sometidas á la expectacion, curaron 14, y sucumbieron los cuatro enfermos restantes, resultado doblemente brillante, porque muchos de estos heridos conservaron cierto grado de movilidad en la rodilla. La amputacion inmediata, ó si el sujeto se opone, la reseccion, es urgente cuando los cóndilos están triturados al mismo tiempo que las partes blandas dislaceradas ó cuando existen graves lesiones del paquete neurovascular; pero cualquiera otra herida de la rodilla indica la expectacion, absteniéndose de toda exploracion del trayecto de la herida para no destruir su oclusion por los coágulos primitivos, dar por allí acceso al aire y provocar nuevas hemorragias. Se inmovilizará inmediatamente la rodilla hasta la curacion, limitándose á marcar el sitio de la herida sobre el yeso, no practicando aberturas hasta la llegada del enfermo á un hospital fijo. De este modo soportan perfectamente el transporte por ferro-carril aunque sea á largas distancias. Se auxilia la inmovilizacion por medio de aplicaciones frias, al menos durante los primeros dias, y luego se hacen curas simples con planchuelas

empapadas en una solución de hipermanganato de potas ó de ácido fénico; á veces hay necesidad de recurrir á la aplicación de sanguijuelas ó á pequeñas incisiones, pero nunca á las grandes y profundas que recomendaba J. L. Petit, aun cuando existiese inflamación purulenta de la articalación.

En las heridas por armas de fuego de la articulación tibio-tarsiana, aconseja el célebre profesor de Berlín que se recurra á la resección de los fragmentos seguida de la inmovilización, reservándose apelar, en caso necesario, á la resección subperióstica, mucho más fácil como operación consecutiva que como operación primitiva, y que siempre va seguida de consolidación ósea, en lugar de quedar un vacío en el sitio de los huesos reseçados, como podría temerse *à priori*.

**Fracturas: retardo en la consolidación del callo: tratamiento.**  
(*Journ. de méd. prat.*).

No es raro observar, en las fracturas del fémur sobre todo, que cuando se levanta el apósito no se ha verificado la consolidación; aplícase entonces un segundo aparato que se deja puesto más ó menos tiempo, y que no da mejores resultados; cuando se quita este, muchos cirujanos no encuentran nada mejor que hacer que colocar el tercero.

A juicio del profesor Broca, esta práctica tiene un límite, que no le determina el tiempo transcurrido, sino el estado del miembro. Cuando se ve que la nutrición de este se altera, que se demacra, que los músculos están perezosos á las excitaciones, aun á la misma electricidad, es preciso detenerse, porque el miembro sufre, y en vano se espera un trabajo de consolidación cuando la nutrición se encuentra alterada.

M. Cloquet ha notado un carácter particular de los miembros en este estado: la presencia de pequeñas manchas de sangre del diámetro de una cabeza de alfiler, verdaderas petequias que se encuentran alrededor de los pelos, en el espesor de la piel, á cuyo fenómeno dió el impropio nombre de escorbuto local, indicando con él que le creía dependiente de una diátesis, de una verda-



dera predisposicion. Segun este autor, el escorbuto local se opone á la consolidacion.

En opinion de M. Broca, no es así como deben interpretarse los hechos; el escorbuto local no es causa, sino resultado. Desde los trabajos de M. Teisier, de Lyon, se sabe que basta la inmovilidad de una articulacion para provocar el derrame de sangre. Lo que se produce en la piel, en los músculos y aun en el foco de las fracturas, es un resultado análogo debido á la inmovilidad del miembro. Estos derrames de sangre pueden retardar el trabajo del callo, pero secundariamente.

La causa del escorbuto local reside, pues, en todos los elementos que retardan la consolidacion de una fractura; falta de coaptacion, cabalgamiento, movilidad de los fragmentos. Se mantiene el miembro en la inmovilidad, se comprime mas ó menos regularmente y se ve sobrevenir el escorbuto local del muslo.

El tratamiento de estos enfermos es de la mayor importancia; porque del cirujano depende la curacion ó la persistencia de la movilidad. En efecto, si en este momento se pone un apósito, por bien aplicado que esté, se agravará la situacion, produciéndose casi inevitablemente una pseudo-artrosis.

Cuando en estos casos, á pesar de las condiciones favorables de edad, constitucion, etc., no se ha verificado la consolidacion; ha tenido lugar, sin embargo, un trabajo reparador por moderado que sea. Existe un callo que no ha sufrido su evolucion; no ha llegado al período óseo, es cartilaginoso, fibro-cartilaginoso; y si se dejasen marchar las cosas, se desarrollaria el tejido fibroso y habria un callo de esta naturaleza.

El callo es blando en estos individuos, incapaz de sostener el peso del cuerpo, pero sin embargo une los fragmentos y los fija bastante para oponerse á todo cabalgamiento ulterior. Podria aun producirse un acortamiento por dislocacion angular. Pero si los enfermos no andan no hay que temer este peligro.

No hay, pues, inconveniente, si se les tiene en la cama, en suprimir todo apósito, dejando el miembro al aire. En estas condiciones, la fractura se consolida muy rápidamente, con admiracion del cirujano, que no está preve-

nido. El doctor Broca ha seguido esta conducta en dos casos, cuyas observaciones refiere con detalles, y en los cuales obtuvo un resultado inmejorable. Bastan muy pocos días para que se verifique la consolidación. Parece que el miembro respira, que sus funciones de nutrición se restablecen y permiten que se forme el callo.

M. Broca está convencido de que la contracción muscular que en los miembros fracturados se opone tan gravemente á la reunión de los fragmentos, puede precaverse, impedirse por la compresión de la arteria femoral.

**Fracturas de la diáfisis de los huesos largos: tratamiento por medio de las puntas metálicas: nuevos aparatos. (Lyon med.).**

El tratamiento de las fracturas oblicuas de la tibia por medio de las puntas metálicas, propuesto por Malgaigne en 1840, fué acogido, mas que con frialdad, con prevención por la mayoría de los clínicos, que teóricamente temían los inconvenientes de comprimir, durante muchas semanas, un fragmento óseo por medio de un cuerpo extraño que no podía obrar sobre el hueso mas que perforando la piel.

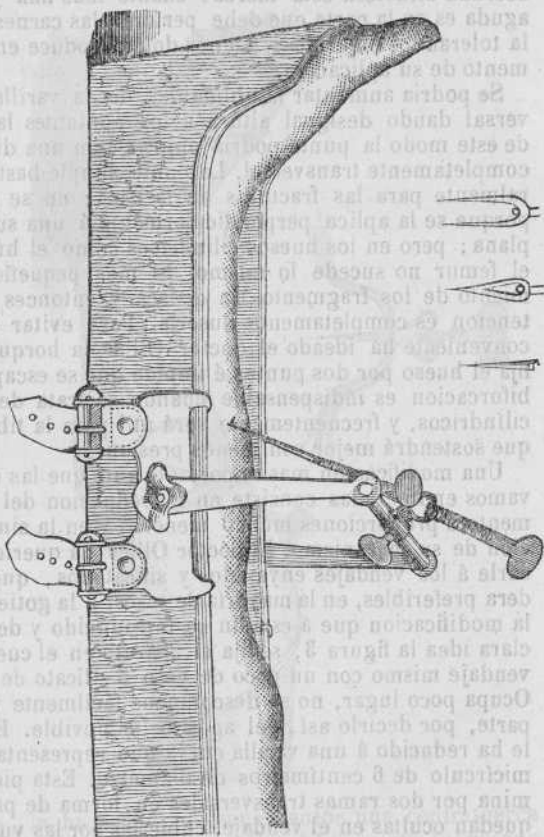
El eminente cirujano de Lyon, doctor Ollier, participaba al principio de su práctica de estos temores; pero habiendo tenido que tratar algunos casos de fracturas muy oblicuas de la tibia, en que fracasaron todos los medios de contención de que podía disponer, apeló por necesidad al aparato de Malgaigne y se convenció bien pronto que los recelos puramente teóricos que hasta entonces habia abrigado contra este medio eran resultado de una de esas preocupaciones que nos arrastran muchas veces, á pesar nuestro, aun en las cuestiones que creemos poseer mejor.

Con objeto de desvanecer estas ideas erróneas en el ánimo de los que pudieran abrigarlas, ha presentado á la Sociedad de Medicina de Lyon un trabajo destinado á apreciar la utilidad de las puntas metálicas, determinar los casos en que están indicadas y dar á conocer las modificaciones que ha introducido en los aparatos para hacer mas fácil y segura su aplicación.

Deseando el doctor Ollier dar toda la solidez posible, y

tener al mismo tiempo la facilidad de dirigir la punta en todos sentidos, ha reemplazado el círculo elástico de Maigne por dos montantes laterales móviles sobre an-

Fig. 2.—Este grabado representa, por una parte, el aparato de punta móvil fija sobre la gotiera en que está colocado el miembro, y por otra, las diferentes extremidades que puede tener la varilla, punta en horquilla, punta simple y la que puede atorillarse en un vástago



chos grapones de tres dientes, sólidamente fijos á los bordes de la gotiera y reunidos inferiormente por correas (fig. 2) Los dos montantes están unidos por una va-

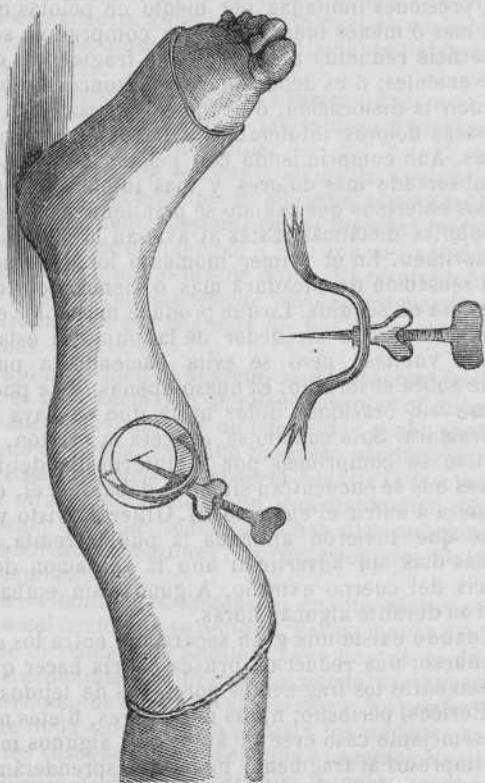
rilla transversal recorrida por una tuerca de tornillo que puede volverse en todos sentidos y que se fija en el punto conveniente por un tornillo de presion. Una punta muy acerada atraviesa esta tuerca: cuanto mas fina y puntiaguda es en la parte que debe perforar las carnes, mejor la toleran los enfermos y menos dolor produce en el momento de su aplicacion.

Se podria aumentar la oblicuidad de la varilla transversal dando desigual altura á los montantes laterales; de este modo la punta podria aplicarse en una direccion completamente transversal. La punta simple basta generalmente para las fracturas de la tibia; no se resbala, porque se la aplica perpendicularmente á una superficie plana; pero en los huesos cilindricos como el húmero y el femur no sucede lo mismo. El mas pequeño movimiento de los fragmentos la disloca y entonces la contencion es completamente ilusoria. Para evitar este inconveniente ha ideado el doctor Ollier la horquilla que fija el hueso por dos puntos é impide que se escape. Esta bifurcacion es indispensable cuando se trata de huesos cilindricos, y frecuentemente será útil para la tibia, á la que sostendrá mejor con menos presion.

Una modificacion mas importante aun que las que llevamos enumeradas consiste en la reduccion del instrumento á proporciones mucho menores y en la simplificacion de su mecanismo. El doctor Ollier ha querido aplicarle á los vendajes enyesados y silicatados, que considera preferibles, en la mayoría de casos, á la gotiera. Con la modificacion que á este fin ha introducido y de que da clara idea la figura 3, se fija el aparato en el cuerpo del vendaje mismo con un poco de yeso ó silicato de potasa. Ocupa poco lugar, no se descompone fácilmente y forma parte, por decirlo así, del apósito inamovible. El autor le ha reducido á una varilla curva que representa un semicírculo de 6 centímetros de diámetro. Esta pieza termina por dos ramas transversales en forma de pata, que quedan ocultas en el vendaje, cubiertas por las vueltas de venda, y aseguran la fijeza del aparato. La parte central del círculo está atravesada por el tornillo que ha de comprimir el fragmento óseo al traves de una abertura practicada en el vendaje en el sitio correspondiente á la fractura:

Este aparato es aplicable á la mayoría de los casos. Es pequeño, ligero y no embaraza al enfermo como el que hemos descrito anteriormente. Para impedir que la punta

Fig. 5.—Este grabado representa, por una parte, el aparato enyesado puesto en la pierna, con una abertura por donde pasa la punta metálica fija incorporada al vendaje, y por otra, esta punta asistada. Las extremidades del arco que sostiene la punta son malecables para que se las pueda amoldar á la forma del vendaje.



se afloje, la ha hecho adaptar el autor una contratuercas que impide que el tornillo vuelva hácia atrás luego que se ha reducido la dislocacion del hueso fracturado.

*Accion inmediata de la punta sobre las partes que atraviesa ó á las que comprime.*—Cuando en las fracturas la disloca-

cion de los fragmentos tiene tendencia á reproducirse por una causa ó por otra, no bastan los medios ordinarios de compresion y hay que recurrir á mil artificios diferentes; tracciones, cambios de posicion para relajar los músculos, presiones limitadas por medio de pelotas que obran con mas ó menos fuerza, etc. La compresion sobre una superficie reducida al nivel de los fragmentos ofrece inconvenientes; ó es débil, suave y entonces no basta para reducir la dislocacion, ó es fuerte y eficaz, y en este caso ocasiona dolores intolerables y no tarda en producir escaras. Aun comprimiendo con pelotas de aire, el autor ha observado mas dolores y mas intolerancia por parte de los enfermos que cuando se mantiene la reduccion con las puntas metálicas. Estas atraviesan la piel, pero no la comprimen. En el primer momento los enfermos sufren una sensacion de picadura mas ó menos dolorosa, pero que cesa en seguida. Lo que produce mas dolor es cuando la piel se arrolla alrededor de la punta si esta penetrando vueltas; pero se evita haciendo la punta movable sobre el tornillo. El hueso apenas se le puede comprimir sin ocasionar dolor hasta que se haya reducido la fractura. Solo cuando se exagera la presion, es decir, cuando se comprimen por el intermedio del hueso las partes que se encuentran situadas debajo de él, es cuando empieza á sufrir el enfermo. M. Ollier ha visto varios sujetos que tuvieron aplicada la punta treinta, cuarenta y más dias sin advertir ni aun la sensacion de la presencia del cuerpo extraño. Algunos, sin embargo, sufrieron durante algunas horas.

Cuando existe una gran separacion entre los extremos del hueso, una reduccion brusca podria hacer que se cogiesen entre los fragmentos porciones de tejidos blandos periféricos, periostio, fibras musculares, filetes nerviosos. En semejante caso cree el autor que algunos movimientos impresos al fragmento inferior desprenderán las partes comprimidas. Se prevendrá este accidente ejecutando tracciones suficientes para poner tensas las partes blandas en el momento de la aplicacion de la punta. Obra esta de una manera tan enérgica, que por su medio se reducen inmediatamente las dislocaciones mas rebeldes. En cuanto sea posible debe introducirse la punta en direc-

cion perpendicular á la cara del hueso sobre que se aplica. En algunos casos, sin embargo, la disposicion de los fragmentos hace necesaria una oblicuidad máyor ó menor relativamente al plano general del hueso. La punta está entonces expuesta á deslizarse, lo cual es un inconveniente grave, pero que se evita con la punta doble ó en forma de horquilla.

La punta por aguda que sea no penetra nunca mas de un milímetro en un hueso sano; jamás llega á atravesar la sustancia compacta de la diáfisis.

En la mayor parte de los casos llama la atencion la perfecta tolerancia del aparato. El autor ha visto heridos que sufrian mas ó menos despues de las diversas tentativas de reduccion ó de contencion, y que una vez aplicada la punta no han sentido el menor dolor. El resultado inmediato no es siempre tan perfecto; pero esto depende de diversas circunstancias, algunas de las cuales ya han sido indicadas.

Si se ha aplicado bien el aparato, la contencion de los fragmentos es tan exacta que se puede levantar el miembro é imprimirle movimientos de lateralidad y aun sacudidas, no solo sin dislocarle, sino hasta sin producir ningun dolor. Esta tolerancia se observa cuando la fractura no presenta otra complicacion que una dislocacion difícil de mantener reducida; cuando no hay dislaceraciones internas, ni derrame sanguíneo, ni contusion violenta de las partes blandas.

El aparato es tanto mas inofensivo cuanto mas cerca del momento del accidente se aplique. Fatiga menos á los enfermos que el vendaje de Sculteto, que hay necesidad de arreglar frecuentemente lo que no puede hacerse sin imprimir movimientos dolorosos al miembro. No pretende M. Ollier que deba sustituirse la punta á los apósitos ordinarios en los casos sencillos, seria una exageracion censurable emplearla cuando los vendajes usuales pueden bastar.

Si existe ya inflamacion al nivel de la fractura, ó bien si el foco es asiento de un derrame considerable, es preciso diferir la aplicacion de la punta y combatir las complicaciones con los medios apropiados. Hay casos, sin embargo, en que á pesar de estas contraindi-

caciones es necesario obrar; así sucede cuando el extremo del fragmento amenaza perforar la piel, ó si la indocilidad del enfermo produce una movilidad incesante entre los fragmentos, que es una causa perpétua de irritacion. La perforacion secundaria de la piel, de dentro á fuera, por un fragmento agudo de la tibia, es un accidente que puede hacerse muy grave. La pronta aplicacion de la punta es el mejor medio de evitarle. En semejante caso debe tenerse la precaucion de poner el aparato á cierta distancia del foco de la fractura. Cuando esta se halla ya complicada con herida, la punta es el modo de contencion mas sencillo y mas eficaz. Inmoviliza los fragmentos y permite aplicar todos los tópicos que sean necesarios.

Como ya hemos dicho, el autor usa la punta fijándola, no solo sobre la gotiera, sino en los vendajes enyesados ó silicatados. Unicamente para la tibia emplea aquella, para el muslo, el brazo, y aun en ciertos casos para la pierna, recurre á un vendaje inamovible sólido, bien amoldado al miembro y capaz de resistir á las constricciones mas enérgicas. Practica una abertura suficiente para descubrir, no solo el sitio donde debe aplicarse la punta, sino el de la fractura, en una palabra, todas las partes que es conveniente vigilar. Para fijar los grapones de su aparato, coloca á los lados de la abertura unas compresas cuadradas con varios dobleces y empapadas en silicato, de modo que forman almohadillas muy gruesas; mientras están aun húmedas y depresibles implanta los grapones, que se adhieren íntimamente al lienzo silicatado. En un vendaje enyesado es esto aun mas fácil. Una vez practicada la abertura, se pone á cada lado un poco de papilla de yeso y se introducen en ella las patas ó aletas del aparato, que se cubren en caso necesario con algunas vueltas de venda. El yeso se seca, y al cabo de un cuarto de hora se puede colocar la punta. Para esto se comprime con un dedo de la mano izquierda el fragmento sobre que va á obrar, con objeto de reducirle en parte, aplanar las carnes que le cubren y disminuir, por tanto, el trayecto que ha de recorrer el instrumento; con esto se abrevia el tiempo doloroso de la operacion y se evita hacer un falso camino.



Luego que se ha aplicado la punta se vierten algunas gotas de colodion en el infundíbulo que se produce en este sitio, poniendo así á la pequeña herida al abrigo del contacto del aire. Debe siempre vigilarse el aparato, porque se podría deslizar ú ocasionar una inflamacion en las circunstancias antes indicadas. Si esto sucede se le retira, en el primer caso, para aplicarle en un sitio mas favorable, en el segundo, para esperar que desaparezca la flegmasía.

La punta es útil, sobre todo, en las fracturas de los huesos superficiales, pero se puede emplear tambien en los que están cubiertos por grandes masas carnosas. M. Ollier ha usado este aparato diez y ocho veces en fracturas de la tibia y siempre sin accidentes. En dos casos, sin embargo, tuvo que renunciar á él porque la aplicacion era dolorosa. Una vez el dolor procedia, no de la misma punta, sino de la presión que se ejercia por intermedio de los fragmentos sobre las partes blandas situadas debajo de ellos. Toda presión suficiente para reducir la fractura era dolorosa.

En un sujeto que padecia un chancro indurado no pudo conseguirse la consolidacion á pesar de haber tenido aplicada la punta treinta dias primero y veinte y cinco despues. Pero luego que se administró el mercurio, en veinte y seis dias se formó un callo perfectamente sólido.

**Fracturas de los miembros por armas de fuego: aparatos modelados en tela metálica de Sarazin.** (*Arch. gén. de méd.*).

Habiendo tenido lugar de observar el doctor Sarazin, durante la desastrosa guerra franco-prusiana, los inconvenientes que ofrecen, sobre todo en la cirugía militar, los apósitos de fracturas generalmente usados, ha tratado de evitarlos por medio de un sistema de *aparatos modelados de tela metálica*, cuya descripción, un tanto extensa, tomamos de la Memoria presentada por el autor á la Academia de medicina de Paris.

Se componen estos aparatos de dos hojas ó valvas, maleables con el solo esfuerzo de la mano, y bastante rígidas para formar corazas clavadas ó fijas á charnela sobre una férula guarnecida de correas con hebillas.

La tela que, después de algunos ensayos, merece la preferencia de M. Sarazin, se encuentra abundantemente en el comercio. Su malla tiene 2 tercios de centímetro; el alambre que la forma 7 á 8 décimos de milímetro. El hilo está galvanizado ó cubierto de una capa de zinc para que resista á la oxidacion. Es indispensable que esta operacion sea anterior á la fabricacion de la tela, por que si no, suelda los alambres unos á otros, lo cual aumenta mucho la rigidez del tejido, haciéndole perder la facultad de amoldarse exactamente á la superficie del miembro. En esta forma es bastante maleable para que la simple presion de las manos le aplique con exactitud en los hundimientos y eminencias del miembro fracturado y conserve perfectamente la forma que se le ha dado. Ofrece, sin embargo, suficiente rigidez para prestar la resistencia que se necesita, y además la presencia de la férula á que está fijo, da al aparato toda la solidez apetecible. Podria emplearse una tela galvanizada, cuya malla tuviese 1 centímetro de lado y el alambre 1 milímetro de grueso. Mas fina seria demasiado blanda; mas fuerte, difícil de manejar con solo las manos.

Las férulas á que están fijadas las valvas son férulas ordinarias, rectas y rígidas, adaptadas por sus dimensiones á las del aparato. La del que se destina á las fracturas y resecciones del codo está formada de dos piezas reunidas por medio de un mecanismo que permite hacer variar á voluntad la flexion de la articulacion. La del apósito para la fractura del muslo tiene, al nivel de la rodilla, un mecanismo, por cuyo medio se puede alargar cuando se quiere el aparato.

Las correas están hechas con cintas de 3 á 4 centímetros de ancho, y llevan una buena hebilla sólidamente fija; se las clava en la férula á una distancia de la hebilla, calculada de modo que esta venga á caer en la parte anterior del miembro cuando está aplicado el apósito.

En fin, para almohadillar este se le cubre con una gruesa capa de algodón, que se tiene cuidado de doblar al nivel de la férula.

La confeccion de estos aparatos puede abandonarse á los fabricantes de instrumentos; pero el autor los ha preparado por sí mismo sin grande dificultad. La tela metá-

lica se corta bien con las tijeras de hojalatero ó con un escoplo y un martillo sobre una tabla. Luego que se ha cortado es preciso doblar las puntas de los alambres con unos alicates, porque si no se toma esta precaucion, las valvas no presentan bastante rigidez y la tela se deshace. Pueden hacerse ribetear los bordes con cuero, lo cual da mejor aspecto al aparato, pero no es una cosa indispensable. Para clavar las valvas sobre la férula usa M. Sarazin clavos de tapicero. Para fijarlas á charnela emplea clavos de dos puntas en forma de *u*. Estas charnelas, además de facilitar la aplicacion del apósito, permiten que, cuando se le quiera empaquetar, pueda doblarse, reduciendo su dimension al grueso de la tablilla, á la longitud y al ancho de la mayor de las dos valvas.

Fácilmente podrian hacerse ventanas en estas para curar las heridas sin abrir el aparato, ó movilizar, por medio de dos secciones perpendiculares á la férula, la parte de las valvas que corresponde á las soluciones de continuidad; pero es tan fácil abrirle y cerrarle, que nunca ha encontrado el autor necesario recurrir á estos medios.

Despues de estas ideas generales, parécenos inútil describir cada uno de los aparatos en particular, porque esto daria unas dimensiones extraordinarias á este artículo, y es además seguro que si la experiencia acredita sus ventajas, nos los darán ya perfeccionados los fabricantes de vendajes.

El doctor Sarazin ha aplicado muchos de estos aparatos á los heridos de la batalla de Fraeschwillier, obteniendo muy buenos resultados.

Son ligeros, poco costosos, fáciles de trasportar, de una aplicacion muy rápida, sostienen los fragmentos sin comprimir el miembro, y se prestan bien á las curas. En fin, son sólidos é inalterables por la accion de los líquidos.

**Fracturas: vendajes enyesados de Mathysen.** (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

El distinguido cirujano holandés, doctor Mathysen, ha comunicado á la Academia de Paris las modificaciones que ha introducido y las aplicaciones especiales que ha hecho de los vendajes enyesados, tan útiles en el trata-

mierto de las fracturas, y sobre todo en la cirugía militar. Las principales son: 1.º sustitucion de la franela de media lana al algodón para hacer las vendas enyesadas y demás piezas de apósito; 2.º movilidad del vendaje en su eje longitudinal, de manera que las dos mitades deslicen una sobre otra, y permitan la prolongacion del apósito y la extension del miembro durante el tratamiento de la fractura; 3.º movilidad del apósito de la articulacion de la rodilla, que permite ligeros movimientos de esta parte, aun cuando mantiene la articulacion inmóvil; 4.º reemplazo de las tijeras de Seutin por otras pequeñas y fuertes, para incidir el vendaje en su longitud y hacer las ventanas que sean necesarias.

*Preparacion y aplicacion de las vendas enyesadas de franela de media lana.*— La franela de calidad inferior, fabricada con algodón y lana, constituye un tejido laso y elástico, que tiene la propiedad de adaptarse bien al miembro y absorber gran cantidad de yeso; mucho mas que las telas de algodón. Esto ofrece dos ventajas: que el apósito se seca rápidamente y que es mucho mas fácil de cortar, porque las vueltas de franela no tienen necesidad de cubrirse mas que en los dos tercios de su ancho para formar una armadura sólida y delgada, fácil de incidir.

Para preparar las vendas se rasga la franela en tiras de 3 centímetros ó 3 1/2 de ancho por 2 metros de longitud; se las frota por ambos lados con yeso, del mismo modo que las vendas de algodón, y se las arrolla muy flojas.

Se envuelve el miembro con una venda comun; luego se mete en una vasija con agua una enyesada, y cuando se ha mojado bien se la reemplaza por otra; con la ya empapada se hacen circulares en el miembro, no inversas, y cuidando de que las vueltas se cubran en los dos tercios de su anchura. Inmediatamente que se ha aplicado el vendaje, se pasa por encima una esponja mojada para quitar el yeso sobrante.

Si hay necesidad de hacer una ventana, se coloca un pedazo de papel en la extension de tres traveses de dedo entre dos vueltas de venda, donde debe encontrarse la parte inferior de la valva. Entre estas dos vueltas de venda no adheridas se introducen las tijeras para hacer la abertura.

*Vendaje movable en su eje longitudinal, aplicado al antebrazo.*—Despues de haber aplicado una venda comun ó solo untado el miembro con aceite, se pone la primera parte del vendaje, empezando á dos ó tres traveses de dedo por encima de la articulacion de la mano y subiendo hasta el codo, donde encuentra un punto de apoyo, y se quita el yeso exterior con una esponja mojada. Luego que se ha consolidado el apósito, se cubre la parte inferior en una extension de cuatro traveses de dedo, con dos ó tres capas de papel buvard ó un pedazo de hule de seda muy fino. Encima de ellas se aplica la segunda parte del apósito, envolviendo la mano y subiendo al antebrazo, de modo que la porcion superior va á encajarse en la extension de unos tres traveses de dedo en la inferior del vendaje. La interposicion del papel ó tafetan entre los dos órdenes de vueltas de venda impide que se adhieran entre sí, quedan movibles unas sobre otras, y el vendaje se puede alargar, así como el miembro fracturado; luego que se ha obtenido la extension que se desea, se inmovilizan las dos partes del apósito, poniendo una venda enyesada á su rededor.

Este vendaje encuentra su aplicacion en las fracturas en que no pueden ejecutarse desde luego la extension y contraextension, por efecto de complicaciones ó por no poderlas soportar el enfermo. Por la movilidad podrá alargarse el apósito y extender el miembro en la época en que empiece á formarse el callo ó cuando se juzgue necesaria la extension indicada.

*Vendaje enyesado movable de la rodilla.*—En las afecciones lentas de la articulacion fémoro-tibial puede ser importante que el vendaje inamovible permita algunos ligeros movimientos para precaver la anquilosis. Se obtiene este resultado con el apósito que vamos á describir. Despues de haber untado el miembro con aceite ó puesto una venda ordinaria, se aplica un vendaje con vendas de franela enyesadas; al llegar hácia el medio de la rodilla, se interpone entre dos vueltas de venda un pedazo de hule de seda de tres dedos de ancho, y que se extiende de la parte interna de la rodilla á la externa, comprendiendo las cuatro quintas partes de la circunferencia de la articulacion. La parte posterior en que no está interrumpido

el vendaje inamovible, sirve de charnela á las dos anteriores movibles del apósito, que, una vez solidificado, permite algunos ligeros movimientos á la articulacion. Cuando se le quiere reforzar, no hay mas que dar algunas vueltas de venda enyesada, que se quitan mojándolas, si conviene de nuevo facilitar algun movimiento.

*Vendajes inamovibles con silicato de potasa; sus peligros.*—

El silicato de potasa ó vidrio soluble es una sustancia preciosa para la confeccion de estos apósitos; y como su uso tiende á generalizarse, conviene saber que una preparacion defectuosa de esta sal puede exponer á los heridos á peligros graves.

En un enfermo de M. Voillemier, el farmacéutico juzgó conveniente añadir á la solucion un poco de potasa cáustica para dar mas solidez al apósito. El vendaje, puesto con esta solucion, produjo una escara enorme, sin embargo de haberle quitado á la hora y media por los dolores que ocasionaba. El sujeto sucumbió. Seria, pues, prudente examinar si la solucion es alcalina antes de emplearla.

#### Heridas: cura con petróleo. (*Méd. Times.*)

La cura de las heridas, que durante tantos años se habia casi inmovilizado en el uso de los emolientes bajo la influencia de la doctrina fisiológica, no cesa, despues de la reaccion, de hacer tentativas buscando un nuevo camino. Al uso de una simple compresa mojada, que era la negacion del apósito, tan preconizado en Alemania é Inglaterra, ha sucedido en Francia el del alcohol bajo diversas formas; es decir, las curas excitantes; luego han venido el percloruro de hierro y el ácido fénico, y en la actualidad, el doctor Fayrer, de Calcuta, trata de dar un sucedáneo á este último, que se ha elevado casi á la categoría de específico, en el vulgar petróleo. Mezclado con partes iguales de aceite ó glicerina, este nuevo tópico parece que tiene efectos calmantes, antisépticos y secantes, muy notables segun lo demuestran veinte casos diversos de cirugía que el autor refiere.

La grande analogía que existe entre el ácido fénico y el petróleo permite que se emplee este como sucedáneo

de aquel, y si no fuese por el olor y la inflamabilidad del último, es indudable que su bajo precio le haria mas usual que el ácido fénico, si se comprobase la accion que el doctor Fayrer le atribuye.

**Heridas articulares: tratamiento por medio del alcohol y el hielo. (Gaz. des hop.).**

Los medios generalmente usados para el tratamiento de las heridas articulares, no siempre consiguen evitar los accidentes tan comunes en esta clase de lesiones, y seria, por consiguiente, importante descubrir una terapéutica mas segura y eficaz. Con este objeto ha aplicado el doctor Guyon el alcohol á 85°, y el hielo á algunos casos de esta especie, cuyos enfermos, despues de curados, ha presentado á la Sociedad de Cirugía de Paris.

Era el primero un muchacho de diez y seis años, que entró en el hospital Necker con la articulacion de la rodilla izquierda anchamente abierta por una sierra circular. La herida era oblícua y se extendia desde el tercio inferior del muslo al cuarto inferior de la pierna. Comprendia casi todo el espesor de las partes blandas situadas en este largo trayecto. El cóndilo interno del fémur se encontraba descubierto en el centro de esta gran solucion de continuidad, y habia sido ligeramente interesado por la sierra.

Considerando M. Guyon que á pesar de la abertura de la articulacion, la enorme extension de la herida y la seccion de la piel, de las capas subyacentes y de una parte de los músculos, no estaban interesados los grandes vasos y nervios de la region, decidió desde luego conservar el miembro. Al efecto lavó ámpliamente la herida con alcohol á 85°, empapándola bien en todas sus partes con este liquido. Como el dolor era bastante intenso, puso sobre una almohadilla de hila seca una vejiga llena de hielo, que cubria la herida y una buena parte de las regiones inmediatas, pero no estaba en ningun punto en contacto directo con los tejidos, gracias á la interposicion de la hila seca. Casi inmediatamente se calmó el dolor de la cura. El miembro se habia colocado préviamente en una gotiera, fijándole con solidez para asegurar la inmovilidad. La cura diaria consistió en la re-

novacion de las porciones de hilas que no estaban adheridas, empapando con alcohol las que se encontraban pegadas. No se produjo ninguna reaccion local, y apenas hubo fiebre traumática. El apósito con alcohol y hielo se continuó durante treinta y cinco dias, al fin de los cuales se prescribió la solucion de ácido fénico á  $\frac{1}{1000}$ , que el autor usa habitualmente en el segundo período del tratamiento de las heridas. A los tres meses empezó el enfermo á andar con muletas, y cuando el doctor Guyon le presentó á la Sociedad, ya podia hacerlo sin baston; la rodilla estaba rígida, aunque no completamente anquilosada.

Era la segunda enferma una mujer de veinte y cinco años, á quien la cogió el pié el engranaje de una máquina de imprenta.

Toda la region metatarsiana, vista por su cara dorsal, no ofrecia mas que una vasta herida; los tendones extensores estaban descubiertos ó dislacerados; la piel, arrastrada hácia los dedos, formaba un gran colgajo, cuya base correspondia á la raiz de aquellos. El segundo, tercero y cuarto metacarpianos parecian fracturados; el primero y quinto estaban denudados. En la cara plantar solo habia una pequeña herida de la piel; pero deprimiendo en este punto con el dedo, se sentia una solucion de continuidad profunda; los músculos se encontraban dislacerados. No habia hemorragia grave. La constitucion de la enferma dejaba bastante que desear. Sin embargo, M. Guyon quiso intentar la conservacion, é inmediatamente lavó la herida con el alcohol á 90°, empapando minuciosamente todas sus anfractuosidades con este liquido; en seguida la rellenó con hilas impregnadas del mismo alcohol y la cubrió con una capa de hila seca. Se puso el miembro en una gotiera y se cubrió la cura con una vejiga llena de hielo, cuidando que no estuviese en ninguna parte en contacto con los tejidos. En esta enferma, como en el caso anterior, el hielo calmó el dolor producido por el alcohol. La cura se renovó dos veces al dia, continuándola en la misma forma durante veinte y cuatro dias, en cuya época se suprimió el hielo, pero se siguió con el alcohol otros cuarenta y cuatro dias más, reemplazándole entonces por la solucion fenicada.



A los tres meses del accidente no quedaba mas que una pequeña ulceracion en la cara dorsal, situada en el fondo de una anfractuosidad profunda, vestigio de los destrozos primitivos. La forma del pié, gracias á la conservacion de los tres metatarsianos, era satisfactoria, y la enferma andaba fácilmente, dedicándose ya entonces á sus ocupaciones.

Como en el caso anterior no se presentó ningun accidente sério; nada de reaccion local ni de fiebre. Del mismo modo que el otro enfermo esta salió del hospital en muy buena salud, habiendo engruesado bajo la influencia del reposo prolongado.

En este caso hay una circunstancia que merece ser notada. Al mes del accidente, y despues de haber separado muchos restos de tendones enteramente momificados por el alcohol, se reconoció que el tercer metatarsiano estaba á la vez luxado en su articulacion metatarso-tarsiana y fracturado cerca de su cabeza. Hallándose completamente movable se le extrajo con la mayor facilidad. Poco despues se observó la luxacion y fractura del segundo metatarsiano, que estaba completamente vuelto, de tal modo que su extremidad falangiana luxada miraba hácia atrás, y la extremidad posterior fracturada, hácia adelante; se encontraba profundamente hundido en la planta del pié. El cuarto metatarsiano, fracturado, pero no luxado, pudo conservarse, así como el primero y el quinto, á pesar de su denudacion. Este hecho es importante á causa de la elevacion del grado del alcohol empleado, y del rigor y constancia con que se usó este líquido. M. Gayon no cree, sin embargo, que el alcohol conviene en todos los períodos de las heridas, ni quizás en todas las heridas. El hielo aumenta su utilidad en el tratamiento de las contusas con grandes destrozos; en fin, no debe emplearse mas que durante cierto tiempo.

**Heridas de los tendones: reproduccion y reunion.** (*Gaz. méd.*).

El doctor Demarquay ha presentado á la Academia de Ciencias de Paris una interesante Memoria acerca de la regeneracion de los tendones y de su reunion por medio de la sutura.

Este asunto ha ocupado ya á un gran número de cirujanos, entre los cuales deben citarse como los principales, á Hunter, Stromeyer, J. Guerin, Bouvier y Jobert. De las investigaciones de M. Demarquay resulta, que ni la sangre, ni la linfa plástica, ni el blastema, sucesivamente invocados como elementos de reparacion, desempeñan el papel que se les ha atribuido. El autor trata de demostrar en su trabajo:

1.º Que los tendones se regeneran por la proliferacion de los elementos que se encuentran en la superficie interna de la vaina del tendon cortado, y cuyos dos extremos se han retraido.

2.º Que la porcion externa de la vaina es completamente indiferente al fenómeno, observándose solo que los vasos que en ella existen se hacen mas voluminosos y aumentan en número.

3.º Que la proliferacion que se verifica en la superficie interna de la vaina tiene lugar á expensas de los elementos celulares de esta, los cuales vienen, al cabo de ocho ó diez dias, á confundirse con los elementos celulares que nacen de la extremidad del tendon dividido.

4.º Que la proliferacion es tanto mas rápida, cuanto mas vascular es la vaina del tendon cortado; en efecto, mientras que el tendon de Aquiles queda reparado en el espacio de veinte á veinte y cinco dias, el rotuliano exige un tiempo mas considerable.

5.º Que el fenómeno que determina la reproduccion del tendon, es, en todo punto, conforme á lo que pasa en la reproduccion del hueso por el periostio, fenómeno tan bien estudiado por Flourens, Ollier y Sedillot.

6.º Los Sres. Larrey y Cloquet han examinado los hechos que el autor refiere, y los estudios histológicos que este ha hecho, confirman sus experimentos fisiológicos.

7.º Estudiado clínica y experimentalmente el hecho, tan frecuentemente debatido de la reunion de los tendones por medio de la sutura, resulta: 1.º que este medio no puede dar un resultado satisfactorio mas que cuando se hace con agujas muy finas é hilos delgadísimos; 2.º que la reunion se verifica á expensas de la proliferacion de los elementos celulares de la vaina y del tendon mismo, etc.;

3° que vista la poca vascularidad del tendón, se necesita un tiempo bastante largo para que se reuna.

**Heridas por armas de fuego: estilete-pinza para reconocer la presencia de los cuerpos extraños metálicos. (Gaz. des hop.).**

El doctor Lecomte ha hecho construir á M. Luer un estilete-pinza explorador, que reúne las condiciones de sencillez, ligereza, facilidad y seguridad de acción. El doctor Corlieu, que le ha experimentado en muchos ensayos, dice que es un instrumento de que no debe prescindir el cirujano militar en los casos dudosos.

Consiste sencillamente en un estilete de botón, montado sobre un mango, un poco más grueso que el estilete ordinario, y que en la figura 4 está representado con su dimensión natural. Le forma una varilla hendida en una de sus extremidades en dos pequeñas ramas, que se separan por su elasticidad, y cada una de las cuales termina en una pequeña cucharilla de bordes delgados y cortantes CC'. Esta varilla corre por el interior de una vaina que forma el estilete. Las cucharillas se abren ó se cierran, según que se empuja ó retira aquel en la vaina.

Para reconocer si el proyectil se encuentra en la herida, se introduce el estilete cerrado y por su medio se percute el objeto resistente. Si el diagnóstico es dudoso se empuja el estilete, que se entreabre y coge entre las cucharillas CC' el cuerpo extraño B. Se retira entonces el instrumento, y se encuentran entre las pequeñas cucharas fragmentos que confirman el diagnóstico.

Es una precaución indispensable apoyar de un modo uniforme y sostenido la extremidad sobre el proyectil mientras se abre la pinza.

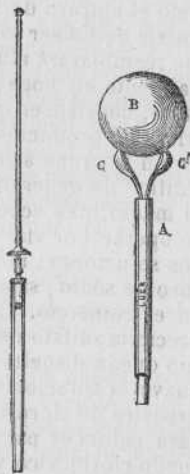


Fig. 4.

La pequeñez de este instrumento permite que se le coloque en la bolsa portátil, y tiene la ventaja de que se le puede introducir fácilmente y sin peligro en las heridas estrechas y fistulosas.

**Heridas: tratamiento por el cloruro hidratado de aluminio y el cloruro de zinc como desinfectantes.** (*Medical Gaz — British medical*).

La lista de los desinfectantes de las heridas se aumenta todos los días con nuevos agentes, entre los cuales hay que contar el cloruro hidratado de aluminio y el cloruro de zinc. El doctor Gamgee, de Lóndres, ha llamado recientemente la atención acerca del primero, que es, según este cirujano, un excelente desinfectante, tan poderoso como el cloruro de zinc y el ácido fénico, reuniendo la ventaja de no ser tóxico y carecer de olor. El autor cree que reemplazará muy pronto á todos los antisépticos actualmente en boga, y piensa que si no se ha usado hasta ahora, consiste en que no se prepara en grande en las fábricas de productos químicos. El que se obtiene para servir en la preparación del aluminio es demasiado costoso y difícil de generalizar el procedimiento de preparación. El medio más económico para obtener esta sal consiste en operar por vía de doble descomposición, mezclando dos soluciones; una de sulfato de alúmina, otra de cloruro de sódio, sales ambas que existen en gran cantidad en el comercio. Cuando se mezclan los dos solutos se precipita sulfato de cal, mientras que el cloruro de aluminio queda disuelto; no hay más que evaporar á un calor suave la solución acuosa y dejarla enfriar para obtener cristales de cloruro hidratado de aluminio. Si se calentara entonces para deshidratarle, se descompondría en ácido clorhídrico y oxiclорuro de aluminio.

Damos con el autor todos estos detalles químicos, porque se trata de un compuesto apenas conocido en medicina. A pesar de que el doctor Gamgee hace grandes elogios de este desinfectante, los hechos no son bastante numerosos ni concluyentes, para que se pueda formar un juicio exacto de su eficacia.

*Cloruro de zinc.*—El doctor Morgan, de Lóndres, recomienda el cloruro de zinc con preferencia á los demás

desinfectantes. Para las heridas recientes emplea una solución de 1 á 2 gramos en 30 de agua, con la cual liconia perfectamente la herida por medio de una esponja, sobre todo en sus ángulos y anfractuosidades, en las cavidades óseas, etc., hasta que toda la superficie tenga un aspecto cremoso. Esto produce una exudacion sanguínea pasajera; despues de ligados los vasos se reune la herida como de costumbre, y se la cubre con una compresa empapada en una solución de 3 decigramos en 30 gramos de agua, cuidando de mantenerla constantemente mojada.

Del mismo modo se procede cuando la herida es contusa, solo que no se intenta la reunion. La herida reunida se llena en doce ó veinte y cuatro horas de serosidad sanguinolenta; se evacua aflojando un punto de sutura, y vuelve á hacerse la cura como anteriormente. Procediendo de este modo, dice el doctor Morgan, que ha conseguido la cicatrizacion rápida y sin supuracion de heridas contusas y dislaceradas, la reunion perfecta por primera intencion en las grandes operaciones, como la amputacion del muslo, y muy frecuentemente la reunion con una pequñsima cantidad de pus. Piensa el autor que sin suprimir completamente la piohemia, este modo de tratamiento la hace mucho mas rara, oponiéndose eficazmente á la putrefaccion de los líquidos producidos en la superficie de las heridas.

**Heridas y úlceras: tratamiento por la pasta de alcanfor alcoholizado. (Mem. de méd. et chir. mil.).**

Se han elogiado tanto los servicios que puede prestar el alcohol alcanforado en la cura de las heridas, que no necesitamos ocuparnos aquí de ellos. Pero es bien sabido tambien que no hay que atenerse á una sola forma. Así es que el doctor Champouillon aconseja á veces el alcanfor solo; otras este unido á la manteca ó batido con agua, ó asociado al éter ó al alcohol. Un médico militar, el doctor Vedrenes, ha empleado con el mismo objeto una pasta alcohólica de alcanfor, cuyo uso, en grande escala en el hospital de venéreos de Rouen y Besançon, ha puesto de manifiesto su grande eficacia y la superioridad que tiene

sobre los tópicos que ordinariamente se aplican en la cura de los bubones que se han abierto. Esta práctica le ha conducido á emplear y recomendar este tópico en la cura de las heridas y úlceras que hay necesidad de excitar.

La preparacion de la pasta es muy sencilla. Consiste en diluir en una pequeña vasija polvo de alcanfor muy fino con alcohol alcanforado ordinario, hasta que haya adquirido una consistencia pastosa. El tópico se extiende en seguida con una espátula sobre la superficie supurante, cuyos bordes se han afeitado préviamente untándoles con cerato. Una planchuela de hilas, una compresa y una venda, ó segun los casos, un vendaje cuadrado ó triangular, completan el apósito. Se renueva este una ó dos veces en las veinte y cuatro horas, segun la abundancia de la supuracion; para ello se quita con una espátula y pinzas la especie de mástic formado por el alcanfor y el pus; se lava la herida con cocimiento aromático templado; se vuelven á untar de nuevo los bordes con un cuerpo graso y se extiende la pasta sobre la herida.

El enfermo experimenta un dolor urente, pero que se disipa á los pocos minutos, sucediéndole una sensacion de calor agradable. A la quinta ó sexta cura ya no se advierte dolor alguno.

Es inútil decir que el éxito de este medio depende sobre todo de su oportunidad. Si, por ejemplo, el tópico es demasiado irritante para la herida, es preciso recurrir á una cura suave, á reserva de emplear mas adelante la pasta alcanforada. Si su accion es, por el contrario, insuficiente, se hace necesario unir á ella la cauterizacion con el nitrato de plata ó el sulfato de cobre, ó aumentar la fuerza del alcohol.

**Hernia: reduccion por medio de la compresion continua de la pared abdominal, inmediatamente por encima del pedículo herniario, auxiliada de la taxis. (Gaz. des hop.).**

Durante su internado en el hospital Lariboisiere, el doctor M. Lannelongue tuvo la idea en dos casos de hernias estranguladas, una crural, irreducible hacia veinte y dos horas, otra inguinal, y muy probablemente congénita, estrangulada desde veinte horas antes, de auxiliar la

maniobra de la taxis, deprimiendo la pared abdominal al nivel del pedículo de las vísceras herniadas con el borde cubital de la mano. En ambos casos se practicó la taxis con cierta energía; pero el autor no ha querido, á pesar de la facilidad excepcional de la reduccion, fundarse solo en estos dos hechos, en los que era difícil distinguir exactamente la parte que correspondia á la taxis y la que debia atribuirse á la presion ejercida sobre las paredes abdominales.

Recientemente ha podido el doctor Lannelongue poner en práctica en dos casos el mismo procedimiento de reduccion, obteniendo resultados que, segun el doctor Labbe, encargado de informar acerca de estos hechos á la Sociedad de Cirugía, son dignos de llamar la atencion de los cirujanos.

En el primer caso se trataba de un individuo de treinta y ocho años de edad, con una hernia inguinal derecha congénita, contenida siempre por medio de un vendaje; pero que habiéndose salido un dia, no pudo ser reducida. Muy luego se presentaron los fenómenos de estrangulacion; cólicos violentos, interrupcion del curso de las materias fecales, meteorismos, vómitos, etc. El doctor Abeille practicó muchas tentativas de taxis sin resultado, aplicaciones de hielo, etc. Entonces se trasladó al enfermo al hospital Beaujon, donde el doctor Lannelongue, habiendo observado los signos evidentes de la estrangulacion, que databa ya de cuarenta y seis horas, aplicó inmediatamente la compresion continua sobre el pedículo del tumor por medio de un saco que contenia tres kilogramos de plomo. El enfermo soportó facilmente esta compresion durante veinte minutos. Pasado este tiempo, una tentativa de taxis hecha por el cirujano, produjo la reduccion en un minuto; las maniobras fueron bastante dolorosas. El curso de las materias fecales se restableció, los accidentes cesaron completamente, y el enfermo salió curado.

La segunda observacion se refiere á un hombre de treinta y cuatro años, que padecia hacia mucho tiempo una hernia inguinal izquierda, del volúmen de un huevo de gallina, y sostenida habitualmente por medio de un vendaje. A pesar de este, en la tarde del 15 de enero, la hernia no pudo ser reducida. Algunas tentativas de reduccion, hechas por el

enfermo, despues de un baño prolongado, fueron infructuosas. A los dos dias se presentaron dolores violentos con abultamiento de vientre, suspension completa del curso de las materias por el tubo intestinal, vómitos de sustancias alimenticias, etc. Se condujo al enfermo al hospital el 17 de enero, encontrándole M. Lannelongue en buen estado general, con 78 pulsaciones y un tumor herniario del volumen de un huevo de ganso, de superficie igual y manifestamente sonoro en su parte media.

Inmediatamente se aplicó el saco de plomo como en el caso anterior, y nueve minutos despues se hizo la reduccion completa por medio de la taxis en unos quince segundos. El enfermo salió en el mismo dia del hospital completamente curado.

Para apreciar en su justo valor el medio de reduccion propuesto por M. Lannelongue, cree el doctor Labbe que seria necesario determinar cuál era el grado de estrangulacion en ambos casos, y si una taxis hecha por manos inteligentes no hubiese bastado sin necesidad del saquillo de plomo para conseguir la reduccion.

No obstante lo que dejan que desear estas observaciones, piensa aquel distinguido cirujano que este procedimiento es racional, sea la que quiera la teoría que se adopte para explicar su modo de obrar, y que los resultados felices que se han obtenido deben animar á los prácticos á experimentar de nuevo, á fin de apreciar mejor su valor y eficacia.

La compresion de las paredes abdominales como medio de facilitar la reduccion de las hernias, se encuentra, segun M. Labbe, mencionada en dos autores. Després, en su tesis de agregacion (1843), recuerda que los indios tienen costumbre de comprimir con este objeto las paredes abdominales con una toalla, y el profesor Sedillot ha propuesto una especie de amasamiento de dichas paredes; pero este medio no ha pasado al terreno de la práctica.

El doctor Labbe indica tambien, como una innovacion feliz de parte de Lannelongue, el comprobar en estos dos casos el grado de temperatura general por la introduccion del termómetro en el recto, con objeto de saber si la estrangulacion estaba ó no complicada con peritonitis. Mientras que en la estrangulacion simple la temperatura nor-



mal es de 37 á 38° centígrados. se eleva de 39 á 40 y más, cuando existe peritonitis. Es, por consiguiente, un precioso medio de diagnóstico diferencial.

En los cinco ó seis meses que hace que el doctor Verneuil se dedica á esta clase de investigaciones, ha tenido muchas veces ocasion de apreciar el valor de la temperatura, sobre todo bajo el punto de vista del pronóstico. Siempre que la temperatura rectal no pasa de 37 y 38° centígrados, el pronóstico es favorable; se agrava, por el contrario, cuando el termómetro marca 39,5, 40 y 41 grados, ya sea debida esta elevacion de temperatura á una complicacion inflamatoria ó á algun estado septicémico de que haya sido punto de partida la estrangulacion.

Cree el doctor Verneuil que el medio empleado por Lannelongue ha prestado servicios positivos en estos dos casos. La compresion por el saco de plomo ha producido, cuando menos, el efecto de facilitar y abreviar mucho la maniobra de la taxis, puesto que ha bastado en el primer enfermo, un minuto, y quince segundos en el otro, para reducir la hernia. Las taxis mas felices no proporcionan nunca en tan corto tiempo tan satisfactorios resultados.

M. Després niega al procedimiento de Lannelongue todo carácter de novedad, pues además del método indio y de otros modos de compresion general, hace ya mucho tiempo que un cirujano inglés, el doctor Earl, aplicaba sobre las hernias una vejiga llena de mercurio; otros han usado planchas de hierro, etc. Pero debe advertirse, que M. Lannelongue no tiene la pretension de haber inventado el método, sino únicamente de hacerle entrar en la práctica por creerle útil é injustamente olvidado. Además, el doctor Earl comprimía sobre el anillo y las partes inmediatas, y en el procedimiento que nos ocupa se ejerce la compresion encima del anillo, sobre el pedículo del tumor herniario.

En el *Bull. de thér.* se refiere tambien un caso feliz de la aplicacion de la compresion sobre las paredes abdominales.

Un hombre de cuarenta años entró en el hospital Lariboisiere por una hernia crural con accidentes agudos de estrangulacion hacia ya veinte horas. Sometido á la anestesia por el cloroformo á causa de su extrema agitacion.

costó mucho trabajo que se durmiese. Durante seis minutos se practicó inútilmente la taxis metódica. El interno de servicio practicó entonces la compresion, y en lugar de un saco de perdigones, colocó su puño cerrado dos centímetros por encima del arco crural, en la direccion del pedículo de la hernia. Se continuó la taxis, y en unos cuarenta segundos pudo conseguirse la reduccion. Es, pues, un medio sencillo y útil, cuya accion parece irrecusable en este caso.

**Herpetismo: patogenia: patologia experimental y comparada: tratamiento.** (*Union med.*).

Es el herpetismo, segun el doctor Gigot-Suard, una enfermedad constitucional, crónica, hereditaria ó adquirida, no contagiosa, continúa ó intermitente, caracterizada por manifestaciones variadas, que se producen simultánea ó alternativamente en la piel y diversos sistemas orgánicos, y que reconocen por causa directa la presencia en exceso en la sangre de los principios excrementicios, especialmente de los que se encuentran en pequenísimas cantidad en estado normal y que no son excretados por la piel, como los uratos, oxalatos, hipuratos, xantina, creatina, etc.

Los términos de esta definicion indican bien cuáles son las ideas del autor, en las que se encierra indudablemente el germen de una nueva doctrina. Así como las interesantes investigaciones de Garrod y repetidas por Charcot, han demostrado que la gota es debida á una acumulacion en la sangre de ácido úrico unido á una base alcalina y que los accesos dependen de la formacion de un depósito de urato de sosa en los tejidos ligamentosos y los cartílagos articulares, cree el doctor Gigot-Suard que el exceso de uratos alcalinos en la sangre es susceptible de engendrar diversas afecciones de la piel, y para demostrarlo ha recurrido á la experimentacion:

1.º A una perra preñada la administró 15 centigramos de ácido úrico con la comida, dos veces al día. A los ocho dias el animal daba señales de una viva comezon y se descubria en su lomo una extensa pitiriasis, al mismo tiempo que en el vientre se presentaba prurigo. A los

quince días parió, y en los dos cachorros que se la dejaron aparecieron ulceraciones eczematosas en el abdomen.

2.º Un perro pequeño tomó, durante dos meses, 20 centigramos diarios de ácido úrico. Al poco tiempo erupción papulosa acompañada de vesículas en el dorso y los muslos, que obligaban al animal á estarse rascando continuamente.

En dos casos se observó mucho picor y erupción escamosa en la piel en el primero y nada en el segundo. En el último perro, al que se dieron 25 centigramos de ácido úrico, dos veces al día, se manifestó una erupción pruriginosa en la parte interna de los muslos y en el vientre.

Una mujer de veinte y tres años, afectada de dispepsia, que tomaba 10 centigramos de ácido úrico diarios, sufrió á los doce días cólicos violentos con vómitos, que se parecían mucho á los nefríticos, y luego apareció en las manos y la cara una erupción pustulosa apirética precedida de intenso picor.

Un hombre de sesenta y tres años, afectado de neuralgia ciática, tomó el ácido úrico durante dos meses á dosis de 20 centigramos mañana y tarde. Se presentó una comezon intolerable en el cuero cabelludo, con formación de una gran cantidad de películas, y luego sobrevino un prurigo en el muslo y pierna izquierdos.

Una joven de diez y siete años, convaleciente de un derrame pleurítico; 20 centigramos de ácido úrico mañana y tarde durante un mes: pasados algunos días, picor intenso en toda la region del dorso, sin erupciones, y aparición de pústulas en las manos, los antebrazos y la cara.

Jóven de quince años; 20 centigramos de ácido úrico al día, ligera erupción pustulosa en la cara, con picor y escozor.

En la serosidad del eczema, en las ampollas del prurigo, en las escamas de la psoriasis, ha descubierto el autor, ya por medio del microscopio, ya con auxilio de los reactivos químicos, cristales de ácido úrico y uratos de sosa ó de amoníaco, unidos á fosfatos de sosa y de cal. Muchas veces se encontró el oxalato de cal asociado á los uratos en las escamas del psoriasis, en las costras del eczema y del impétigo.

En dos casos de parálisis muscular atrófica administró M. Gigot-Suard 30 centigramos diarios de ácido oxálico durante un mes. Desde el quinto día apareció en la primera enferma una erupcion de prúrigo, con picazon en el antebrazo izquierdo; al octavo y noveno día se extendió la erupcion á todo el cuerpo inclusa la cabeza. De los veinte á los treinta, eritema y brotes frecuentes de urticaria.—La segunda enferma experimentó picor intenso en el cuello y la cabeza, pero sin erupcion. Administrado el ácido oxálico á dos perros en cantidad de 2 gramos diarios, solo se notó que se les caia el pelo con facilidad.

El uso de 50 centigramos diarios de urea, en una muchacha de once años, produjo, á los diez y ocho días, una erupcion vesiculosa á la entrada de las fosas nasales y labio superior, con coriza.—En un hombre de treinta años, que tomó 10 gramos de urea en diez días, solo se advirtió un coriza con eritema ligero alrededor de las fosas nasales.—Los experimentos en los animales no han sido mas significativos.

De estos diversos hechos deduce M. Gigot-Suard que habiendo producido el ácido úrico la mayor parte de las lesiones descritas por los dermatólogos, y habiendo ocasionado el oxálico eritema, prúrigo, urticaria, etc., estos principios excrementicios, á los que se deberán añadir los hipuratos, la xantina y la creatina, son los que por su acumulacion en la sangre producen las diversas manifestaciones del herpetismo.

Preciso es confesar que los experimentos del doctor Gigot-Suard son poco numerosos y no decisivos para servir de base á una doctrina nueva; pero una vez indicado este camino no faltarán trabajadores que le exploren clínica y experimentalmente para ilustrar con sus observaciones los muchos puntos oscuros que presenta.

Una vez admitida la doctrina del herpetismo tal como ha sido formulada por el autor, las indicaciones que para el tratamiento se ofrecen son: 1.º Desembarazar á la sangre de los principios excrementicios que la vician; 2.º impedir la intoxicacion espontánea del organismo por los residuos de la desasimilacion. Para llenar la primera indicacion es indispensable activar la accion expoliatriz de los órganos excretores de la orina y regularizar la circu-

lacion capilar periférica, así como las funciones del aparato sudoríparo. Los medicamentos que deben emplearse en este caso son los alcalinos, y entre ellos el bicarbonato y el fosfato de sosa, el citrato y el acetato de potasa, el fosfato de amoníaco, las sales de litina y el silicato de sosa soluble, que se recomienda, á lo que parece, por cualidades de todo punto especiales. Para resolver la segunda parte del problema, es decir, combatir la diátesis herpética, los agentes que el autor ha encontrado mas eficaces son el cólcichico, el café verde y ciertas aguas minerales.

Colocado el doctor Gigot-Suard, como médico de las aguas de Caunterets, en un vasto teatro para estudiar las enfermedades crónicas, ha podido observar fácilmente su conexión íntima y su filiación. Los numerosos hechos recogidos le han demostrado que la mayor parte de ellas no son mas que variedades de un mismo tipo, manifestaciones de una sola enfermedad constitucional, el herpetismo, y fundándose en la experimentación, pretende erigir esta idea, que puede tener, cuando más, algunas probabilidades de certeza, en una verdad casi axiomática, y aun cuando no logre llevar al ánimo el convencimiento, no puede negarse que las observaciones, tal como están expuestas, ofrecen un vivo interés.

**Hidrartosis é higromas : puncion con el aspirador de Dieulafoy. (*Gaz. des hop.*).**

No se ha adoptado generalmente la puncion de las articulaciones en la hidrartosis, porque la herida hecha con el trócar ordinario de hidrocele es bastante extensa para que pueda producir una supuración que se propague á la sinovial: si se emplea el trócar explorador para conseguir la evacuación completa, hay necesidad de hacer presiones fuertes y prolongadas que pueden ser causa de una inflamación consecutiva susceptible de terminar por supuración.

M. Gosselin ha creído en estos últimos tiempos que el aspirador Dieulafoy podría evitar los accidentes á que expone la puncion articular. Por una parte, como la herida es muy pequeña, hay mas probabilidad de que se

cicatrice por primera intencion, y por otra, la aspiracion por el vacío hace inútiles las presiones. Toda la cuestion es encontrar un líquido poco consistente y desprovisto de grumos fibrinosos para que no obstruya la cánula.

Guiado el doctor Gosselin por estas ideas, ha practicado dos veces la puncion de la rodilla, empleando el gran modelo del instrumento, cuyo cuerpo de bomba puede contener 75 á 80 gramos de líquido. En ninguno de los dos casos ocurrieron accidentes.

El autor ha utilizado tambien el mismo procedimiento para la evacuacion de un higroma subagudo prerotuliano.

**Hilas de cuerdas embreadas.** (*Union méd.—Abeille méd.*).

Estas hilas se preparan con las cuerdas viejas embreadas de los arsenales marítimos. Deshechas, cortadas y cardadas mecánicamente, como se hace en las prisiones de Lóndres, estas cuerdas dan una estopa de color pardo brillante, de olor bien marcado de brea, que destruye la fetidez de las heridas. El doctor Louis Sayre, cirujano del hospital de Bellevue en New-York, es el primero que tuvo la idea de recurrir á este medio durante la guerra de América, y el presidente Davis, siguiendo sus indicaciones, le hizo emplear en grande escala, y con ventajas, bajo el nombre de *oakum*.

Hace dos años que se usa en el hospital de niños de Lóndres, y el doctor Pollok, cirujano del de San Jorge, le utiliza tambien mucho en las quemaduras, las amputaciones, la gangrena senil, las diversas especies de abscesos. Aplica estas hilas despues de toda operacion desde que se manifiesta la supuracion. Basta humedecerlas y ponerlas sobre las heridas para reemplazar á las planchuelas ordinarias, las lociones, las pomadas y aun las cataplasmas. Mojando esta estopa en agua caliente y cubriéndola con un pedazo de hule de seda, hace las veces de una buena cataplasma antiséptica.

El doctor Queyriaux propuso al Gobierno francés, durante la guerra, el uso de este medio para la cura de los heridos. Dicho autor, despues de cortar y deshacer las cuerdas, las carda con las cardas comunes, obteniendo una estopa mas ó menos fina, siendo preferible, á su juicio, la

gruesa. El doctor Giraldeés la ha empleado, en Val de-Grace, en un amputado del antebrazo y en una fractura del cúbito por arma de fuego, y por lo que en estos dos casos ha observado cree que puede reemplazar muy ventajosamente á las hilas en la cura de las heridas supurantes, y en razon de su elasticidad, puede servir tambien para guarnecer las gotieras y las férulas, prestando un verdadero servicio en campaña para la curacion de las fracturas complicadas. Su elasticidad permite que se la comprima y puedan colocarse grandes cantidades de ella en los furgones de las ambulancias.

**Ingerto: trasplantacion epidérmica.** (*Gaz. des hop.—Gaz. méd.—Dict. des prog.*).

Con objeto de comprobar la interpretacion de Billroth acerca del origen de los islotes cicatriciales que se observan en la superficie de las heridas, y que este autor atribuye á una capa de epidérmis que ha quedado en su sitio, M. Reverdin, interno del doctor Guyon, ha desprendido dos pequeños colgajos de epidérmis próxima á una extensa herida superficial, y les ha depositado en medio de los mamelones carnosos. Allí permanecieron á pesar de una supuracion abundante, y colocando un tercero en la inmediacion, tres dias despues, no tardaron en reunirse, extendiéndose los unos hácia los otros, es decir, por la formacion de una pequeña zona epidérmica alrededor de cada uno de ellos, del mismo modo que se forma un cordoncillo epidérmico sobre los bordes de la herida. Creciendo así de dia en dia, la cicatrizacion se ha verificado á la vez del centro á la circunferencia, y de esta á aquel.

El doctor Marc Sée ha practicado con éxito el ingerto epidérmico en un sujeto que entró el 26 de marzo en la enfermeria de Bicetre. La víspera le habian cogido el antebrazo las ruedas de una máquina, triturando y dislacerando las partes blandas anteriores y externas de esta region y del codo; mortificacion consecutiva de la piel y de las capas musculares superficiales sin que los huesos hubiesen sido lesionados. Se curó con el alcohol puro, y la herida, despues de la eliminacion de las capas superficiales que se habian gangrenado, se cubrió de pezoncillos

carnosos de buen aspecto. M. Sée aplicó el día 6 de mayo sobre la parte culminante de la herida, dos pequeños colgajos de epidérmis, desprendidos por medio de una lanceta de la parte interna del brazo derecho, é hizo en seguida una cura simple.

No habiendo encontrado al día siguiente los fragmentos de epidérmis, se consideró que habia fracasado esta tentativa.

El 12 de mayo se repitió de nuevo, limitándose á raspar con una lanceta la epidérmis del brazo y sembrar las partículas desprendidas en la superficie de la herida.

En aquella misma tarde, M. Reverdin, autor del método, practicó por sí mismo muchos nuevos ingertos, cuyos elementos tomó de la cara interna de la pierna, cubriendo y sujetando cada uno de estos colgajos con un vendote de diaquilon. Comprobó al mismo tiempo, que los que se pusieron el día 6 habian prendido perfectamente, aun cuando corriéndose un poco hácia la parte mas declive, por no haberles sujetado en su sitio. En los puntos en que se habian detenido, se veian dos islotes epidérmicos muy evidentes.

El 14 de mayo se quitaron los vendoteles, observándose que los ingertos habian agarrado; los islotes epidérmicos estaban ligeramente deprimidos y rodeados de un círculo rojo.

Los dias siguientes se comprobó la perfecta solidez de la epidérmis de los islotes, que se ensacharon rápidamente, haciéndose muchos confluentes.

El 17 de mayo M. Reverdin practicó nuevos ingertos con tan feliz resultado como los anteriores.

A partir de este dia, la cicatrizacion no dejó de hacer progresos; los islotes, cubiertos de epidérmis, se extendieron, y uno de ellos, mas próximo al borde inferior de la herida, se reunió á él.

El 1.º de junio, un tercio de la superficie total de la herida estaba cubierto de epidérmis. La supuracion habia disminuido notablemente, y todo hacia presagiar una curacion próxima. El trabajo de proliferacion de las células epidérmicas reemplaza en los puntos invadidos por los islotes de epidérmis al trabajo de supuracion, de suerte que se activa considerablemente la marcha de la cicatriz.



En un enfermo con extensas quemaduras ha obtenido M. Guerin (Alf.) análogos resultados.

En la Sociedad de Cirugía se ha discutido la cuestion de si al desprender los colgajos epidérmicos destinados al ingerto, no se desprenden al mismo tiempo algunas células del cuerpo papilar. Este punto es muy importante, porque segun que se resuelva afirmativa ó negativamente, el ingerto epidérmico se distinguirá ó no de las otras especies de ingertos. Menos interés ofrece bajo este punto de vista, saber si las células de la capa córnea gozan de la propiedad de proliferar en las condiciones de que se trata, ó si el colgajo epidérmico, para ingertarse, debe comprender células del cuerpo mucoso de Malpigio. En ambos casos, se trata en definitiva de la epidérmis, es decir, de una membrana ó de un tejido que no recibe ni vasos ni nervios, y por consiguiente, esta clase de ingerto no es comparable á las operaciones conocidas de autoplastia. La cuestion quedará juzgada, si sembrando sencillamente en la superficie de una herida células epidérmicas separadas raspando la superficie, se obtienen islotes de cicatrizacion, como con colgajos mas extensos y gruesos.

La trasplantacion epidérmica, si se demuestran definitivamente estos problemas, tendrá una gran importancia bajo el punto de vista de la cirugía práctica, dando un medio de obtener la cicatrizacion de ciertas heridas ó úlceras rebeldes, y de regularizar las cicatrices consecutivas á las operaciones de autoplastia. Debemos decir de paso, que suministra un apoyo muy poderoso y como una especie de demostracion á la teoría que ha propuesto el doctor Ranse para explicar la trasmision de las enfermedades infectivas ó contagiosas, trasmision que seria debida, segun esta doctrina, á la trasplantacion en un individuo sano, de elementos anatómicos alterados, pero vivos, procedentes de un sujeto enfermo.

No habiéndose comprobado por medio del microscopio si hay algo mas que epidérmis en los colgajos que se emplean para la trasplantacion, M. Verneuil cree que es difícil no separar al mismo tiempo que el fragmento epidérmico alguna porcion de la superficie del cuerpo papilar. Segun Alf. Guerin, estos colgajos deben siem-

pre contener células del cuerpo mucoso de Malpigio.

La proliferacion de las células epidérmicas seria imposible, segun M. Després, á menos que no lleven consigo células de este cuerpo: en este caso, la trasplatacion epidérmica es una operacion análoga á todas las demás del método autoplástico.

Sin negar el principio del ingerto epidérmico, M. Le Fort no cree que la aplicacion que se ha hecho á los enfermos presentados á la Sociedad de Cirugía por los doctores Guyon y Sée, es bastante para demostrar plenamente la excelencia de este medio bajo el punto de vista práctico. Se ha empleado en estos dos sujetos, en el momento en que las heridas estaban á punto de cicatrizarse. No es al fin, sino al principio de la supuracion de las heridas, cuando conviene aplicar el nuevo método para apreciar su utilidad bajo el punto de vista de la rapidez de la cicatrizacion.

Pero segun M. Sée, no pueden ponerse en duda las ventajas de esta operacion en casos de heridas tan extensas como las de su enfermõ que tardan muchos meses en curar; es evidente, que despues del ingerto, la curacion hizo rápidos progresos, gracias á la formacion de islotes epidérmicos, que se convirtieron en centro de un movimiento de proliferacion celular que ha abreviado mucho el trabajo de cicatrizacion. Otra ventaja de este medio es sustraer á la supuracion todo lo que es invadido por la proliferacion celular. Tambien M. Sée cree que es imposible no llevar con los colgajos de epidérmis la capa mas superficial del dérmis.

Los fenómenos que acompañan á la trasplatacion epidérmica, consisten primero en la desaparicion del colgajo ó laminilla de epidérmis depositada en la superficie de los mamelones carnosos, desaparicion que hace creer ha fracasado la operacion; pero muy pronto se ve formar en el sitio en que se ha aplicado el colgajo una depresion, alrededor de la cual se manifiesta una rubicundez mas ó menos viva; la depresion está ocupada por un islote de epidérmis que se extiende poco á poco por proliferacion celular hasta encontrar otros islotes producidos por los demás ingertos. De este modo se hacen confluentes, y forman cicatrices mas ó menos extensas.

Los cirujanos ingleses no han tardado en poner en práctica el descubrimiento de Reverdin. Empleado este nuevo medio por M. Lée, en una úlcera varicosa, del diámetro de la palma de la mano, y que databa ya de tres años, en un viejo, á las tres semanas estaban cicatrizadas las tres cuartas partes de su extension. M. Holmes ha conseguido igualmente buen resultado, en una pequeña úlcera de la mano derecha, en un hombre de cuarenta y cinco años. En una úlcera de la pierna, de 13 centímetros de largo por 8 de ancho, el doctor Lindenbaum (de Moscow) implantó tres colgajos de 7 milímetros de longitud y 4 de latitud. La reparacion estaba terminada á los veinte y ocho dias de la operacion, y la cicatriz solo constituia una pequeñísima parte de la antigua herida.

En el hospital general de Viena, en la Clínica del profesor Dumreicher, una úlcera varicosa de la pierna, de tres pulgadas de diámetro, rebelde á los medios ordinarios, se cicatrizó rápidamente implantando en medio epidérmis desprendida de una mano que acababa de ser amputada. El doctor Czerny ha hecho muchos otros experimentos que confirman el buen éxito de estas trasplantaciones aun con tejidos heterólogos del hombre á los animales.

Pero los resultados mas notables son los obtenidos por el cirujano inglés doctor Pollock en quemaduras antiguas, cuya cicatrizacion, tan difícil y lenta, no se consigue por lo comun sino á costa de deformidades incurables. El autor ha aplicado este método en seis enfermos, en cuatro de ellos con buen éxito.

El caso mas interesante es el de una muchacha de ocho años, que entró en el hospital en enero de 1870 con una úlcera extensa, consecutiva á una quemadura que contaba diez y ocho meses de fecha. Toda la parte externa del muslo derecho, desde la region glútea hasta la rodilla, era asiento de una extensa úlcera que tenia 45 centímetros de diámetro vertical y 36 trasversal. Habia pocas esperanzas de curacion, porque la herida estaba estancada hacia muchos meses, y permaneció así hasta el 5 de mayo con los medios ordinarios. Se aplicaron sobre esta vasta herida algunos fragmentos de piel sana, del tamaño de granos de mijo, tomados en la region ilíaca é ingertándose por una pequeña incision de las granulaciones. El

primer experimento pareció fracasar, pero no sucedió lo mismo con otros dos que se hicieron en seguida; los ingertos agarraron perfectamente, y quince días después se veían pequeños islotes de cicatrización que aumentaban rápidamente de diámetro. Otras tres trasplantaciones tuvieron el mismo éxito, y al fin se advirtió que la primera había también prendido. Esta extensa superficie ulcerada, que con los medios ordinarios habría tardado uno ó dos años en cicatrizar, se hallaba en buena vía de curación en diferentes puntos, después de algunas semanas de este nuevo método. La idea de M. Reverdin está justificada, y en vista de estos resultados, parece probable que este medio se propague con rapidez para el tratamiento de ciertas úlceras.

M. Rouge (de Lausana) ha terminado igualmente por el ingerto la curación de una quemadura que ocupaba la parte interna y posterior del muslo en un enfermo recientemente curado de un tétanos.

Dos trasplantaciones nuevas se han practicado en el hospital del colegio de la universidad de Londres, por Heath; la una después de la extirpación de un pecho carcinomatoso con pérdida considerable de piel; la otra en una extensa úlcera rebelde, resultado de un eczema en el tercio medio de la pierna. En ambos casos el resultado fué satisfactorio, sobre todo en el segundo, cuyo suelo parecía menos favorable al ingerto.

Este modo de cicatrización ha sido también experimentado en la última guerra franco-prusiana, después de las amputaciones, cuando por consecuencia de la retracción de los colgajos, queda una herida extensa. El doctor Aug. Reverdin, en las ambulancias de Hagueneau, ha implantado sucesivamente cinco ingertos en un muñón hueco, por consecuencia de la necrosis del fémur. En otra amputación de muslo, complicada con absceso, dos ingertos, que desaparecieron primero en las fungosidades, se manifestaron á los catorce días y aceleraron notablemente la cicatrización. Otra amputación de muslo por la raíz del miembro recibió primero nueve trasplantaciones, seis de las cuales prendieron perfectamente. La herida se dividió de este modo en tres regiones autónomas. La de la parte inferior, de donde fluía el pus, presentó

alguna resistencia á la curacion, por lo que se implantaron tres nuevos ingertos con el resultado mas completo. La cicatriz final no ocupaba mas de 2 centímetros cuadrados.

Mas de cincuenta ingertos se han puesto en una ambulancia de Berlin en pérdidas de sustancias consecutivas á la gangrena de hospital. La mitad de ellas ha tenido un éxito satisfactorio.

Este nuevo modo de cicatrizacion es igualmente aplicable en las enormes denudaciones producidas por los cascos de bomba ó granada. El doctor Bœckel ha obtenido, por la trasplantacion, un resultado muy notable en un enfermo de su servicio, que habia perdido una gran parte de los tegumentos de la nalga. En una herida del mismo género en la cara posterior del muslo, aplicó M. Reverdin tres ingertos, con feliz resultado. La superficie de granulación tenia muy mal aspecto, y fué preciso modificarla por la tintura de yodo y aun el cauterio actual. El éxito fué completo.

El profesor Jacenko (de Kiew) menciona tambien dos operaciones de trasplantacion en heridas de armas de fuego que terminaron felizmente.

Podria asimismo intentarse la aplicacion de este medio en las ulceraciones serpiginosas y fagedénicas de naturaleza sifilítica.

Es, pues, un nuevo método de tratamiento de las heridas. Para que sea coronado de éxito es preciso que estas sean granulosas y tenga buen color rojo. Cuando están fungosas ó sangrientas matan el ingerto inmediatamente. Puede modificarse previamente la superficie por la cauterizacion.

El ingerto debe tomarse en una parte en que la piel sea blanca, flexible y delicada, habitualmente cubierta por los vestidos, como el brazo. Sus dimensiones han de ser, por término medio, como las de una lenteja. Raras veces prenden cuando tienen las de una moneda de 2 rs.

La excision se hace con tijeras, una navaja de afeitar ó un bisturí. Un pliegue levantado en la piel con unas pinzas muy finas basta para el efecto. Es esencial no comprender mas que el dérmis en la seccion, pues en otro caso fracasa la operacion. Una vez desprendido el pe-

queño colgajo, se le aplica sobre la herida en el sitio que parezca conveniente.

M. Aug. Reverdin desprende estos colgajos con una lanceta, cuya punta, aplicada perpendicularmente sobre la piel, atraviesa el dérmis en todo su espesor; luego, volviéndola horizontalmente, hace la contrapuncion á 4 ó 5 milímetros, apoyando alternativamente contra los tejidos, con los dos cortes del instrumento, para su desprendimiento simultáneo y evitar que se arrolle el colgajo. Los bordes son, por consecuencia, oblicuos, cortados en bisel. Transportado de este modo sobre la lanceta, se le hace deslizar con un alfiler sobre la herida, donde se le extiende.

Los ingertos lenticulares se sostienen en general solos; cuando son mayores, es necesario fijarles por medio de vendoteles de diaquilon ó tafetan inglés; se les deja así de tres á seis dias. En los intervalos, si la herida es anfractuosa, se aplican hilas ó algodón; si es una parte movable como el párpado, es indispensable un vendaje contetivo.

Si, pasadas veinte y cuatro horas, el colgajo, permaneciendo pálido, se marchita y arruga, toma un aspecto lívido, cadaveroso, el ingerto se ha perdido.

En caso de que agarre, al segundo ó tercer dia aparecen estrías rojas y finas á su alrededor, que forman desde el sexto dia un anillo contínuo con depresion circular. La epidérmis se desprende por lo comun con el vendotele de tafetan, y deja una superficie roja como la de un vejigatorio.

En este procedimiento M. Reverdin procura desprender, al mismo tiempo que el colgajo, las células epidérmicas nuevas, que constituyen lo que se ha descrito equivocadamente como una capa especial bajo el nombre de cuerpo mucoso, de tal suerte que aplica sobre una superficie granulosa células jóvenes recientemente proliferadas. Las nociones que poseemos acerca de la vida de las células en su primera edad, nos hacen creer que estos organitos, encontrándose en un terreno propio para su desarrollo, proliferan de un modo exagerado, de suerte que aumentan rápidamente la extension del fragmento epidérmico implantado en la herida.

El doctor Pollock, que ha obtenido tan buenos resultados, no sigue literalmente las indicaciones de M. Reverdin. El práctico inglés coge con una pinza un pequeño pellizco de la epidérmis, que corta con unas tijeras, de suerte que el colgajo, de 1 milímetro de grueso próximamente, está formado por la epidérmis y parte superior del dérmis. Hace en seguida una incision en las granulaciones, en la cual introduce el fragmento de la piel; es un verdadero ingerto, como lo practican los jardineros. Lo cubre todo con un vendotele de esparadrapo, y no le levanta hasta que han trascurrido cinco ó seis dias. Segun este autor el experimento tiene buen resultado, aun cuando se opere con la piel de un negro.

No insistiremos mas sobre este punto, tan importante de teoría y de práctica: hemos expuesto los principales hechos hasta ahora conocidos y que cualquiera puede repetir. Al tiempo y á los trabajos sucesivos dejamos el explicar los fenómenos íntimos, primitivos y consecutivos de este trabajo fisiológico.

**Labio leporino: modificacion en el procedimiento operatorio**  
(*Gaz. des hop.*).

Aun cuando se trate de un hecho excepcional, es importante conocer el procedimiento empleado por el eminente cirujano M. Sedillot en un caso de labio leporino complicado con division de la arcada dentaria y bóveda palatina.

Era el enfermo un niño de diez y ocho meses, con un labio leporino situado en el lado izquierdo, que presentaba una cisura de 2 centímetros de ancha, que se continuaba entre el hueso incisivo y la porcion izquierda correspondiente del maxilar. La fosa nasal del mismo lado no existia, formando una cavidad comun con la boca. La bóveda palatina estaba completamente hendida, asi como el velo del paladar. El vómer cerraba, á la derecha, la mitad anterior de la cavidad nasal. M. Sedillot comprendió desde luego que en este caso no podian emplearse con éxito los procedimientos ordinarios y recurrió á uno nuevo, cuyo resultado fué convertir el labio leporino único en doble, uno congénito y otro artificial ó volunta-

rio; de este modo se facilitaba la curacion del primero y el segundo podia operarse mas adelante con plena seguridad de éxito. Bastaba para esto hendir verticalmente, al lado izquierdo, al nivel y á un través de dedo hácia afuera del ala de la nariz, todo el espesor del labio. Hecho lo cual podria ranversarse este hácia dentro, unirle al labio derecho y recurrir al procedimiento del autor para prolongar la altura del labio, cubrir completamente el borde alveolar, disimular la gran hendidura palatina y facilitar mas adelante la pronunciacion. Por último, el autor rehizo el contorno de la nariz por el procedimiento Clemot tan sencillo como eficaz.

Los diferentes tiempos de la operacion consistieron en lo siguiente:

1.º Cogiendo el borde inferior del labio izquierdo y estirándole hácia abajo y adentro, se le dividió perpendicularmente de abajo arriba con un tijeretazo. En seguida se desprendieron las adherencias. Las arterias fueron comprimidas por medio de pequeñas pinzas hemostáticas á fin de evitar las ligaduras, siempre perjudiciales á la reunion.

2.º Se avivaron los dos bordes del labio leporino, separando de abajo arriba y de arriba abajo dos pequeños colgajos que comprendian una ligera tira de piel y de mucosa, destinados, el superior, á rehacer el contorno de la nariz; el inferior, á llenar la escotadura del borde libre del labio. El operador tuvo cuidado al mismo tiempo de prolongar bastante oblicuamente hácia afuera y abajo los pequeños colgajos de refrescamiento para aumentar la altura del órgano reformado.

3.º En seguida se hizo la reunion colocando un alfiler á un milímetro de la mucosa del borde libre, para afrontar exactamente la piel al mismo nivel; sobre este alfiler se puso un cordonete, cuya traccion permitió aproximar las dos porciones opuestas de la herida; luego se cruzó el cordonete en 8 de guarismo para sujetarle. Del mismo modo se procedió con dos alfileres mucho mas finos, aplicados sobre la mucosa, en la parte inferior y un poco tambien en la posterior, despues de haber excindido la longitud excesiva de los pequeños colgajos. Unos hilos muy finos entrecruzados sobre la mucosa aseguraban las



relaciones de estos tejidos con regularidad. La misma maniobra se repitió en la parte superior: un alfiler aproximó los dos lados refrescados de la nariz, sosteniéndolos con un cordonete en 8 de guarismo, y los pequeños colgajos de refrescamiento, llevados hácia arriba y atrás, quedaron reunidos por dos puntos de sutura. Estos colgajos se hicieron horizontales por su propio peso y su retracilidad, y aumentaban el espesor del contorno de la nariz de delante atrás. Este procedimiento le parece á M. Sedillot preferible al de Giralvés en el caso que nos ocupa. Cree el autor indispensable atravesar horizontalmente las dos alas de la nariz y el tabique con un doble hilo metálico ó de seda, pasado en discos de agárico, de cuero, carton ó mejor de madera, de modo que forme una sutura enclavijada, cuyo objeto es aproximar las alas de la nariz y sostener con seguridad el extremo superior de la reunion, sin peligro de que se inflame la herida. Cuando la sutura está bien hecha se la deja aplicada cuatro ó cinco dias, sin inconveniente. Es el procedimiento de Philips ligeramente modificado.

Si las dos mitades del labio no tuviesen la misma altura, y una de ellas se encontrase manifiestamente encogida por atrofia, se remediaría prolongando más hácia abajo y afuera el refrescamiento de este lado, y sería bueno, en tal caso, no hacer la superficie avivada muy convexa. De otro modo habria el peligro, en el momento de la reunion, de tener un exceso de partes blandas en medio de la herida, que estaria mas tensa en la parte superior é inferior. Mas vale avivar oblicuamente de abajo arriba y de fuera adentro, cuando no hay motivo que á ello se oponga, para obtener el afrontamiento regular de las dos superficies cutáneas opuestas. Debe observarse igualmente que pasando el alfiler de sutura en el punto de reunion del tercio posterior del labio con sus dos tercios anteriores, se hace salir una pequeña porcion de los tejidos muscular y conectivo, que se encuentran como estrangulados entre los dos bordes de la piel.

La operacion, practicada el 18 de marzo, dió un contorno nasal perfecto y un borde libre del labio muy regular.

La segunda herida, ó herida auxiliar, fué refrescada y

reunida el 15 de abril, y el 21 presentó M. Sédillot el operado á la Sociedad de Medicina de Strasburgo. El labio estaba reformado, era sólido y regular, aunque los bordes, en la parte superior, estuviesen aun un poco deprimidos por efecto de su adelgazamiento en este sitio, por un principio de cicatrizacion en la parte superior y del poco espesor de los colgajos de refrescamiento.

M. Sedillot ha empleado posteriormente el mismo procedimiento en un caso exactamente igual al precedente en un niño de seis meses. La reunion pareció tan completa á las cuarenta y ocho horas, que el autor quitó los alfileres y puntos de sutura; pero los colgajos se fueron separando poco á poco y fué preciso hacer una nueva operacion, cuidando esta vez de aproximar é inmovilizar las alas de la nariz por una sutura enclavijada. Al sexto dia la curacion era perfecta y regular. Luego que pase mas tiempo, se propone reunir la herida auxiliar, lo cual no ofrece interés alguno.

**Lesiones traumáticas y operaciones: su mayor gravedad en los sujetos afectados de alcoholismo crónico.** (*Bull. de l'Acad.—Dict. des progres*).

Las investigaciones modernas han demostrado que, á la manera de los agentes tóxicos mas dañosos y mas tenaces, el alcohol altera, á la larga, todos los elementos anatómicos, todos los tejidos, y modifica todas las propiedades orgánicas; que en este concepto el alcoholismo deberia colocarse entre los estados constitucionales, al lado de la sífilis, las escrófulas, el artrismo, etc., y que, mas grave aun que estas enfermedades generales, pone al organismo en una situacion de las mas precarias y bajo la inminencia de accidentes muy frecuentemente mortales.

Conocida es la influencia del alcoholismo en la diabetes y las flegmasías internas, la pneumonía, la erisipela, la viruela, etc. Segun un trabajo presentado recientemente á la Academia de Medicina por el doctor Verneuil, esta influencia es tambien desastrosa en las lesiones traumáticas. Aun las mas ligeras se hacen prontamente mortales en los heridos y operados que tienen este vicio. Se ve todos los dias, en hombres de cuarenta á se-

senta años, de constitucion fuerte, formas atléticas, de salud robusta en apariencia, duros para el trabajo, convertirse las heridas mas ligeras, á pesar de una terapéutica racional, en puntos de partida de accidentes graves; linfagitis, flemon difuso, erisipela de mala naturaleza, hemorragias consecutivas, etc.; acompañado todo de fiebre intensa, septicemia rápida, delirio furioso, y luego de congestiones y flegmasías viscerales de curso rapidísimo.

Si en estos mismos sujetos la lesion primitiva presenta una gran extension ó desórdenes profundos, como en las contusiones violentas, el magullamiento de los miembros, las fracturas complicadas, etc., puede verificarse la muerte en algunas horas, dos ó tres dias cuando más, sin que haya podido comprobarse el desarrollo de los accidentes locales enumerados antes. En la autopsia no se encuentra generalmente en las vísceras ningun desorden de fecha reciente, sino solamente las lesiones antiguas imputables al alcoholismo, es decir, el engrosamiento de las meninges, la induracion cerebral, el color apizarrado del estómago, las degeneraciones granulosas ó adiposas del hígado ó los riñones, etc.

Este estado anterior de las vísceras reacciona, no solo sobre las heridas abiertas, sino tambien sobre las afecciones quirúrgicas en que los destrozos traumáticos son poco pronunciados y muy reducidos los sacrificios operatorios.

El autor dice que ha tratado desde el principio dos casos de pústula maligna, muy circunscritos, en la mano y en el antebrazo, empleando una cauterizacion vigorosa de manera que se destruyese con seguridad el foco virulento. El mal no se contuvo, una tumefaccion enorme se apoderó rápidamente del miembro, se formaron nuevas escaras, apareció un delirio furioso y la muerte terminó la escena en unas cuarenta y ocho horas. Ambos sujetos eran de un vigor excepcional, de cuarenta á cincuenta años, pero bebedores antiguos y de primera fuerza.

La estrangulacion herniaria, lesion puramente mecánica, es difícilmente curable en los alcoholizados. La que-  
lotomía, tan eficaz en los demás sujetos, cuando se practica en tiempo oportuno, no tiene nunca en ellos un resultado feliz. La destruccion de la estrangulacion no suspende ni evita la peritonitis, y los enfermos sucumben

poco despues en un estado de agitacion ó de postracion.

En fin, M. Verneuil recuerda que las fracturas simples mas benignas en apariencia, en el peroné, la rótula, la clavícula, provocan á veces en estos desgraciados un ataque de *delirium tremens* que los mata en dos ó tres dias.

Este delirio de los operados y los heridos, indicado por Dupuytren bajo el nombre de *delirio traumático*, solo ha sido referido á su verdadera causa, si bien muy ligeramente por Leveillé y Roberts. El profesor Tardieu hizo ya esta observacion clínica en 1848, bajo el punto de vista médico-legal, é incidentalmente la mencionó el doctor Verneuil, en sus aplicaciones quirúrgicas, en el Congreso de Paris de 1867. Uno de sus discípulos, M. Peronne, ha tratado despues este asunto en su tesis del doctorado; pero se necesitaban nuevos hechos y debates contradictorios para ilustrar este punto clínico.

El doctor Verneuil refiere cuatro nuevas observaciones en apoyo de sus ideas. En la primera se trataba de un cochero de cincuenta y siete años, entregado al abuso de los alcohólicos, y que, en una caída, hallándose borracho, sufrió una contusion con dislaceracion del hígado, los riñones y la cápsula suprarenal, lesiones que produjeron la muerte al dia siguiente de su entrada en el hospital Lariboisiere, donde se comprobó en la autopsia la existencia de dichas lesiones con esteatosis antigua del hígado y pulmonía izquierda. Pero todas ellas son mas que suficientes para explicar una muerte rápida sin apelar á la influencia del alcoholismo.

El segundo hecho es mas decisivo. Se trataba de un hombre atlético, de cincuenta y tres años, de mala conducta, muy aficionado á la bebida, que sufrió una fractura del húmero por arma de fuego. Se extrajeron algunas esquirlas y se practicó la reseccion. El enfermo fué acometido de delirio y murio al dia siguiente, no habiéndose podido practicar la autopsia ni comprobar, por tanto, las lesiones esteatóticas propias del alcoholismo; pero de todos modos, por parte de la herida no habia ocurrido accidente alguno que explicase tan rápida y funesta terminacion.

En las dos observaciones siguientes, la terminacion fué menos pronta. Presentáronse en las heridas accidentes

bien conocidos, es decir, flemones que no pudieron conjurarse por ninguno de los medios que se emplean en semejantes casos. No pudo limitarse la inflamacion traumática, se extendió sin cesar, y las operaciones radicales, amputacion de la pierna y el brazo, empleadas como último recurso no hicieron mas que acelerar la terminacion.

M. Verneuil atribuye estos resultados funestos á la influencia del alcoholismo, es decir, á la modificacion producida en la sangre y la trama misma de los tejidos. Cree imposible desconocer en estos casos una fisonomía especial y negar la existencia de un elemento particular de malignidad.

Pudiera atribuirse la causa de una desproporcion tan evidente entre la gravedad de las lesiones primitivas y la de su evolucion, á las lesiones viscerales anteriores, á una alteracion subaguda de la sangre, á la alteracion de esta por los líquidos absorbidos en la superficie de la herida. Segun M. Verneuil, todas estas hipótesis descansan en bases aceptables, pero ninguna de ellas puede aplicarse á la generalidad de los casos. No se explica que las lesiones viscerales sean casi desconocidas y compatibles con un estado de salud satisfactorio en apariencia dos o tres dias antes de la herida, y que una fractura, por ejemplo, las agrave hasta el punto de producir una muerte rapidísima.

La absorcion de materias sépticas, cuando se efectúa en grandes proporciones por extensas superficies y cuando los líquidos son casi virulentos, justifica bastante bien la muerte. Pero en los casos de heridas pequeñas, y aun de lesiones subcutáneas que no engendran materias pútridas, se ven sobrevenir en los alcoholizados accidentes tan graves y tan fulminantes como los referidos en las anteriores observaciones.

Cuando ya se está prevenido, no cree el autor que ofrece graves dificultades el diagnóstico del alcoholismo. Pero una vez establecido este, así como el pronóstico, se presenta mas difícil el problema de la terapéutica médica y quirúrgica. ¿Dada una herida en un sujeto alcoholizado, qué conviene hacer para evitar la explosion de los accidentes generales, y en caso de haberse presentado estos, cómo se los debe combatir? M. Verneuil ha em-

pleado sucesivamente los alcohólicos, el opio en grande y pequeña dosis, el bromuro de potasio, el cloral, la digital, todo con resultados dudosos, y confiesa noblemente su ignorancia respecto al tratamiento mas conveniente.

Ha ensayado del mismo modo todos los métodos de curacion: la expectacion vigilante con todos sus recursos, luchando brazo á brazo con todos los accidentes locales, con todas las complicaciones previstas é imprevistas. En casos de fracturas complicadas ha hecho resecciones, luego amputaciones, ha sido alternativamente conservador y radical. Ha intervenido activamente muy pronto, desde el principio, luego ha ensayado no operar hasta despues de haber pasado la primera tempestad traumática, y como á pesar de todas estas tentativas ha tenido muchos reveses y apenas algunos casos felices, dice que no ha podido trazarse á sí mismo mas que algunos preceptos empíricos sin bases racionales y sólidas.

Despues de seis años de concienzudos estudios, confiesa que no sabe aun por qué vía va á atacar la muerte á sus heridos. El uno sucumbe al *delirium tremens*, el otro á un estado gástrico mal determinado, este á la septicemia aguda, aquel á la piohemía clásica, un quinto se hace albuminúrico, el sexto hidrópico por lesion del hígado; la hemorragia consecutiva toma tambien su parte en los desastres, y M. Verneuil ha observado su impotencia casi absoluta ante todos estos enemigos.

La condicion especial de los alcoholizados debe tenerse en cuenta en las estadísticas y colocarlos en una clase aparte, cuando se trate de juzgar comparativamente los métodos terapéuticos, los procedimientos operatorios, la cirugía conservadora frente á la radical, las resecciones y las amputaciones, etc., puesto que estos sujetos están casi inexorablemente condenados á morir.

M. Gubler hace notar que el alcoholismo no es una entidad unívoca, varía segun el período, el tiempo y los individuos. Frecuentemente está indicado un remedio distinto y que debe apropiarse á las diversas circunstancias. Los mismos fenómenos pueden ser engendrados por el exceso así como por la privacion de los espirituosos. El alcohol aquí y el opio allá, pueden tener efectos igualmente eficaces, de la misma manera que otros muchos re-

medios. Hay, pues, necesidad, á juicio del M. Gubler, de formular la medicación que debe oponerse á los diversos accidentes, como se hace con todas las diátesis.

El doctor Gosselin no cree que la influencia del alcoholismo se hace sentir en todos los casos quirúrgicos. Establece una diferencia notable, bajo este punto de vista, entre las enfermedades apiréticas y las que van acompañadas de fiebre. En las primeras, por ejemplo, contusiones, entorses, roturas, fracturas simples, el abuso de los alcohólicos, si se exceptúa el delirio, no modifica sensiblemente su curso y su duración. En los casos en que debe presentarse fiebre y en que esta precede ó va acompañada de supuración, es cuando el alcoholismo modifica el curso de las dolencias y las imprime frecuentemente una gravedad especial. El autor ha observado también, desde hace diez años, que los accidentes febriles consecutivos á las enfermedades de las vías urinarias son más graves y más rápidamente mortales en los alcoholizados que en los demás sujetos. Lo mismo sucede en las lesiones traumáticas del cráneo, con especialidad la fractura del peñasco. Cuando en estos casos M. Gosselin averigua que el enfermo se entrega desde hace mucho tiempo á los excesos alcohólicos, establece siempre un pronóstico grave.

Los alcoholizados, aun cuando no tengan lesiones viscerales, se encuentran en un estado de debilidad general que no tiene nombre y que se parece á los efectos de la edad. El autor cree que estos individuos tienen todos sus órganos, especialmente el cerebro, envejecidos antes de tiempo, y dice no conocer remedio ninguno para esta vejez artificial y prematura, así como no le hay para la verdadera.

M. Behier encuentra natural y muy explicable que en la invasión general de los órganos por la esteatosis, especialmente el hígado y el cerebro, y estando la sangre impregnada de glóbulos adiposos, se manifieste en las enfermedades, como en los traumatismos de los alcoholizados, un estado de ataxia ó de adinamia que impide á las alteraciones médicas resolverse y á las lesiones quirúrgicas repararse. En estos casos, dice, los estimulantes, el alcohol como los demás, son impotentes y aun perjudiciales.

En igualdad de alteraciones, el traumatismo que impresionada, altera repentina y súbitamente el organismo, es mas grave que la enfermedad que le invade poco á poco. La comparacion de Hardy, que una viruela es tan grave como una herida, y que si un pneumónico se salva, un alcoholizado herido puede tambien curar, no le parece por esto exacta. Todo consiste en el grado de esteatosis de los órganos y la fuerza de reaccion. La privacion del alcohol no podria ser la causa del delirio que sobreviene á veces doce, quince ó veinte y cuatro horas despues de la operacion, ó cuando los heridos ó los operados continúan bebiendo moderadamente vino. Provoca á veces vómitos en los alcoholizados dispépsicos, mientras que hace milagros en los que no lo son. Así es que, para M. Guibler, el opio y sus congéneres serian omnipotentes cuando solamente hubiese neuroses, que es el primer período del alcoholismo, mientras que en el segundo, cuando el aparato cerebral está turgente y próximo á producir exudacion inflamatoria, es preciso hacer contraer los capilares y detener el proceso naciente.

M. Richet cree en la influencia de los hábitos alcohólicos inveterados sobre el curso, el pronóstico y la terminacion de las afecciones quirúrgicas, por mas que no conozca aun por sus observaciones la relacion de causalidad que entre estos dos fenómenos exista. Para demostrarla seria preciso que todos los bebedores, ó á que se supone tales, que sucumben rápidamente á lesiones curables en otros, presentasen en la autópsia las lesiones anatómicas del alcoholismo, y que en los heridos se hubiesen comprobado durante la vida los síntomas indudables de esta enfermedad. Lo cual no sucede en las observaciones de M. Verneuil.

Para M. Richet, el alcohol produce sus efectos morbosos de un modo distinto de lo que se dice generalmente. Es por su accion directa, fisico-química, por la que determina la gastritis, la dispepsia, la demacracion, el empobrecimiento de la sangre, la debilidad de las fuerzas, y finalmente, la *miseria* y la *degradacion fisiológica*.

A la accion indirecta, es decir, á la absorcion del alcohol, á su paso á la sangre y á los órganos, se deberian referir mas especialmente las alteraciones de estas vis-



ceras que se producen lentamente, como la esteatosis del hígado, de los riñones, del corazón, la esclerosis de las meninges y del encéfalo.

Consecuente el autor con estas ideas, procura levantar las fuerzas del herido estenuado por el alcoholismo sin irritar el estómago. El opio en lavativa ó supositorio, la infusión ligera de café, el té de vaca, la carne cruda y el vino de Burdeos son los medios que emplea para el estado general.

En cuanto al local, las curas con alcohol mas bien que con ácido fénico, los grandes desbridamientos, y pocas mutilaciones, sobre todo durante la fiebre.

El *delirium tremens*, signo patognomónico del alcoholismo, es una complicación grave en cirugía, y para M. Giralde's una prueba de alcoholismo cuando sobreviene despues de una operacion; pero es preciso no confundirle con otros delirios. Además del insomnio constante, tiene por carácter girar sobre cosas fantásticas ó las ocupaciones usuales del delirante, palidez de la cara, dilatación de las pupilas, temblor de la lengua, sudor abundante, pulso frecuente y deprimido, análogo al de la fiebre tifoidea.

Este delirio, cuando es espontáneo, no ofrece la misma gravedad que en los operados y heridos. No puede menos de reconocerse que las lesiones ó el choque producido, obrando por vía refleja ó de otro modo sobre el cerebro, aumentan la gravedad. Peddie y Lagcock, que han observado este accidente en grande escala, consideran al opio como muy perjudicial, porque no puede menos de congestionar el cerebro, que es el órgano enfermo en este caso.

De todo esto se deduce que las lesiones traumáticas en los alcoholizados son generalmente mas peligrosas, su pronóstico mas grave, y que deben modificarse las consecuencias terapéuticas y operatorias. Pero para establecer la extensión de este peligro se necesitan observaciones y estadísticas bien hechas.

*Litotricia perineal. (Gaz. des hop.—Dict. des prog.).*

Sistematizando en método particular esta operacion excepcional, inaugurada por el profesor Bouisson, cuando despues de la talla el gran volúmen del cálculo se opone á su salida, el profesor Dolbeau la ha modificado y perfeccionado de modo que sea aplicable desde luego á todos los casos de cálculos voluminosos y cuando se halla contraindicada la litotricia por la via directa y ordinaria. En los 22 enfermos operados desde 1863 ha obtenido un resultado satisfactorio, pues aunque el último sucumbió, fué por haberse ahorcado en un acceso de enajenacion mental cuando se hallaba en via de curacion. La autopsia demostró que el cuello de la vejiga, el bulbo y la pared anterior del recto estaban intactos.

De este modo se encuentra realizada la idea de Juan de Romanis, que, notando la facilidad con que las mujeres expulsan los cálculos por la uretra, queria hacer en el hombre un conducto análogo.

La operacion de M. Dolbeau se compone de dos tiempos principales: la creacion de una vía en parte artificial hácia la vejiga y una litotricia ejecutada por este camino.

Practica en la línea media, justamente delante del ano, una incision vertical de 25 milímetros; sigue incindiendo los tejidos subyacentes, pasando entre el bulbo de la uretra, que se deja delante, y el recto que queda atrás; de este modo llega á la porcion membranosa; introduciendo el dedo en la herida en direccion del recto cuyas fibras musculares sirven de guia, se deprimen lentamente los tejidos hasta la uretra, donde se reconoce la presencia del catéter; entonces se punciona por medio de un bisturí. Hasta aquí no hay mas que una talla media, sin otra diferencia que las menores dimensiones de la incision.

El segundo tiempo consiste en la dilatacion de la porcion membranosa, de la prostática de la uretra y del cuello de la vejiga, por medio de un instrumento dilatador circular, de esta suerte se hace una especie de conducto análogo á la uretra de la mujer, que permite introducir el litoclasto para triturar los cálculos voluminosos y extraer sus detritus. Con este método se respeta el

bulbo y se evitan las hemorragias, lo cual es imposible con las incisiones ordinarias de 3 á 4 centímetros.

Este segundo tiempo es el que constituye verdaderamente la originalidad de la operacion de M. Dolbeau. El autor punciona simplemente la uretra, no la incinde; hecho esto abandona el instrumento cortante, y solo se sirve de su dilatador. La vía nueva se hace por dislaceracion de la porcion membranosa de la uretra y por separacion y compresion de los demás tejidos. Luego que se saca el dilatador queda en el periné un conducto regular, del diámetro del dedo índice, verdadera vía pre-rectal, formada por la separacion y compresion de los tejidos, que empieza en la piel y termina en el cuello de la vejiga. Este último está intacto, pero con una dilatacion de 2 centímetros de diámetro. El instrumento, calculado matemáticamente, respeta siempre el orificio uretro-vesical.

El tercer tiempo consiste en la trituracion del cálculo. Aquí, si bien M. Dolbeau no ha inventado nada, ha perfeccionado los instrumentos, y sobre todo ha erigido en principio la trituracion, que los antiguos practicaban solo cuando no era posible extraer la piedra.

En vista de esto, es imposible, segun M. Tillaux, negar á la operacion de M. Dolbeau el carácter de novedad y de originalidad. En cuanto á su valor, es preciso guardar una prudente reserva, y esperar que el tiempo y la experiencia confirmen los excelentes resultados obtenidos por el inventor, demostrando si es preferible la dilatacion lenta, circular é igual que practica, á la incision que hacen otros autores, ó la dilatacion violenta y en un solo diámetro que se hacia antiguamente en la talla media y que dió lugar al abandono de este método rehabilitado por el doctor Buisson, sustituyendo á la dilatacion la incision metódica del cuello de la vejiga.

**Luxacion bilateral de la mandíbula inferior: procedimiento de reduccion.** (*Lyon méd.*).

En un caso de luxacion reciente, bilateral de la mandíbula inferior, en que se habia intentado cuatro veces sin éxito la reduccion por el procedimiento clásico que

se encuentra descrito en todos los autores, el doctor Clement (de Lyon) buscó con la extremidad del dedo la apófisis coronóides del lado derecho elevando fuertemente el lado superior, empujó esta apófisis hácia atrás, y entonces el cóndilo entró en su sitio con gran facilidad. Repitió la misma maniobra y con igual fortuna en el otro lado.

Segun el doctor Gayet, uno de los medios mas poderosos de auxiliar las maniobras de reduccion consiste en distraer la atencion del enfermo, porque la contractura muscular desempeña un importante papel en esta dislocacion. Es posible, dice, que cuando M. Clement ejecutaba las maniobras clásicas de reduccion, el espíritu del enfermo estuviese concentrado en este acto, é involuntariamente sus músculos, contraídos, oponian una resistencia invencible. Por el contrario, cuando el operador buscó la apófisis coronóides, no hallándose preocupado el paciente, dejó sus músculos en relajacion.

**Luxacion del húmero: procedimiento de reduccion sin esfuerzos ni violencia.** (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Hace mucho tiempo que el doctor Lattyé ha renunciado en las luxaciones del húmero á la aplicacion de los preceptos clásicos concernientes á la extension y contra-extension. El procedimiento racional que ha adoptado es, á su juicio, preferible á los demás, tanto á causa de su sencillez y de la prontitud con que se consigue el objeto, como por la falta total de dolor que distingue á su ejecucion.

Encontrándose el autor un dia en un pueblo, en presencia de una luxacion que era preciso reducir en un hombre robusto y muy nervioso, y no contando mas que con un ayudante, imaginó este procedimiento. Despues de haber reflexionado sobre el modo de verificarse la luxacion y la direccion que toma la cabeza del húmero para irse á alojar en la cavidad de la axila, le pareció que llevando la cabeza de este hueso hácia atrás, arriba y afuera, es decir, haciéndola recorrer el mismo camino que siguió para llegar á donde se encuentra, debería necesariamente obtener la reduccion. Colocó á su ayudante al lado izquierdo (la dislocacion estaba en el derecho), ha-

ciéndole que abrazase al paciente, viniendo á cruzar sus dos manos sobre el acromion, y comprimiendo con fuerza. Hecho esto cogió el codo, apoyándole en la palma de la mano derecha, é introdujo la mano izquierda en el hueco de la axila, delante de la cabeza del húmero. Operó entonces simultáneamente con sus dos manos; mientras que la derecha apretaba fuertemente el codo contra el pecho, empujándole hácia adelante y arriba, la izquierda tiraba hácia fuera, arriba y atrás la cabeza del húmero, que se deslizó rápidamente, viniendo á chocar contra la carita articular; la reduccion estaba efectuada sin el menor dolor.

Desde entonces en todos los casos análogos ha obtenido constantemente los mismos resultados.

**Luxacion de la rótula: ineficacia de los métodos ordinarios; reduccion por medio de una erina doble implantada en la cara anterior del hueso.** (*Gaz. des hop.*).

Este medio de reduccion ha sido empleado por el doctor S. Duplay en una luxacion hácia afuera de la rótula, consecuencia de un golpe.

El cóndilo interno del fémur formaba una eminencia; el externo se hallaba oculto por la rótula dislocada. La cara anterior de esta miraba hácia adentro; su borde externo formaba una gran prominencia hácia adelante; el interno no era posible reconocerle, se encontraba situado profundamente y descansando sobre el espacio intercondiloídeo del fémur. El ligamento rotuliano, fuertemente distendido, se dirigia oblicuamente de abajo arriba y de dentro afuera. La flexion de la pierna era casi imposible.

Todas las tentativas de reduccion que se hicieron en dos ocasiones distintas, despues de haber cloroformizado al enfermo, fueron infructuosas. M. Duplay se convenció entonces que no seria posible reducir el hueso dislocado sino á condicion de tirar hácia delante, por un medio directo, su borde interno, de modo que se le desprendiese de la excavacion intercondiloídea en que estaba alojado, y se le hiciera pasar por delante del cóndilo interno. El mismo resultado habria podido obtenerse obrando sobre la rótula, como lo ha hecho Moreau, valiéndose de

una palanca introducida debajo de su cara posterior; pero como este medio exige la abertura de la articulacion, fué desde luego rechazado por el autor, que dió la preferencia al siguiente método: Implantó sólidamente en la cara anterior de la rótula, cerca del borde interno y á través de los tegumentos, una erina doble, muy sólida, bastante parecida á los garfios de Malgaigne para la fractura de este mismo hueso. Por un esfuerzo enérgico tiró de ella hácia adelante, é inmediatamente se redujo la luxacion. El enfermo, préviamente anestesiado, no sufrió dolor alguno. Se colocó el miembro en una gotiera, y por exceso de precaucion se aplicó sobre la parte afecta una vejiga llena de hielo, que se suprimió á las cuarenta y ocho horas, reemplazándola con cataplasmas frias.

A los diez dias la articulacion se hallaba en estado completamente normal.

**Luxaciones: reduccion por el método de continuidad.**  
(*Journ. de méd. de Bordeaux*).

Desde que los doctores Anger y Legrós imaginaron emplear los lazos de caoutchouc en la reduccion de las luxaciones, hemos dado á conocer varios hechos que prueban el valor de este método.

Un nuevo caso observado por el doctor Girard, en el que se consiguió un resultado sorprendente en la reduccion de una luxacion de la cabeza del húmero derecho en la axila, que habia resistido á los otros medios de fuerza y de dulzura, ha dado ocasion al autor para escribir un excelente trabajo acerca de lo que él llama *Método de la continuidad en la reduccion de las luxaciones*.

El modo de aplicacion de este método, dice M. Girard, es sumamente sencillo, y esto constituye una de sus mas preciosas ventajas.

El cirujano no tiene necesidad de ninguna persona extraña, se basta á sí mismo completamente.

Los objetos necesarios son: una sábana para lazo contraextensor, un tubo ó una venda de caoutchouc, tiras de diaquilon, y una venda sencilla para asegurar la extension.

La contraextension se hace como en los métodos de fuerza; solo que, como la extension debe ser continua

por un tiempo mas ó menos largo, es preciso sujetar el lazo contraextensor en un punto fijo, y no confiarle á un ayudante.

Para hacer la extension se aplican sobre la piel del miembro y en la direccion de su eje, vendoteles de diaquilon en número de cinco á diez, disponiéndoles de manera que abracen el miembro en forma de abanico en su parte superior, para reunirse los unos á los otros en la inferior, en la cual terminan formando un asa ó anillo. Un vendaje circular que cubre estos vendoteles, les da una solidez á toda prueba é impide que se deslicen.

En fin, cerca del anillo formado por los vendoteles, es necesario elegir un segundo punto fijo; una argolla clavada en la pared, una escarpia, la falleba de una puerta, etc., cualquiera de estas cosas bastan, porque no hay necesidad de que la resistencia sea muy considerable.

No resta mas que aplicar el tubo de caoutchouc. Para esto se le pasa sucesivamente por el anillo formado con los vendoteles de diaquilon y se le engancha en el punto fijo antes elegido; debe tenerse cuidado de distenderle de modo que adquiriera el doble de su longitud.

Se dan con el tubo elástico las vueltas que se quiera, ó mas bien las que exija la luxacion que se va á reducir, porque es evidente que habrán de ser más en una dislocacion del fémur que en la del húmero.

La fuerza de traccion así obtenida, varia entre 10, 20, 30, 40 y aun 50 kilógramos. Podria aumentarse empleando tubos mas fuertes, pero no es necesario. Con una fuerza de 48 kilógramos ha reducido Dubreuil una luxacion del fémur, que son las que exigen mayor desarrollo de fuerza. Parece, pues, que el límite máximo son 50 kilógramos, que dista mucho de los 275 que empleaba Malgaigne.

Dispuestas así las cosas, no hay mas que esperar; la elasticidad propia del caoutchouc obra, produciendo una extension continua. La regla es, que al cabo de cinco, diez, quince, veinte minutos, cuando más, la contraccion muscular ceda, siendo reemplazada por la relajacion.

Entonces se ve que la region en que se encuentra la luxacion, se extiende, se prolonga; la mano del cirujano siente la extremidad luxada que se disloca, y se acerca

progresivamente á la superficie articular que habia abandonado.

En este caso sucede una de dos cosas; ó bien la traccion continúa basta para la reduccion y la extremidad se coloca por sí misma en su sitio, ó bien llega al nivel de la superficie ó cavidad abandonada, pero tiene que intervenir el cirujano para acabarla de reducir; maniobra sumamente fácil por el estado de relajacion en que se encuentran los músculos. Necesítase solamente tener cuidado de hacer cesar la extension, cortando de un tijeretazo el anillo que forman los vendeletes.

**Mordeduras de animales venenosos: tratamiento por la inyeccion de amoniaco en las venas. (Gaz. hebd.).**

Despues de haber experimentado en perros mordidos por reptiles del género *Hoplocephalus curtus* la accion de las inyecciones amoniacales en las venas, el doctor Halford ha reunido diez observaciones en que se aplicó este mismo medio en el hombre. Daremos un resúmen muy sucinto.

1.º Hombre adulto, mordido por una serpiente negra: estupor progresivo; á las cuatro horas el doctor Dempster inyectó el licor amoniaco en la safena y debajo de la piel. A la segunda inyeccion se reanimó el enfermo. A excepcion de unos vómitos violentos, durante doce horas no hubo ningun otro accidente.

2.º Mujer mordida por una serpiente; inyectó amoniaco en una vena de la muñeca. Curacion.

3.º M. B. mordido en un dedo por una culebra parda. A las dos horas, á pesar de la ligadura del dedo, parálisis de los miembros inferiores, insensibilidad, vómitos, pequeñez de pulso. El doctor Arnold empleó inútilmente el galvanismo, la cauterizacion local con el amoniaco; el profesor Halford inyectó entonces el amoniaco en la vena radial superficial. El efecto fué maravilloso, el coma desapareció, restableciéndose rápidamente la sensibilidad.

4.º P. E., habiendo sido mordido en la pierna, cayó en el coma; el doctor Grady inyectó sesenta gotas de una solucion de amoniaco en la mediana basílica. El enfermo volvió á su trabajo al dia siguiente.



5.º Un muchacho de catorce años mordido en el dedo pequeño. A pesar de haberse practicado la ligadura, sobrevino un estupor profundo. El doctor Barret inyecta quince gotas de la solución amoniaca, administra el amoníaco al interior, y cauteriza la herida con este mismo agente. A los pocos minutos el niño se encontraba en una agitación violenta, pero á las cuatro horas quedó en perfecta calma.

6.º En un caso análogo al precedente, el mismo práctico llamado al poco tiempo de la mordedura, aun cuando no existian signos de intoxicación, practicó una inyección de amoníaco á título de medio preventivo. Inmediatamente despues se presentaron algunos síntomas nerviosos menos intensos que en el enfermo anterior. A las pocas horas restablecimiento completo.

7.º Un hombre jóven fué mordido en la pierna por una culebra atigrada. Tuvo vómitos y estupor. Se inyectaron en una vena diez gotas de licor amoniaca y veinte de agua. Las pupilas antes contraídas, respondieron inmediatamente á la acción de la luz. A la mañana solo habia debilidad, y el brazo y la pierna estaban doloridos. Curación completa en poco tiempo.

8.º Niño de ocho años mordido en el codo. A pesar de las cauterizaciones locales, á las siete horas habia estupor profundo, las extremidades estaban heladas.

Se inyectaron en la vena mediana dos dracmas de una solución amoniaca (cinco partes de agua por una de amoníaco). El efecto fué instantáneo, y tres horas despues de la inyección, el niño jugaba alegremente, no haciéndose esperar la curación.

9.º Niño de nueve años mordido en el pulgar por un animal que se supuso ser un *opossum*. A muy poco tiempo vacilación al andar y vómitos. Cuando entró en el hospital, veinte y siete horas despues del accidente, pulso frecuente (120), intermitente, extremidades frias, pupilas dilatadas é insensibles, trismo, disfagia. Se inyectaron cinco mínimas de la solución de amoníaco, diluidas en cinco veces su peso de agua, pero sin producir efecto. Cuatro horas despues se repitió la inyección sin mejor éxito. Al dia siguiente se hizo una tercera inyección, pero el enfermo falleció al poco tiempo. Segun el doctor Halford, la

terminacion funesta de este caso fué debida al tiempo transcurrido entre la mordedura y el tratamiento.

10.º Hombre robusto de treinta y tres años, mordido en la palma de la mano derecha; se empleó la succion y cauterizacion. Los accidentes no se presentaron hasta tres horas despues; náuseas, adormecimiento del brazo, vacilacion, opresion precordial, fotofobia, y muy luego estupor é imposibilidad completa de la articulacion de la palabra. Pulso débil, intermitente, pupilas dilatadas, frialdad de la piel. Se inyectaron en la vena mediana cefálica 60 centigramos de amoníaco, diluidos en 6 gramos de agua caliente. Un minuto despues de la inyeccion, el paciente se levantó, y á los diez minutos pudo andar. El doctor Rae practicó la operacion, aunque con pocas esperanzas. porque no tenia, segun dice, otra cosa mejor que hacer.

Como ha podido notarse, estas observaciones son debidas á varios médicos, y parece que prueban, cuando menos, la inocuidad de las inyecciones *en la Australia*; falta que la experiencia demuestre que sucede lo mismo entre nosotros.

Se ha elegido la vía venosa, porque el amoníaco no es fácilmente absorbido por el estómago, y las inyecciones subcutáneas de álcali determinan escaras.

El profesor Halford cree, que este medio terapéutico podria utilizarse en el síncope clorofórmico, en el envenenamiento por el ópio y en el cólera.

Es quizá esperar mucho; pero en todo caso, seria interesante repetir en animales sus experimentos, y acaso entonces este medio de tratamiento encontraria indicacion en los casos de mordedura de víbora seguida de síntomas graves. Pero las observaciones de Halford interesan por de pronto más á los habitantes de los paises en que son mas frecuentes y graves las mordeduras de reptiles venenosos.

*Nefrotomia. (Union med.—The Lancet.—Dict. des prog.).*

Como la audacia de algunos operadores no conoce límites, tiende á introducirse en el dominio de la cirugía una operacion nueva bajo la denominacion de nefrotomía. No se trata ya de la incision, ni de la puncion sim-

ple practicadas para evacuar focos purulentos ó quistes formados en la sustancia del riñon ó sus anejos, de lo cual se han referido notables ejemplos desde Hipócrates hasta nuestros días, y tales como han sido citados por Trousseau en sus últimas lecciones sobre los abscesos perinefríticos que tanto han llamado la atención del mundo médico. En la actualidad se pretende ir á extraer directamente, y desde luego, los cálculos formados en el tejido mismo del riñon y de excindir, extirpar este en caso de necesidad. La práctica hoy tan generalizada y sin cesar creciente de las resecciones y aun de la ablacion total de órganos completos, como los ovarios, el útero, el bazo, autoriza esta nueva extirpacion, pero difícilmente puede justificarse, sin otros fenómenos de su presencia que los signos propios á que pueden dar lugar, la idea de extraer los cálculos renales. Si su existencia se preve frecuentemente, se anuncia, se diagnostica, no es por lo comun hasta despues que han determinado lesiones, alteraciones que exigen por sí la nefrotomía, y solo consecutivamente han sido descubiertos, enucleados y extraidos. Su extraccion, antes de que su presencia se haya revelado aun por ninguna lesion orgánica apreciable, está, pues, subordinada á una cuestion prévia de diagnóstico, cuya solucion es muy difícil.

En efecto, el 27 de abril de 1869, el doctor Thomas Smith propuso ante la Sociedad real de Medicina inglesa extraer los cálculos renales por una simple incision directa que asimila á la colotomía. Sin haber tenido grande acogida esta idea, no tardó en ser puesta en ejecucion, y poco tiempo despues M. Durham practicaba la nefrotomía en el hospital Guy. El anfiteatro estaba lleno de estudiantes y de médicos ansiosos de presenciar tan rara y atrevida operacion. Se hizo una incision á lo largo del borde de las apófisis espinosas, desde la pélvis á la séptima costilla, que puso rápidamente al descubierto la cápsula del riñon sin dificultad ni pérdida de sangre. A pesar de una sintomatología característica, el riñon y sus anejos se hallaban en estado normal; despues de un exámen escrupuloso no se encontró ningun cálculo. Fué preciso cerrar la herida, y aun cuando el paciente encontrase alivio, no dejó de ser un fracaso

poco á propósito para inspirar confianza en la operacion.

Otro ejemplo reciente de nefrotomía, en el mismo hospital, contraindica igualmente su ejecucion en análogas circunstancias, demostrando la incertidumbre del diagnóstico. Era en un enfermo del doctor Moxon, que presentaba una pastosidad con tension de la region renal izquierda, perceptible á simple vista y al tacto; sonido á macizo por la percusion, dolor que se propagaba á lo largo del cordon espermático, y orina purulenta. Se diagnosticó un quiste purulento del riñon, y M. Bryant anunció de antemano la existencia de un cálculo que iba á extraer. Procediendo como en la colotomía, puso el riñon al descubierto é hizo penetrar en su interior un trócar curvo, que dió salida inmediatamente á una buena cantidad de pus. Un estilete introducido en la cánula sirvió, despues de quitada esta, para ensanchar la abertura del foco con el bisturí, de modo que se pudiese introducir el índice para buscar el cálculo; pero fué en vano, porque tal cálculo no existia. Hubo tambien que cerrar la herida como en el caso anterior.

Si bien esta nefrotomía sirvió al menos para la evacuacion de un foco purulento que constituia todo el mal, demostró al mismo tiempo la incertidumbre del diagnóstico de los cálculos, aun en estas condiciones, y el peligro que hay en ejecutar la operacion con el solo objeto de extraerles. Practicada así, es una operacion atrevida, inadmisibile, que ha sido rechazada y abandonada por los antiguos por este motivo. El último sujeto de que hemos hablado sucumbió á las consecuencias de la operacion, á pesar del estado satisfactorio de la herida.

Las indicaciones de la ablacion del riñon, tal como la ha ejecutado el profesor Simon en el hospital de Heidelberg, parecen mas fáciles de determinar. Desde que la presencia de uno de estos órganos, enfermo ó impropio para su funcion, es perjudicial á la economía y compromete la existencia, debe ser, á juicio del autor, permitido intentar su extirpacion total. Suprimida su funcion, será reemplazado por su congénere, como sucede en todo órgano simétrico. La excision de esta entraña es compatible con la vida del operado, así al menos resulta de la notable observacion siguiente:

El 2 de agosto de 1869 practicó el doctor Simon la operacion en una mujer que habia sufrido antes la ovariectomía. El ovario enfermo, que tenia el volúmen de la cabeza de un niño, estaba tan íntimamente soldado con el útero, que fué preciso extirpar este órgano. Se extrajo además el ovario derecho. El uréter izquierdo, comprendido en las adherencias, fué cortado.

A pesar de este terrible traumatismo la enferma curó, pero quedándola una fístula de la pared abdominal, debajo del ombligo. Esta fístula comunicaba, no solo con el uréter cortado, sino tambien por el muñon del cuello uterino y la vagina, con la vulva, de suerte que una sonda elástica introducida en el orificio abdominal del trayecto fistuloso salia por esta abertura.

Estas lesiones constituian una dolencia grave; las orinas fluian sin cesar por ambos orificios, produciendo escoriaciones é inflamaciones que podian hacerse peligrosas.

Habiendo sido inútiles todos los numerosos medios intentados por el doctor Simon para curar la fístula; se decidió á practicar la extirpacion del riñon. Por medio de inyecciones en la vejiga se aseguró que la orina que salia por el orificio fistuloso procedia del uréter y no de una fístula véstico-vaginal. Fundándose en que la ovariectomía, la uterotomía, la esplenotomía son mas graves por lesionar el peritoneo, y en que la funcion del riñon excindido podria ser reemplazada por su congénere, experimentó en animales para juzgar de las probabilidades de éxito que podria tener la operacion. Al efecto hizo la extirpacion del riñon á cuatro perros, de los cuales solo murió uno; todos los demás curaron. De esto dedujo que la vida era compatible con la ablacion de uno de los riñones.

El doctor Simon procedió del modo siguiente: Cloroformizada la enferma y estando echada sobre el abdómen, practicó una primera incision desde el borde inferior de la undécima costilla hasta la parte media del intervalo que separa la duodécima de la cresta ilíaca, unos 6 centímetros próximamente á la parte externa de las apófisis espinosas de las vértebras. Dividiendo en seguida capa por capa con mucha precaucion los tejidos subya-

centes, los aponeurosis de los músculos pequeño oblicuo y transverso, empujó hácia dentro el borde externo del sacro-espinoso, á lo largo del cual se habia hecho la incision, y seccionó el cuadrado de los lomos que cubre inmediatamente al riñon. A excepcion de los nervios grande y pequeño abdominal, que pasan entre el riñon y este último músculo, no se hirió ningun órgano de alguna importancia. Habiendo llegado así hasta la cápsula cé-lulo-adiposa que rodea el riñon, el operador la hendió en toda su longitud y enucleó este órgano por medio del dedo. Despues de haberle aislado así completamente, le hizo salir por la incision, aplicó una fuerte ligadura alrededor de los vasos renales y excindió el órgano. Se pusieron algunos puntos de sutura en las dos extremidades de la incision, dejando abierto el centro para dar salida al pus. La operacion habia durado unos cuarenta minutos.

Al dia siguiente se presentaron algunos vómitos biliosos, debidos probablemente al cloroformo, sin fiebre notable. Orina turbia y poco abundante; no salió cantidad ninguna por la fístula.

A las cuarenta y ocho horas, movimiento febril mas pronunciado, 130 á 140 pulsaciones y empezaban á manifestarse algunos ligeros síntomas de inflamacion, probablemente de peritonitis. En cambio no habia señal de parálisis en los miembros inferiores, síntoma observado en los perros despues de la nefrotomía. No existia delirio. El estado local era tan satisfactorio como podia desearse; pus escaso y de buena naturaleza; mamelones carnosos en el fondo de la herida. En este dia se quitaron algunos puntos de sutura. El 13 de noviembre no habia fiebre, la enferma recobraba sensiblemente fuerzas, tenia buen apetito, la supuracion era poco abundante y empezó á levantarse. Desde el 29, la herida estaba cicatrizada, á excepcion del orificio de las ligaduras, que daba una ó dos gotas de pus al dia. La fístula de la pared abdominal se hallaba cerrada. A los pocos dias salió la mujer del hospital completamente curada.

Este primer resultado feliz, auténtico y completo de una excision total del riñon, á pesar de las condiciones desfavorables de la enferma, es una prueba inconcusa, dice el doctor Garnier, de la utilidad de esta operacion. No

solo es practicable, sino que puede constituir un recurso precioso en ciertos casos dados que el porvenir irá precisando. Una vez demostrado que esta ablacion es lícita, las indicaciones se presentarán despues.

Un segundo caso de esta nueva mutilacion se ha observado accidentalmente.

Una mujer ofrecia los signos ordinarios de un quiste del ovario que el doctor Meadows creyó deber extirpar. La abertura del vientre demostró que se trataba, por el contrario, de un extenso quiste del riñon. La estructura normal del órgano habia desaparecido casi enteramente, mientras que el del lado opuesto estaba sano. El operador aplicó el clamp como para un tumor del ovario y le excindió. Durante veinte y cuatro horas hubo síntomas de anuria, que se desvanecieron en seguida, y á los ocho dias la enferma se encontraba muy bien.

**Neuralgias de naturaleza venérea: tratamiento por medio del cloral.** (*Gaz. des hop.*).

Entre los numerosos accidentes que producen las enfermedades venéreas, las *algias* ó *dolores* ocupan un lugar importante, sobre todo en la sintomatología de la sífilis. No es raro verlos elevar á un grado de intensidad tal que constituyan verdaderas complicaciones, contra las que es necesario dirigir una medicacion apropiada. En estas circunstancias, el doctor Mauriac ha empleado el cloral en el hospital de San Luis como calmante, sedante y narcótico. Por este medio ha conseguido producir el sueño, la disminucion y aun la cesacion de los dolores, dándole muchos dias seguidos en cantidad desde 2 hasta 10 gramos, tomados en poco tiempo.

Atenuando ó haciendo desaparecer las algias sifilíticas, el cloral, cuya administracion puede repetirse con frecuencia, secunda el efecto sedante de los específicos (mercurio y yoduro potásico), que se dirigen á la causa de estas algias y la destruyen. De este modo les da la prontitud de accion de que estos medicamentos carecen.

Operaciones practicadas debajo del agua. (*Ann. univ. di medicina.—Union méd.*)

El temor de la acción nociva del aire sobre las superficies enfermas de las cavidades cerradas, aunque muy problemática, ha hecho que se imaginen no pocos procedimientos en cirugía para evitar su entrada, tanto en estas cavidades como en la profundidad de los tejidos. El método subcutáneo y el de la oclusión de M. J. Guerin, con tanto ruido anunciados en estos últimos años, no tienen otro objeto. El doctor Gritti, cirujano del gran hospital de Milan, preconiza un nuevo medio á este efecto; consiste en operar debajo del agua, evitando luego la entrada del aire por la oclusión de la abertura. Estando el enfermo en un baño general templado y la parte en que se va á operar á flor de agua, se procede como si fuese al aire libre. Así ha practicado el autor la toracentesis, la puncion de las hidropesías articulares, la extraccion de cuerpos extraños de la rodilla, la tenotomía, la aponeurotomía, la miotomía, la flebotomía subcutánea para la cura de las várices y la puncion de los abscesos frios y por congestion.

No pudiendo analizar todos los hechos que el autor refiere, citaremos solo como ejemplo un caso de toracentesis, operacion para la que tanto se ha ejercitado el ingenio de los cirujanos, como lo prueban el aparato especial de J. Guerin, el trócar de M. Barth y el largo tubo de Piorry, que desde 1863, por temor á la dificultad y los peligros que podia ofrecer el poner en un baño á un enfermo con el pecho lleno de sangre, de serosidad ó pus, se limitó á adaptar á la cánula un largo tubo de cautchouc, cuya extremidad libre sumergia dentro del agua. Mas atrevido M. Gritti, ha realizado el primero esta modificacion. En un caso de empiema izquierdo, ya operado al aire libre en una mujer de cuarenta años, hizo poner á la enferma en un baño templado. Teniendo elevado el brazo izquierdo y llegando el nivel del agua á la axila, pudo hacerse fácilmente la puncion con un grueso trócar en el punto mas prominente, entre la sexta y sétima costillas. Sin interrupcion y con regularidad estuvo saliendo, durante un cuarto de hora, un líquido denso, amarillento,



que descendía lentamente al fondo del baño, en la forma de columna que tenía al salir de la cánula, sin que la inspiración forzada que producía la tos detuviese el curso del líquido ni aspirase el agua del baño. La paciente permaneció sentada durante este tiempo.

Este primer hecho demuestra al menos la posibilidad de ejecutar la operación debajo del agua, pero no es bastante para probar la inocuidad del método; falta determinar las indicaciones y contraindicaciones. Es de presumir que no todos los enfermos tolerarán igualmente un baño general en estas circunstancias, y que, aun cuando no haya sucedido en el hecho que el autor refiere, los accesos de tos violentos podrán interrumpir el curso del líquido y aspirar el agua, provocando la sofocación y la disnea. La cuestión está, pues, *sub judice*, y se necesitan más observaciones para resolverla.

En un caso de *hidroartrosis*, se puso la rodilla á flor de agua, haciendo que un ayudante comprimiese la articulación con las dos manos para hacer la cápsula más prominente, y en seguida se la puncionó con un grueso trocar. En el momento salió un líquido sero-purulento, mezclado con copos blanquecinos, como albuminosos, pudiéndose notar en seguida la tumefacción de las superficies articulares. No sobrevino ningún accidente, y la pequeña herida estaba cicatrizada al tercer día. El líquido se reprodujo, siendo preciso repetir la operación otras siete veces. Pero volvió á reproducirse aun, y el enfermo no quiso someterse de nuevo á la operación.

**Operaciones quirúrgicas: influencia de las condiciones meteorológicas.** (*Med. Times.—Union méd.*).

Es imposible poner en duda las influencias meteorológicas en la etiología, el curso y la terminación de las enfermedades; prueba son de ello el gran número de obras que se han publicado acerca de este punto, desde el *Tratado de aires, aguas y lugares* hasta la *Meteorología médica*, del doctor Foissac, y los tratados de climatología que han venido en estos últimos años á precisar los resultados terapéuticos. Natural es creer que estas influencias pesan del mismo modo sobre el resultado de las grandes ope-

raciones que no son mas que enfermedades quirúrgicas. Fundado en esta posibilidad sin duda el célebre profesor Benjamin Richardson, ha tratado de determinar, de regular las condiciones meteorológicas mas favorables para la práctica de las grandes operaciones, cuya ejecucion puede aplazarse sin inconveniente.

El tiempo favorable á las operaciones, dice el doctor Richardson, es cuando el barómetro sube constantemente y se mantiene elevado; cuando el termómetro de bola húmeda marca 5 grados menos que el de bola seca, y, en fin, cuando en estas condiciones la temperatura media es de 55 grados Fahr. sobre cero.

Las condiciones contrarias son desfavorables, es decir, si el barómetro descende constantemente y se mantiene bajo, los dos termómetros solo difieren 2 ó 3 grados, y la temperatura varía de 45 á 55 grados Fahr.

Aun cuando establecidas arbitrariamente y sin pruebas bastantes, estas leyes son en cierto modo confirmadas por la estadística de los resultados obtenidos en el hospital de Pensilvania, donde hace mas de treinta años el farmacéutico lleva un registro meteorológico exacto. Las operaciones practicadas en este espacio de tiempo han sido 259; de estas 102 durante la ascension del barómetro, 123 en época de descenso y 34 cuando estaba estacionario.

De las 54 que terminaron funestamente, 11 correspondian á la ascension barométrica, 35 fueron ejecutadas durante el descenso y 8 mientras la inmovilidad. Los operados de la primera categoría sobrevivieron siete dias y trece los de la segunda. De las operaciones felices, 91 corresponden al período de ascension barométrica, 88 al descenso y 26 á la inmovilidad.

Aun cuando de acuerdo con las previsiones del autor inglés, la estadística americana del doctor Hewson no es bastante numerosa ni explícita para establecer leyes positivas, se necesitan nuevas y repetidas investigaciones; y á pesar de las probabilidades en favor de estas leyes, es preciso aun saber esperar, para promulgarlas definitivamente.

**Operaciones quirúrgicas: supresion del dolor consecutivo á su ejecucion.—Electrotermia.** (*Gaz. heb.—Abeille méd.*).

El descubrimiento de la anestesia *durante las operaciones*, debia necesariamente conducir á buscar los medios de *suprimir el dolor despues de estos traumatismos*. Los opíados, el cloral, los refrigerantes, son paliativos de incontestable utilidad, pero cuyo uso prolongado podria ofrecer peligros, y por consiguiente, los enfermos á quienes se ha practicado una operacion, están condenados cuando recobran su inteligencia y demás facultades psíquicas, á sufrir los dolores consecutivos á ella.

El eminente cirujano, doctor Sedillot, cree que pueden evitarse estos sufrimientos por medio de la electrotermia, cuyos efectos y aplicaciones ha expuesto en una Memoria presentada á la Academia de Ciencias de Paris, que analizaremos ligeramente

La idea de suprimir el dolor despues de las operaciones quirúrgicas, se funda en un hecho patológico del que no se ha sacado el partido que se debiera: la insensibilidad de las superficies tegumentarias ú otras, quemadas en tercer grado, es decir, desorganizadas y convertidas en escaras mas ó menos gruesas. Las quemaduras por un metal en fusion producen, como es sabido, escaras secas, bien limitadas y completamente indolentes.

La cauterizacion potencial, ígnea, eléctrica (electrotermia, gálvano-cáustia), hace á las superficies traumáticas, insensibles, y evita los accidentes á que están expuestas. Pero dos causas han impedido hasta ahora que se erija la cauterizacion en método general: 1.º la confusion establecida entre sus agentes; 2.º la imperfeccion de sus procedimientos. Los *cauterios potenciales*, por sus efectos mal limitados, á menudo muy lentos y excesivamente dolorosos, eran inaplicables. Los *cauterios ígneos* se prestan mejor á las operaciones; pero su rápido enfriamiento, la necesidad de renovarles y su accion superficial, no pueden menos de restringir su uso. M. Nélaton se ha servido de la llama del gas del alumbrado, cuyas escaras son superficiales. El autor ha ensayado una mezcla de este gas con el oxígeno, obteniendo bajo una débil presion, llamas muy delgadas, de extremidad aguda, y de

una temperatura tan elevada, que en medio segundo desorganizan completamente la piel; pero no cree, sin embargo, que se puede sacar partido de este medio, porque debajo del tegumento hay capas adiposas que se licuan, queman con llama y ponen las partes mas profundas al abrigo de la trasmision del calor.

La indicacion era, pues, procurarse cauterios de muy pequeño volúmen, de formas variadas, de energía persistente, y capaces de carbonizar los tejidos, de dividirles y destruirles por una accion continúa ó intermitente, y aumentada ó disminuida á voluntad del operador.

La electrotermia ha dotado á la cirugía de estas ventajas. Es el procedimiento mas seguro y mas poderoso. Se pueden variar á voluntad los grados de calor, elevarle instantáneamente á la mayor intensidad, disminuirle ó suprimirle, hacerle intermitente ó contínuo, dirigirle á las cavidades profundas, y destruir ó dividir todos los tejidos que con él se pongan en contacto. Varios cirujanos habian comprendido la importancia de la electrotermia, pero al profesor Midderdorpf, de Breslau, corresponde el honor de haber construído un aparato é instrumentos que no dejan duda alguna acerca de los recursos de este método. Los prácticos que, como M. Sedillot le emplearon, no consiguieron inmediatamente producir secciones secas. No basta, como habia indicado Midderdorpf, calentar los cauterios solo hasta el rojo oscuro, para evitar las pérdidas de sangre. Despues de numerosos experimentos, el doctor Sedillot ha reconocido, que con el calor rojo blanco se logra perfectamente el objeto, cuando se tiene la precaucion de dividir y destruir los tejidos con la misma lentitud. Desde entonces ha practicado el autor gran número de operaciones sin hemorragia y con notables resultados.

*Insensibilidad de las heridas por la electrotermia.*—Ya hemos dicho que las quemaduras de tercer grado producen poco dolor. M. Sedillot ha visto personas quemadas mortalmente, conservar durante algunos dias el apetito, el sueño y la esperanza de una curacion próxima. Este fenómeno, que es de observacion general, se explica por la destruccion de los nervios. La electrotermia debia, pues, hacer las heridas insensibles, y se comprende cómo los operados por este método, bajo la influencia del cloroformo que

Sedillot emplea siempre, no sienten al despertar ningún dolor. Mas tarde, del tercero al noveno día, comienza una reacción inflamatoria, generalmente muy débil, y no hay fiebre ó es de muy corta duración.

*Inocuidad de las heridas por la electrotermia.*—Las heridas cubiertas de escaras están menos expuestas á los contagios y á las infecciones miasmáticas, pútridas ó purulentas, que las producidas por instrumentos cortantes. De aquí la reconocida superioridad de las primeras sobre las segundas. Los líquidos no se extravasan ni se alteran, y el restablecimiento, aunque artificial, de la continuidad de las superficies de envoltura y protección, favorece la reconstitución orgánica en las condiciones tan notablemente felices de las heridas subcutáneas. Las curas con alcohol, la tintura de yodo, las sales de hierro, nitrato de plata, etc., no tienen otro objeto, y son ventajosamente reemplazadas por el medio que nos ocupa.

*Aparatos ó instrumentos de electrotermia.*—M. Sedillot cuenta con el ingenio de los físicos para introducir en los instrumentos las modificaciones que reclame la experiencia. El instrumentista Leiter ha construido ya en Viena aparatos superiores á los de Midderdorff. A los hilos y láminas de platino que ahora se usan, hay que ponerles mangos fijos, tornillos á propósito para apretar mas lentamente las asas constrictoras. Es necesario hacer cauterios cónicos, puntiagudos, redondos, circulares. El autor ha dado á los hilos de platino la forma de líneas rectas, cóncavas, convexas, de grande ó pequeño diámetro, nada hay mas fácil, dice, que doblarles en ángulos obtusos ó agudos, y adaptarles á las mas variadas indicaciones. Las láminas de platino se prestan á las mismas modificaciones. Se preservan las partes inmediatas por medio de tabletas, de pedazos de carton, carbon, etc.

*Modo de aplicacion de la electrotermia.*—Una de las condiciones mas favorables de la electrotermia, es la densidad y la poca vascularidad de los tejidos que se han de dividir. De aquí el precepto de comprimir los vasos lateralmente, directamente entre dos pinzas ó dos ligaduras, para aproximar las paredes, exprimir la sangre y suspender la circulación. Si se emplea una asa de platino, se debe ponerla simplemente sobre las partes. Luego que se

ha establecido la corriente, el hilo se ennegrece y traza un surco al principio superficial que se va haciendo cada vez mas profundo, desprendiendo humo y vapor. El hilo se enrojece en los sitios en que la destruccion de los tejidos le deja libre. Este es el momento de estrechar el asa y regularizar el contacto por medio de ligeras presiones directas con un estilete bifurcado. De este modo se dividen las partes sin perder una gota de sangre. El autor ha invertido diez minutos en la seccion de órganos de 6 á 8 centímetros de espesor. La superficie de las heridas es dura, seca, de aspecto córneo. Importa saber que los hilos y las láminas de platino, calentados al rojo blanco, cortan las carnes casi tan fácilmente como el bisturi, y que los vasos atravesados con demasiada rapidez producen hemorragias, tanto mas difíciles de cohibir, cuanto que los cauterios pierden su calor en medio de la sangre. La regla es determinar la formacion de escaras secas, adherentes y precedidas de un coágulo obliterador. En caso de hemorragia, se la impide por medio de la compresion, y se tocan los orificios vasculares con la lámina de platino incandescente. Si la aplicacion es ligera y rápida, á cada cauterizacion se ve salir una llama; pero si se deja aplicado el instrumento, se ennegrece, adhiere y arranca, cuando se le retira, el coágulo y detritus mas ó menos carbonizados, reproduciéndose la hemorragia; mas vale esperar entonces el momento en que se vuelve á enrojecer, despues de haber secado y destruido todas las partes con que se ha puesto en contacto.

La persistencia de la cauterizacion no compensa la disminucion del calor, pero permite una especie de magallamiento (ecrasement) lineal electro-térmico.

Las secciones de arterias exigen aun mas lentitud. En las amputaciones se desprende el periostio con el cauterio laminar, hasta la altura en que debe aplicarse la sierra. Si se separa el periostio con cuchillo ordinario, se cauteriza la herida despues de haber seccionado el hueso.

*Indicaciones operatorias.* — La ablacion de los tumores pediculados; la amputacion de los miembros, del pene, de los testiculos; del cuello uterino; la excision de las vegetaciones canceroidales y fibro-epidérmicas; la destruccion parcial de los lipomas; la abertura de los quistes y

abscesos frios; la aplicacion de las rayas de fuego; la cauterizacion punteada (Richet); la extirpacion de los tumores limitados ó que se pueden circunscribir, se prestan fácilmente á la electrotermia.

M. Sedillot ha practicado en su clínica varias operaciones por este medio, entre otras, la amputacion supramaleolar de la pierna; metatarso falangiana del dedo gordo; del pene; de tres tumores dermo-fibroideos de los grandes labios; de pecho canceroso; rayas mas ó menos profundas alrededor de articulaciones afectadas de osteitis ó tumores blancos; destruccion directa de un tumor nasal fibro-epidérmico; ablacion de canceróides; cauterizaciones de tumores eréctiles capilares. Ninguna de estas operaciones fué seguida de dolores ni accidentes.

El autor termina su trabajo con las siguientes conclusiones: A. La electrotermia suprime ó atenúa los dolores consecutivos á las operaciones, y se la puede considerar como la continuacion y el complemento del gran descubrimiento de los anestésicos.—B. Aplicada con gran lentitud, como se ha dicho, evita las hemorragias, permitiendo en la mayoría de los casos que no se pierda ni una gota de sangre.—C. Las escaras secas que cubren y cierran todos los orificios vasculares, impiden la extravasacion, retencion y alteracion de los líquidos, y ponen al abrigo de los contagios y de las complicaciones infecciosas, pútridas y purulentas, y facilitan la reconstitucion orgánica en las condiciones de las heridas subcutáneas, tan favorables á la curacion.—D. Las ventajas de la electrotermia habian sido entrevistadas por los hombres de arte mas eminentes, y se habia intentado conseguirlas por medio de procedimientos que no permitian su realizacion completa: los cauterios potenciales, el método subcutáneo, la desecacion y cauterizacion superficial de las heridas, el magullamiento lineal, los aprieta-nudos metálicos, etc., no tienen otro objeto.—E. El calor eléctrico fuerte ó débil, continuo ó intermitente, capaz de convertir los tejidos en escaras, de carbonizarles, de destruirles, se presta á indicaciones operatorias mas variadas.—F. Las experiencias de la clínica colocan la electrotermia en el número de los mas notables progresos de la cirugía.

El doctor Sere ideó en 1860 un cuchillo termo-eléctrico

para las heridas de guerra y las grandes operaciones, que fué experimentado en las clínicas por el profesor Nélaton, quien ya muchos años antes había empleado con el mismo objeto un hilo de platino que obraba como instrumento cortante. El aparato de M. Sere se compone de una pila de pedal, cuyos reóforos terminan en el mango del instrumento por una escala de platino sobre la que se adapta, ya una hoja de cuchillo, ya un cauterio cualquiera. La escala sirve para graduar el calor por medio de un mecanismo muy sencillo que se pone en juego por un simple movimiento del pulgar, con el que se hace variar la cantidad de platino comprendida en el circuito. Resulta que el instrumento puede pasar á voluntad de 1500° (rojo blanco) á 600° (rojo oscuro) y por todos los grados intermedios. Además de la graduacion obtenida por medio de la escala, el autor ha creído que sería ventajoso poder graduar el generador mismo. Para esto ha hecho construir una pila graduada en tension y en intensidad, bastante poderosa para que puedan practicarse muchas grandes operaciones sin tocarla, trasportable y dispuesta de modo que se pueda operar con ella en un buque en movimiento ó en un campo de batalla. M. Sere atribuye á este método las mismas y aun mayores ventajas que Sedillot, pues hasta dice, que en caso necesario un amputado puede andar con muletas inmediatamente. Después de la operacion, las heridas no exigen apenas cuidados y curas consecutivas, pudiéndose economizar las hilas en la cirugía militar.

**Orquitis: tratamiento por medio de las aplicaciones locales de digital.** (*Bull. de ther.*).

Segun una nota publicada en el *Bull. de ther.* por el doctor Besnier, este práctico ha conseguido, con las aplicaciones externas de la digital, los mismos buenos resultados que atribuía el doctor Debout á este medio en el tratamiento de ciertos hidrocelés de la túnica vaginal.

El doctor Besnier procede del siguiente modo:

Puesto el enfermo en reposo absoluto, sostiene el escroto convenientemente elevado, envuelto *constantemente* en compresas empapadas en una *infusion concentrada* de



*hojas de digital*; las compresas se mojan en la infusion fria ó templada, á voluntad, en el momento que se secan. Un paño doblado debajo de las nalgas del enfermo, un hule ó tela impermeable que cubra el apósito húmedo, bastan para evitar los pequeños inconvenientes de esta práctica que, segun Besnier, ha producido efectos tan notables, que no duda en recomendarla eficazmente á todos los clínicos.

**Orquitis blenorragica: tratamiento por medio de las lociones con una disolucion de nitrato de plata y por las fricciones estibiadas.** (*Lyon med.—Arch. med. belges.—Dict. des prog.*).

Deseando comprobar la eficacia de las lociones con una disolucion de nitrato de plata, preconizadas en el año anterior por M. Girard, el doctor Bouvier, cirujano militar del hospital de Gante, las ha empleado en cinco casos de orquitis blenorragica en militares que entraron en aquel establecimiento en el cuarto trimestre de 1869. Se tuvo constantemente aplicada sobre la parte enferma una compresa empapada en una solucion acuosa á  $\frac{1}{100}$  de nitrato de plata. En todos los enfermos desapareció el dolor á las veinte y cuatro horas, hasta el punto que los pacientes, creyéndose curados, querian levantarse. La duracion del tratamiento fué de unos seis dias por término medio, sin otro inconveniente que la coloracion característica de la sal argéntica y una sensacion de calor que era mas bien agradable que molesta.

El doctor Ferrari, de Nápoles, ha empleado este tópico con éxito en seis casos. Por la mañana aplicaba, por medio de un pincel, sobre el escroto, una solucion compuesta de 3 gramos de nitrato de plata cristalizado en 15 de agua destilada. Antes debe cuidarse de afeitar bien la parte. Muchos otros cirujanos italianos, siguiendo este ejemplo, dicen haber obtenido los mismos ventajosos resultados.

*Fricciones estibiadas.*—Las fricciones estibiadas, como medio curativo de la orquitis, fueron preconizadas en Strasburgo por el doctor Michel en 1865, y el doctor Isaac ha continuado su uso con satisfactorio éxito. Empezia por practicar pequeñas sajas con la lanceta sobre el

trayecto del cordón, á partir del anillo inguinal externo hasta el escroto, y luego fricciona este punto con la pomada de Autenrieth, hasta la aparición de las pústulas. Debe cuidarse, sin embargo, de que estas últimas no sean demasiado confluentes para evitar cicatrices viciosas y la gangrena de los tejidos.

En general bastan tres ó cuatro fricciones; no obstante, se deberán continuar siempre que el alivio deje de seguir un curso progresivo. Como cura hasta una compresa enceratada.

Bajo la influencia de este tratamiento, los dolores desaparecen en cuarenta y ocho horas, el infarto del epidídimo disminuye considerablemente durante los diez primeros días y la curación es completa hácia los veinte días sin que haya recidiva.

**Otitis externa y media: tratamiento por medio del alcohol.**  
(*Jour. de méd. prat.*).

La ineficacia en muchos casos de los medios que generalmente se emplean contra la otitis externa ha movido al doctor Weber á emplear el alcohol en el tratamiento de esta enfermedad, cuyos principales síntomas consisten en una sensación de escozor y un prurito insoportable. Se llena el oído dos veces al día, mañana y noche, con espíritu de vino, teniendo el enfermo inclinada la cabeza horizontalmente al lado opuesto durante cinco minutos despues de cada instilación. Se advierte una sensación de calor ó quemadura que es muy luego reemplazada por un fresco agradable. Se introduce en seguida una bolita de hilas en el conducto auditivo, bastando en ocasiones tres ó cuatro días de este tratamiento para curar otitis que databan de muchos años. El autor añade á veces al alcohol una pequeñísima cantidad de sublimado.

El uso de los cuerpos extraños para rascarse y calmar el prurito determina casi siempre la producción de torúnculos. En estos casos, las instilaciones de alcohol obran prontamente, detienen los progresos del mal y precaven casi siempre la supuración y la formación de diviesos. Debe cuidarse, sin embargo, de no emplearlas cuando la flegmasía presenta ya su período de supuración.

Es de regla entonces dar salida al pus y recurrir á las aplicaciones frias.

El profesor Voltoni (de Breslau) ha sido testigo de los felices efectos de la medicacion del doctor Weber en dos enfermos, que hacia mas de dos años sufrían cefalalgia y otalgia intensas é insomnios. El conducto auditivo estaba fuertemente inflamado, sin que se hubiera conseguido resultado con un tratamiento regular seguido durante largo tiempo. Las dos primeras instilaciones produjeron un alivio inesperado y muy pronto se consiguió la curacion completa.

El doctor Gruber, de Viena, emplea tambien el alcohol para combatir el catarro agudo y crónico del oido medio, valiéndose al efecto de las inyecciones practicadas por la trompa de Eustaquio. Dice que pasan de veinte mil las inyecciones que ha hecho sin que, bajo la influencia de este tratamiento, se haya presentado nunca inflamacion ni accidente alguno, habiendo obtenido siempre los mejores resultados. Pero segun confesion del mismo autor, para que esto suceda, se necesita una gran destreza en el cateterismo de la trompa.

**Ovariometría.** (*Arch. gén. de méd.—Union méd.—Dict. des prog.—Amer. Jour. of obst.—Lyon méd.*).

**Nueva estadística.**—El célebre operador Spencer Wells ha practicado su cuarta serie de 100 ovariometrías, cuyos resultados, como en las anteriores, ha comunicado á la Sociedad real médico quirúrgica de Lóndres. En estas 100 operadas se consiguieron 78 curaciones y hubo 22 muertes. Los buenos resultados van, pues, gradualmente aumentando, porque en la primera centena fueron 34 las defunciones, 28 en la segunda, 23 en la tercera y 22 en la cuarta. Esta proporcion tan favorable mejora aun si se descuentan 6 casos en que no pudo terminarse la operacion, falleciendo 4 operadas, y otros 7 en que solo se practicó una incision exploradora, muriendo dos enfermas. Quedan de este modo 87 verdaderas ovariometrías y 16 defunciones, ó sean 18,39 solo por 100.

De estos 100 casos. 44 fueron operados en el hospital con una mortalidad de 31 por 100, y 56 á domicilio con solo 14 por 100, menos de la mitad.

Del cuadro estadístico de 20 ovariectomías practicadas por el doctor Skoldberg (de Stockholmo), en el espacio de tres años, resultan 17 curaciones y 3 muertes; proporción todavía mas ventajosa que la obtenida en Inglaterra y aun en Strasburgo. Es verdad que el autor añade 5 casos, 4 de ellos de incision exploradora que produjeron la muerte, y otro caso de cáncer del ovario tomado por un quiste y que tambien terminó de un modo fatal. Parece que esta operacion da resultados tanto mas felices cuanto mas septentrionales son los paises en que se practica.

*Diagnóstico.*—Los numerosos y groseros errores de diagnóstico que la práctica de la ovariectomia ha demostrado en estos últimos años, prueban la importancia de establecer el diagnóstico con seguridad antes de ejecutar esta grave operacion. La puncion con el trócar ordinario y la incision exploradora son demasiado peligrosas para servir de regla á este efecto. El doctor Walker (de New-York) ha empleado un medio que tiene todas sus ventajas y ninguno de los peligros: es la jeringa hipodérmica de aguja muy larga y fina, que se introduce en el tumor. Basta retirar el piston para que el líquido, si existe, sea aspirado y ascienda en el tubo, donde es fácil ver el color. De este modo consiguió la solucion del problema el doctor Thomas en una mujer que tenia un tumor de diagnóstico dudoso en el abdómen. El tubo se llenó de un líquido de color de café claro, en el que el microscopio descubrió una multitud de corpúsculos ováricos, que se solidificaron en seguida por el calor. Para saber si el quiste era sencillo ó multilocular, introdujo la aguja en otros puntos del tumor, y de todos ellos salió el mismo producto.

Este medio es, pues, verdaderamente eficaz, demostrando en el momento si el tumor es sólido ó líquido. Habrá casos en que la densidad del líquido, su viscosidad ó los grumos que pueda contener le impidan ascender en el tubo; pero la succion ejercida retirando el piston hará siempre subir bastante para que el exámen microscópico revele su naturaleza. De este modo se podrá reconocer si se trata de un tumor coloideo, canceroso ó de otra índole, y la picadura en diferentes sitios indicará, por la natura-

leza del líquido, si el quiste es uni ó multilocular mucho mas seguramente que la palpacion. Este medio puede aplicarse sin peligro al hígado, los riñones, el bazo, la vejiga ó cualquiera otro tumor, aunque sea aneurismático, que pueda simular un quiste del ovario. No hay mas que modificar, apropiiar la pequeña jeringa de Pravaz para este uso.

*Diagnóstico de la longitud del pedículo.*— La práctica y la observacion han permitido diagnosticar en ciertos casos, dice M. Tixier, la longitud probable y la variedad del pedículo. Ciertos signos objetivos y subjetivos pueden guiar al cirujano y facilitar el diagnóstico, cosa muy importante, puesto que de la longitud del pedículo depende frecuentemente el éxito de la operacion.

Tres variedades han podido diagnosticarse hasta ahora de un modo casi cierto; los pedículos largo, corto y retorcido.

*Pedículo largo.*— El vientre tiene una forma particular que se ha llamado de alforja. La parte subumbilical de la pared del abdomen se aplica sobre la cara interna de los muslos, y el tumor ovárico, fuertemente proyectado hácia delante, parece no estar en relacion con el estrecho superior. El tacto vaginal revela una elevacion del cuello, y el índice, paseado por la excavacion pelviana, no encuentra el tumor en ningun punto. La matriz es muy movable y se la puede dislocar con facilidad. La reunion de estos síntomas conduce á presumir una prolongacion del ligamento largo y de la trompa, circunstancia favorable para la fijacion del pedículo al exterior.

*Pedículo corto.*— La poca longitud del pedículo puede sospecharse por los síntomas siguientes: la forma del vientre es distinta de la anterior; se nota á veces un ensanchamiento lateral sin elevacion pronunciada en la parte medía (vientre de rana). Tratando de introducir los dedos entre el tumor y el púbis, se percibe, al través de la piel, que se prolonga en la excavacion pelviana; su base parece que se halla descansando en el estrecho superior. El tacto vaginal denota un descenso del cuello y una inmovilidad mas ó menos pronunciada de la matriz. Si se explora en seguida con el dedo la excavacion pelviana, se advierte que no está libre y que ciertas partes del

tumor se hallan encajadas en ella. En vista de estos hechos, el cirujano puede presumir un grado mas ó menos considerable de cortedad del pedículo.

*Pedículo retorcido.*—A primera vista parece difícil sospechar esta torsion. Sin embargo, con ciertos datos puede diagnosticarse mas seguramente que las variedades anteriores. Debe deducirse su existencia siempre que se observen los síntomas siguientes:

La enferma experimenta de tiempo en tiempo dolores muy vivos que se irradian hácia abajo en la vena correspondiente al ovario afecto, hácia arriba en la region lumbar del mismo lado. Los dolores son provocados por los trabajos y la fatiga. Se dejan sentir, sobre todo, cuando la mujer está echada y quiere cambiar de posicion. En estas enfermas se observan tambien calambres uterinos muy fuertes, análogos á los que ocasiona la ligadura del pedículo. El líquido quístico es siempre mas ó menos oscuro, presenta un color hemorrágico. El tacto no suministra en estos casos indicacion ninguna precisa. Puede solamente dar una idea del pedículo generalmente largo y delgado en tales circunstancias.

*Adherencias parietales.*—Un signo capaz de revelarlas, segun el doctor Gayet, despues de la puncion del quiste, seria la ondulacion comunicada á las paredes abdominales por los latidos de la aorta. En una operada, en quien las ondulaciones aórticas eran cada vez mas sensibles á medida que el quiste se vaciaba, encontró adherencias en una extension de 50 centímetros cuadrados, es decir, en todo el ancho de la pared abdominal.

En los casos de adherencias múltiples y fuertes, en que para separar el tumor seria preciso aislarle de todo el peritoneo, lo mejor es, segun Boinet, detenerse, limitándose á hacer supurar el quiste, despues de haberle abierto extensamente. Este método, ejecutado en 1701 por Houston y en 1736 por Ledrán, ha dado un resultado feliz hace poco tiempo en manos de M. Demarquay y otro en las de Jouon. Pero empleándole en un segundo caso, el primero de estos cirujanos ha perdido á su operada de peritonitis, al noveno dia. Segun Liégeois, tal procedimiento seria inaplicable en un quiste muy voluminoso.

*Suturas profundas.*—El cirujano americano, doctor Gil-

man Kinball, ha suministrado una prueba de las mas convincentes de que puede cortarse, ligarse y suturarse el peritoneo. En dos casos de quistes voluminosos del ovario, habiendo encontrado, al practicar la ovariectomía, adherencias peritoneales íntimas y muy extensas con las paredes del quiste, las rompió segun el procedimiento habitual; pero despues de la excision del quiste y de las partes dislaceradas del mesenterio, cuyos labios fueron ligados y traídos á la superficie de la herida, se apercebíó, al limpiar el peritoneo, que exudaba sangre del fondo de las partes desprendidas ó rotas de esta membrana serosa, y abriendo de nuevo la incision, cogió con unas pinzas las dos superficies sangrientas, las atravesó con largas agujas, armadas de un hilo doble y en tres puntos diferentes, reuniéndolas así por la sutura emplumada á 3 pulgadas de profundidad de la herida exterior. Una vez contenido el flujo de sangre, colocó los hilos en el ángulo inferior de aquella, haciendo la cura como de costumbre.

A pesar de estas maniobras, de estas suturas profundas y extensas del peritoneo, no sobrevino ninguna complicacion, con gran sorpresa de los profesores que asistieron á la operacion. Las ligaduras se desprendieron á las tres semanas, sin que la presencia de los cañones de pluma hubiesen causado lesion de ningun género, lo cual no es de admirar despues de conocer lo que sucede con los tubos de vidrio usados por el doctor Kœberle para facilitar la salida de los líquidos. Estas dos mujeres curaron perfectamente, lo que hace que el autor atribuya bastante importancia á esta modificacion operatoria. Impide la hemorragia pasiva segun dice, disminuye la capacidad del vacío abdominal producido por la excision del tumor, comprime y forma un sosten mecánico á las paredes abdominales distendidas y relajadas, al mismo tiempo que auxilia la adhesion de las superficies peritoneales aproximadas y su union definitiva, evitando así la timpanitis, la peritonitis y todos los accidentes consecutivos. Por su elasticidad propia y suavemente sostenidas por estas suturas, las partes recobraron su forma redondeada, luego que se quitaron los cordonetes y los tubos de pluma.

M. Gayet cree tambien en la inocuidad de la incision simple y la ligadura del peritoneo. De 9 casos de heridas

penetrantes del abdomen curaron 8; una perforacion doble del estómago y una sutura del hígado explican la muerte en el noveno enfermo; otros 3 casos de heridas penetrantes por un cuchillo curaron todos.

*Seccion del pediculo.*—En una ovariectomía practicada por el doctor Eusmet, cirujano del hospital de mujeres de New-York, en lugar de hacer una ligadura perdida ordinaria del pedículo segun el método americano, introdujo una modificacion importante. Era una mujer de veinte y ocho años, que padecia desde los veinte y siete un quiste ovárico izquierdo, con gran distension del abdomen. El tumor era tan voluminoso, que la operada disminuyó 69 libras de peso despues de la extirpacion; el quiste pesaba 67 libras. El pedículo era grueso y tenia 3 pulgadas de ancho. Habiendo observado el autor cierto derrame de líquido por el método ordinario, sobre todo en los casos de este género, aplicó un clamp sobre este pedículo antes de seccionarle. Pero no pudiéndole comprimir así completamente, y viendo que quedaba libre una porcion de cada lado, tomó un largo hilo de plata del núm. 25, y enhebró una aguja de sutura á cada extremidad, introduciéndolas por debajo del clamp, y en sentido contrario, por la misma abertura, á través del pedículo, una porcion del cual se encontró así comprimida en el asa de alambre. Pasando del mismo modo las agujas en otros dos sitios diferentes, quedó comprendida la totalidad del pedículo. Se cortaron al rape los dos extremos del alambre, y sosteniéndolos entre el pulgar y el índice, así como el muñon del pedículo, pudo quitarse el clamp; en seguida se retorcieron las dos extremidades del hilo de plata sobre sí mismas, lo que bastó para que el pedículo quedase estrechamente comprimido y no se verificase exudacion de ningun género.

La herida exterior se cerró por medio de 15 puntos de sutura, comprendiendo el peritoneo, y se barnizó en seguida con percloruro de hierro. A los siete días era completa la reunion, y á los treinta y siete salió la enferma del hospital perfectamente curada.

*Cauterizacion del pediculo.*—De 60 casos en que ha empleado el procedimiento que le es propio, el doctor Baker-Brow dice haber curado 53; siete solo fueron mor-



tales. Si este resultado dependiese del procedimiento, seria preciso renunciar á todos los otros, pero no está demostrado que sea así.

Con motivo de una ovariectomía de M. Liegeois, en que los dos ovarios estaban afectados, cree M. Dolbeau, segun la frecuencia de las recidivas, que este hecho es la regla, y considera, por lo tanto, prudente en las mujeres viejas la extirpacion de los dos ovarios, y en las jóvenes recomienda que se reconozca muy detenidamente antes de decidirse á extirpar uno solo.

**Pinzas para la extirpacion de tumores, pólipos uterinos y nasofaríngeos. (Gaz. heb.).**

El doctor Pean ha presentado á la Academia de medicina un instrumento destinado á seccionar los tejidos por medio de una lámina-sierra.

Es una especie de pinza que se compone de dos ramas, una de las cuales tiene una lámina que corresponde á una ranura practicada en la opuesta, de modo que una vez cogido el tumor entre los bocados del instrumento, se hace ejecutar un movimiento de vaiven á la hoja por medio del piñon que en una de las ramas existe, comprimiendo en tanto con fuerza los mangos de la pinza; así se separan por magullamiento los tumores, tales como pólipos y cuerpos fibrosos del útero, cuello de la matriz, etc., y lo que es mas importante, los pólipos nasofaríngeos, pasando por la cavidad bucal y detrás del velo del paladar.

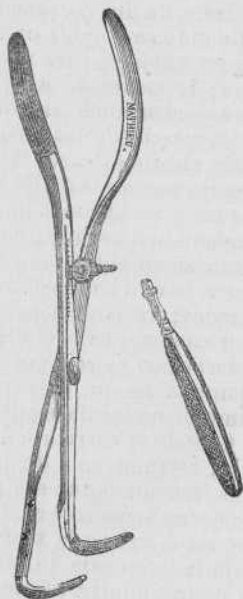


Fig. 5.

La figura 5 representa el modelo para operar en esta

parte. M. Pean ha usado ya este instrumento para extirpar un pólipo naso-faríngeo.

**Prostatitis: infarto é hipertrofia de la próstata: tratamiento por medio de las corrientes continuas constantes.** (*Revue de théér.*).

La constitucion histológica de la próstata, elementos contráctiles abundantes, vasos numerosos, es de las mas favorables á la accion terapéutica de las corrientes continuas, y la patogenia del infarto da una explicacion satisfactoria de su modo de obrar. Fundándose en estas nociones los doctores Cheron y Moreau-Wolf, han aplicado las corrientes continuas al tratamiento de varias enfermedades de dicho órgano.

Cuando se emplea una corriente eléctrica continua, dicen los autores, para resolver el infarto de esta glándula, obra: 1.º poniendo en juego las propiedades especiales de los elementos anatómicos (fibras musculares, etc.); 2.º favoreciendo los fenómenos de endósomose.

En el primer caso, la materia amorfa infiltrada se encuentra sometida á una série de oscilaciones producidas por las contracciones de las fibras que forman parte constituyente del órgano; por otro lado, los vasos distendidos recobran su autonomia bajo la influencia estimulante que ejerce la corriente sobre los elementos musculares de sus paredes; restableciéndose la circulacion, se favorece la nutricion normal del órgano.

La accion ejercida sobre los fenómenos de endósomose, completa la que prepara la circulacion precipitando los cambios moleculares de que resulta la nutricion.

Cuando la corriente comprende en su circuito la próstata, estando uno de los polos en contacto con ella lo mas inmediato que sea posible, la accion de la corriente se ejerce primero en la periferia, sobre las paredes de los vasos en que la sangre circula aun, pero difficilmente; bajo la influencia de este estímulo la presion aumenta y la permeabilidad tiende á restablecerse en cierto número de ellos. Poco á poco la circulacion recobra su curso en todo el órgano, la materia infiltrada es absorbida y la secrecion de la glándula reaparece.

Un pequeño número de aplicaciones bastan para resolver la inflamacion ó el infarto.

En la hipertrofia creen los autores que el restablecimiento, tan perfecto como sea posible de la circulacion, no basta, en el mayor número de casos, para determinar la regresion de los elementos anatómicos nuevos que han llegado á su estado completo de desarrollo. En estas circunstancias, aun cuando la corriente continua no alcance á producir una resolucion total, puede, sin embargo, prestar algunos servicios, resolviendo el infarto que siempre acompaña á la hipertrofia.

El método operatorio que los autores han empleado es muy sencillo, y su aplicacion no es dolorosa como la de las corrientes inductivas.

Se cubre con una tela un polo armado de un excitador cilíndrico de cobre, cuyo borde superior no sea agudo ó cortante; se sumerge en el agua y se introduce en seguida en el recto, de modo que se ponga en contacto con la cara inferior de la próstata. Despues de haber practicado el reconocimiento por medio del tacto y medido la distancia que le separa de la márgen del ano, se hace una señal en el mango del instrumento, al cual se imprime una especie de movimiento de palanca, á fin de que quede bien en contacto con la cara anterior del intestino.

El segundo polo, armado de una esponja mojada, se pone en relacion con el periné.

Segun la sensibilidad del individuo y el estado pasivo del infarto ó de la hipertrofia, deben emplearse ocho, diez, doce, diez y seis y aun veinte elementos de Remak.

La duracion de las aplicaciones es, por término medio, de unos diez minutos, y los autores las repiten de dos en dos dias.

Respecto al polo que debe ponerse en contacto con la próstata, dicen los doctores Cheron y Moreau-Wolf que en el infarto de esta glándula, que es generalmente indoloro, han colocado el polo negativo en el recto, por la conocida accion electro-lítica que este polo ejerce, en una palabra, por su accion resolutiva.

Pero si se trata de inflamacion ó de ese estado de hipertrofia dolorosa antigua que se complica con cierto trabajo inflamatorio, el polo positivo en el recto y un pe-

queño número de elementos, ocho ó diez, les han dado excelentes resultados, es decir, la desaparición rápida del dolor y de la disuria. Los autores terminan su trabajo con la relación de 10 observaciones, en que las corrientes continuas produjeron muy buenos efectos, aunque no siempre una curación completa.

**Psoriasis y eczema: inyecciones hipodérmicas de ácido arsenioso.** (*Arch. für dermat.*).

El doctor Lipp (de Gratz) ha empleado este medio en los tres casos siguientes:

1.º Un hombre de treinta y tres años, afectado de psoriasis desde 1865, tratada en 1866 durante siete semanas por el licor de Fowler, entró en el hospital en octubre del 68 con gruesas placas en todo el cuerpo, principalmente en el tronco; solo los pies y las manos estaban libres. En cuarenta y ocho días se le inyectaron 44 centigramos de ácido arsenioso; á los quince días de la última inyección desaparecieron las placas antiguas, sin quedar mas vestigios que pequeñas manchas amarillas ó negruzcas; pero se desarrollaron cuatro nuevas en el muslo izquierdo, el pecho y la espalda; tenían un color pálido, y la descamación era poco abundante.

2.º Hombre de veinte años, afectado de psoriasis desde 1866: la enfermedad empezó por las rodillas y las piernas, invadiendo luego toda la superficie del cuerpo; en octubre de 68 el cuero cabelludo y la frente estaban cubiertos de placas. En treinta y ocho días se inyectaron 22 centigramos de ácido arsenioso; en las piernas, antebrazos, muslos y parte inferior del tronco, no había mas que manchas amarillentas pálidas; la erupción había desaparecido completamente en la parte superior del tronco, cuello, cara, orejas y cuero cabelludo; pero quince días después de la última inyección aparecieron nuevas manchas en el tronco y los antebrazos.

3.º Eczema escamoso, extendido casi sobre todo el cuerpo, en un hombre de treinta y tres años, que en su niñez había tenido algunas veces eczemas en las piernas; en 1863 fuerte erupción, que le obligó á permanecer diez semanas en el hospital. En el verano del 68 nueva

erupcion en la pierna derecha, que se extendió mucho en diciembre á consecuencia de excesos en los alcohólicos; en febrero del 69 el cuero cabelludo, cuello y tronco estaban cubiertos de placas; fiebre con exacerbaciones vespertinas; en cuarenta y dos dias se le inyectaron 18 centigramos de ácido arsenioso, desapareciendo completamente el eczema.

**Resecciones subperiósticas articulares: regeneracion ósea.**  
(*Gaz. hebd.*).

A las pruebas ya presentadas por M. Ollier en favor de la regeneracion ósea en el hombre despues de las resecciones subperiósticas, ha añadido recientemente una nueva, en un trabajo leído á la Academia de Ciencias de Paris, que espera será definitivamente concluyente.

Los hechos que el autor refiere, como complemento de sus estudios experimentales sobre la regeneracion ósea, y que se han recogido en operados muertos cierto tiempo despues de una reseccion del codo, vienen á demostrar de un modo aun mas riguroso que la observacion en el vivo, la exactitud de las deducciones experimentales.

Las piezas anatómicas presentadas por el doctor Ollier correspondian á dos hombres, uno de diez y nueve años y otro de cuarenta y nueve. En el jóven la reproduccion fué mas abundante y regular; hubo no solo reconstitucion de la articulacion por aproximacion de las superficies seccionadas, sino regeneracion de las extremidades óseas, tuberosidades humerales y olécranon.

Este enfermo murió á consecuencia de una tisis pulmonar, y el exámen de la pieza anatómica demostró que la extremidad inferior del húmero era la parte mas regularmente reconstituida. Vista por su cara anterior presentaba una forma triangular. Su vértice se confundia con la diáfisis del hueso, y sus ángulos, terminados por prolongaciones salientes, representaban el epicóndilo y la epitroclea. La base correspondia á la interlínea articular.

El cúbito terminaba por un olécranon de nueva formacion, de 3 centímetros de largo, que formaba con la porcion antigua del hueso un ángulo obtuso, abierto hácia

adelante, de suerte que podían apreciarse muy bien los límites entre la porción antigua y la nueva. Este olécranon representaba así un gancho que, colocado por detrás entre las dos tuberosidades nuevas, se encajaba en el húmero, asegurando la solidez de la articulación.

A la parte interna del punto en que el olécranon se articulaba con la cara posterior del húmero, había sobre el nuevo cóndilo interno, un surco bien marcado, en que se alojaba el nervio cubital como en estado fisiológico.

El rádio terminaba por un abultamiento constituido por la adición de una sustancia ósea nueva, pero sin que se hubiese reproducido la forma de la extremidad normal del hueso.

Todas estas masas nuevas estaban cubiertas por un periostio grueso.

Las diversas inserciones musculares, que se habían desprendido en el momento de la operación, se hallaban restablecidas en sus relaciones normales.

El segundo operado murió de albuminuria un año después de la resección. A pesar de las malas condiciones en que vivió, no habiendo disfrutado una salud satisfactoria más que desde el segundo al sexto mes después de la operación, M. Ollier encontró en el húmero dos masas laterales gruesas, prominentes, dirigidas, como en el caso anterior, la una abajo y afuera, y la otra abajo y adentro, de modo que formaban una especie de mortaja que impedía toda movilidad lateral del rádio y del cúbito. La tuberosidad externa sobre todo estaba muy desarrollada; era de una sola pieza y tenía 4 centímetros; á la interna la completaba un núcleo óseo independiente.

El nervio cubital se hallaba alojado en un surco ósteo-fibroso, detrás de la tuberosidad interna.

El olécranon, de forma irregular, se continuaba en el tendón del tríceps por una serie de núcleos óseos independientes.

La reproducción de estas anchas tuberosidades humerales parece en este caso tanto más notable, cuanto que el enfermo tenía cuarenta y nueve años; y según los resultados de los experimentos hechos por el autor, no puede contarse más que con una regeneración muy imperfecta.

Todas las inserciones de los músculos, desprendidas en el momento de la operacion, habian recobrado sus adherencias normales sobre las masas óseas nuevas. Eran tan regulares como en el caso anterior.

Estos resultados son sumamente demostrativos en favor de los procedimientos operatorios, que se fundan en la conservacion íntegra de la *vaina periostio-capsular*, es decir, de todas las partes fibrosas, periostio, tendones, ligamentos que rodean las extremidades óseas y limitan las articulaciones. La parte perióstica de la vaina sirve para la regeneracion de las extremidades óseas; y en los casos en que no puede tener lugar, por la edad demasiado avanzada del sujeto, se reconstituye aun una articulacion nueva entre las superficies de seccion, gracias á haberse conservado los medios de union y los órganos del movimiento. Los músculos continúan funcionando, por el intermedio de la vaina perióstica, sobre los huesos que deben mover.

**Sifilides ulcerosas tardías: tratamiento por medio del esparadrappo de Vigo. (Gaz. méd.).**

Esfuérzase la terapéutica sifilítica, desde hace algun tiempo, en simplificar las aplicaciones del mercurio, estudiando las diversas modalidades bajo que puede presentarse la sífilis á fin de buscar el tratamiento que mejor conviene á cada una de ellas. Despues de las inyecciones subcutáneas, cuya accion mas favorable es, segun Liegeois, en las sifilides de forma neoplásica, siendo menos eficaces en las sifilides ulcerosas; el doctor Constantino Paul ha dado á conocer otra indicacion de los mercuriales que se aplica precisamente á las formas ulcerosas tardías. Este método consiste en la absorcion del mercurio por las úlceras por medio de curas con el esparadrappo de Vigo, es decir, de un emplastro que contiene 20 por 100 próximamente de aquel metal.

El primer caso en que el doctor Paul empleó este método era una muchacha de veinte y cinco años, atacada hacia dos de una afeccion sifilítica, para la que no se habia empleado ningun tratamiento mercurial, y á la que otras enfermedades graves habian reducido á un estado

caquético que exigía una gran prudencia terapéutica. Las manifestaciones sifilíticas consistían en un grupo de sífilides tuberculosas circunscritas á la region temporal derecha y otro en el hombro izquierdo; un tumor gomoso en el muslo de este mismo lado y dos úlceras en la pierna, una cerca de la cabeza del peroné y la segunda en la parte externa de la pantorrilla. Había además adenopatías numerosas indolentes en los sitios de predileccion é impétigo en el cuero cabelludo.

Ante este estado grave, M. Paul, para no fatigar á la economía, tan gastada por variados padecimientos, resolvió hacer pasar el mercurio indispensable á la curacion por las mismas heridas. Al efecto se curaron estas con emplasto de Vigo, despues de haberlas lavado previamente con vino aromático. La accion de este tratamiento tópico fué sumamente rápida. Al cuarto dia se observaba un alivio considerable en las úlceras; empezaban á desarrrollarse los mamelones carnosos, así como la cicatrizacion periférica. La úlcera menos extensa estaba curada á los doce dias, y la mas grande, que tenía el diámetro de la mano, se hallaba cicatrizada en las tres cuartas partes de su extension. A las cinco semanas, la curacion era definitiva, sin el mas pequeño accidente de salvacion.

Animado por este resultado el doctor Paul, hizo preparar un esparadrapo con el emplasto de Vigo y repitió exclusivamente su uso en otros doce enfermos en un estado análogo al precedente y colocados bajo su observacion en el hospital de la Caridad y en el de San Luis. Cinco estaban atacados de sífilide gomosa ulcerada ó hidroadenitis de Bazin; cuatro de sífilide tubérculo-ulcerosa como la primera y tres de sífilide pústulo-crustácea, cuyas observaciones refiere en detall, pero que seria superfluo analizar aquí. Basta decir que, despues de haber resistido durante meses á las diversas preparaciones mercuriales y yoduradas tomadas al interior, estos enfermos curaron por la medicacion tópica: cuatro en tres semanas, cuatro en un mes, uno en cinco semanas, uno en seis semanas, uno en dos meses y el último en tres, aunque este enfermo habia tardado anteriormente un año en curarse por el tratamiento de Hardy en una afeccion semejante. Solo en un caso fracasó el método que nos ocupa.



Esta medicacion produce un alivio casi inmediato. Su uso es tan fácil que los enfermos pueden curarse solos, sin necesidad de ayudante. Les basta, despues de haber lavado la ulceracion con vino aromático, cubrirla con el esparadrapo de Vigo y renovar esta cura mañana y noche. Deben limpiarse los bordes de la úlcera con algodón en rama empapado en aceite de almendras dulces.—Es este, pues, un recurso precioso, especialmente para esa forma de sífilide ulcerosa que, tratada por los medios ordinarios, tiende á extenderse y eternizarse.

Repetiendo M. Liegeois estos experimentos, ha obtenido resultados variables, satisfactorios en unos casos y adversos en otros, atribuyendo esta diferencia á la naturaleza de las ulceraciones cuya base es blanda ó indurada: cree que este emplasto puede obrar por las otras sustancias que contiene además del mercurio. M. Delioux ha apoyado esta opinion sostepiendo que el mercurio no es absorbido en esta forma de emplastos. Pero las gingivitis que sobrevienen bajo su influencia son una prueba perentoria de lo contrario. M. Paul recuerda además de esto que él no ha preconizado su eficacia mas que contra las ulceraciones sífilíticas tardías. Esta es toda su indicacion.

**Sífilis: hipodermo-terapia.** (*Lyon méd.—Dict. des progrès*).

Con este nombre designa el doctor Diday las inyecciones mercuriales hipodérmicas, en una Memoria leida á la Sociedad de Medicina de Lyon, en que da cuenta de los resultados obtenidos en doce casos variados de sífilis. El autor se ha servido de la jeringa de Liegeois y ha adoptado tambien para el líquido de la inyeccion la última fórmula de este juicioso práctico, que consiste en 45 gramos de agua destilada, 10 centígramos de sublimado y 10 gramos de glicerina. Se hicieron dos inyecciones diarias; introduciéndose por término medio de 7 á 8 miligramos de sublimado cada dia.

Los resultados, segun M. Diday, han sido incoherentes, contradictorios á primera vista, quedándose en duda, acerca del valor de este nuevo método, que otros han encontrado tan maravillosamente eficaz. Cree que se ne-

cesitan nuevas y mas profundas investigaciones, multiplicadas experiencias variando las fórmulas, no haciendo inyecciones mas que cada dos ó tres dias. á fin de prolongar el tiempo necesario el tratamiento. Quizás tambien será preciso no limitarse en esta vía de absorcion, como lo han hecho casi todos los experimentadores, á inyectar solo una preparacion mercurial. Mientras se aclaran estas cuestiones, piensa el autor que de los ensayos hechos hasta ahora, y sobre todo de los suyos propios, puede deducirse: que respecto á sífilides, la hipodermo-terapia es especialmente eficaz contra la forma escamosa. Esta modalidad, que revela en general un estado secundario grave, pero sin tendencias al terciarismo, ha sido modificada en tres de sus enfermos felizmente por medio de las inyecciones. De acuerdo con los demás experimentadores, y sobre todo con M. Liegeois, piensa que no solo es inútil, sino que ofrece sérios inconvenientes (ulceracion consecutiva de las picaduras) tratar por las inyecciones mercuriales las formas ulcerosas de la sífilis.

M. Diday reconoce, sin embargo, á las inyecciones hipodérmicas la preciosa ventaja, inestimable en muchísimos casos, de dejar libres las vías digestivas, evitándo así los accidentes que tan á menudo obligan á suspender el tratamiento.

Para prevenir el dolor, la induracion y aun la ulceracion de las picaduras aconseja el autor multiplicar el número diario de las inyecciones disminuyendo el grado de concentracion del líquido inyectado.

De treinta y siete experimentos hechos en el hospital militar de Warschaw, por el doctor Schmidt, se produjeron accidentes en 17, casi en la mitad. Diez enfermos se negaron á continuar las inyecciones á causa de los dolores que ocasionaban. Dos veces se observaron accidentes febriles; otras, ulceraciones cutáneas, salivacion, erisipela, etc. Tales complicaciones compensan, á juicio del autor, las ventajas de este método de tratamiento.

Por su rapidez de accion la hipodermo-terapia es aplicable especialmente contra las enfermedades de los ojos de naturaleza sífilítica, en razon del peligro inmediato que hacen correr á la vista. El profesor Quaglino ha empleado con éxito los calomelanos suspendidos en la gli-

cerina. Una ó dos inyecciones con 20 centigramos de la sal mercurial han bastado en muchos casos. Las principales afecciones tratadas de este modo han sido:

1.º *Parálisis completa* del tercer par del ojo izquierdo con otras manifestaciones sifilíticas: curacion.

2.º *Queratitis punteada* con iritis, exudaciones plásticas, sinequias posteriores: curacion.

3.º *Retino-hialoiditis* doble, amaurosis completa derecha, ambliopia izquierda con deviancion estrábica y abolicion de la vista central: alivio.

4.º *Neuro-retinitis* sifilítica: curacion.

5.º *Iritis doble* con sinequia posterior: curacion.

6.º *Iritis sifilítica*: curacion.

7.º *Iritis posterior* sifilítica: curacion.

8.º *Amaurosis derecha*, ambliopia izquierda por atrofia progresiva de la extremidad ocular de los nervios ópticos: alivio ligero.

**Talla suprapubiana practicada por medio de la gálvano-cáustia térmica. (*Journ. de méd. prat.*).**

El doctor Amussat ha practicado esta operacion el 6 de marzo en un calculoso de cuarenta años. Los graves accidentes que sobrevinieron á consecuencia de la introduccion de instrumentos exploradores en la vejiga, habian hecho renunciar á la esperanza de triturar el cálculo; por otra parte, la extrema debilidad, el estado de profunda anemia del enfermo, no permitian que perdiese la mas pequeña cantidad de sangre; por cuyas razones, el doctor Amussat no vió probabilidades de salvacion para este hombre mas que en la talla suprapubiana hecha por medio de la gálvano-cáustia térmica, que practicó del modo siguiente:

Cloroformizado el enfermo, introdujo por la uretra en la vejiga una sonda de dardo armada de un hilo de platino, cuyas dos extremidades pudo hacer pasar sucesivamente al través de las paredes vesical y abdominal cerca de la línea blanca. La una á 6 centímetros próximamente, y la otra á 1 centímetro por encima del púbis. Hecho esto, cogió el operador estos dos extremos y les puso en relacion con una pila de Grenet, dividiendo en seguida

lentamente todos los tejidos comprendidos en el asa metálica, *sin que saliese una sola gota de sangre.*

Una vez abierta la vejiga, M. Amussat pudo extraer

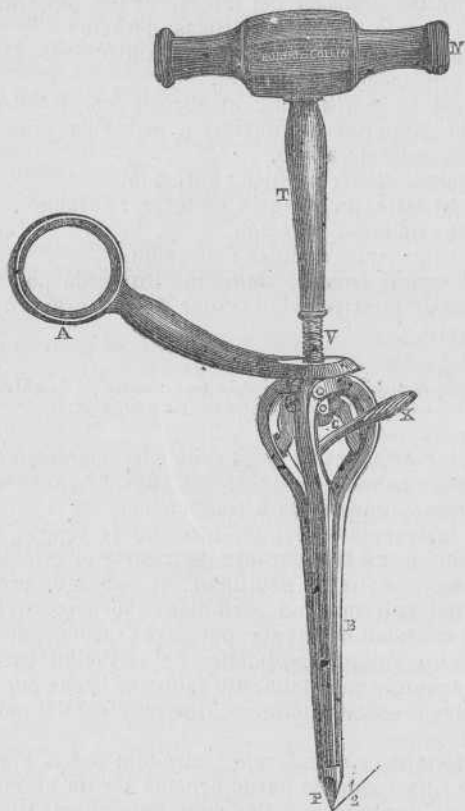


Fig. 6.

fácilmente un cálculo de mas de 5 centímetros de longitud; despues se fijó una cánula de goma en la herida, y se colocó al enfermo en la cama. Como la orina salia

por la abertura suprapubiana, se retiró la cánula al día siguiente. El 24 de marzo todo marchaba bien; el operado comía, bebía, dormía convenientemente y se paseaba largos ratos. La orina continuaba fluyendo aun por la herida, y el autor cree que continuará sucediendo así durante algún tiempo; pero dice que no hay inconveniente, porque gracias á un aparato de caoutchouc que dirigia la orina á un recipiente colocado debajo de la cama, se podia mantener esta perfectamente limpia.

M. Amussat piensa que este procedimiento ofrece la doble ventaja de evitar una pérdida de sangre que podria ser fatal en algunos casos, y oponerse además á todo derrame urinoso por el establecimiento de un trayecto de paredes impermeables debido á la formacion instantánea de escaras que oponen un obstáculo poderoso á la infiltracion del líquido.

**Talla suprapubiana: trócar dilatador de Amussat.** (*Gaz. méd.*).

El doctor Amussat ha ideado un trócar dilatador para puncionar la vejiga y abrir una salida suficiente al cálculo. El exámen de las figuras 6 y 7 hará comprender fácilmente su mecanismo. La primera representa el instrumento cerrado, y la segunda abierto.

El autor le ha empleado con éxito en agosto de 1870. Despues de haber incidido los tejidos hasta la vejiga, por medio de la gálvano-cáustia térmica, puncionó la vejiga con el instrumento tal como está representado en la figura 7, p. 288. Por medio de una ligera presion sobre la paleta R, un ayudante hizo bajar la punta P del trócar, dejando libres las ramas D. Dando algunas vueltas al tornillo V, pudo retirarse completamente el punzon, y continuando el movimiento de la T se separaron las ramas D, de modo que dejaron un espacio suficiente para la extraccion de los cálculos contenidos en la vejiga del enfermo.

**Tétanos: tratamiento por medio del cloral, las corrientes continuas, el nitrito de amilo, las inhalaciones de cloroformo, el ópio á altas dosis y la neurotomía.** (*Gaz. des hosp.*—*Union méd.*—*Dict. des prog.*—*Bull. de théér.*—*The Lancet.*—*Lyon méd.*).

Establecido al parecer por la experimentacion, un evidente antagonismo entre la accion de la estriquina y la del

cloral, era lógico que se estudiasen los efectos de este en el estado de contractura muscular que tanta semejanza tiene con el envenenamiento por aquel alcalóide.

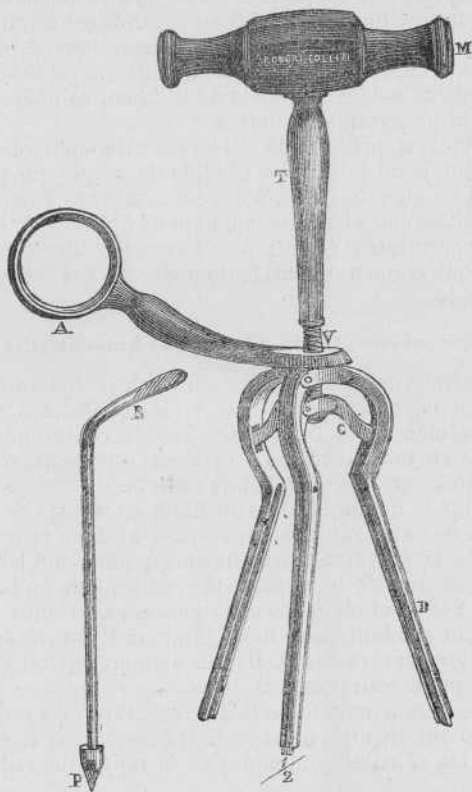


Fig. 7.

El doctor Liebreich, á quien se debe la introduccion del cloral en la terapéutica, ha publicado ya una rápida curacion conseguida por medio de esta sustancia en un caso de trismus.

M. Verneuil ha dado á conocer recientemente un hecho mas demostrativo, puesto que se trataba de un tétanos traumático generalizado y de suma intensidad en un albañil joven y vigoroso, que á los ocho dias de haberse aplastado la extremidad del dedo medio con una piedra, fué acometido de un tétanos. La cara, la mandíbula, el cuello, los músculos del ráquis, del abdomen y de los miembros inferiores fueron invadidos en poco tiempo de contractura con dolores continuos y muy intensos. Se emplearon simultáneamente las inyecciones subcutáneas con hidrociorato de morfina y el cloral al interior, en cantidad de 6 á 12 gramos. La accion de este último fué tan pronta como decisiva: disminucion de la contractura, desaparicion casi instantánea de los dolores, sueño profundo y duradero.

Pero en el momento que se suspendia el cloral, reaparecian los accidentes, para ceder de nuevo bajo la influencia del medicamento, demostrándose de este modo perfectamente su accion sedante. No obstante, la curacion exigió cerca de un mes, á pesar de la elevacion de las dosis, hasta el punto de emplear 200 gramos en veinte y ocho dias. No es por consiguiente un especifico, puesto que el mal ha seguido su curso habitual; por lo que ha dicho Nélaton, que antes de participar este hecho á la Academia, hubiera debido esperarse una experimentacion mas completa, porque el tétanos ha curado por todos los métodos, y por el contrario ha resistido á todos los medios.

Fundándose el doctor Verneuil en los datos de la fisiología, refiere la causa del tétanos á acciones reflejas de intensidad formidable, provocadas por una irritacion periférica, independientemente de toda lesion material apreciable de los centros nerviosos, en particular de la médula.

El doctor Ballantyne refiere, que el 12 de mayo último fué llamado por un hombre de treinta y cuatro años, fuerte, robusto y sóbrio, que el 27 de abril se habia clavado una espina en la base de la uña del dedo pulgar de la mano izquierda. Atacado desde hacia tres dias de síntomas tetánicos, estaba extendido, rígido sobre su cama, no pudiendo mover el cuello ni separar las mandíbulas mas de media pulgada; contractura muscular general, opistó-

tonos, sin dificultad de tragar los líquidos, sudores profusos, dolores cardíacos, respiración baja é irregular, insomnio.

Después de la extracción del cuerpo extraño y la administración de los polvos de Dower, que no produjeron ni calma ni sueño, desde el 13 se sometió al enfermo al uso del cloral, en cantidad de 8 á 10 gramos diarios. A los cinco minutos de la primera dosis, el paciente quedó tranquilamente dormido persistiendo la rigidez muscular. Al despertar, y después de haber tomado caldo, el pulso bajó de 112 á 100 pulsaciones, y la temperatura de 103 á 99°,5 Farh., sin sudores ni dolores apreciables.

En vista de efectos tan evidentes, se tuvo constantemente al enfermo, hasta el 3 de junio, bajo la influencia del cloral á dosis graduadas, con un alivio progresivo. De este modo se fué haciendo cada vez mas posible la alimentacion, y el 6 de junio el sujeto tomaba y digería alimentos sólidos, pudiéndosele considerar como curado: en el espacio de veinte y dos dias se administraron 178 á 490 gramos de cloral.

Sin que la curación pueda atribuirse rigurosamente al cloral en este hecho notable, habiéndose llamado la atención sobre tan interesante objeto por la observación análoga de M. Verneuil, era conveniente darle á conocer á fin de ir ilustrando con datos prácticos el asunto. Los periódicos ingleses refieren muchos otros casos de curación recogidos por los doctores Birkett, Spencer, Watson; pero como al mismo tiempo se ha administrado el ópio, no es tan evidente como en el hecho anterior.

Refiriendo igualmente el doctor Dufour al cloral la curación de un tétanos traumático después de tres semanas de duración, el profesor Rouge ha comunicado á la *Sociedad de Medicina suiza* un caso opuesto, en que habiendo administrado 13 gramos de cloral á un tetánico en veinte y cuatro horas, sin embargo murió el enfermo á las treinta y seis. Esto confirma la necesidad de distinguir las formas agudas y lentas del tétanos. La primera es hasta ahora superior á los recursos del arte, la segunda se ha curado por todos los tratamientos.

El doctor Boinet ha prescrito el cloral en cantidad de 8 gramos al dia en tres heridos de su ambulancia; el



uno por un casco de bomba en el muslo, otro por una bala en la misma region, y el último en la mano, consiguiendo la curacion en dos casos. Los tres eran de forma crónica. Pero el mismo tratamiento empleado por el doctor A. Guerin en tres de sus heridos, fué completamente ineficaz; todos murieron, sin que se consiguiese el mas pequeño alivio.

En un estudiante herido en el sitio de Montmedy por un casco de bomba que dislaceró el tendon de Aquiles, administró el doctor Liegeois 8, 10 y 12 gramos de cloral puro al dia. Este medicamento habia ya fracasado, como el ópio y el acetato de amoníaco, sin producir el sueño, cuando volviendo á administrárle, el enfermo se durmió desde las primeras dosis. No tardó en presentarse delirio, pero cesó con la suspension del cloral, curándose por fin el paciente al poco tiempo.

Los resultados parecen mas constantes en los sujetos muy jóvenes, segun lo atestigua una série de seis casos recogidos en diversos paises en niños de algunos dias hasta la edad de ocho, trece y veinte y dos años.

El doctor Panas ha comunicado á la Sociedad de Cirugía un nuevo hecho de tétanos tratado sin éxito por el cloral. Era un modelador de veinte y siete años que entró en el Hotel Dieu el 19 de abril con una herida contusa en el pié izquierdo. El 21 se presentó la mortificacion en las partes lesionadas, y el 27 empezó á notar dificultad en la masticacion, rigidez en las mandíbulas, y poco despues se desarrollaron todos los síntomas de un tétanos grave. Se administraron 6 gramos de cloral que parecieron disminuir los movimientos reflejos sin determinar el sueño. Las crisis se hicieron cada vez mas frecuentes, á pesar de la continuacion del cloral. Se añadió al tratamiento una inyeccion hipodérmica de un centígramo de clorhidrato de morfina, que atenuó la intensidad de los accidentes, pero la frecuencia de pulso fué siempre aumentando progresivamente, hasta que el 1.º de mayo murió el enfermo casi de repente.

La autopsia demostró el sistema venoso del conducto raquidiano ingurgitado de sangre negra y congestion notable de los vasos superficiales y profundos de la médu-

la, sobre todo en la parte inferior, pero sin reblandecimiento apreciable.

El doctor Izard ha visto tambien un caso desgraciado del mismo género, á pesar de la administracion de 28 gramos de cloral, á dosis fraccionadas, en dos dias.

Administrado en cantidad de 4 gramos por la boca y doble en lavativa por el doctor Tay, cirujano del hospital de Londres, en una mujer de cuarenta años, no hizo al parecer mas que prolongar la vida disminuyendo la sofocacion causada por los espasmos tetánicos y dando lugar á un sueño tranquilo y á la relajacion muscular; pero despues de todo murió la enferma.

En una mujer de veinte y nueve años, á quien el 26 de marzo la magulló un dedo el engranaje de una máquina, empezó á manifestarse á los diez dias alguna dificultad en el movimiento de las mandíbulas: en este estado entró la enferma en el hospital, donde M. Guyon observó al dia siguiente trismo, opistótonos, rigidez de los músculos abdominales, dificultad de la respiracion y de la deglucion. Inmediatamente se practicó una inyeccion subcutánea con una solucion de hidrociorato de morfina, administrándose 2 gramos de cloral. No habian transcurrido tres cuartos de hora cuando la enferma se quedó tranquilamente dormida, pudiendo al despertar abrir la boca, mover y levantar la cabeza, etc. Pero esta mejoría fué solo pasajera. Se continuó el cloral en dosis variables de 4 á 8 gramos diarios, segun las indicaciones. Despues de una série de alivios y agravaciones alternativas, la enferma sucumbió el 15 de abril.

El cloral ha fracasado, pues, en este caso, que debia considerarse como favorable á causa de su tardía invasion y de la poca intensidad de los accidentes primitivos que daban al padecimiento el carácter de la forma crónica. A pesar de esto, M. Guyon, en vista de los efectos obtenidos, aun cuando pasajera, cree que el cloral puede ser un auxiliar útil en el tratamiento de esta enfermedad, empleado concurrentemente con otros medios como las sudaciones, las corrientes continuas, etc.

La ineficacia de la sustancia que nos ocupa no ha sido menos evidente en un caso observado por M. Le Fort en un carretero de treinta y cuatro años, con una herida del

pié, consecuencia de quemadura, desprendimiento de los tegumentos, hemorragias consecutivas á perforaciones arteriales, hasta el punto de necesitar la ligadura de la tibial anterior y de la posterior. La mortificacion se apoderó de la herida; pero á los cinco ó seis dias se hallaba en buena vía de curacion cuando se presentó el *trismus*. El enfermo no podia separar las mandíbulas ni abrir la boca; existian al mismo tiempo fenómenos de sofocacion y disfagia. Inmediatamente se administró una pocion que contenia 5 gramos de cloral, consiguiéndose por su medio un sueño tranquilo, cesacion completa de las crisis de sofocacion y disminucion del trismus.

Desde el primer dia, 4 de abril, comprobó M. Le Fort que la temperatura general se elevaba á 39 grados, el pulso á 98 y la respiracion á 28 por minuto.

Al dia siguiente, 5, el trismus habia vuelto á presentarse, existia además contractura en la nuca y un poco de pleurostótonos. El espasmo de los músculos respiratorios hacia inminente la asfixia. La temperatura se elevó á 39° 8; pulso á 102. Se administraron 6 á 7 gramos de cloral.

El 6 de abril, el enfermo habia descansado toda la noche, y aunque el cuerpo estaba bañado en sudor, la temperatura permanecia á 39° 5, el pulso á 120 y 34 inspiraciones por minuto.

Se prescribieron otros 3 gramos de cloral. Despues del medio dia habia desaparecido el trismus, así como las crisis convulsivas; pero el calor aumentaba sin cesar, llegando ya entonces á 40 grados; el pulso y la respiracion seguian tambien acelerándose.

Por la noche, nueva dosis de 3 gramos de cloral, que produjo somnolencia; no se habian vuelto á manifestar el trismus ni las convulsiones; pero iba siempre aumentando la dificultad de la respiracion, y el enfermo sucumbió por la noche á los progresos de la asfixia.

De esta observacion resulta, segun Verneuil, que si el cloral goza de incontestable eficacia para hacer cesar la contractura de los músculos exteriores, fracasa desgraciadamente cuando se trata de combatir la de los músculos respiratorios, que son precisamente los que mas importa restablecer en sus funciones normales. Seria, pues,

indispensable un auxiliar para calmar la contractura de dichos músculos. Este medio, según M. Verneuil, consistiría en las corrientes continuas, que parece han tenido una verdadera eficacia para suspender los espasmos del aparato respiratorio y conjurar las crisis de asfixia en una observación comunicada á la Sociedad de Cirugía por los doctores Dubreuil, Lavaux y Onimus.

Las esperanzas que habían hecho concebir los dos primeros casos felices y que de repente elevaron á tanta altura la reputación del cloral por su eficacia contra el tétanos, no han tardado mucho en desvanecerse, haciéndole descender desde el papel glorioso de agente heróico al más modesto de medicamento simplemente útil, según la confesión de sus más entusiastas partidarios.

*Cloral y corrientes continuas.*—Se emplearon simultáneamente estos medios en un hombre de treinta años, que herido el 16 de febrero en el pulgar de la mano izquierda, fué acometido á los diez días de trismus y dolores á lo largo de la columna vertebral. El 3 de marzo, 120 pulsaciones, cuerpo cubierto de sudor, músculos de las mandíbulas, del cuello, del torax y del abdomen contraídos, sin sacudidas tetánicas. Respiración diafragmática. Se prescribieron 6 gramos de cloral diarios, con los que se consiguió alivio. El doctor Onimus aplicó entonces las corrientes continuas descendentes que hicieron cesar las contracciones.

Se suspendió la electricidad el 9 de marzo y el cloral el 12. En esta misma noche se presentó una crisis de contractura general con suspensión completa de la circulación y de la respiración durante un minuto, sudores fríos generales. Se volvieron á aplicar las corrientes continuas á lo largo de la columna vertebral, en su máximo de intensidad. El corazón empezó á latir, los músculos se extendieron y se restableció la respiración. Se administraron 8 gramos de cloral diarios. El 18 de marzo no tomó el enfermo el medicamento, y á la mañana siguiente reapareció la contractura, lo que obligó á continuar el uso de esta sustancia y de la electricidad, hallándose el sujeto completamente curado el 13 de abril.

La enfermedad duró en este enfermo seis semanas, según acostumbra en los casos no mortales. Para que pu-

diera creerse en la acción segura de estos agentes, sería preciso ver que el tétanos se curaba en ocho ó diez días. De otra manera no se les puede considerar mas que como sedantes poderosos que calman la contractura.

Así es que para el doctor Yandell, el verdadero criterio del valor de un remedio contra el tétanos se encuentra en el estudio sério del curso de la enfermedad. Si se desarrolla del cuarto al noveno día, es ordinariamente mortal, y si el remedio cura en este caso, puede concedérsele verdadero valor. Hasta ahora ningun agente ha justificado en tales circunstancias las pretensiones de los que le han preconizado como específico. Cuando los síntomas se presentan mas tarde y duran quince días, la curación es la regla general independientemente del tratamiento.

*Nitrito de amilo.*—Considerado el nitrito de amilo como un antiespasmódico de la fibra de los músculos involuntarios por sus felices resultados en la angina de pecho, ha pretendido recientemente el doctor Forster atribuirle los mismos efectos con respecto á los músculos voluntarios. En un tétanos traumático muy marcado, la inhalación de 5 gotas de este agente vertidas en un pañuelo disminuyó inmediatamente el espasmo, y teniendo así al enfermo bajo la influencia del medicamento hasta el noveno día, en cuyo tiempo se consumió una onza de nitrito, pudo alimentarse y curó al fin.

Evidentemente es forzar la inducción el atribuir en este caso el feliz éxito al nitrito de amilo. La enorme cantidad empleada, mas bien que una prueba es una razón en contrario. Sucede aquí lo mismo que con los 20 gramos de haba del Calabar administrados en inyecciones hipodérmicas por el doctor Watson, en un hecho análogo, y que no detuvieron el curso ordinario de la enfermedad. La acción directa de un remedio es mas pronta y mas sensible. Estas dosis de una terapéutica experimental deben ser reprobadas por todos los verdaderos prácticos que no se obstinan sistemáticamente en obtener efectos de un medicamento contra la vida misma del enfermo. Fácilmente se concibe lo perjudicial de esta conducta, y M. Vulpian lo ha demostrado bien recientemente respecto al bromuro de potasio. A fuerza de querer calmar á todo trance se paraliza.

*Inhalaciones de cloroformo.*—El doctor Simonin, profesor de Clínica quirúrgica en Nancy, ha comunicado á la Academia de Medicina de Paris una observacion de tétanos curado por la permanencia del enfermo en una atmósfera cargada de vapores de cloroformo.

Un periodista de cincuenta y siete años recibió en la cara dorsal de la mano izquierda una contusion con herida insignificante en apariencia. Trece dias despues de este accidente apareció el tétanos, presentando el enfermo: dolor sordo en la garganta y la nuca; disfagia, trismo completo, rigidez de los músculos del abdómen, miembros superiores é inferiores; opistótonos, dolor en las regiones temporales, la nariz y los labios; apariencia de risa sardónica; contracciones musculares bruscas, violentas, largas y dolorosas; inmovilidad de la caja torácica, ansiedad, inapetencia, astringencia, sed intensa, insomnio; alternativa de sudores frios y calientes; 120 pulsaciones, 40 inspiraciones por minuto, imposibilidad de orinar, gran demacracion.

Los síntomas estaban en su apogeo al noveno dia y la muerte parecia inminente. El doctor Simonin hizo colocar al enfermo en una pieza de unos 50 metros cúbicos de aire de capacidad, y puso sobre el pecho una servilleta en varios dobleces, manteniéndola constantemente mojada de cloroformo durante veinte y dos dias consecutivos, en cuyo tiempo se consumieron 20 kilógramos de este medicamento; variando la dosis media diaria entre 400 y 1400 gramos.

Al mismo tiempo se administró el opio á pequeñas dosis (5 centígramos) y una dosis única de cloral de 2 á 3 gramos, que procuró un ligero sueño. El enfermo se negó obstinadamente á continuar tomándole.

El alivio empezó el dia vigésimocuarto y continuó progresivamente hasta el cuadragésimo noveno, en que ya se consideró asegurada la curacion. Pero el paciente no salió del hospital hasta los setenta y tres dias, conservando aun cierta rigidez en el brazo izquierdo.

Este tratamiento habia fracasado anteriormente en dos casos análogos. No puede decirse, por lo tanto, que haya sido un agente activo de curacion. Por su excesivo coste seria inaplicable en la mayoría de los casos. El pro-

cedimiento sencillo y fácil recomendado por Jeannel para estas inhalaciones prolongadas, es mas económico y mejor de practicar. Consiste en un frasco, cuyo tapon agujereado da paso á una mecha de algodón; pudiera emplearse la lámpara de alcohol ordinaria llena de cloroformo. La mecha, incesantemente humedecida por efecto de la capilaridad, vierte en la atmósfera, alrededor del enfermo, vapores sedantes de cloroformo en una corriente moderada y continúa.

*Opio á altas dosis.* — Usado desde hace mucho tiempo, el opio no ofrece aquí de notable mas que las dosis masivas á que el doctor Chazarin dice haberle empleado en el hospital de San Luis del Senegal.

Desde 1862 á 67 ha tenido el autor ocasion de tratar veinte y ocho téticos. Con los veinte primeros se emplearon diferentes medios (antiflogísticos, cáñamo índico, tártaro estibiado á altas dosis, opio á dosis moderada, etc.) y todos sucumbieron.

En los otros ocho usó un método, que consiste en administrar el primer dia un gramo de extracto gomoso en una pocion que se da á cucharadas de hora en hora. Cada uno de los dias siguientes se aumentan 50 centigramos de extracto si los síntomas no calman. Cuando se llega á 6 gramos se va disminuyendo en la misma proporcion que se aumentó.

De estos ocho enfermos solo sucumbió uno al segundo dia, y esto despues de unas fricciones intempestivas de esencia de trementina practicadas sobre todo el cuerpo. Tres de los casos referidos eran téticos traumáticos, y cuatro espontáneos. La duracion del tratamiento fué en cada uno de ellos de treinta y cinco, cuarenta y siete, treinta y uno, cinco, siete, cuarenta y dos y treinta y cuatro dias.

El autor asegura, que estas enormes dosis de ópio no produjeron nunca el mas pequeño fenómeno desagradable, y dice que no titubearia en aumentarlas si fuesen insuficientes.

Debe tenerse en cuenta que esto sucedia bajo el cielo tropical, abrasador del Senegal, y quizás en sujetos indígenas. Acaso estas circunstancias expliquen la inocuidad de tales dosis, que, segun lo que nos enseña la experien-

cia, difícilmente podrian administrarse sin peligro en nuestros climas.

*Neurotomia.*—Esta operacion, como tratamiento del tétanos, ha sido diversamente juzgada por los cirujanos. Algunos la consideran como ilusoria; otros, por el contrario, la defienden con entusiasmo.

El doctor Larrey fué el primero que preconizó este medio, especialmente contra el tétanos traumático. Habiendo notado en un caso de amputacion, en que el nervio se hallaba comprendido en la ligadura, que su extremidad estaba rojiza y tumefacta, del mismo modo que en las fracturas conminutas se encuentra irritado, picado por los fragmentos, el célebre cirujano vió en esto la causa del tétanos, y pensó que dividiendo el cordón nervioso por encima de la lesion, se haria cesar el mal. Pero no empleó este procedimiento con éxito mas que una sola vez en el nervio supra-orbitario. Desde entonces son rarísimos los cirujanos que hayan adoptado tal modo de tratamiento. Apenas se cuentan mas que tres ejemplos; uno en Alemania, otro en Inglaterra, y el tercero en el hospital de Calcuta: un hombre y dos mujeres.

A fines de 1869 se ha observado un cuarto caso en el hospital de Londres, en un hombre que entró con un tétanos consecutivo á un traumatismo de tres dedos de la mano derecha. El doctor Maunder iba á amputar el brazo, cuando se decidió á dividir los nervios mediano, radial y cubital, justamente por encima del codo. Todos los síntomas se agravaron al día siguiente, y el enfermo sucumbió, lo cual no le parece extraño al doctor Garnier, puesto que esto es combatir el mal aumentando la causa que lo produce.

Sin embargo se han publicado recientemente algunos trabajos que tienen por objeto justificar y defender esta práctica.

El doctor Rizzoli (de Bolonia), en una Memoria muy moderna, refiere un caso de desarticulacion de la rodilla para un tétanos traumático; una observacion de esta enfermedad por fractura conminuta de la pierna, curada por la amputacion; un caso de trismus por cáries dentaria, curado por la extraccion de la muela; otro de tétanos incipiente por efecto de una picadura de la mano, que se



curó por medio de una incision trasversal hecha por encima de la herida; un tétanos grave, curado por la extirpacion de una uña encarnada; otro, dependiente de una excoriacion en la pierna, y del que se triunfó por la seccion del nervio safeno. Estos hechos son sin duda ninguna importantes, pero no completamente decisivos.

El doctor Letiévant, cirujano en jefe del Hotel-Dieu de Lyon, ha tratado *exprofeso* este asunto en una extensa y detallada Memoria. La seccion del nervio mediano, hecha al séptimo dia de un tétanos consecutivo á una herida contusa de la mano, despues de haber sido inútiles las inyecciones de atropina, y seguida de la curacion del operado con regeneracion del nervio dividido, han sido el punto de partida de sus investigaciones acerca de esta materia. Fundándose el autor en varias observaciones y en los experimentos de Brown-Sequard que produce el tétanos, poniendo un clavo en la pata de un perro, cree: 1.º que el tétanos traumático tiene su origen en los nervios de la herida; 2.º que la causa principal de esta complicacion reside en la presencia, en un nervio ó en su tejido, de un cuerpo extraño ó detritus orgánicos irritados, mortificados, que obran á la manera de aquel; 3.º que bajo la influencia de estos agentes se establecen en los nervios corrientes de dolores, de contracturas y llegan al sistema nervioso central; 4.º que esta incitacion es la causa primera del tétanos traumático; 5.º que la herida es para esta enfermedad lo que el elemento de Bunsen para el aparato de induccion. Es el foco productor de las corrientes que van á modificarse y aumentarse en dos multiplicadores. Cortando los conductores del elemento se paraliza el juego de la máquina; del mismo modo, seccionando el nervio conductor de las incitaciones tetánicas, se suprimen estas, y con ellas los desórdenes generales del tétanos.

M. Letievant no afirma, sin embargo, que en todos los heridos tenga el tétanos esta evolucion, puesto que puede aparecer *espontáneamente* bajo la influencia de causas diversas.

El autor resume en su trabajo nueve casos de tétanos tratados de este modo, en seis de los cuales se obtuvo un resultado feliz, y tres terminaron funestamente.

Dice que este método se halla indicado especialmente cuando el tétanos va precedido ó acompañado de contracciones musculares locales que demuestran un estado irritativo que se irradia de la herida. Cuando siendo violento el dolor local, la exploracion por medio del tacto, de los nervios que van á la herida, determina en alguno de estos un dolor que se hace sentir en la parte afecta: este signo guía de una manera segura al bisturí en la seccion nerviosa. Es igualmente útil el medio que nos ocupá cuando el dolor local intenso coexiste con una herida en que se puede precisar bien anatómicamente la lesion nerviosa. Cuando las exacerbaciones del dolor local influyen en los espasmos generales, lo que caracteriza una forma del aura tetánica. Por último, concluye el autor, la neurotomía no excluye el uso de ningun otro agente terapéutico.

Un enfermo, á quien el doctor Gayet, de Lyon, seccionó todos los nervios del plexo braquial, exceptuando el músculo-cutáneo, á causa de un tétanos consecutivo á una herida de la mano, no experimentó alivio alguno y murió al dia siguiente de la operacion.

A juicio del doctor Aubert, con cuya opinion está de acuerdo M. Garnier, la neurotomía no tiene ventajas inmediatas ni una eficacia curativa mejor probada que cualquiera otro método; sus consecuencias ulteriores son mas graves, y no hay por consiguiente razon ninguna que motive el que se generalice su uso.

*Patogenia.*—Los doctores Arloing y Tripier han tratado de comprobar experimentalmente las dos teorías que se disputan el dominio de la patogenia del tétanos; teoría humoral y teoría nerviosa. Inyectando pus y sangre de un tetánico, á conejos y perros, no determinaron ningun fenómeno morboso ni aumento de temperatura en el recto. Hicieron aun más, introdujeron 200 gramos de sangre de un caballo tetanizado en la yugular de otro, tambien sin resultado, lo cual prueba, á juicio de los autores, que no se trata de un proceso infectivo como admiten Roser, Billroth y otros prácticos.

Los experimentos hechos por medio de irritaciones mecánicas y galvánicas para estudiar la teoría de los neurosistas, han dado igualmente resultados negativos; los

autores, sin embargo, piensan que no puede formarse en este punto un juicio definitivo, y que son necesarias nuevas tentativas con otros agentes de irritacion.

Las alteraciones locales que algunas veces se han observado en los nervios y los casos en que la afeccion queda localizada (calambres tetaniformes de los operados), demuestran que la irritacion parte de los ramos periféricos y no produce mas que una excitacion simple y limitada de la médula. En el trismus, el proceso es el mismo, solo que los síntomas locales, mas ó menos marcados, han podido pasar desapercibidos, y que la irritacion se ejerce ya sobre una extension menos reducida. A pesar de esto, la médula puede hallarse simplemente excitada; en efecto, no es raro ver enfermos atacados de calambres tetaniformes, presentar signos de trismus y curar perfectamente. Aun cuando son invadidos los músculos del tronco es posible la curacion; algunos de estos sujetos, sin embargo, mueren; pero en este último caso la temperatura rectal no tarda en ser muy elevada, mientras que en el primero apenas llega á  $38^{\circ}$  ó  $38^{\circ} \frac{2}{5}$ . Cuando la afeccion parece invadir todos los músculos del cuerpo, no hay excitacion simple, el proceso ha cambiado de naturaleza, y han debido sobrevenir alteraciones profundas de nutricion en algun punto de la médula, porque la temperatura rectal marca desde el principio  $39^{\circ}$  ó  $39^{\circ} \frac{2}{5}$ , y los enfermos sucumben fatalmente. En este caso la columna mercurial asciende en algunas horas á  $41^{\circ}$ ,  $42^{\circ}$ , y aun  $43$  grados.

De aquí resulta, que el termómetro suministra datos exactísimos sobre la marcha y modo de terminacion del tétanos. Mientras que la temperatura rectal permanece poco elevada (menos de  $38^{\circ}$  término medio), el pronóstico será favorable y podrá suponerse que los centros nerviosos no se hallan aun alterados. Desde el momento en que llegue á un grado muy alto (mas de  $39^{\circ}$  como término medio), el pronóstico será funesto, y se deberá temer el compromiso de los centros nerviosos.

Admitiendo que en el tétanos las irritaciones son transmitidas á la médula por intermedio de los nervios periféricos, creen los autores que no hay mas que un partido que tomar en este caso: interrumpir lo mas pronto posible todas las comunicaciones nerviosas con la médula.

La neurotomía es preferible á la amputacion; pero ha de hacerse total, es decir, seccionar todos los nervios del miembro, porque, mientras quede uno intacto, la trasmision puede verificarse. Las secciones, además de ser completas, deben verificarse lo mas alto posible, á fin de evitar las anastómosis directas y recurrentes, y para no correr el riesgo de dejar encima nervios alterados en comunicacion con la médula.

Los autores atribuyen los escasos resultados de la amputacion, á que se ha practicado demasiado tarde, cuando ya existian lesiones medulares.

**Úlceras venéreas: tratamiento por las irrigaciones de agua fria.** (*Recueil de méd. et de chir. milit.*).

Desde hace veinte años el doctor Hemard somete las úlceras venéreas (chancros simples ó indurados) á un tratamiento sencillísimo, como que no consiste mas que en irrigaciones de agua fresca, repetidas siete ú ocho veces al dia por espacio de medio minuto cada una. Una pequeña regadera de forma cónica, con el orificio en su parte inferior, por medio del cual dirige el enfermo el chorro de líquido sobre la úlcera, basta para esta cura.

A los pocos dias de este tratamiento las úlceras se detergen, pierden su aspecto característico, se simplifican y curan relativamente pronto.

Cuando se trata de un chancro de la piel del miembro, despues que ha hecho la irrigacion espolvorea la úlcera con almidon. Luego que se ha modificado ventajosamente, la cubre con una fuerte capa de colodion elástico, debajo de la cual no tarda en formarse la cicatriz.

Si hay necesidad de obrar sobre superficies difíciles de absterger, sobre bubones ulcerados por ejemplo, debe reemplazarse la regadera por un irrigador Eguisier, y poner sobre la herida, despues de cada irrigacion, una planchuela empapada en agua fria, cuidando de mojarla con frecuencia.

Si el movimiento de restauracion queda estacionario, el autor reemplaza, durante cuarenta y ocho horas, el agua por una solucion de clorato de potasa en proporcion de 1/20, ó agua fenicada á 1/30.

Es de presumir que este método no garantice la curación definitiva del chancro infectante.

**Uretrotomía externa: cateterismo vesico-uretral.**  
(*Revue méd. de Toulouse*).

Imitando el procedimiento de Barrier (de Lyon), que consiste en tratar las estrecheces invencibles de la uretra, aun despues de la puncion de la vejiga, limitándolas entre dos sondas introducidas, la una por la vejiga y la otra por la uretra, para servir de guia en la operacion del ojal, el doctor Ribell (de Tolosa) ha publicado dos observaciones en que este método tuvo un feliz éxito.

Tratábase en el primer caso de un enfermo atacado de retencion de orina, consecuencia de una estrechez que no pudo ser sondada por su médico ordinario. Tampoco el doctor Ribell logró penetrar en la vejiga, y ante la inminencia de graves complicaciones practicó la puncion suprapubiana. A los diez y ocho dias fué tambien infructuosa una nueva tentativa de cateterismo, y entonces se decidió el autor á forzar la estrechez, pasando una sonda por la abertura interna de la vejiga. Al efecto introdujo por la fistula hipogástrica una sonda de 16 milímetros, armada de un mandrin de ballena reblandecida, despues de haberle dado una corvadura igual á la de un arco de círculo, penetró en el orificio interno del cuello vesical, y empujó la sonda hasta la parte posterior de la estrechez. Una sonda ordinaria, introducida por el meato, llegó á la parte anterior de la misma, de modo que la estrechez estaba circunscrita entre las extremidades de los dos instrumentos. Por medio de una incision semi-lunar, practicada delante del ano, el operador fué á buscar la extremidad de la sonda vesical; á unos 2 centímetros mas adelante sintió el extremo de la sonda externa. Entonces, con un bisturí estrecho y puntiagudo, incindió de abajo arriba y de atrás adelante todos los tejidos comprendidos entre los dos extremos de las sondas. En seguida condujo la uretral hasta la vejiga, dejándola allí permanente. No hubo hemorragia, y el enfermo estaba curado á los dos meses.

El segundo hecho presenta las mismas particularida-

des: estrechez invencible, retencion de orina, puncion hipogástrica; doce dias despues cateterismo véstico-uretral, incision del obstáculo entre las dos sondas. En este caso, el cirujano, instruido sin duda por su primera operacion, introdujo una pequeña modificacion en el procedimiento, sirviéndose, para penetrar en la parte anterior del conducto, de una sonda abierta en sus dos extremos, de modo que pudiese recibir la extremidad de la introducida por el cuello vesical. A los veinte y cinco dias el enfermo estaba curado y orinaba sin dificultad.

Estos dos resultados hacen honor al cirujano de Tolosa, porque menos feliz el operado del profesor Barrier, en quien practicó este el primero el cateterismo véstico-uretral, murió de infeccion purulenta quince dias despues de la operacion. Pero el procedimiento no era enteramente igual. A los quince dias de la puncion hipogástrica, no habiéndose restablecido el curso de la orina y no pudiendo penetrar en la estrechez una candelilla finisima, se le ocurrió á M. Barrier la idea de practicar el cateterismo véstico-uretral. Se sirvió para este efecto de un catéter acanalado, de 30 centímetros de longitud, muy flexible, de tal diámetro que pudiese atravesar fácilmente la cánula colocada en la vejiga. Este catéter, doblado en semicírculo, se introdujo en la vejiga por la cánula hipogástrica, que se retiró en seguida. Con la extremidad del índice izquierdo, introducido en el recto, el cirujano dirigió el pico del catéter hácia el cuello de la vejiga, le encajó en el orificio vesical de la uretra, y le empujó hasta la parte posterior de la estrechez. Confiando el catéter á un ayudante, que, comprimiéndole, le hizo formar prominencia en el periné, incindió el conducto sobre su ranura; en seguida se dividió tambien la estrechez. La incision primera, practicada delante del punto estrechado, se continuaba con la hecha en la parte posterior, quedando así restablecida la continuidad del conducto. Luego se introdujo una gruesa sonda hasta la vejiga, siguiendo la uretra en toda su longitud.

De todo esto deduce M. Ribell la indicacion absoluta de no practicar la uretrotomía externa mas que en los casos de estrechez completa de una porcion de la uretra: de empezar por la puncion hipogástrica cuando es inminente

la infiltracion, lo que permite, conjurando el peligro, reservarse la posibilidad de penetrar en seguida por las vías naturales; y en caso de que sea imposible, aprovecharse de la abertura de la vejiga para practicar el cateterismo de atrás adelante, y fijar así los límites que debe tener la incision perineal del conducto.

**Uretrotomía perineal externa: nuevo procedimiento.**  
(*Union méd.*).

La nueva denominacion de *uretrotomía perineal externa* para designar el ojal del periné, está justificada aquí por una precision mayor que todas las empleadas para indicar esta operacion. El procedimiento operatorio es el de Syme, con un modo especial de introduccion del catéter. Se pasa previamente una candelilla capilar, y si se encaja en una laguna ó hace un falso camino, se la deja aplicada, y se introduce una segunda á su lado, luego una tercera, y así sucesivamente hasta que se haya salvado el obstáculo y haya llegado una candelilla á la vejiga. Entonces se retiran las otras y la que queda sirve de conductor, encajándose en la ranura del catéter, cuya extremidad encorvada está convertida en conducto.

Las otras innovaciones consisten en administrar, durante la semana que precede á la operacion, 10 granos de percloruro de hierro tres veces al día, y 5 granos de sulfato de quinina por la noche. Inmediatamente despues da 10 granos de quinina con 1 centígramo de morfina, y vuelve en seguida al uso del percloruro y la quinina; pero lo principal es la supresion de la sonda permanente, que el autor erige en precepto. A su juicio es inútil, si no peligrosa, porque una parte de la orina se infiltra, á pesar de ella, por los lados, y la inocuidad de su contacto está probada por las curaciones, mientras que la permanencia de la sonda da lugar á la fiebre uretral, las contracciones, las ulceraciones de la vejiga, etc. Una estadística de 25 casos con 20 curaciones justifica, en efecto, este tratamiento empleado por los mas célebres cirujanos americanos. Si no hay lugar á aceptarle como regla absoluta para todas las estrecheces, se le puede al menos ensayar en los casos en que parece mas particularmente indicado.

**Varicocele: cauterización eléctrica. (Gaz. des hop.).**

El método de enrollamiento de Vidal (de Cassis) para la operación del varicocele, es, á juicio de M. Dubreuil, el procedimiento mas seguro y menos expuesto á recidivas; pero cree que aun se podrian evitar algunos de los inconvenientes que presenta, agregando á él la cauterización, que determinaria de un modo todavía mas cierto la obstrucción de los vasos venosos por la formación de coágulos y escaras, y alejaria los peligros de la flebitis supurativa y difusa. En lugar de servirse, como Vidal, de dos hilos de plata, el doctor Dubreuil emplea un alambre de plata bastante fuerte, y otro de platino mas delgado, con los cuales practica el enrollamiento segun costumbre, y en seguida pone en contacto las dos extremidades del hilo de platino con los dos reóforos de una pila de Grenet, aplicando estos lo mas cerca posible de los puntos de entrada y salida del alambre, con lo cual se enrojece este y se cauterizan las venas. A pesar de la intensidad galvánica necesaria para obtener tal resultado, á causa de la inmersión del alambre en los líquidos que le rodean, esta operación, ejecutada en un muchacho de diez y seis años, que sufría mucho de un varicocele con principio de atrofia testicular, no fué mas dolorosa que el simple enrollamiento. Los hilos, extendidos y fijos sobre una venda, segun se practica en el procedimiento de Vidal, pudieron ser retirados á los ocho dias, no durando todo el tratamiento mas de tres semanas.

---



## OFTALMOLOGIA.

---

**Atrofia de la papila óptica: restablecimiento de la vision.**  
(*Dublin Journ. of Med. Scien.*).

La experiencia de muchos años y las observaciones repetidas han demostrado al doctor Oglesby que no es raro ver restablecerse la vision despues de haberse atrofiado las papilas ópticas, y aun añade que es un hecho muy frecuente si la atrofia ha sido consecutiva á una inflamacion aguda. En ciertos casos de esta última clase, no solo se recobra la vista, sino lo que es mas raro, la circulacion misma se regenera á veces, viéndose entonces á una papila blanca, atrofiada, ponerse rosada y adquirir su aspecto normal. El autor dice haber observado muchos casos, siguiendo su marcha paso á paso, por decirlo así, por medio del oftalmoscopio.

Aun cuando haya visto gran número de veces el restablecimiento de la circulacion despues de una atrofia del disco óptico, resultado de una néuritis y que habia producido una ceguera completa, duda que se haya restablecido jamás esta misma circulacion en una papila atacada de atrofia blanca primitiva, que hubiera producido una pérdida total de la vista. Aun se puede añadir que estos cambios no son posibles si la atrofia del disco óptico data de más de seis meses.

Nada mas interesante que observar estos hechos desde el principio de la afeccion. En primer lugar, el derrame de linfa que produce una alteracion mas ó menos pronunciada de la vision; en segundo, el proceso de absorcion de esta linfa; en un período mas avanzado, la atrofia con desaparicion de los vasos del disco y de las funciones visuales; en fin, el restablecimiento de la circulacion papilar y de la vision.

La observacion demuestra, y el autor refiere ejemplos, que papilas atrofiadas, no habiendo una alteracion bien apreciable en su aspecto, son susceptibles de recuperar las funciones normales, suspendidas durante años enteros. No obstante, no se restablece nunca en ellas el

color rosado, debido, naturalmente, á la vascularizacion capilar. El tiempo que puede transcurrir entre la abolicion y el restablecimiento de la vista es muy variable; el período mas corto que ha observado el autor fué de cuatro meses, y el mas largo de cuatro años. La ceguera era consecutiva, en el primer caso, á una neuritis, y en el segundo, á una atrofia blanca simple.

Un estudio muy detenido de estos hechos ha permitido al doctor Oglesby establecer tres períodos bien marcados en la convalecencia de esta afeccion. En el primero, el enfermo ha percibido de tarde en tarde, y poco distintamente, algun objeto muy brillante, como una luz de gas, una hoguera, etc.; luego esta percepcion va haciéndose cada vez mejor definida. Es muy frecuente en este período que la convalecencia permanezca estacionaria meses y meses. La aparicion de este primer alivio es un signo pronóstico muy halagüeño, que permite abrigar la esperanza de que se restablezca la vision en un grado útil, ya que no perfecto. Se esperará con mas confianza aun si el enfermo es capaz de dirigir su mano con precision hácia el objeto percibido.

Durante el segundo período, la vista gana hasta el punto de permitir al paciente juzgar de la dimension de los objetos y aun evitar los obstáculos con que puede encontrarse en su camino.

El tercer período empieza cuando el enfermo llega á distinguir los colores, y si sabe precisarlos con exactitud, la convalecencia marchará rápidamente á una curacion estable.

El autor llama particularmente la atencion hácia este segundo período, por varias razones:

1.º Si el paciente no consigue distinguir los colores con cierta seguridad, es raro que la vision se restablezca en un grado satisfactorio.

2.º Si el discernimiento de los colores se verifica regularmente, aunque no del todo bien, es muy probable que el enfermo recobre un grado de vista suficiente para manejarse.

3.º Si distingue los colores fácilmente y con seguridad hay muchas probabilidades de que se restablezca completamente la vista.

Es esta una cuestion del mayor interés en el concepto médico-legal. Porque, en efecto, nada hay mas comun que ver afectarse las papilas ópticas á consecuencia de accidentes en los ferro-carriles. No es raro que se atrofién dichos órganos, y no teniendo presentes los datos que acabamos de exponer, se declare para siempre ciegos á los sujetos víctimas de este accidente, cuando en realidad podrán recuperar una vision mas ó menos completa.

**Blefaritis mentagrosa.** (*Lyon med.*).

Los tratados especiales de dermatología, aun cuando admitan la posibilidad de la localizacion de la mentagra en todas las partes de la cara y del cuerpo en que existe vello, no refieren ningun caso de blefaritis mentagrosa, siendo esta circunstancia la que presta todo su interés á la observacion leida por el doctor Cartaz en la Sociedad de ciencias médicas de Lyon.

Era el enfermo un hombre de treinta y siete años, que entró en el hospital para curarse de una blefaritis ciliar. Cuatro años antes habian aparecido en el labio superior unas pequeñas pústulas, primeros síntomas de una sicosis, que se mejoraron en diferentes ocasiones, pero volviendo á presentarse de nuevo al poco tiempo. Tres meses antes los párpados se hicieron asiento de una hinchazon y picor dolorosos con sensacion de arenillas entre ellos y el globo del ojo; un poco de epifora, todos los síntomas, en una palabra, de una blefaritis cuyo origen no podia referir el enfermo á ninguna causa apreciable.

Poco á poco la inflamacion se extendió á los dos párpados de ambos ojos, y cuando le observó el doctor Cartaz, presentaba el estado siguiente:

Mentagra pústulo-tuberculosa en la parte media del labio superior. Las inflamaciones incesantes habian concluido por alterar la piel, que estaba engrosada, notándose en ella induraciones tuberculosas del tamaño de un guisante, algunas de las cuales formaban prominencia en la superficie; el color de los tegumentos era violado.

Blefaritis ciliar caracterizada por una hinchazon del borde libre de los párpados; moco-pus que se secaba, formando costras que aglutinaban las pestañas, las cua-

les estaban reunidas en pincel y se conservaban bastante íntegras en el párpado superior; en el inferior eran quebradizas, deslustradas y acabaron por caerse en gran parte. No habia pústulas. Estas alteraciones eran igualmente marcadas en ambos ojos.

Despues de la entrada del enfermo en el hospital aparecieron en la raiz de la nariz, cerca del ángulo externo del ojo izquierdo, dos pústulas muy inflamadas que dieron lugar á la formacion de pequeños abscesos. En ninguna otra parte del cuerpo habia señal de erupcion anti-gua ó reciente.

Todos los tratamientos empleados contra la blefaritis durante tres meses, antes de ingresar el sujeto en el hospital, habian sido completamente inútiles.

Examinando al microscopio los bulbos de los pelos arrancados del labio, se comprobó la existencia de tubos de micelium, de esporos, en una palabra, de los elementos del parásito, deduciéndose de aquí la existencia de una mentagra parasitaria.

La coincidencia de las dos afecciones mentagra y blefaritis, la aparicion consecutiva de esta última y su rebelde tenacidad, hicieron pensar á M. Letievant que quizá habria para las pestañas la misma causa parasitaria, causa poderosa y que explicaria la ineficacia de las medicaciones. Para comprobarlo, el doctor Cartaz arrancó pelos de diferentes puntos de los párpados y nada encontró en los correspondientes al superior, pero en los del inferior derecho é izquierdo se presentaron en todo su desarrollo los elementos del tricofiton. La falta del parásito en el párpado superior se explica fácilmente, porque la enfermedad estaba menos avanzada, segun lo demostraba la conservacion de las pestañas. La inflamacion quizás no se habia transmitido allí mas que por contigüidad; pero es de creer, añade el autor, que el contacto de los dos párpados al cerrar los ojos hará que se transmita el parásito, si no se interviene con una medicacion eficaz.

**Catarata: extraccion lineal, nuevo procedimiento operatorio.**  
(*Union méd.*).

La keratotomía lineal tiene el privilegio de ocupar hoy la atencion de los cirujanos de todos los paises, y en este

concepto juzgamos útil hacer un ligero extracto de una nota presentada por el célebre oftalmólogo Giraud-Teulon á la Sociedad de Cirugía de Paris, acerca de un nuevo procedimiento referente á este método y algunos puntos de detalle del mecanismo de esta operacion.

Es bien sabido que el método de extraccion lineal se funda en tres principios: 1.º reducir al minimum la herida de la incision; 2.º colocar esta en la region mas favorable bajo el punto de vista de la reparacion cicatricial, es decir, en el *limbo esclero-corneal*; 3.º facilitar la reunion y cicatrizacion de los labios de la herida, sustituyendo la forma lineal al colgajo, menos favorable para la coaptacion.

La incision antigua, como toda operacion que pasa por un pequeño círculo de la esfera, hace que el colgajo se encuentre levantado por efecto de la tension intra-ocular, y tanto más, cuanto mayor sea su anchura.

Por otra parte está demostrado, que las heridas que interesan la córnea tardan mas en cicatrizarse que las del limbo esclerotical.

M. Graefe se sirve para practicar su operacion, de un bisturí muy estrecho, que hace caminar paralelamente al iris, casi rasando la cara anterior de este, y de modo que toda la incision cae en el limbo esclerotical, á excepcion de su parte media, que interesa solo el vértice de la córnea.

La incision tiene de 10 á 11 milímetros de longitud, por consiguiente, cuando se separan los labios, su extension es igual al volumen de la lente. Para conseguir este resultado, se penetra á milímetro y medio detrás de la córnea, se hace marchar la punta del cuchillo oblicuamente hasta el centro de la pupila, luego se eleva horizontalmente y se la hace salir en el lado opuesto á milímetro y medio tambien detrás de la córnea. Todos estos tiempos tienen que ejecutarse con una precision casi matemática, porque si no, se corre el riesgo de caer demasiado adelante en plena córnea; lo cual, entre otros inconvenientes, ofrece el de dar una abertura muy pequeña, ó tambien el de interesar el iris, el canal de Fontana, los procesos ciliares, la coróides y la esclerótica, segun que la incision se haya inclinado involuntariamente mas ó menos hácia

atrás; de aquí hemorragias internas abundantes y la prociencia del humor vítreo: accidentes que se han observado con frecuencia en los primeros tiempos de este método.

Segun M. Giraud-Teulon, este segundo tiempo es de difícil ejecucion, lo cual ha motivado algunas tentativas para mejorarle. Con tal objeto, el profesor Weber ha ideado un ancho cuchillo lanceolar, á fin de practicar la incision teórica de Graefe por medio de un instrumento conducido segun el mecanismo de los cuchillos lanceolares ordinarios que se usan en la iridectomía y en los procedimientos de extraccion de Schuff y Critchett.

El cuchillo lanceolar plano no podia trazar una seccion perteneciente á un gran círculo de la esfera, mas que introduciéndole normalmente á esta superficie y casi hasta el polo posterior del cristalino. Siguiendo cualquiera otra inclinacion, describe un arco de círculo pequeño, forma un colgajo.

Debiendo penetrar el nuevo instrumento en la cámara anterior, paralelamente al plano del iris y del limbo esclero-corneano, cada uno de sus puntos debe permanecer en este movimiento, en la misma recta paralela á dicho plano, durante todo el tiempo de la penetracion, es decir, que su superficie ha de ser una superficie cilíndrica.

Teniendo que cortar este cilindro la córnea, segun cierta circunferencia del gran círculo (la definida por Graefe, cuyo plano es tangente al borde de la córnea, lo que la da una inclinacion de  $45^{\circ}$  próximamente sobre el eje del ojo), deberá tener por directriz, la proyeccion de dicha circunferencia del gran círculo sobre un plano perpendicular á la direccion del movimiento. Esta proyeccion constituye una elipse que tiene por eje mayor el diámetro mismo de la esfera, y por eje menor el diámetro pequeño multiplicado por la raiz cuadrada de 2 (lado ó cuadrado, cuya diagonal seria el diámetro de la esfera corneal).

Sentadas estas bases, nada mas sencillo que construir la porcion de elipse que debe servir de directriz á la generacion del cilindro, por medio de las ecuaciones de esta curva, como ha hecho Weber, ó por los procedimientos gráficos que suministra la geometría descriptiva, segun ha practicado Giraud-Teulon, medio más directo aun.

Una fórmula geométrica muy sencilla permite determinar fácilmente el radio del círculo, base de este nuevo cilindro. El cálculo le atribuye un radio de 7 milímetros ó un diámetro de 14<sup>mm</sup>. No obstante, en la práctica conviene sustituir á la curva teórica de 7 milímetros una de diez.

La forma del instrumento modificado, segun estas nociones, por Giraud-Teulon, es la de los cuchillos lanceolares, encorvados en general, sin triángulo. Su longitud se aproxima todo lo posible al diámetro transparente de la córnea, ó sea 12 milímetros. Por otra parte, tiene una dimension tal, que en el momento en que su punta llega al punto diametralmente opuesto de la cámara anterior, la incision circular de penetracion está terminada, es decir, tiene una cuerda de 10 á 11 milímetros, 10,25 á 10,50 próximamente. Para que esta extension no se disminuya por el espesor de la córnea con el que es preciso contar, se han quedado en la parte del talon del instrumento dos aristas paralelas de igual longitud al grueso de aquella membrana, ó sean 2 milímetros.

La hoja está montada en un mango inclinado en ángulo, que tiene 2 de base y 1 1/2 de altura. Su plano se encuentra encorvado sobre un mandrin cilíndrico de 20 milímetros de diámetro.

Una vez terminada la incision, el instrumento puede hallarse detenido en su movimiento de retirada por un repliegue de la conjuntiva incompletamente seccionado en los lados, al tiempo de la penetracion. Con objeto de atender á esta eventualidad, el talon del cuchillo está afilado hácia el mango, en una direccion oblicua de 2 milímetros próximamente en cada lado.

Para servirse de este instrumento, el cirujano sigue los mismos tiempos operatorios que en la práctica de la iridectomía con el cuchillo lanceolar encorvado. Hace penetrar la punta en la cámara anterior picando la córnea *perpendicularmente á su superficie, en el limite mismo de su circunferencia trasparente*; en el momento de sentir que se ha atravesado la membrana, cambia la direccion del plano de la hoja, y bajando el mango hace que venga á buscar el paralelismo con el plano de la circunferencia corneal. Entonces, estando fijo el globo en su diámetro opuesto,

se empuja el cuchillo por un movimiento bien uniforme y bien paralelamente al plano del iris y de la córnea, hasta que llega la punta á la extremidad opuesta del diámetro corneal; no resta ya mas que retirar lentamente el instrumento.

Todos los demás tiempos de la operacion son los mismos que en el procedimiento de Graefe, salvo el de la expulsion. Este es el mas delicado y en el que mas accidentes pueden producirse, en particular la procidencia del vítreo. La causa de esto se encuentra en las condiciones mecánicas de la expulsion del cristalino y en el principio mismo del método. *La incision lineal, tan admirablemente dispuesta para facilitar la coaptacion y cicatrizacion de los labios de la herida, dificulta la salida de la lente.*

Las dificultades de este cuarto tiempo de la operacion han sido causa de que se empleen ganchos, cucharillas grandes y pequeñas, que durante los primeros años del método jugaron un gran papel, con detrimento de los ojos operados. Es verdad que Graefe ha abandonado estos instrumentos, pero tambien se ha separado en la práctica de la incision, segun la fórmula, para hacer un pequeño colgajo esclerotical de  $1\frac{1}{2}$  á 2 milímetros de altura.

Con objeto de evitar esta dificultad, M. Giraud-Teulon, sosteniendo la pinza fijadora (aplicada desde el principio de la operacion en la extremidad inferior del diámetro corneal, cuando el cuchillo debe penetrar de arriba abajo, y muy cerca del limbo conjuntival) con la mano izquierda deprime el labio esclerotical de la incision por medio de un pequeño instrumento formado de una placa oval de concha ó plata de 8 á 9 milímetros en su mayor diámetro, un poco excavada, y cuyo borde anterior convexo y muy delgado, no presenta reborde terminal elevado como el de las cucharillas; es una especie de paleta como la de los braseros. Esta placa se mantiene aplicada tangente-mente al labio inferior deprimido, dispuesta á recibir el cristalino á medida que va saliendo y prestando á la envoltura del lado de la zónula, el concurso de una ligera contrapresion de apoyo.

El movimiento de expulsion es entonces la resultante de dos presiones contrarias ejercidas con la mayor precaucion, de una parte, por la paleta sobre el labio escle-



rotical de la herida, y de otra, por la pinza fijadora.

La accion de esta, no tanto es una presion, como una traccion tangencial dirigida hácia abajo y atrás, cuyo primer efecto es ofrecer algun mayor espacio en la parte inferior al cuerpo vítreo empujado por la paleta, y al mismo tiempo concurrir á la abertura de la herida disminuyendo el diámetro de la córnea en un sentido apropiado para aproximar entre sí los ángulos de la incision.

Hecho esto, se aumenta el movimiento de traccion tangencial por una ligera presion dirigida hácia atrás, y bajo esta influencia combinada, el cristalino comprimido suavemente por todas partes, excepto en la abertura, viene á deslizarse en la paleta. Toda presion ejecutada sobre otro punto del globo, lejos de expulsar la lente, cierra los labios de la herida, como lo hace un ojal cuando se tira de sus dos extremidades. Por no haber formulado claramente este precepto, es por lo que M. Graefe tuvo que hacer diferentes tanteos al principio, y por lo que muchos médicos que no le han visto operar se han expuesto á un fracaso por la salida del humor vítreo.

M. Giraud-Teulon afirma, que la extraccion practica-da como acabamos de decir, y con los instrumentos descritos, es de un resultado mucho mas seguro que con ninguno de los otros métodos. El autor la ha ejecutado dos veces con un resultado completamente feliz, y confiesa que en el fondo este procedimiento corresponde á Weber, no teniendo él mas mérito que haber caracterizado con claridad las grandes ventajas, así como los peligros de la incision verdaderamente lineal, demostrando á la vez las dificultades de la expulsion al lado de los inmensos beneficios de la reparacion cicatricial.

M. Giraud-Teulon hace notar, contestando á una observacion de M. Perrin, que el paralelismo de los bordes laterales del cuchillo hácia el talon, evita que se haga la incision en bisel, como sucede con el triangular ordinario

**Cisticerco celuloso en la retina.** (*Independencia médica*).

En este periódico ha publicado el doctor Carreras y Aragón un notabilísimo caso observado en su clínica oftalmológica.

Era el enfermo un cochero de treinta y ocho años, el cual, á consecuencia de una iritis plástica sufrida en la infancia en el ojo izquierdo, tenia varias sinequias posteriores que apenas dificultaban la vision; el ojo derecho, perfectamente sano, recibió, hacia mes y medio, un fuerte golpe en el globo por encima del párpado, con la rama de un pino; al momento sintió el enfermo dolores vivos, sin que se le inflamara el ojo, y á los diez dias principió á notar que se le oscurecia la vision; presentándose sombras ante su vista; por consecuencia de ello y á los quince dias del accidente, acudió á la consulta del doctor Carreras.

Examinado con la mayor atencion el ojo derecho, se notó que la conjuntiva, córnea y esclerótica se hallaban en un estado completamente normal; la pupila, ligeramente dilatada, era algo perezosa en sus movimientos de contraccion y dilatacion; el cristalino y el vítreo, perfectamente transparentes, no ofrecian novedad alguna, de modo que el exámen oftalmoscópico, dilatada previamente la pupila, permitió ver la retina, la cual se hallaba cubierta de exudaciones blancas que interrumpian los vasos en muchos puntos, y en la parte inferior se notaba una bolsa serosa mas contorneada, con algunos vasos hipermiados é interrumpidos, análoga en un todo á los caractéres que ofrece el derrame seroso acompañado de desprendimiento de la retina; no pudo descubrirse la pupila óptica ni vaso alguno de los centrales.

El enfermo no se quejaba de dolor, experimentando solo una ligera sensacion gravativa en el ojo, algun dolor supra-ciliar y variadas fotópsias acompañadas de puntos brillantes. El campo y agudeza visuales, limitados considerablemente, le permitian contar con dificultad los dedos y no distinguia carácter alguno de los de Snellen; pues segun expresion del mismo enfermo, una extensa mancha negra le cubria todo el campo visual.

En vista de este cuadro de síntomas se diagnosticó la enfermedad de retinitis serosa exudativa con desprendimiento de la retina.

Examinado de nuevo con el ofialmoscopio, seis dias despues, notábanse los humores del ojo transparentes, la retina en su tercio superior y en una pequeña porcion de

su parte interna ofrecia el color rosado normal; pero en el centro, y principalmente en las porciones externa, interna é inferior, presentaba unas exudaciones blancas, que á manera de velos, cubrian los vasos, siendo notables unas especies de pliegues en forma de cortinas que dejaban ver porciones blancas flexibles, sobre las cuales se percibian los vasos de la retina encorvados y cubiertos en algunos puntos, ofreciendo el todo un aspecto parecido al de los derrames serosos, con la sola diferencia de notarse como una confluencia de dichas bolsas serosas, rodeando una porcion pequena de retina casi normal,



Fig. 8.

de la que se veian salir unas delgadas ramas de la arteria central. Pero lo que sorprendió al autor de una manera extraordinaria fué el ver, algunas líneas mas abajo y afuera de dicho punto, un cuerpo esférico, globuloso, bien definido, de un tinte blanco azulado, al cual iba

unida, por una especie de cuello, otra porcion cilindrica, algo deprimida é irregular, mas larga que ancha, de color blanco lechoso, que daba paso á otra porcion mas delgada, terminada por una cabecita con dos pequeñas abolladuras y una ligera prolongacion central, formando el todo una especie de trompa muy movable de color tambien blanco lechoso algo nacarado. Desde este momento creyó el doctor Carreras que se trataba de un *cisticerco celuloso*, el cual cubria parte del tercio medio é inferior de la retina hácia su lado externo, tenia la vesícula caudal un poco hácia atrás, y el cuerpo, cuello y cabeza hácia dentro y ligeramente adelante, comprimiendo el vítreo, sin haber producido hasta entonces rotura alguna en la hialóides. La figura 8 da idea de la disposicion que acabamos de describir.

Observado el enfermo distintas veces, se ha ratificado de un modo indudable el diagnóstico, siendo de notar las varias formas que toma el entozoario, ora acortando su cuerpo en figura globulosa, unido por un lado á la vesícula caudal por una porcion estrecha, y terminando por el otro por su cuello y cabeza delgados y flexibles, ora prolongando el cuerpo y principalmente el cuello, el cual despues de sufrir varias inflexiones, llega hasta tocar con la cabeza la vesícula caudal.

Convencido el autor de la inutilidad de los medios farmacológicos para destruir el cisticerco en la retina, se limitó á un tratamiento expectante aguardando un momento favorable á la extraccion del entozoario si se ofreciese oportunidad.

El doctor Carreras y Aragón que no admite la generacion espontánea, no cree que puede considerarse el traumatismo como causa del entozoario, segun han pretendido algunos autores. Se adhiere mas bien á la doctrina de los que piensan que el cisticerco es producto de una larva de ténia, la cual, trasportada al torrente circulatorio, sufre su evolucion en el sitio en que se detiene, formando una especie de embolia.

El gérmen, en este como en otros casos, pudo ser introducido comiendo el sujeto carne de cerdo principalmente cruda, ó que no haya sufrido una temperatura suficientemente elevada. El enfermo en cuestion era, con

efecto, aficionado al jamon y á embutidos de cerdo crudos.

Este caso de cisticerco es, segun el doctor Carreras, uno de los pocos que registra la ciencia, desde que en 1853 Graefe vió el primero en Alemania, y entre ellos el descrito, en 1858, por Nagel, que se presentó libre en la retina, que es el que ofrece mas analogía con el observado por nuestro distinguido compatriota; pues los demás en su generalidad se presentaron enquistados.

**Conjuntivitis granulosa:** jarabe como colirio. (*The Lancet*).

El doctor Lawson Tait emplea el jarabe, sobre todo contra las granulaciones de los párpados, en combinacion con otros remedios, como el licor potásico, el acetato de plomo, el vino de opio, la atropina, etc. El jarabe debe prepararse con azúcar de primera calidad y estar bien clarificado.

Es frecuente, dice el autor, que en los primeros dias de su uso parezca que se agravan los síntomas, pero en seguida se nota un alivio muy marcado.

El jarabe simple cree que obra por una especie de lubricacion mecánica en las granulaciones palpebrales.

**Conjuntivitis y queratitis: tratamiento por el sulfato de quinina.** (*Ann. d'ocul.—Riv. clin. di Bologna*).

La accion de la quinina sobre la sangre, deducida de los experimentos de Binz y otros autores, ha conducido al profesor Nagel á emplearla tópicamente en las afecciones oculares, con especialidad en las alteraciones de la conjuntiva y de la córnea. Segun una comunicacion de este práctico al Congreso oftalmológico de Heidelberg, el clorhidrato de quinina tendria una accion directa sobre los glóbulos blancos de la sangre ó leucocitos fuera de los pasos. Entre las enfermedades en que ha usado este medio cita principalmente los *catarros conjuntivales crónicos*, las *conjuntivitis flictenulares ó pustulosas*, y mas especialmente aun las *supuraciones difusas de la córnea*. El doctor Nagel refiere un hecho de esta última clase, muy favorable á la nueva medicacion. Se trataba de un operado de

catarata, de sesenta y nueve años de edad, cuya córnea se había infiltrado de pus al tercer día de la operación, y el ojo amenazaba perderse, cuando se instiló en el ángulo interno media cucharada de las de café de una solución de clorhidrato de quinina, manteniendo el líquido entre la córnea y la conjuntiva el mayor tiempo que se pudo. A las pocas horas se notaba un alivio manifiesto, y algunos días después había desaparecido por completo la infiltración. Cuando el enfermo salió del hospital leía caracteres muy pequeños.

Animado por este ensayo, cuyos detalles no son muy precisos, el doctor G. Flarer le ha repetido en 15 casos de queratitis parenquimatosa difusa y de opacidad corneana. En lugar de colirio ha hecho una pomada en la proporción de una parte de clorhidrato de quinina por cuatro de glicerolado de almidón. Los enfermos toleraron muy bien este tópico, que solo produjo un poco de picor al principio; los efectos fueron prontamente eficaces. En 3 casos de queratitis parenquimatosa, cuya duración varía ordinariamente de tres á seis meses, se redujo esta á un mes bajo la influencia de la quinina. Parece que este medicamento goza de una eficacia especial para producir rápidamente la vascularización y la reabsorción de la materia infiltrada. A los pocos días de su aplicación, dice el autor que se veían aparecer en la periferia de la córnea numerosas ramificaciones vasculares, que se extendían en seguida hasta el centro, formando pequeños islotes rojos en medio del gris uniforme que determina la inflamación corneana difusa. Después de algún tiempo estos vasos palidecían, para desaparecer luego enteramente, así como la opacidad.

Estas aserciones, demasiado vagas é insuficientes para una medicación nueva, han sido confirmadas por observaciones precisas del doctor Gotti (de Bolonia). Habiendo empleado el colirio de quinina, en la proporción de 25 centigramos de clorhidrato por 30 gramos de agua, en un gran número de enfermos de la clínica oftalmológica y de su clientela particular, atacados de afecciones de la córnea y de la conjuntiva, ha obtenido los mejores efectos, como lo prueban los cuatro hechos siguientes, que refiere como ejemplos:

I. Mujer de treinta y seis años, admitida en el hospital con una blenorrea palpebral muy abundante, consecuencia de una oftalmía blenorragica. Destruccion completa de la córnea derecha con procidencia del iris; úlcera perforante de la mitad inferior de la izquierda, tambien con procidencia del diafragma iridiano; todo el resto de la membrana estaba turbia é infiltrada de pus. Instilacion del colirio de quinina en el ojo izquierdo. Tres dias despues la infiltracion de la córnea estaba disipada, el catarro disminuido y la úlcera en vfa de cicatrizacion, que se completó continuando dos y tres instilaciones diarias, y la córnea recobró su transparencia en la parte superior.

II. Queratitis flegmonosa con iritis, hipopion y sinequia posterior en el ojo derecho de un hombre de cincuenta y ocho años. Bajo la influencia del colirio de quinina la córnea recobró su transparencia, salvo un leucoma central.

III. Conjuntivitis blenorragica bilateral en una mujer de cincuenta y ocho años, ingresada en la clínica el 26 de agosto. A la mañana siguiente se comprobó la existencia de extensas y profundas úlceras en la parte inferior, interna y externa de ambas córneas, que se iban extendiendo con rapidez. Bajo la accion del colirio de quinina, instilado muchas veces al dia, las ulceraciones se cicatrizaron rápidamente, y la córnea recobró su transparencia. Al segundo ó tercer dia cesó el flujo, y, despues de un mes de tratamiento, la enferma salió completamente curada.

IV. Queratitis flegmonosa del ojo izquierdo con hipopion, en una mujer de la clínica, úlcera extensa de toda la parte inferior de la córnea. Las instilaciones del colirio de quinina salvaron la parte inferior de esta membrana, y mediante una pupila artificial, la enferma pudo recobrar la vista.

Parece, pues, que el colirio de quinina conviene principalmente contra las inflamaciones de la conjuntiva y de la córnea, sobre todo las ulceraciones de esta última membrana y las pústulas de la primera.

El doctor Prout (de Brooklyn) ha empleado esta sal en forma de colirio seco en las granulaciones palpebrales.

En un muchacho de catorce años, cuya vista se oscureció hasta el punto de que no podía encontrar el camino del hospital, donde iba á hacerse tratar por los medios ordinarios, recurrió el autor á las insuflaciones de sulfato de quinina seco, restableciéndose la vision á los pocos meses lo bastante para permitirle al enfermo leer los periódicos con el ojo izquierdo. La insuflacion era mucho menos dolorosa que la cauterizacion con el sulfato de cobre.

En una muchacha de diez y siete años, tratada inútilmente durante seis meses, cada insuflacion de sulfato de quinina era seguida de un alivio en el aspecto de las opacidades corneanas, mucho mas marcado que con todos los demás tópicos que se habian usado antes. Los resultados obtenidos por este autor en otras enfermedades oculares no fueron tan satisfactorios.

**Estrabismo intermitente regular.** (*Lyon med.*).

Hace mucho tiempo se sabe que el estrabismo ordinario no se mantiene siempre en el mismo grado. Ya antes de los trabajos de Donders, que han establecido la dependencia que existe entre el estrabismo y ciertos estados de la refraccion, se conocian muchos casos en que esta alteracion se manifestaba solo en determinadas circunstancias. Investigaciones mas completas han demostrado que la desviacion del ojo afecto aumenta durante la fijacion de los objetos próximos y disminuye ó desaparece en los objetos distantes, ó cuando la vista está distraida. Se sabe tambien que en la mayor parte de los estrabismos convergentes la desviacion permanente va precedida de un estadio de desviacion periódica, en el que solo tiene lugar la convergencia cuando el enfermo hace esfuerzos de acomodacion. Pero no se habia observado hasta ahora una verdadera intermitencia de estrabismo, produciéndose con la periodicidad regular de una fiebre intermitente. A esta categoría pertenece un caso comunicado por el doctor Laqueur á la Sociedad de ciencias médicas de Lyon.

Era el sujeto un muchacho de diez años, que presentaba en su ojo izquierdo un verdadero estrabismo intermitente. Desde la edad de dos años se observaba en él un



dia una convergencia fuerte y permanente (de tres y medio á cuatro líneas), y al siguiente era normal la posición de sus ejes ópticos, á no ser en el momento de mirar fijamente un objeto muy próximo, y aun esto no existía mas que desde los dos últimos años. El doctor Laqueur ha podido comprobar, durante muchos meses consecutivos, la regularidad del fenómeno.

El enfermo no había padecido nunca fiebres intermitentes ni otras afecciones que una fluxion de los órganos torácicos y un absceso de los gánglios linfáticos del lado izquierdo del cuello.

La quinina y el arsénico, medios empleados varias veces, fueron completamente inútiles, no menos que la atropina, aplicada por mucho tiempo en ambos ojos. En cuanto al estado de la refraccion se notó un ligero astigmatismo, pero no hipermetropía.

El autor se abstuvo de proponer la estrabotomía por temor de que corrigiendo la convergencia que existía un día se produjera una divergencia en el inmediato. Cree, sin embargo, que en estos casos es posible la operacion si los enfermos tienen diplopia y tendencia á fusionar las dos imágenes.

Por extraordinaria que parezca esta intermitencia del estrabismo, no carece de ejemplos análogos en el dominio de las parálisis musculares. M. Laqueur ha visto en una mujer una parálisis del sexto par izquierdo que se producía cada dos dias á las siete de la tarde, determinando diplopia é inmovilidad del ojo hácia fuera, mientras que los dias intermedios la enferma veía bien y tenía libres los movimientos del globo ocular. La quinina en este caso no hacia mas que prolongar doce horas el intervalo de los accesos, sin llegar á suprimir por completo esta parálisis intermitente.

**Fistulas de la córnea: haba del Calabar.** (*Ann. d'oculistique*).

Muchos autores consideran las fistulas de la córnea como enfermedades de curacion dificilísima si no imposible. En no pocos casos terminan por la fusion del ojo, sin que logren evitar tan terrible accidente los medios hasta hora recomendados. Es por consecuencia interesante,

bajo este punto de vista, un caso de curacion de fístula corneana observado por el doctor Zehender en su polí-clínica.

Era la enferma una muchacha de diez años con una fístula de la córnea, consecutiva á una oftalmía purulenta y ulceracion de aquella membrana. Todos los medios ordinarios empleados con constancia, habian sido inútiles para lograr la cicatrizacion de la fístula. En vista de esto, se decidió el autor á ensayar el extracto de haba del Calabar, instilando una disolucion de esta sustancia una vez cada veinte y cuatro horas durante quince dias. Pasado este tiempo, y encontrando el ojo en un estado muy satisfactorio, se suspendió el medicamento; pero á los tres dias volvió á vaciarse la cámara anterior. Esta vez la continuacion del tratamiento produjo una curacion completa y durable.

El autor cree, que en este caso el borde pupilar del iris se habia adherido á la abertura de la fístula. La accion del haba del Calabar habria consistido en cerrar la abertura interna por la contraccion del iris.

**Hemeralopia : tratamiento por el aceite de hígado de bacalao y la esencia de trementina.** (*Lyon méd.*).

Habiendo tenido el doctor Dupierris ocasion de tratar en la Habana un gran número de colonos chinos, afectados á su llegada al país de oftalmías catarrales y hemeralopia, prescribió el aceite de hígado de bacalao unido á la trementina, segun el método de Blecker, con objeto de combatir la primera de estas afecciones; pero habiendo observado, que bajo la influencia de este tratamiento cedia tambien la hemeralopia, le aplicó igualmente á todos los que de ella estaban afectados, consiguiendo que se curasen en su inmensa mayoría, en dos ó tres dias. El doctor Dupierris prescribe la fórmula siguiente: aceite de hígado de bacalao, 30 gramos; esencia de trementina, 4 gramos, y recomienda que tome el enfermo tres cucharadas de las de café al dia.

**Manchas de la córnea: tratamiento por medio del fósforo.**  
(*Revue de théér.*).

El doctor Tavignot, que con tanto entusiasmo recomienda el fósforo para la curación de la catarata, le ha empleado igualmente en el tratamiento de las manchas de la córnea (*albugo* de los antiguos), según dice, con muy buenos resultados.

Este medicamento se diferencia, según el autor, de los que ordinariamente se usan en tales casos, que obran siempre provocando una irritación más ó menos viva, en que produce tanto mejor efecto, cuanto más completa es la tolerancia del ojo. Por esto aconseja que se empiece por el aceite núm. 6, es decir, á  $\frac{1}{600}$ , llegando después, poco á poco, al  $\frac{1}{300}$ .

Deben graduarse del mismo modo, y teniendo en cuenta los efectos producidos, el número de instilaciones que han de hacerse en las veinte y cuatro horas, y las cuales variarán de una á cuatro al día.

A veces es útil dejar descansar un poco al ojo, para volver á comenzar de nuevo el tratamiento, ó cuando menos disminuir la actividad de este, rebajando el número de instilaciones ó la concentración del aceite.

El autor refiere algunos casos de curación obtenidos por este medio, de cuya eficacia nada podemos decir hasta verla comprobada por nuevas observaciones.

**Oftalmia intermitente.** (*Arch. méd. belges*).

Los doctores Duprez y Molitor han publicado, en los *Archives médicales belges*, la observación de un caso de oftalmía intermitente.

Un soldado de cuarenta y un años, linfático, de buena constitución, y que no había padecido más enfermedad que una fiebre intermitente en su adolescencia, entró en el hospital el 13 de junio quejándose de dolores intensos en el ojo izquierdo, que se habían presentado hacia dos días sin causa apreciable. Los bordes de los párpados estaban muy rojos é hinchados, lo mismo que la conjuntiva y la esclerótica; el iris contraído, y todos los medios del ojo transparentes y claros. No se observaba ninguna alte-

racion en la córnea; fotofobia intensa, lagrimeo y secrecion mucosa aumentada. El paciente se quejaba de un dolor periorbitario y temporal, y sensacion de arenillas dentro de los párpados. (Instilaciones de atropina, fomentos emolientes, purgante y dieta).

Al dia siguiente se encontraba notablemente aliviado; pero á pesar de continuarse el mismo tratamiento, reaparecieron los dolores al otro dia por la tarde, así como la inyeccion, fotofobia y lagrimeo hasta el punto de producir blefarospasmo y edema. El ojo derecho fué tambien invadido, hallándose al poco tiempo en el mismo estado que el izquierdo. La medicacion antiflogística enérgica, los calomelanos al interior, etc., que se empleó, solo produjo un alivio pasajero, como la vez anterior, reproduciéndose estas alternativas de remision y exacerbacion cada dos dias. Los accesos adquirian cada vez mayor intensidad, hasta el punto de ser intolerables los dolores, no solo alrededor de la órbita, sino en el interior del globo del ojo; el enfermo no podia dormir; la hiperemia era intensísima, el iris habia cambiado de color, inyeccion de la coróides y la retina, é imposibilidad de ver ningun objeto. No habia señal alguna de exudado.

Fundándose entonces M. Duprez en la intermitencia que se manifestaba cada dos dias, á las seis de la tarde, por la exageracion de los sufrimientos y de los síntomas objetivos, administró el sulfato de quinina como en un acceso de fiebre intermitente, consiguiendo á los ocho dias una curacion casi completa.

La faltan á esta observacion notable, datos precisos para demostrar el curso de la inflamacion ocular, su duracion, las remisiones y los accesos, y sin esto no es posible juzgar de la intermitencia mas que á *posteriori* por el efecto del antitípico.

El doctor Bouvier dice haber observado dos casos análogos en su práctica.

#### Oftalmoscopio de Burke. (*Gaz. hebd.*).

El doctor Gavarret ha presentado, á la Academia de medicina de Paris, un oftalmoscopio, inventado por el doctor Burke, jefe de clínica de Wecker. Este instru-

mento hace ver por las leyes de la reflexion de la luz. Se compone de dos espejos cóncavos de una longitud focal determinada. El primero tiene una abertura, y, recibiendo los rayos luminosos de una lámpara colocada en su foco, les refleja en haz sobre el segundo espejo. Este les hace entrecruzar á la distancia focal, donde se encuentra el ojo observado.

Los rayos luminosos penetran, pues, en el ojo en divergencia é iluminan su fondo.

Si el ojo es emétrope, se pinta sobre el plano focal principal del espejo una imágen real, invertida y aumentada de dimensiones.

Si el ojo es hipermétrope, la imágen se formará detrás del plano focal, á una distancia que variará con el grado de N.

Si el ojo es míope, la imágen será, ora real, ora virtual y siempre engrandecida.

El ojo del observador verá estas diferentes imágenes colocado detrás de la abertura del primer espejo.

Si se hace un orificio en el segundo, otro observador podrá ver en el ojo por el procedimiento oftalmoscópico ordinario. Interponiendo un prisma, podrá ver del mismo modo una tercera persona.

El instrumento del doctor Burke es, pues, un aparato completamente distinto de los demás oftalmoscopios, en todos los cuales se ve por las leyes de la refraccion. Tiene la inmensa ventaja de su extrema sencillez; da una imágen muy clara, muy precisa, muy aumentada y no produce reflejo alguno. La imágen, en una palabra, es tranquila.

El profesor Gavarret, que ha ensayado este aparato en la clínica del doctor Wecker, asegura que no ha visto nunca una imágen tan bella del fondo del ojo, y cree que este oftalmoscopio, como instrumento de *demonstracion*, está llamado á prestar grandes servicios.

*Oftómetro de Perrin y Mascard. (Ann. d'oculistique).*

El método ordinario de determinar la refraccion del ojo por medio de los cristales de ensayo, da resultados exactos, pero exige mucho tiempo y no poca paciencia.

Por esta causa se ha tratado de sustituirle por otros métodos menos embarazosos, y al efecto se han inventado muchos instrumentos (*oftómetros*) para evitar el uso de aquellos cristales; pero ninguno de estos aparatos ha producido hasta ahora resultados tan exactos como fuera de desear.

Los doctores Perrin y Mascard pretenden haber llenado este vacío ideando un oftómetro, cuya construcción se funda en un principio nuevo. Es un tubo que tiene en una de sus extremidades como ocular una lente convexa fija; en el otro extremo una placa de cristal ennegrecido, igualmente fija, sobre la cual hay dibujados caracteres finos de imprenta. En el interior del tubo se encuentra una lente cóncava, cuya distancia focal es menor que la del vidrio convexo que sirve de ocular. Esta lente cóncava es movable á lo largo del eje del tubo, y puede ocupar todas las posiciones intermedias entre el cristal convexo y la placa de cristal ennegrecido. Según la posición de esta lente movable, todo el aparato tendrá efectos dióptricos muy diferentes. Convendrá al ojo normal cuando la lente cóncava se encuentra en cierta posición intermedia, al ojo míope cuando se aproxima al ocular, y al hipermetrope cuando se acerca á la placa de vidrio negro.

El enfermo mira al través del ocular y busca la posición (la mas distante de su ojo) del cristal movable, en que ve los caracteres de imprenta mas distintamente. Entonces se lee en una regla graduada la posición del cristal cóncavo y el grado de refracción á que equivale.

Sustituyendo á los pequeños caracteres de imprenta que hay en el vidrio negro un sistema de líneas paralelas, á las que se puede, por medio de un tambor de rotación, dar todas las inclinaciones que se quiera, se consigue la determinación del *astigmatismo*.

Fácilmente se comprende que el mismo instrumento puede tambien servir para medir la latitud de la acomodación. Una vez encontrado el estado de la refracción, no hay mas que separar la lente movable del lado del ocular hasta el punto en que el objeto empieza á parecer turbio. Este punto indica el *punctum proximum*, y un cálculo muy sencillo da á conocer la latitud de la acomodación.

El principio en que se funda este oftómetro es perfectamente justo, y si da, como aseguran los inventores, resultados bastante precisos, está indudablemente llamado á prestar grandes servicios á la práctica ocular. Es esta una cuestion que solo puede resolver la experiencia.

**Opacidad completa de la córnea: restablecimiento de la vision por medio de una fistula artificial.** (*Gaz. méd. Venet.*).

El doctor Gradenigo, distinguido oculista de Venecia, ha publicado la observacion curiosa de un hombre de veinte y siete años, que habiendo contraido una conjuntivitis granulosa siendo militar, perdió el ojo izquierdo por destruccion de la córnea. La enfermedad pasó en seguida al derecho, y á pesar del tratamiento establecido, la córnea se ulceró anchamente, trasformándose bien pronto en un tejido cicatricial, que oscureció por completo la vision como en el lado izquierdo, no permitiendo mas que la distincion cuantitativa de la luz.

Se continuaba aun tocando los párpados con sulfato de cobre, cuando, con gran alegría del enfermo, empezó á percibir un rayo de luz en el lado izquierdo, que fué aumentando poco á poco. Se habia formado espontáneamente una fistula corneana, que, á la manera de una pupila artificial, daba paso á la luz y disminuia la tension y dureza del ojo.

Este hecho fué tambien un rayo de luz para el doctor Gradenigo, que practicó inmediatamente una abertura análoga en el centro de la córnea del ojo derecho, donde estaba leucomatosa en todo su espesor. Raspando todos los dias la úlcera artificial y cauterizando con el sulfato de cobre, se produjo la fistula con prolapso de la membrana de Descemet, y el sujeto percibió la luz por la abertura, mejorando de dia en dia como en el lado opuesto, hasta permitirle pasearse solo por las calles y leer los caracteres del núm. 50 de la escala de Giraud-Teulon.

Sin prejuizar nada de este hecho único, nos ha parecido bastante importante para deber consignarle aquí.

## TERAPÉUTICA, MATERIA MÉDICA, FORMULARIO.

---

### Absorción cutánea en los baños. (*gaz. des eaux*).

De todas las cuestiones estudiadas por la Sociedad de hidrología médica, una de las más importantes es, á no dudarlo, la que se refiere á la absorción por la piel en los baños (1).

Los resultados que la Comisión ha expuesto ante la Sociedad por el órgano de su ponente, M. Grandeau, son el producto de cinco años de estudios é investigaciones. Al número de quince ascienden los trabajos, manuscritos ó impresos que varios experimentadores han dirigido á la Comisión. Entre ellos uno solo, el de M. Villemin, establece la realidad de la absorción. M. Laures sostiene una opinión intermedia. Las 138 observaciones que presenta este último autor se descomponen en 68 casos de absorción, 60 de no absorción y 9 dudosos. Pero, según M. Grandeau, el método seguido por este experimentador es irregular é incierto.

La Comisión no cree admisibles las conclusiones afirmativas del trabajo de M. Villemin: 1.º porque no se ha colocado á todos los sujetos sometidos al baño en condiciones idénticas; 2.º los líquidos de la economía que se debían examinar han sido mal recogidos; 3.º tampoco se han elegido bien las sustancias para el baño y los reactivos empleados para descubrir su presencia. En resumen, dice la Comisión, son experimentos de poco valor. De 40 ensayos, solo 8 se hicieron con sustancias que pudieran encontrarse en las orinas. Los resultados fueron: 3 negativos, 1 dudoso, 4 positivos. Pero de estos últimos solo 1 es seguro, y la penetración se obtuvo después de haber jabonado el cuerpo.

Por otra parte, M. Mongeot ha repetido todos los ex-

(1) Véanse ANUARIOS, t. I, pág. 405, y t. V, pág. 602.



perimentos de M. Villemin, obteniendo invariablemente efectos negativos.

Segun M. Grandeau, el trabajo mas importante y decisivo es el de M. Roussin, que puede resumirse en las siguientes proposiciones: 1.º la piel humana no puede sufrir en el baño el contacto *inmediato*, ser *tocada* por el agua; la absorcion es por lo tanto imposible; 2.º el barniz sebáceo es el obstáculo único para que esta absorcion se verifique; 3.º toda sustancia que se haya de absorber por la piel tiene que ser miscible ó estar mezclada á la materia sebácea; 4.º el depósito de una sustancia finamente pulverizada sobre la piel determina la absorcion.

La Comision ha comprobado experimentalmente la exactitud de las proposiciones de M. Roussin. Al efecto ha empleado en sus experimentos:

1.º *Materias minerales*: yoduro de potasio, cianuro amarillo de la misma base, bi-cloruro de mercurio.

2.º *Materias vegetales*: hojas de digital, belladona y cocimiento de espárragos.

Los procedimientos operatorios han consistido en baños generales, de duracion variable de treinta minutos á dos horas y diez minutos. Se ponian en el baño 20 á 50 gramos de bi-cloruro de mercurio ó de cianuro potásico. Despues del baño locion con agua clara, secándose acto continuo cuidadosamente. En seguida se recogian la orina y la saliva, eliminándose solo los 15 ó 20 primeros centímetros cúbicos de orina. En ningun caso, y cualquiera que fuese la sensibilidad de los reactivos empleados, se encontró yodo, sublimado, ni cianuro en estos productos de secrecion.

Con la belladona, la digital y los espárragos, ningun efecto sobre la pupila, el corazon, la circulacion ó inervacion; nada de olor característico en la orina. No obstante, M. Lauré habia observado un caso de absorcion por medio de estas sustancias. Pero se trataba de una mujer que no se habia secado bien; la absorcion tuvo lugar por la mucosa genital.

Un cirujano de Lovaina, M. Després, ha contribuido á multiplicar los experimentos. En su servicio se trata la sífilis sin administrar el mercurio al interior. Prescribe á algunos de estos enfermos baños compuestos con 20 gra-

mos de sublimado en 180 litros de agua. No se ha visto un solo caso de intoxicacion ni de tialismo, ni se ha podido encontrar el mas ligero vestigio de mercurio en la orina.

M. Grandeau ha tomado baños con 20 á 40 gramos de sublimado, sin resultado alguno.

Como contraprueba de los experimentos de la Comision, refiere los siguientes hechos: Despues de haber tomado un baño con 200 gramos de yoduro potásico y 200 litros de agua, no se *enjugó*, sino que se secó al calor de una chimenea; analizada la orina, se encontró en ella el yodo. Aquí hubo depósito pulverulento de yodo y mezcla con el barniz sebáceo; en fin, como consecuencia, absorcion.

En otro experimento hecho de acuerdo con el doctor Parisot, se disolvieron 500 gramos de yoduro de potasio en agua, en la que se empapó una elástica de franela y un par de medias de lana; M. Grandeau se puso la primera luego que estuvo seca, y M. Parisot las segundas en las mismas condiciones. En ambos casos se verificó la absorcion por depósito pulverulento.

Ultimo ejemplo. Haciendo M. Bourdon aplicaciones de tintura de yodo sobre una piel sana, no ha obtenido resultado, y manteniendo una capa de yoduro pulverizado en contacto con los tegumentos del mismo enfermo, se comprobó la absorcion. Siempre la misma série de fenómenos, siempre la misma explicacion. En vista de estos hechos, el dictámen de la Comision termina con las siguientes conclusiones:

1.º La piel *sana* no absorbe las sustancias contenidas en un baño medicinal.

2.º Los resultados contradictorios que se han citado deben atribuirse á la existencia de escoriaciones en la piel, á habérsela privado de su barniz sebáceo, á descuidos en el experimento ó á procedimientos de investigacion insuficientes ó defectuosos.

3.º Por el contrario, cuando se han adoptado todas las precauciones convenientes, nunca se ha verificado la absorcion.

**Acido bicloro-acético: nuevo cáustico. (Montp. méd.).**

Segun el doctor Schmidt, se obtiene esta sustancia haciendo obrar el cloro sobre el ácido acético hidratado á la luz del sol, ó poniendo el cloruro de carbono con agua á los rayos solares. Es un ácido cristalino, incoloro, fácilmente delitesciente al aire, volátil y que obra sobre la piel como cáustico.

El doctor Urner ha experimentado las propiedades cáusticas de este ácido sobre los cuerpos orgánicos, tanto muertos como vivos, y le considera preferible á todos los demas cáusticos en los neoplasmas, las úlceras, y en general en todas las excrecencias cutáneas, porque su accion es menos dolorosa, solo obra localmente y produce muy pronto hermosas granulaciones y una rápida cicatrizacion. Fundado en estos hechos el doctor Marquardt, ha construido unos pequeños estuches, que contienen este ácido en frasquitos de cristal que llevan una varilla de vídrio, y son muy cómodos para destruir las verrugas y toda clase de vegetaciones.

**Acido fénico: accion sobre los animales y los parásitos vegetales. (Ann. de dermat.).**

Siendo hoy el ácido fénico un medicamento de moda, hasta el punto de que falta poco para que se le declare panacea universal é infalible, consideramos preciso tener al corriente á nuestros lectores de los experimentos fisiológicos y terapéuticos de que esta sustancia es objeto.

Despues que los profesores Lemaire, Lebœuf, Bobœuf y Declat recomendaron el uso interno del ácido fénico contra las enfermedades mas diversas, el primero de estos autores y M. Waldemar Hoffman han hecho un gran número de experimentos en animales, obteniendo en parte los mismos resultados que Richenbach, Miguez, Rose y Cormack con la creosota; ensayándole en moluscos, ranas, perros, gatos, conejos, ratas, etc., han reconocido que este ácido es un veneno enérgico que obra sobre el sistema nervioso, produciendo parálisis, convulsiones y la muerte.

El doctor Neumann, de Viena, ha repetido los ensa-

yos empleando una solucion á  $\frac{1}{7}$ , que inyectó debajo de la piel, en el estómago, el recto, la vena yugular externa y el corazon.

*Experimentos en ranas.*— Dos á seis gotas de la solucion inyectadas en el corazon linfático, la piel del dorso y las extremidades, producen á los pocos minutos la parálisis de las extremidades posteriores, luego la de las anteriores, sacudimientos convulsivos que aumentan al menor ruido, aceleracion, y despues lentitud en la respiracion y la circulacion; aumento en la secrecion de las glándulas cutáneas, la sensibilidad permaneció largo tiempo integra, y los animales morian en medio de convulsiones. En la autópsia se encontraba una hiperemia pronunciada de los vasos de la médula oblongada, congestion y equimosis en el hígado.

Puesto á descubierto el nervio ciático y la arteria crural, cortados los huesos y las partes blandas de modo que la extremidad no comunicase con el tronco mas que por el nervio ó la arteria, é inyectando 10 gotas de la solucion en la extremidad desprendida, se produjeron los mismos fenómenos, con la sola diferencia de que la intoxicacion fué mas rápida en el primer caso, es decir, cuando era solo el nervio el que establecia la comunicacion.

*Conejos.*— Seis gotas de ácido inyectadas debajo de la piel, produjeron la muerte en dos horas y media; convulsiones violentas; congestion de los senos craneales y vasos de la médula; dilatacion de la pupila; fris fuertemente inyectado, así como los vasos del pabellon de la oreja. El uso prolongado de pequeñas dosis produjo diarrea, y el animal murió por estenuacion.

*Perros.*— Tres gramos ingeridos en píldoras cinco horas despues de la comida, determinaron los síntomas siguientes: el animal permanecia sentado sobre las patas traseras, respiraba con aceleracion y la boca abierta; la secrecion salival estaba aumentada y había un ligero temblor: pasada una hora desaparecieron todos estos fenómenos.

Administrado gramo y medio en solucion al mismo animal, se presentaron convulsiones, pérdida de apetito, y la muerte tuvo lugar al cuarto dia. En la autópsia se en-

contró inyeccion meníngea, congestion cerebral; la sustancia encefálica dura y poco húmeda; pulmones congestionados; coágulo blando en el corazon; mucosa del estómago pálida, blanda, como edematosa; inyeccion en la parte superior de los intestinos delgados, que estaban descoloridos en su porcion inferior, y contenian un líquido verdoso (bilis descompuesta). El hígado de color rojo oscuro, hiperemiado, duro; su parénquima granulento; las células hepáticas habian sufrido la degeneracion gránulo-adiposa; el bazo pálido; los riñones exangües, indurados.

A un perro de mediana talla se le inyectó 1 gramo 30 centigramos en 16 de agua en la cara interna del muslo; se formó un absceso, y el animal murió á los pocos dias con los mismos síntomas de infeccion purulenta. Se encontraron focos inflamatorios múltiples en el pulmon; el hígado tenia un color oscuro, estaba blando y habia sufrido la degeneracion adiposa; riñones heperemiados; el absceso era el punto de partida de cordones duros, que se extendian hácia el abdómen; los vasos linfáticos se hallaban muy ingurgitados de glóbulos.

En resúmen, se observa siempre la degeneracion gránulo-adiposa del hígado; el epiteliun del riñon está turbio; la orina contiene epiteliun y albúmina.

La sangre, puesta en contacto con el ácido fénico, sufre las alteraciones siguientes: algunos glóbulos se reúnen y forman vesículas hialinas, transparentes; otros no pierden mas que su materia colorante; los hay que se hinchan y llenan de un precipitado de globulina. Al cabo de cierto tiempo la sangre se pone lechosa.

El ácido fénico hace mas visibles las estrías musculares; á las veinte y cuatro horas el músculo se pone rígido; los haces primitivos no se alteran, pero los núcleos del sarcolema no son tan visibles como cuando se emplea el ácido acético.

La sustancia cerebral fresca se oscurece al principio; luego vuelve á aclararse; en los nervios desaparece la sustancia medular; los cilindros ejes no son mas que cordones transparentes.

Las fibras conectivas se hacen transparentes y se ven aparecer los núcleos prolongados; los gránulos adipo-

sos se disuelven y trasforman en vesículas hialinas.

*Uso del ácido fénico en el hombre.*—En algunos individuos 50 centigramos bastan para producir fenómenos tóxicos, náuseas, etc.; un niño fué acometido de un delirio violento con 20 centigramos, mientras que un enfermo elefantiásico que tomó 3 gramos diarios durante tres meses, solo presentó algun fenómeno de esta clase al principio. Despues de la comida se pueden tolerar fuertes dosis, porque la albúmina contenida en el estómago neutraliza el veneno.

*Accion sobre los parásitos vegetales.*—Si se ponen en contacto el *penicillium glaucum*, el *mucor racemosus* y el *oidium lactis* con una solucion á 1/500 que se renueva todos los días, la germinacion se suspende, mientras se continúa renovando el líquido, pero vuelve á continuar cuando se abandona el vegetal á sí mismo.

Si se planta *penicillium glaucum* y *rhizopus nigricans* en fragmentos de potasa cocida y se rocían algunos de ellos con una solucion de ácido á 1/300, se detiene la germinacion, mientras que continúa en los demás; en los primeros vuelve á establecerse cuando se deja de humedecerles con el líquido fenicado; la suspension dura quince días si se ha empleado una solucion á 1/300.

Las bacterias mueren muy rápidamente en una solucion á 1/300; las soluciones concentradas las destruyen y matan tambien la facultad germinativa.

Las sales de ácido fénico no tienen accion alguna sobre los hongos.

En resúmen, el ácido fénico es un veneno violento, que obra sobre el sistema nervioso, ejerce una influencia marcada en la respiracion, la circulacion, las secreciones y las excreciones (piel, riñon); que se administre al interior ó se use exteriormente, puede producir la muerte; continuado largo tiempo aun en pequeñas dosis, determina alteraciones del hígado y riñon.

Introducido debajo de la piel, obra con una energía veces mayor que ingerido en el estómago.

Su uso interno produce favorables efectos en las dermatoses escamosas, sobre todo cuando los tegumentos no están muy infiltrados.

El ácido fénico se opone á la germinacion de los vege-

tales inferiores; pero es preciso que la solución esté un poco concentrada (1/500 á 1/300).

A las observaciones de Neumann que anteceden debemos agregar aquí, para que sean completas, las que han comunicado á la Sociedad de biología de Paris los doctores Bert y Jolget, y que se encuentran resumidas en las siguientes conclusiones:

El ácido fénico en disolución de 30 grados, introducido en el estómago en dosis mortal (3 á 4 gramos para perros de mediana talla), produce convulsiones con trepidaciones singulares, que son debidas á una excitación de las células sensibles de la médula espinal; en efecto, desaparecen por la sección de los nervios motores ó por el uso del cloroformo. La muerte es la consecuencia de esta excitación exagerada; su mecanismo inmediato es una disminución de los movimientos respiratorios y de la presión cardíaca, que desciende á 2 ó 3 centímetros.

En dosis mas fuertes (6 ó 7 gramos) el ácido fénico mata repentinamente, sin convulsiones, por suspensión de las contracciones ventriculares del corazón.

En la dosis-límite (2 á 3 gramos) los animales, después de sufrir convulsiones que duran dos ó tres dias, se restablecen, recobrando, al parecer, una salud perfecta; pero frecuentemente, luego que pasan algunos dias, sobrevienen pulmonías y kerato-conjuntivitis. el ojo se marchita y el animal muere. Las dosis débiles (1 gramo) pueden administrarse sin inconveniente durante muchos meses. Se establece una tolerancia manifiesta á la acción de este ácido; pero, sin embargo, no permite que se pase mucho de la dosis mortal; no se pudo ir mas allá de 6 á 7 gramos en los perros en quienes se hicieron los experimentos.

Como las maravillosas virtudes que se han atribuido al ácido fénico en la curación de la viruela, escarlatina, sarampion, tífus, piohemia, cólera y otras varias, se fundan en la propiedad que tiene de destruir las miasmas, los fermentos ó los parásitos que se consideran como causa de estas enfermedades, no carecen de interés los experimentos practicados por el doctor Henocque, cuyos resultados no están enteramente de acuerdo con los obtenidos por Lemaire y Neumann. Segun estos autores, la

solucion de ácido fénico á  $1/300$  ó  $1/500$  puede destruir las bacterias ; pero las experiencias de M. Henocque, aun cuando no las considera como definitivas, son , á su juicio, suficientes para demostrar que la accion del ácido fénico sobre las bacterias no es tan generalmente cierta ni poderosa como podria desearse.

De los ensayos de este autor , cuyos detalles tenemos que omitir en obsequio á la brevedad , resulta que el *ácido fénico puro* suspende inmediatamente los movimientos de las bacterias , y da á estas un color amarillento y contornos irregulares.

El ácido fénico á  $1/10$  paraliza estos movimientos en un cuarto de hora próximamente.

En solucion á  $1/100$  y á  $1/1000$  no detiene los movimientos de las bacterias.

Añadiendo una gota de agua destilada en la preparacion que contenia ácido fénico puro , no se restablecieron los movimientos , persistiendo este estado de muerte. Por el contrario, en la que se habia empleado el ácido á  $1/10$  , las bacterias recobraron su movilidad.

En resúmen, dice M. Henocque, el ácido fénico puro destruye definitivamente las bacterias ; el ácido á  $1/10$  suspende los movimientos , pero no mata los infusorios ; en este estado su accion es análoga á la de la glicerina.

Ahora bien , añade con mucha verdad el autor : ¿qué cantidad de ácido fénico se necesitaria para destruir el principio de la viruela , si con efecto estuviese constituido por las bacterias que se encuentran en tan grande abundancia en la sangre de los variolosos ? No pudiendo resolverse esta cuestion , es , cuando menos , prematuro ó aventurado deducir que el ácido fénico cura la viruela , destruyendo las bacterias. Hasta que la observacion clínica demuestre los verdaderos efectos de este ácido , preciso es no adelantar explicacion alguna.

No debe olvidarse que el abuso de la medicacion fenicada puede ofrecer sus peligros. Mas de un autor ha observado la presencia de la albúmina en pequeña cantidad en las orinas de los individuos que hacen uso de este medicamento , y Neumann ha demostrado , segun acabamos de ver , su accion sobre los riñones. El doctor Knight-Treves refiere 10 casos de vómitos biliosos , mas ó menos



intensos, de 13 en que se curaron con este ácido las heridas. En suma, el ácido fénico es un agente terapéutico que está en estudio, y á cuya verdadera y legítima reputacion pueden perjudicar mucho las exageraciones de sus partidarios.

**Algodon glicerinado para sustituir á las hilas en la cura de las heridas. (Gaz. des hop.).**

El doctor Gubler ha presentado á la Academia de medicina algunas muestras de algodón, que este autor prepara empapándolo en cierta cantidad de glicerina; de este modo adquiere la propiedad de ser permeable á todos los líquidos, sean ó no medicinales, sin que pierda nada de su ligereza y flexibilidad. En tales condiciones cree M. Gubler que el algodón podria reemplazar útilmente á las hilas en el caso de escasez. El doctor Delaborde ha usado ya con ventaja esta preparacion. Para obtener este algodón no hay mas que verter algunas gotas de glicerina sobre pedazos cuadrados de esta materia, y exprimirles en seguida con toda la fuerza que se pueda.

**Alimentacion artificial por el recto. (Ann. de la Soc. de méd. de Gand.).**

Las dificultades que á veces se presentan para la alimentacion forzada por la boca en los dementes que se niegan á comer, hacia desear que se encontrase un medio de suplir ventajosamente á este procedimiento violento. Habiendo demostrado los progresos de la química y de la fisiología que, por consecuencia de la trasformacion de la albúmina en peptona, podia prescindirse de la digestion estomacal para hacer absorber estas sustancias por el tubo digestivo, ha podido establecerse, sobre bases científicas, la alimentacion por inyecciones nutritivas en el recto. El doctor Oebeke recomienda la peptona de extracto de carne; como todas las de su clase, es fácilmente absorbida y asimilada, y, á excepcion de la grasa y la fibrina, contiene la totalidad de los principios nutritivos de la carne magra, así como las sales y la hematina. Esta peptona se prepara del modo siguiente: Se pica menudo un cuarteron de carne magra, sin tendones; se la tiene

en maceracion durante una hora con 8 onzas de agua destilada y 2 gotas de ácido clorhídrico y 16 gramos de sal de cocina; se pasa por tamiz, y se hace macerar de nuevo por una hora con otras 4 onzas de agua destilada. Despues de haberlo pasado por tamiz, se reunen los líquidos procedentes de las dos maceraciones, se añaden 2 granos de pepsina soluble, 10 gotas de ácido clorhídrico, y se deja en digestion durante seis horas á una temperatura de 30 ó 32 grados Reaumur. La cantidad de líquido quedará entonces reducida á 8 onzas.

El doctor Oebeke procede del siguiente modo para administrar esta preparacion. Aplica una lavativa con 3 cucharadas de la peptona indicada; tres horas despues pone otra con 3 cucharadas de vino de Oporto; pasado el mismo tiempo, repite de nuevo la peptona, alternando de este modo las dos sustancias, de manera que se pongan 6 lavativas en las veinte y cuatro horas, dejando intervalos mas largos de noche que de dia. El autor hace grandes elogios de este procedimiento, y dice que solo una vez le ha visto fracasar, de los muchísimos casos en que le ha usado. El doctor Richard es quien primero ha preconizado este modo de alimentacion artificial.

**Banuschitismo: nuevo medio de revulsion. (Algérie méd.).**

Con este neologismo designa el doctor Payn un modo de tratamiento revulsivo, que se practica por medio de un instrumento inventado por Banuscheidti, mecánico de Bonn (Prusia). Este aparato se compone esencialmente de un disco, armado de puntas finas como agujas, que se hacen penetrar mas ó menos profundamente en la piel, con auxilio de un resorte espiral; no es mayor que el estetoscopio, y se maneja como el escarificador. Si el operador no tiene la mano pesada y hace penetrar demasiado profundamente las agujas, no debe salir nada de sangre.

Pueden hacerse mas poderosos los efectos revulsivos añadiendo á la picadura una erupcion, cuya energía es fácil graduar, locionando las partes picadas con un aceite irritante, como el de croton, etc.

Se obtiene de este modo una revulsion pronta y energética; es mas que un sinapismo, y el autor la considera en

muchos casos preferible á las sanguijuelas. M. Payn ha obtenido muy buenos resultados de este medio en las neuralgias, reumatismos musculares, artritis, dolores erráticos de las fiebres larvadas, y cubriendo el tórax de picaduras, ha logrado suspender los accesos de asma.

**Bromuro de potasio: peligros de las dosis demasiado elevadas.**  
(*Gaz. des hop.—Gaz. méd.—Dict. des progr.*).

El bromuro de potasio, tan ardientemente preconizado en estos últimos años, presta con efecto muy buenos servicios, gracias á la accion notoriamente hipostenizante que ejerce sobre el sistema nervioso. Hay ejemplos en que prescrito, como lo ha hecho Brown-Sequard, á dosis rápidamente crecientes, hasta llegar á 12 gramos, no ha producido fenómeno alguno desagradable. Pero en otras circunstancias, por el contrario, y particularmente en sujetos epilépticos, dosis infinitamente menores (4 gramos) han determinado una postracion, una debilidad que hasta ha llegado á presentar el carácter paralítico.

Este efecto fisiológico del bromuro potásico, notado ya por Brown-Sequard, ha recibido una confirmacion bien explícita en varios hechos interesantes observados en el servicio del doctor Vulpian y publicados por este autor en la *Gaz. des hospitaux*.

Se trataba en el primero de estos casos de una mujer afectada hacia quince dias de una neuralgia ciática y crural del lado izquierdo, con dolores atroces, que se exasperaban al menor contacto y no la permitian un instante de reposo. Habiendo ensayado, sin éxito, el uso de los opiados, prescribió M. Vulpian 4 gramos de bromuro de potasio, cantidad que elevó á los pocos dias á 6 y 8 gramos. A los cinco dias de la administracion de esta última dosis, la enferma experimentó una debilidad extrema; no podia tenerse de pié ni aun sentada algun tiempo; se quejaba de dolores en el istmo de las fauces y de dificultad de tragar; en fin, sobrevino incontinencia de las materias fecales.

En estas condiciones se suspendió el uso del bromuro, y el autor prescribió el acetato de estriquina en cantidad de 5 miligramos diarios, continuándose la administracion.

de este medicamento durante doce días. Hasta el cuarto día de la supresión del bromuro no empezó la enferma á recobrar un poco de fuerza. Los dolores, que eran entonces mucho menos intensos que los días anteriores, fueron disminuyendo cada vez más, y la mujer salió del establecimiento algunas semanas despues en muy buen estado, sin dolores y andando como antes de su enfermedad.

En el segundo caso se habia administrado el bromuro con objeto de disminuir un corea crónico, generalizado y muy intenso en una mujer de sesenta y tres años que lo padecia hacia cuando menos diez años. Se empezó á dar el bromuro en cantidad de 4 gramos, que se elevaron hasta 10 en el espacio de ocho días. A partir de esta última dosis disminuyó el apetito, y la enferma se debilitó hasta el punto de no poderse tener de pié, sufriendo, como la anterior, una incontinencia de las materias fecales. Tambien aquí se administró el acetato de estriknina; la mujer, sin embargo, recobró muy incompletamente sus fuerzas y no se modificó el corea.

En una tercera enferma de cincuenta y tres años, hemipléjica hacia dos, con dolores violentísimos en el lado derecho paralizado, prescribió M. Vulpian el bromuro, elevando lentamente la dosis desde 3 á 8 gramos. A los cinco días de estarse administrando esta última cantidad se presentó una debilidad considerable, que no permitia á la enferma levantarse ni echarse sola. La suspension del medicamento bastó para que las fuerzas se fuesen restableciendo poco á poco á su estado anterior.

En una jóven afectada de un padecimiento grave de los centros nerviosos, que M. Vulpian sospechaba fuese una esclerosis de la médula, el bromuro de potasio produjo análogos efectos.

El autor hace notar de paso que el bromuro es poco eficaz para combatir los fenómenos dolorosos dependientes de las afecciones de la médula, mientras que produce muy buen efecto en las neuralgias.

En los casos en que pueden temerse efectos paráliticos análogos á los observados por Vulpian, el doctor Brown-Sequard asocia con un fin á la vez terapéutico y profiláctico el bromuro á la estriknina, al arsénico ó aun á la quina.

Los accidentes que acabamos de describir no son, según MM. Legrand de Saulle y Voisin, mas que el bromismo producido por el aumento demasiado rápido de las dosis. Este último autor ha visto también, á consecuencia del uso de dicho medicamento, torpeza, estupor, una especie de embriaguez y delirio general con alucinaciones.

Un enfermo epiléptico habia estado tomando durante muchos meses el bromuro de potasio en cantidad de 6 á 8 gramos. A la exaltacion habia precedido abatimiento durante diez días, y volvió luego también á presentarse, observándose la mirada apagada, lentitud en los movimientos, progresion difícil, un poco vacilante, manos muy temblorosas, lo mismo que la lengua y los labios; balbuceo y dificultad en la pronunciacion. Sensibilidad íntegra, excepto en las mucosas de la cámara posterior de la boca y de la nariz; apirexia.

El médico y dos internos de la casa de Salud en que fué colocado este sujeto creian en una parálisis general. Sin embargo, no era mas que una variedad de bromismo, según el diagnóstico de Voisin, confirmado á los diez días por una curacion completa por medio de sencillos baños de vapor seco, lavativas frecuentes de agua clara, un purgante, alimentacion tónica, café y limonada vinosa para bebida usual.

Hay, además de estos accidentes agudos, la caquexia brómica, caracterizada por la decoloracion de la piel y las mucosas, ruidos de fuelle vasculares, languidez en los movimientos y la vista, debilidad general y demacracion. Reconocido á tiempo por estos signos, este estado morboso desaparece con la suspension del bromuro; pero si se continúa el uso del medicamento, pueden producirse accidentes muy graves y hasta la muerte.

El bromismo, pues, se presenta lentamente ó por sorpresa, de pronto, sin signos precursores. Parece que se hallan especialmente predisuestos los enfermos mas graves, que no pueden hacer ejercicio, que tienen que estar en cama. La intolerancia depende principalmente, según se cree, de la falta ó escasez de la traspiracion y de la eliminacion por las secreciones. De aquí la utilidad del exámen de las orinas. En estos casos el bromuro se acumula

y produce la intoxicación brómica. En un enfermo de Bicetre, que tomaba esta sal á dosis moderada y que murió repentinamente de una congestión cerebral y pulmonar, encontró M. Falret, por el análisis químico del cerebro y del hígado, cantidades bastante notables de bromuro. Esta acumulación pudo, pues, haber sido la causa de la muerte.

Segun Voisin, todo enfermo que tome mas de 5 gramos de bromuro al día, debe ser vigilado y examinado por un médico, al menos cada quince días. En este examen se nota el estado de los actos reflejos para dosificar el medicamento. La exploración de la cámara posterior de la boca con una cuchara demuestra que se ha llegado á la dosis extrema cuando no se producen náuseas. Lo mismo sucede con la utilización de las narices y fosas nasales, que no provoca tos ni lagrimeo, medio sencillo é infalible, que ha merecido la aprobación de M. Bernard. De 40 enfermos estudiados de este modo, el bromuro ha suprimido la náusea refleja en 37; de estos, 17 se curaron ó aliviaron; en los 3 restantes el tratamiento fué completamente ineficaz.

Para M. Legrand de Saullé, esta sal no ocasiona accidentes mas que cuando es impura ó mal administrada. En los niños la asocia por lo comun á la belladona. Bajo la vigilancia del médico, este agente debe ser el pan cotidiano de los epilépticos. Hay enfermos de M. Voisin que toman de 4 á 8 gramos diarios sin que se altere la salud. Pero empieza por 1 gramo, y solo aumenta 50 centigramos ó 1 gramo cada quince días, en términos que no llega al máximo hasta cinco ó seis meses de tratamiento.

*Ulceración brómica de la piel.*—Al acné, observado por la mayor parte de los clínicos y experimentadores, añade el doctor Weir Mitchell la ulceración de la piel, que ha visto en dos jóvenes epilépticas sometidas al uso prolongado del bromuro de potasio. Los botones se ensancharon y dejaron una úlcera profunda de bordes elevados, con tendencia á llenarse de pus, cubierta de epitelio, que la daba el aspecto de una pústula de rupia. Una de las enfermas tuvo hasta 9 á la vez, de una pulgada de diámetro. La otra tenia una en la rodilla derecha, 2 en

la pierna y 3 en el costado izquierdo, que un médico había creído de naturaleza sifilítica. En ambos casos bastó que se suspendiese el uso del bromuro para que las úlceras se curasen rápidamente; pero reaparecieron al momento en la primera enferma cuando se volvió á administrar aquella sal, aunque á pequeñas dosis.

M. A. Voisin, cuya experiencia respecto á la acción del bromuro en los epilépticos es quizás la mas extensa, ha visto tambien estas ulceraciones de la piel, que aparecen y desaparecen bajo la influencia del medicamento. Distingue cuatro formas de erupcion, la primera de las cuales es el acné simple é indurado; en la segunda, frecuentemente despues del acné, es cuando se presentan estas ulceraciones. Son placas prolongadas ó redondas, de muchos centímetros de diámetro, de bordes mamelonados, de color rosado ó rojo cereza general, pero amarillentas en algunos puntos, como si se hubiese infiltrado pus debajo de la epidérmis, y que aparecen principalmente en los miembros inferiores. En dos enfermos estos tumores de las piernas han sido reemplazados por úlceras atónicas, cuyo fondo rosado tenia un poco del aspecto de las vegetaciones y exhalaba un olor fétido. Eran dolorosas á la presion, y no tardaron en cubrirse de una costra gruesa, de color amarillo sucio y olor fétido. Duraron tres meses en el primer caso y siete en el segundo, dejando señales indelebles.

El diagnóstico de estas ulceraciones y de las placas que las acompañan ofrece dificultades; pero su desaparicion cuando se suspende el medicamento y la coincidencia del acné demuestran bien su naturaleza bromuriana.

Se presenta tambien á veces un eczema húmedo de las piernas y pitiriasis del cuero cabelludo, así como placas rojas prominentes, análogas á las de la urticaria ó del eritema nudoso. Estas son las dos últimas especies de erupciones observadas por M. Voisin.

Su aparicion no ejerce ninguna influencia favorable en la epilepsia, segun este autor, contra lo que dicen Falret, Russell-Reynolds y Pouzin, que han visto curarse 3 epilépticos despues de la presentacion de un eczema rubrum. De 41 epilépticos, 30 han tenido acné y 11 no le presentaron. De los primeros se curaron 13, se aliviaron

7, y en 10 no se consiguió resultado alguno. En los otros 11 hubo 6 curaciones, 5 alivios y 2 en cuyo padecimiento no tuvo influencia favorable.

**Bromuro de sodio: sus ventajas sobre el de potasio.**  
(*Journ. de méd. prat.—Bull. de thér.*).

Segun las observaciones mas recientes, parece que la accion fisiológica y terapéutica del bromuro de potasio debe referirse exclusivamente al bromo. Si este hecho es exacto, fácilmente se comprenden las ventajas que habria en sustituir en la composicion de esta sal el sódio al potasio, puesto que la sosa es mucho mejor tolerada por el organismo que la potasa. Esta observacion, debida á M. Balard, autor del descubrimiento del bromo, ha sido confirmada en una nota de M. Decaisne, que dice haber empleado 27 veces el bromuro de sodio á las mismas dosis, y á veces mas elevadas que el de potasio, consiguiendo iguales resultados en la epilépsia, corea, histerismo, etc. El bromuro de sodio tiene sobre su congénere la ventaja de que se elimina mas fácilmente y su administracion no ofrece ningun inconveniente. M. Decaisne ha podido dar esta sal durante un año seguido, á un enfermo, sin que presentase ninguno de los signos de saturacion que se observan con el bromuro potásico. La accion de los dos bromuros sobre el intestino es diametralmente opuesta. El autor ha visto con frecuencia sed y estreñimiento con el de sodio, mientras que el de potasio ocasiona muy á menudo cólicos y una diarrea pasajera.

Fundándose el doctor Morin en que la sosa es la base alcalina que se encuentra en todo nuestro organismo y en sus secreciones, ha creido tambien que deberia ser preferible el bromuro de esta base al de potasio. A fin de comprobarlo ha practicado gran número de experimentos coronados del mejor éxito. Para estos ensayos le ha preparado el hábil químico M. Castelhaç un bromuro de sodio perfectamente puro y exento de yodo.

El sabor del bromuro de sodio es idéntico al de la sal de cocina (cloruro de sodio), lo que justifica la eleccion que de él ha hecho M. Morin para administrarle, ya en



forma de medicamento, ya introduciéndole en la alimentación diaria de los enfermos.

El bromuro de sódio puede obtenerse anhidro ó hidratado, circunstancia importante de conocer, porque en este último caso cristaliza con cuatro equivalentes de agua, que hay que tener en cuenta para aumentar en proporción la dosis de la sal hidratada.

Para evitar toda confusión, según recomienda M. Ballard, el bromuro de sodio destinado á uso médico debe ser anhidro y exento de yoduro.

Siendo el equivalente del sodio inferior al del potasio, en igualdad de peso, el bromuro sódico desecado contiene mayor proporción de bromo (11 por 100 próximamente más); así es mas activo, y quizás debería emplearse en menores dosis. Según el distinguido farmacéutico M. Stan. Martin, 26 gramos de bromuro de sodio anhidro, que contienen 20 gramos de bromo puro, corresponden á 30 gramos de bromuro de potasio.

El doctor Morin prescribe este medicamento en forma de *solucion*, *jarabe* y *grajeas*; todas estas preparaciones están formuladas de manera que contienen la misma cantidad de medicamento.

*Solucion de bromuro de sodio.*

Bromuro de sodio. . . . .	26 gramos.
Agua destilada. . . . .	498 —

Esta solución contiene 4 por 100 próximamente de bromo puro y 5 por 100 de bromuro de sodio.

*Jarabe de bromuro de sodio.*

Bromuro de sodio. . . . .	26 gramos.
Jarabe de cáscara de naranjas amargas. . . . .	494 —

Se tritura la sal con el jarabe; se agita de tiempo en tiempo hasta que la mezcla sea completa; en caso de necesidad se disuelve la sal en un poco de agua destilada, que se añade al jarabe.

*Grajeas de bromuro de sodio.*

Bromuro de sodio. . . . .	26 gramos.
Azúcar de leche. . . . .	C. S.

Se hacen s. a. 404 grajeas, cada una de las cuales contiene 25 centigramos de bromuro de sodio.

*Sal bromurada.*

Bromuro de sodio. . . . .	26 gramos.
Cloruro de sodio. . . . .	26 —

Se pulveriza el bromuro de sodio anhidro, y se añade el cloruro decrepitado del Codex.

Esta sal tiene el mismo sabor que la sal comun, y puede ordenarse para salar los alimentos de los enfermos; la pueden comer con manteca y pan, huevos, etc.; en una palabra, se puede utilizar en todos los usos que la sal de cocina, lo que facilita mucho su administracion.

**Cantaridatos alcalinos: nueva forma de vejigatorios.**  
(*Bull. de thér.*).

Los vejigatorios ocupan uno de los primeros lugares en la terapéutica, á pesar de sus muchos inconvenientes, no pocos de los cuales dependen de su defectuosa preparacion. La masa emplástica de las farmacopeas se compone de cantáridas, cuerpos grasos y resinas. La cantidad de cantaridina contenida en las cantáridas varía extraordinariamente, y hasta puede ser nula en los insectos antiguos, lo cual constituye un primer defecto, que da lugar en muchas ocasiones á que los emplastos vesicantes sean inertes.

La materia grasa, fundiéndose con el calor de la piel, hace que el parche se corra y extienda su accion fuera del sitio fijado por el médico. La grasa, por otra parte, facilita la absorcion de la cantaridina por su accion disolvente, é introduce de este modo en el organismo un agente enérgico, cuyos efectos en el aparato urinario son en ocasiones bastante intensos para complicar el estado de los enfermos y constituir contraindicaciones.

Las resinas ofrecen tambien inconvenientes; su accion

irritante especial ha hecho que se las proscriba de los esparadrapos resinosos del comercio como causa de accidentes erisipelatosos. En fin, unidas á los cuerpos grasos, comunican á la masa emplástica un olor desagradable.

Estudiando estos inconvenientes los distinguidos farmacéuticos MM. Delpsch y Guichard, se han propuesto evitarlos, reemplazando este emplasto defectuoso por otro vejigatorio de accion mas segura y eficaz. Al principio se sirvieron con éxito para la preparacion extemporánea de los vejigatorios de la fórmula siguiente: cantaridina cristalizada, 0,05 centígramos; colodion elástico, 20 gramos. Esta solucion, extendida sobre esparadrappo y empleada como un vejigatorio, es de accion muy enérgica. Pero con el tiempo pierde gran parte de su virtud por la volatilizacion de la cantaridina. Para evitar esto han fijado dicha sustancia en una combinacion. Sirviéndoles de guia las investigaciones hechas en Alemania por Massin y Draggendorf acerca de las combinaciones de la cantaridina, han llegado á comprobar que se combina con las bases para constituir cantaridatos alcalinos, cuyas propiedades vesicantes son muy enérgicas. Algunas partículas de cantaridato de potasa han producido, aun en seco, una vesicacion rápida y completa en el brazo de uno de los experimentadores; un pedazo de papel de filtro, mojado en una disolucion en frio de la misma sal, ha determinado, despues de haberle secado al aire, una vesicacion perfecta. Pasados quince dias este papel conservaba toda su eficacia, resultado fácil de prever, porque el cantaridato de potasa es fijo, estable y tan vesicante como la cantaridina.

Se preparan los cantaridatos por la accion directa del álcali sobre la cantaridina en presencia del agua. La combinacion se hace bajo la influencia del calor. Se evapora la solucion, y el cantaridato cristaliza, presentándose en forma de escamas muy pequeñas ó de costras cristalinas. El cantaridato de amoníaco no es estable; pierde su álcali á 100 grados. El de potasa, por el contrario, es muy fijo, y da una reaccion alcalina con el papel de tornasol. Lo mismo sucede con el de sosa. Estas sales son mas solubles en caliente que en frio, en el agua y en el alcohol; este las disuelve en poquísimas cantidad; son in-

350 CÁUSTICO CONTRA LOS INFARTOS DEL CUELLO UTERINO.  
 solubles en el éter y el cloroformo. De estas propiedades han deducido los autores que el cantaridato de potasa es un agente de vesicacion enérgico y estable, y que para hacer uso de él basta disolverle en un excipiente idóneo y extender una capa de la disolucion en un tejido apropiado. Despues de muchos ensayos se han fijado en la fórmula, notablemente modificada, que sirve para la preparacion del tafetan inglés:

Gelatina. . . . .	2 gramos.
Agua. . . . .	10 —
Alcohol. . . . .	10 —
Cantaridato de potasa. . . . .	0,20 centigramos.
Glicerina. . . . .	C. S.

Se extiende este líquido uniformemente con un pincel sobre hojas delgadas de gutta-percha, de modo que cada decímetro cuadrado contenga 1 centígramo de cantaridato. Se ha adoptado la gutta-percha por ser flexible, elástica é impermeable, lo que hace que se mantenga en su superficie todo el principio activo; aumenta la rapidez de la accion vesicante y es sumamente limpia.

Estos vejigatorios pueden prepararse de todos tamaños; se puede modificar á voluntad la rapidez de su accion, aumentando ó disminuyendo las dosis del cantaridato. Para aplicarles se deben humedecer ligeramente con agua; de este modo la vesicacion se produce en unas seis horas.

En los ensayos hechos en los hospitales de Paris, parece que se han comprobado muchas de las ventajas que los autores les atribuyen; pero aun es necesario que sean confirmadas por una experiencia mas ámplia.

**Cáustico contra los infartos del cuello uterino.**  
*(Jour. des conn. méd.).*

Protonitrato ácido de mercurio líquido. . . . .	10 gramos.
Tintura de yodo. . . . .	2 —

Este escarótico es, segun M. Baraduc, de accion tan poderosa como el hierro candente.

**Cloral: acción fisiológica; aplicaciones terapéuticas.** (*Gaz. méd. de Strasbourg.— Journ. de méd. de Bruxelles.— Journ. de méd. prat.—Bull. de théér.*).

Hace apenas un año que este compuesto no era conocido mas que de los químicos, y hoy tiene el privilegio de llamar la atención del mundo médico, siendo celebrado por algunos espíritus entusiastas como una conquista maravillosa. Una sustancia que, según se dice, puede producir en algunos minutos muchas horas de un sueño tranquilo, á pesar de la existencia de causas de dolor; sueño reparador que no molesta ni fatiga como el del cloroformo ó la morfina, no podia menos de ser acogida con vivo interés por los médicos.

Desde que el 2 de junio de 1869 el doctor Oscar Liebreich comunicó á la Academia de Berlin el resultado de sus investigaciones acerca de este cuerpo, los experimentos y las observaciones clínicas se multiplican rápidamente, y no tardaremos mucho, luego que pase el entusiasmo de los primeros momentos en poder apreciar su verdadero valor terapéutico.

En los dos tomos anteriores de este ANUARIO dimos á conocer los principales escritos publicados acerca del cloral: en este debemos aun analizar algunos otros, que ora confirman con nuevos hechos las ideas ya emitidas, ora modifican algunas de las teorías ó interpretaciones que se las diera.

El doctor Zuber, de Estrasburgo, ha publicado recientemente uno de los trabajos mas completos que poseemos respecto á este agente de sedación. El autor no ha descuidado en sus estudios la parte experimental; pero como esta nos interesa menos que la clínica y nos falta el espacio para un análisis extenso, nos limitaremos á establecer como principio las deducciones que de una y otra hace M. Zuber.

1.º El cloral hidratado ó hidrato de cloral, bien puro, y empleado á dosis suficiente, es un poderoso sedante del sistema nervioso.

2.º Como hipnótico provoca un sueño rápido, profundo, duradero, raramente precedido de un período de

agitacion, y del que salen los sujetos sin ninguna clase de malestar; es un sueño preferible al del ópio.

3.º Como anestésico, produce un ligero embotamiento de la sensibilidad, bastante para permitir exploraciones ó pequeñas operaciones; pero no puede reemplazar al cloroformo en cirugía.

Estas conclusiones prueban que la terapéutica no debe ver en el cloral mas que un sedante y un hipnótico.

Pero aun en este doble concepto el agente que nos ocupa no carece, segun Zuber, de defectos, y no se le debe prescribir indistintamente en todos los casos de insomnio.

Si el cloral es puro y bien administrado, dice el autor, procura un sueño prolongado, que es el olvido del dolor; este sueño es rápido, profundo; sus cualidades, ligeramente anestésicas, le recomiendan al práctico para las diversas operaciones de cirugía menor, para la exploracion de los enfermos cuando esta es dolorosa, casos todos en que ofrece peligro el uso del cloroformo. Al lado de estas ventajas se coloca en la primera línea de los inconvenientes, la incertidumbre de la posología, que hace que se obtengan á veces efectos que no se esperaban ó dejen de producirse los que se buscan. El cloral tiene un sabor desagradable, produce frecuentemente náuseas, á veces vómitos; las mujeres, sobre todo, son muy sensibles á su sabor cáustico, y suelen negarse á tomar la segunda dosis. En fin, el precio de este medicamento es aun bastante elevado. Su pureza influye mucho en el coste, porque las manipulaciones necesarias para la purificación son largas y minuciosas. Debe, por tanto, desconfiarse del cloral barato, que contiene casi siempre una fuerte proporcion de ácido clorhídrico ó de cloro libres. Estos inconvenientes desaparecerán con el tiempo, quizás en un breve plazo; pero mientras existan, tienen importancia.

Un defecto que persistirá segun todas las probabilidades es la excitacion extraordinaria que se produce en ciertos enfermos y que quizás podria ser causa de accidentes. M. Zuber ha visto administrar el cloral 83 veces, 70 en adultos y 13 en niños sin efecto ninguno desagradable. Pero cree que su uso exige gran prudencia, una

vigilancia continua, y piensa que no está aun demostrado que se pueda continuar su administracion largo tiempo sin peligro, aunque en una de sus observaciones el enfermo tomó impunemente este medicamento durante un mes.

Despues de haber expuesto de este modo las objeciones que se pueden oponer racionalmente al uso del cloral, M. Zuber hace su apología, y no duda que es un agente llamado á desempeñar un gran papel en medicina, porque es un hecho demostrado que produce un sueño rápido, durable, profundo; un sueño inocente, del que se sale sin molestia ni malestar ninguno. Estas cuatro cualidades le colocan muy por encima de la morfina y del ópio, que hace frecuentemente vomitar, quita el apetito, produce estreñimiento, pesadez de cabeza, cefalalgia, y deja despues de despertar un malestar y una somnolencia prolongada; en esta comparacion resaltan las ventajas incontestables del hidrato de cloral. Conviene emplearle en los casos en que es necesario un narcotismo pronto y profundo; debe, en una palabra, segun el autor, *desempeñar en medicina el papel que el cloroformo en cirugía.*

El doctor Liebreich dice en su Memoria que el cloral está indicado siempre que el elemento dolor puede agravar una enfermedad, ya debilitando la moral del paciente, ya abatiendo su sistema nervioso. Así debe prescribirse en el reumatismo articular agudo, las neuralgias de todas clases, los cólicos nefríticos, hepáticos, etc. Respecto á los *cálculos biliares*, añade que se administra el cloroformo con objeto de disolverlos, y deberia preferirse el cloral, que, por su trasformacion en presencia de los álcalis de la sangre, suministraria cloroformo en estado naciente, y por consecuencia mucho mas activo.

En las salas de cirugía, prosigue M. Zuber, sus indicaciones son aun mas numerosas y evidentes, y cita en particular las *quemaduras*, que cuando son extensas, producen horribles dolores, se acompañan de insomnio constante, y ponen al enfermo en un estado de angustia y agitacion próximo á la locura. Producir el sueño en este caso particular, es uno de los mayores servicios que pueden hacerse á estos desgraciados.

Hay aun cierto número de enfermedades que obedecen

mejor que otras á la accion sedante del cloral, tal es la *eclampsia puerperal*. Decia Bouchut el año último que debia ensayarse en este padecimiento, y los deseos de tan distinguido práctico ya están cumplidos. El doctor Rabl-Ruckhardt ha administrado el cloral en el hospital de la Caridad de Berlin en dos casos de eclampsia muy graves. A una de las enfermas se la prescribieron, en el espacio de diez horas, 7 gramos de cloral en inyeccion hipodérmica; á la otra 6 gramos; los 5 primeros en tres horas, sin ningun accidente, y se obtuvo un dia casi de sueño.

Respecto al *tétanos*, la experiencia no es aun suficiente; pero ya se ha pronunciado muchas veces favorablemente en los casos de *delirium tremens*, y M. Zuber cree tambien que el tiempo confirmará los resultados obtenidos por M. Bouchut en el *corea*.

Completaremos el análisis del trabajo del doctor Zuber con algunos detalles, que se refieren exclusivamente al modo de administracion del cloral.

La observacion ha demostrado que esta sustancia, dada en dosis pequeñas y repetidas, no produce efecto. En la mayor parte de los casos observados por el autor se empleó la siguiente fórmula:

Hidrato de cloral. . . . .	4 á 6 gramos.
Jarabe simple. . . . .	} aa. 15 á 20 —
Idem de cáscaras de naranja. . . . .	

Para tomarlo de una vez, dos horas despues de la comida. El jarabe de cáscara de naranja, que no es mas que un correctivo, se puede reemplazar por el de canela.

Puede prescindirse de la regla que acabamos de indicar cuando solo se desee una ligera accion sedante. M. Zuber recomienda entonces la pocion de Liebreich, que le ha dado muy buenos resultados:

Hidrato de cloral. . . . .	2 gramos.
Mucilago. . . . .	45 —
Jarabe blanco. . . . .	50 —
Agua destilada. . . . .	100 —

Para tomar una cucharada cada media hora. No debe olvidarse que las pociones hay que prepararlas extemporáneamente, porque descomponiéndose el cloral con ra-



pidez, puede adquirir propiedades nocivas. Debe, por tanto, desconfiarse de las especialidades que algunos farmacéuticos anuncian en los periódicos.

M. Zuber limita el máximum de la dosis solo para los niños y las mujeres. Su dosis normal es en los primeros 2 á 3 gramos; en las segundas, de 4 á 5, y de 6 gramos en adelante en los hombres.

El doctor Van-Lair, de Berlin, ha publicado en los periódicos alemanes un estudio interesante acerca del cloral y la cloralizacion. Muchas de las ideas de este trabajo pertenecen al doctor Jastrowitz.

En los efectos del cloral, dicen estos autores, se observan tres períodos, segun las dosis:

1.º *Periodo de excitacion*, caracterizado por la rubicundez de las mejillas y las orejas, inyeccion de las conjuntivas, contraccion progresiva de las pupilas, por la elevacion de la temperatura de la cara y por una ligera aceleracion de pulso.

El doctor Jastrowitz ha observado durante este período un fenómeno particular, que puede tambien obtenerse cuando el narcotismo es completo; es la dilatacion instantánea de la pupila contraida, bajo la influencia de la aplicacion repentina de un irritante cutáneo; la picadura con un alfiler en la piel, y mejor aun en la mucosa nasal; un grito dado al cido del enfermo produce el mismo fenómeno. El profesor Westphal habia ya notado este hecho en el narcotismo clorofórmico.

A esta especie de eretismo muscular parece limitarse la accion excitante del cloral. No hay aquí ni la excitacion psíquica, ni la agitacion muscular, que puede decirse no falta nunca con el cloroformo.

2.º *El hipnotismo* se presenta muy pronto. Los párpados se ponen pesados y se cierran. Las facciones se quedan completamente inmóviles; la respiracion es lenta y regular, y un débil ruido nasal, mas bien que gutural, anuncia que el enfermo ha sido vencido por el sueño. Las pupilas están entonces en su máximum de contraccion, no se dilatan sino bajo la influencia de excitantes enérgicos, y las sensibilidades general y especial tampoco se espertan mas que por irritaciones poderosas. Cuando por estos medios se turba el reposo de los enfermos, ha-

cen algunos movimientos, murmuran palabras ininteligibles y se vuelven á dormir. Si, por el contrario, se sustrae al sujeto de toda causa de agitacion, el sueño se prolonga ordinariamente por espacio de siete, ocho, nueve y aun mas horas.

Para obtener seguramente y sin peligro estos efectos, es necesario observar ciertas reglas en el modo de administracion del medicamento. Mas atrevido que el entronizador del cloral, el doctor Jastrowitz prescribe frecuentemente 5 gramos de hidrato para empezar; cuando no se pronuncia á los veinte ó treinta minutos el efecto de esta primera dosis, da otros 2 gramos; pasado algun tiempo, hace tomar una última dosis de 1 gramo.

De este modo es como se producen generalmente los efectos antes mencionados, cuando el sujeto adulto es bastante vigoroso, mientras que una dosis mas débil obra, no como sedante, sino como excitante. Pero si se trata de personas muy nerviosas, es prudente moderar las dosis. M. Jastrowitz refiere, en efecto, que en estos últimos casos ha visto la administracion de 4 gramos solo de cloral sumergir al sujeto, en el espacio de cinco á diez minutos, en un sueño que se parecia á la muerte.

El modo de administracion del medicamento es muy sencillo, segun los autores; debe tratarse, sin embargo, de disimular el gusto, un poco acre, que deja en la cámara posterior de la boca. Se consigue hasta cierto punto por medio del jarabe de cáscara de naranja amarga ó de extracto de regaliz; puede tambien administrarse en cerveza.

El doctor Jastrowitz ha observado en estos últimos tiempos que en muchos casos era ventajoso emplear simultáneamente el cloral y la morfina. Al efecto prepara una pocion compuesta de 10 gramos de cloral, 10 centigramos de hidrocloreto de morfina y 160 de vehículo.

En cantidad mas elevada, por ejemplo 6, 7 ú 8 gramos de una vez, se presenta desde luego uno de los fenómenos observados ya en las dosis moderadas, la *relajacion muscular*. La boca queda abierta; cuando se levantan los miembros vuelven á caer pesadamente; el tronco se dobla sobre sí mismo, como si todos los ligamentos verte-

brales hubiesen perdido sus inserciones; la resolucion, en una palabra, es completa.

3.º *La sensibilidad al dolor* y las *contracciones reflejas* se encuentran igualmente suprimidas. No queda mas que un sitio de la superficie del cuerpo que parece conservar cierta irritabilidad, la *mucosa del tabique nasal*. Todo lo demas está inerte é insensible; solo este punto reacciona aun; la vida de relacion parece haber abandonado el resto del organismo para refugiarse aquí. A él, pues, se dirigirá la irritacion artificial cuando se quiera hacer salir al paciente del profundo sueño en que se halla sumergido.

Si se comparan ahora las propiedades terapéuticas del cloral con las que la ciencia atribuye al *cloroformo* por una parte, y á los principios narcóticos del *ópio* por otra, se ve que el cloral puede ocupar el estrecho lugar que queda entre estos maravillosos agentes.

Si se trata de una operacion dolorosa, es preciso recurrir al gran poder anestésico del cloroformo ó el éter. Cuando se quiere calmar un sufrimiento ligero sin imponer al enfermo un sueño forzado, ó si hay que combatir solo un dolor local, deberá elegirse el ópio de preferencia.

Pero si se tiene que vencer un insomnio rebelde, efecto de afecciones dolorosas neurálgicas ó inflamatorias, dominar un delirio (*manías, delirium tremens*), prevenir la excitacion peligrosa que traen frecuentemente consigo las grandes operaciones ó las heridas, entonces infaliblemente el poder hipnótico del cloral, junto á su inocuidad relativa, fijarán en él la eleccion del práctico. Además de no tener el inconveniente de producir la congestion cefálica tan intensa que determinan de ordinario los opiados á altas dosis, posee la preciosa ventaja de no perder nada de su eficacia por efecto de un uso prolongado, de suerte que no hay necesidad nunca de recurrir á dosis progresivamente crecientes.

Los doctores Liegeois y Giralés han dado á conocer, en la Sociedad de cirugía, un fenómeno bastante curioso, que se produce en las relaciones del cloral y el cloroformo y que, contra la opinion de O. Liebreich, parece probar que la accion del primero de estos agentes no resulta de su trasformacion en el segundo.

Teniendo que operar unos chancros fagedénicos el doctor Liegeois, administró el cloral; pero, como de costumbre, se produjo sueño sin anestesia. Para obtener esta recurrió entonces el autor al cloroformo; mas la accion de este agente fué nula ó se limitó á una excitacion bastante larga, sin que llegara á conseguirse la insensibilidad.

M. Giralvés, por su parte, ha observado un hecho no menos singular y de un órden diferente. Haciendo lo contrario que el doctor Liegeois, ha tratado de calmar con el cloral niños á quienes el cloroformo habia excitado en demasía sin anestesiarles. Administrando en estas circunstancias una pocion con hidrato de cloral, ha obtenido un sueño tranquilo que duró de cinco á once horas consecutivas. Desde esta época M. Giralvés no deja nunca de recurrir al cloral en pocion ó lavativa, cuando el cloroformo ha dado lugar á fenómenos de agitacion mas ó menos persistentes.

M. Demarquay ha manifestado con este motivo que él prescribe á sus enfermos, inmediatamente despues de la operacion, esta sustancia á dosis sucesivas de 2, 3, 4 y 5 gramos, hasta que se produce el sueño. No todos los sujetos, dice, responden del mismo modo á la accion del cloral. Hay algunos en quienes administrado inmediatamente despues de la operacion, determina un sueño tranquilo que dura todo el dia y les impide sentir el dolor del traumatismo. Otros son refractarios á la accion de este agente, que es á veces devuelto por vómitos. M. Demarquay administra ordinariamente la dosis media de 2 gramos de *cloral* en 2 cucharadas de jarabe diluido en agua.

*Cloral perlado.*—Teniendo el hidrato de cloral, aun químicamente puro, una reaccion ácida muy manifiesta y una gran volatilidad, deja desprender vapores acres y picantes, y comunica su acidez y acritud á la solucion acuosa ó alcohólica en que se le prescriba, produciendo una impresion muy desagradable en la mucosa bucal, que hace que muchos enfermos le tomen con repugnancia. En vista de estos incóvenientes, M. Limousin, utilizando su propiedad de licuarse á 46 grados, le introduce en esta forma en cápsulas ó grajeas, donde se solidifica. Cerran-

do la cápsula por el método ordinario, se obtiene el cloral en estado puro, dividido en pequeñas dosis de 0,20, 0,25 ó 0,30, según la capacidad de la envoltura gelatinosa. Preservado de este modo de la influencia atmosférica, el hidrato de cloral, cuando es bien puro y cristalizado, se conserva indefinidamente sin alteración, y se puede administrar sin los inconvenientes que tienen las soluciones. Empleado en forma capsular por los doctores Duhomme, Liegeois y Mauriac, le han encontrado preferible á toda clase de disoluciones.

Este modo de administración tiene la ventaja, según M. Limousin, de constituir una verdadera garantía de la pureza del producto. En efecto, si no está bien puro, si no ha sido redestilado, si contiene ácido clorhídrico libre ó se encuentra demasiado húmedo, la envoltura gelatinosa es rápidamente atacada, se reblandece, y todas las cápsulas ó perlas se pegan entre sí, formando una masa, indicio seguro de la impureza del medicamento.

Como se ve por las noticias que anteceden, la historia del cloral es aun oscura y deja mucho que desear en no pocos puntos; pero los numerosos trabajos que hemos analizado demuestran de un modo indudable que la terapéutica se ha enriquecido con un poderoso agente, del que deben esperarse resultados prácticos de importancia.

**Daturina y hyosciamina: efectos terapéuticos.** (*Arch. de phys. norm. et pathol.*).

El doctor Laurent ha publicado un trabajo acerca de la daturina y la hyosciamina, bajo el punto de vista terapéutico, que termina con las siguientes conclusiones, bastantes por sí solas para dar á conocer las ideas desarrolladas en el cuerpo de la Memoria.

- 1.º La hyosciamina y la daturina son los principios activos del beleño y el estramonio.
- 2.º Estos dos alcalóides tienen propiedades análogas á las de la atropina y la pueden servir de sucedáneos.
- 3.º La daturina debe usarse con grandes precauciones, mientras que la hyosciamina puede manejarse sin inconveniente, ventaja que también posee respecto al alcalóide de la belladona.

4.º En la administracion de estos medicamentos es necesario prescribir siempre dosis débiles, y evitar los fenómenos tóxicos, que son cuando menos inútiles.

5.º Su accion midriática puede utilizarse en todos los casos en que se recomienda la belladona, y no presenta indicacion especial.

6.º La influencia que estos alcalóides ejercen sobre el sistema muscular liso, cuando se administran á pequeñas dosis, puede utilizarse en los casos de incontinencia de orina, estreñimiento, etc.

7.º La hyosciamina y la daturina se emplearán con ventaja cuando se quieran disminuir las secreciones exageradas.

8.º Estos agentes, y sobre todo el primero, combaten muy eficazmente las neuroses dolorosas.

9.º Por las modificaciones que imprimen á la circulacion de los centros nerviosos, pueden prestar buenos servicios en el tratamiento de las neuroses convulsivas, de las afecciones espasmódicas, de las congestivas de la médula cuando no existe aun alteracion orgánica avanzada.

El autor refiere observaciones de neuralgias, parálisis facial por una corriente de aire, de ataxia locomotriz, de temblor mercurial, de parálisis agitante, felizmente modificadas por las inyecciones subcutáneas con una solucion á 1/100 que contenia 2 miligramos y medio de hyosciamina ó con 3 á 10 miligramos de esta sustancia en pildoras.

**Digital: uso externo como diurético. (The. Lancet).**

El doctor Reynolds ha confirmado en su práctica los efectos diuréticos de las cataplasmas de digital, recomendadas por Brown (1). Se trataba de una mujer de cuarenta y siete años, que durante seis dias no habia excretado una copa de orina. Tenia náuseas continuas, ciento catorce pulsaciones, ninguna distension de la vejiga.

La digital al interior, los diaforéticos y las aplicaciones calientes, no produjeron mas resultado que hacer des-

(1) Véase ANUARIO, t. VI, pág. 382

cender un poco el pulso. Entonces prescribió el doctor Reynolds las cataplasmas de hojas de digital, reblandecidas en agua hirviendo, sobre el hipogastrio. A las cuatro horas la enferma excretó una pinta de orina, y bajo la influencia de este remedio continuó la secrecion urinaria aumentando, hasta lograrse la completa curacion.

Si es notable aquí la accion diurética por su rapidez, no habria estado demás el conocimiento de las condiciones morbosas en que este efecto se ha producido, dato que el autor no consigna, pues no establece diagnóstico alguno. La observacion es, por lo tanto, muy incompleta, y solo puede servir como de dato, aunque insuficiente, para otros ensayos mas precisos.

**Emulsion antiblenorrágica.** (*Ann. de derm. et syph.*).

El doctor Roussin recomienda la siguiente emulsion, como medio de disimular el mal gusto y fuerte olor del bálsamo de copaiba:

Bálsamo de copaiba. . . . .	50 gramos.
Azúcar pulverizada. . . . .	15 —
Goma arábica. . . . .	5 —
Agua de azahar. . . . .	50 —
Agua destilada . . . . .	50 —
Tintura de vainilla. . . . .	50 gotas.

Segun el autor, esta pocion la toman sin repugnancia hasta las personas mas delicadas y susceptibles para el bálsamo de copaiba.

**Eserina: accion fisiológica.** (*Gaz. méd.*).

Los doctores Laborde y Leven han expuesto, á la Sociedad de Biología, en una interesante Memoria, el resultado de sus observaciones acerca de la accion fisiológica de la eserina, alcalóide del haba del Calabar.

Entre los fenómenos producidos en los animales por esta sustancia, hay uno que domina á todos los demás, y al que parece que están subordinados; es el desorden particular de que es asiento el sistema muscular. Para la mayor parte de los observadores que han estudiado el haba del Calabar, este desorden constituye un estado con-

vulsivo; al menos este es el nombre con que le designan; pero el estudio atento del fenómeno demuestra, según los profesores Laborde y Leven, que no se trata, propiamente hablando, de *convulsiones*, sino de un verdadero temblor en todos los grados de intensidad, desde la mas ligera *tremulacion fibrilar* hasta el movimiento continuo, y con sacudidas de una ó de muchas partes del cuerpo ó de todo él. Lo primero que se observa es un estremecimiento ligero de la piel, que se percibe al tacto aun antes de que sea posible apreciarle por la vista; parece que empieza por la cabeza y luego se extiende al resto del cuerpo, aumentando de intensidad hasta que se hace un *verdadero temblor*, muy parecido al de la parálisis agitante. Solo en casos muy raros y bajo la influencia de grandes dosis, que produjeron rápidamente la muerte y como la sideracion del animal, es cuando han visto los autores que el temblor tomaba el carácter de *convulsiones*, y aun estas eran poco extensas y muy pasajeras.

Todos los músculos y órganos musculares de la vida orgánica y de relacion participan de este *temblor*, y aun cuando se manifiesta especialmente con sus caracteres mas palpables en los músculos de la vida de relacion, observando con algun cuidado se le percibe hasta en los músculos viscerales; así, en el período activo de la intoxicacion es fácil, por medio de la palpacion, sentir al través de la pared torácica un *estremecimiento* particular y continuo del corazon, que parece que ha perdido su ritmo funcional, y se agita en una especie de *temblor*, que se acentúa tanto más cuanto mas progresan los accidentes.

El mismo fenómeno se observa en los intestinos, sobre todo en los delgados, cuyos movimientos continuos se traducen por evacuaciones repetidas y borborigmos, y lo que es mas característico, se pueden percibir directamente al través de la pared abdominal por medio del tacto. El músculo vesical no está al abrigo de esta influencia, así que despues de la muerte se encuentra la vejiga constantemente en estado de contractura y rigidez.

Las modificaciones que sufre el músculo pupilar son las mas notables, y las que hasta ahora han llamado casi exclusivamente la atencion, sobre todo bajo el punto de



vista de las aplicaciones terapéuticas. Estas modificaciones son del mismo orden que las que acabamos de mencionar; pertenecen, en una palabra, al fenómeno *temblor*. En efecto, una observación atenta y continua en todos los períodos de la acción de la sustancia, demuestra que hay alternativas más ó menos largas, según la rapidez de los accidentes, de *dilatación* y *contracción* pupilares, y solo al fin de estas oscilaciones es cuando se fija y hace permanente la *estrechez ó contracción*, que es la fase extrema del fenómeno. Se produce muy pronto en los casos en que las altas dosis de la eserina determinan rápidamente la muerte. Como se comprende con facilidad, esto tiene grande importancia bajo el punto de vista de las aplicaciones.

Los resultados experimentales obtenidos por MM. Laborde y Leven, demuestran que el *temblor* provocado por efecto de la *eserina* se encuentra *primitivamente* bajo la influencia inmediata de la *médula espinal*, modificada en sus propiedades funcionales por la acción del agente químico; pero que, sin embargo, la contractilidad muscular propia es á su vez y *consecutivamente* modificada en términos que produce, aun después de la muerte, manifestaciones anormales, y puede ponérsela en juego durante más tiempo que en el estado sano. Cuando la acción de la *eserina* se ejerce únicamente sobre la parte superior de la *médula*, por haberse separado de antemano la inferior, no se observan más que los fenómenos pupilares y vice-versa.

En el período avanzado de la intoxicación los músculos pueden ser á su vez directamente irritados, puesto que aun cuando se les separe de la *médula*, se observa en ellos el *temblor*.

La *asfixia* es el último término del envenenamiento, ya reconozca por única causa el estado patológico de los músculos respiratorios, ya sea debida en parte á las modificaciones que sufre la región bulbar de la *médula*.

En fin, la *eserina* deja casi intacta la sensibilidad, la motricidad nerviosa y el poder éxico-motor.

Los autores terminan este trabajo con un detalle importante, á saber, que la sangre de un animal envenenado

por la eserina, mata á otro animal despues de haber producido los mismos fenómenos de intoxicacion.

**Éter fosforado: accidentes tóxicos.** (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

El doctor Marotte ha comunicado á la Academia de medicina una observacion de accidentes tóxicos, producidos por una preparacion fosforada que se encuentra en la mayor parte de los formularios, y cuyas dósis son excesivas, á juicio de este distinguido práctico.

Se trataba de un enfermo con ataxia locomotriz progresiva, que, afectado de los dolores intensos propios de este padecimiento, por consejo de su médico habia tomado de hora en hora una cucharada de una pocion compuesta de *éter fosforado*, 4 gramos; agua de menta y jarabe de goma, aa. 64 gramos. Los dolores desaparecieron; pero la última cucharada del medicamento fué seguida de vómitos repetidos y rebeldes, ansiedad extraordinaria, sed abrasadora, etc. Las primeras materias vomitadas tenian un olor francamente aliáceo. Al dia siguiente el enfermo tenia la piel fria, pulso pequeño, desigual, concentrado; ansiedad en la fisonomía, lengua encendida y húmeda, astringion. Ligero color ictérico de la piel y conjuntivas. Orina escasa. Los vómitos se contuvieron bajo la influencia del hidroclorato de morfina, la crema de bismuto y el hielo; el enfermo pudo tolerar el agua de Vichy, caldo frio, y á las cuarenta y ocho horas empezó á tomar algun alimento sólido.

Pero la accion tóxica no quedó limitada al estómago, puesto que los dos dias siguientes aumentó de un modo notable la ictericia; una deposicion que se consiguió por medio de lavativas de aceite de trementina, tenia un color agrisado, y las orinas eran amarillentas. El hígado habia sufrido evidentemente la accion del veneno.

La fórmula que dió lugar á tan graves accidentes se encuentra en la obra de Soubeyran, de quien la ha tomado Bouchardat para su formulario. Segun M. Marotte, admitiendo como exacta la proporcion de fósforo que indica el primero de estos autores, esto es, 70 centigramos por 100 gramos de éter, la pocion contenia 28 miligramos

de fósforo, cuando, según Gubler, habría sido suficiente la dosis de 5 á 10 gotas.

Las mismas reflexiones se aplican al aceite fosforado. Conforme á los recientes experimentos de M. Mehu, el aceite fosforado del *Codez* contiene 1 gramo 20 centigramos en 100 gramos de aceite; es decir, próximamente un decígramo en cada 8 gramos: en el *Formulario* de Bouchardat, la *Botica* de Dorvault y el *Formulario* razonado de los medicamentos nuevos de Reveil, se encuentra una fórmula de pocion, que debe administrarse á cucharadas de hora en hora, y que contiene esta dosis excesiva de aceite fosforado.

Según Devergie, debe proibirse de la práctica el éter fosforado que se concentra por evaporacion espontánea del vehículo en una proporción desconocida.

Nos ha parecido conveniente llamar la atención acerca de este hecho, porque en casos de tal naturaleza se compromete, á la vez que la vida del enfermo, la reputación del médico.

**Eucalyptus globulus: eucalyptol: sus propiedades febrifugas.**  
(*Ann. de thér.—Montp. méd.*).

El eucalyptus glóbulus, bien conocido de la mayor parte de nuestros lectores, es un hermoso árbol, originario de la Tasmania, donde fué observado por primera vez por Labillardiere en 1792. Este vegetal adquiere un desarrollo extraordinario, y puede elevarse, como algunas de las especies del mismo género (*eucalyptus gigantea oblicuo-salicifolia*, etc.) á una altura de 80 á 100 metros.

Deseando el doctor Cléz conocer las proporciones del aceite esencial que contiene esta planta, y al cual se atribuyen una gran parte de sus propiedades, ha practicado algunos ensayos que no carecen de interés.

Diez kilogramos de hojas frescas, recogidas de los tallos atacados por los frios, en Paris, á fines del año de 1867, han dado por la destilación con agua 275 gramos de esencia, ó sea 2,75 por 100.

En otro experimento, 8 kilogramos de hojas secas, recolectadas hacia un mes en Hyeres, produjeron 489 gramos de aceite esencial, ó un poco más de 6 por 100. Este

resultado , bastante notable . prueba que la esencia , encerrada en las células de las hojas , se volatiliza muy lentamente .

Operando con hojas completamente secas , procedentes de Melbourne , y conservadas hacia cinco años , se obtuvo un poco mas de 1,5 por 100 de esencia .

El aceite esencial recogido en estos diferentes casos , es siempre el mismo ; un líquido muy fluido , casi sin color , con un olor aromático análogo al del alcanfor . Calentándole en un aparato destilatorio , entra en ebullicion hácia 170 grados , y el termómetro asciende rápidamente á 175 grados , donde queda estacionario hasta que ha pasado á la destilacion la mitad próximamente del producto ; otra porcion de la esencia pasa entre 188 y 190° , es una mezcla de muchos productos ; en fin , si se continúa calentando , se obtiene una pequeña cantidad de líquido volátil á una temperatura superior á 200°

El líquido , primeramente destilado entre 170 y 178 grados , no es un producto químicamente puro ; para purificarle es preciso ponerle en contacto con algunos fragmentos de potasa y luego con cloruro de calcio fundido ; destilando de nuevo , se obtiene un líquido muy fluido , incoloro , que hierve regularmente á 175 grados . Puede considerarse como un principio inmediato puro , distinto por sus propiedades y su composicion de las especies químicas conocidas . M. Cloez le designa con el nombre de *eucaliptol* . Es mas ligero que el agua ; permanece líquido despues de haber estado expuesto durante tres horas á un frio de 18 grados bajo cero . Aspirado por la boca en estado de vapor , mezclado con el aire , tiene un sabor fresco y agradable . Segun el autor , ya se le ha empleado con éxito en terapéutica , bajo esta forma ; es poco soluble en el agua , pero se disuelve completamente en el alcohol ; esta solucion , muy diluida , posee un olor igual al de rosa .

El doctor Carloti , secretario de la Sociedad de agricultura de la Argelia , ha estudiado experimentalmente la tolerancia para este nuevo agente , á fin de poder determinar las dosis en que debe prescribirse con seguridad en sus efectos .

Primero administró la hoja en polvo en cantidad de 30 gramos en 8 dosis . En algunos casos desaparecieron los

accesos febriles; pero no siempre se logró tan feliz resultado. El cocimiento fué mas activo; la fórmula era 42 gramos de hojas en 1 litro de agua, reducido una tercera parte por ebullicion en vaso cerrado, administrado por medios vasos.

En algunas afecciones histéricas dió excelentes resultados una infusion de 30 gramos de hojas en 500 de agua.

El extracto acuoso modificó favorablemente el estado de algunos tuberculosos. Partiendo de estos datos, M. Carlotti creyó que la corteza en cocimiento seria mas enérgica contra las fiebres. Administró la corteza viva y la muerta, observando que esta última no tenia una accion realmente febrífuga sino á una dosis mitad mayor que la de la quina, mientras que la corteza viva era, en igualdad de dosis, tan poderosa, si no más que esta última. La fórmula usada por el autor era el cocimiento hecho con 20 gramos en 650 de agua, hasta que se redujese una tercera parte por ebullicion.

El efecto obtenido con el uso de este cocimiento decidió al doctor Carlotti á buscar en la corteza viva el principio que obrase como el de la quina. A este fin la trató por los procedimientos del *Codex* para la obtencion del sulfato de quinina, y dió una sal blanca, que no pudo entonces purificar; pero administrada en solucion, se vió que 2 gramos equivalian á 1  $\frac{1}{2}$  de sulfato de quinina por su accion febrífuga.

Las hojas, tratadas por el procedimiento de Labarraque, han dado un producto semejante á su *quinium*, y las mismas dosis produjeron iguales resultados.

La preparacion es aun imperfecta, y, si deja todavia que desear, no sucede lo mismo con la experimentacion, que parece haber puesto fuera de duda las propiedades realmente febrífugas y tónicas de los principios contenidos en las hojas y la corteza del eucaliptus. El autor refiere gran número de hechos de intermitentes curadas por el uso del alcalóide extraido de la corteza viva.

#### Hematosina : usos terapéuticos. (*Gaz. méd.*).

La hematosina, materia colorante roja de la sangre, es una sustancia protéica, cuya composicion se asemeja á la de la albúmina y la fibrina, de las que difiere principal-

mente por la presencia constante de cierta cantidad de *hierro*, que se valúa en una *décima parte* próximamente de su peso. Esta circunstancia ha inducido al doctor Tabourin á hacer aplicacion de ella en la terapéutica.

Para prepararla se amasa el coágulo sanguíneo con la solucion de una sal coagulante inofensiva; se somete la pasta que resulta á una fuerte presion; se deshace la torta que queda en la prensa, y se la pone á digerir en alcohol ordinario á que se hayan adicionado dos ó tres centésimos de un ácido cualquiera; la hematosina se disuelve en el líquido alcohólico, que se colorea fuertemente, mientras que la globulina queda sin disolver, y se reune en el fondo del vaso. El líquido, separado del precipitado, deja aposar, luego que se le neutraliza, copos rojizos abundantes; esta es la hematosina bruta. Se recoge sobre un filtro, y se lava sucesivamente con agua, alcohol y éter; entonces queda pura, y no hay mas que desecarla y reducirla á polvo.

Así obtenida, se presenta en forma de un polvo inodoro, insípido, de aspecto metálico y color pardo, insoluble en el agua y el alcohol puro, pero soluble en el éter, el alcohol, las esencias y los cuerpos grasos cuando se les añade una pequeña cantidad de ácido ó de álcali.

El polvo de hematosina puede administrarse fácilmente en pastillas, píldoras, bombones, jarabe, licor, en el chocolate y mezclado con los condimentos ó las bebidas.

Es, segun M. Tabourin, superior al hierro, porque los órganos digestivos la toleran perfectamente, no les fatiga ni altera sus funciones, y es absorbida con tanta facilidad como las sustancias alimenticias. Una vez llegada á la sangre, que es un medio alcalino, se disuelve inmediatamente y recobra su propiedad fundamental, que consiste en absorber el oxígeno y adquirir el color rojo vivo de la sangre arterial.

Administrando los ferruginosos ordinarios, no cree el autor que se puede tener nunca la seguridad de dar el hierro en el estado molecular que exige la sangre para la reconstitucion de los glóbulos, mientras que prescribiendo la hematosina, es indudable que se consigue esto, puesto que es el hierro sacado de la sangre misma. Es, por lo tanto, un tónico poderoso y un excelente reconsti-

**IODURO POTÁSICO: SU ACCION SOBRE LOS RIÑONES.** 369  
uyente, que está indicado en todos los casos que reclaman esta clase de medicamentos.

**Hilas hemostáticas y carbónicas.** (*Revue de méd.*).

El hábil químico M. Tommasi ha preparado y recomienda varias clases de hilas medicinales.

*Hilas hemostáticas.*—Percloruro de hierro á 30°, 50 partes; agua destilada, 100; alumbre, 10.

*Hilas hemostáticas y antisépticas.*—Acido tánico, 10; alcohol á 40°, 100; ácido fénico, 6.

Se empapan las hilas en estas soluciones, ó mejor todavía, el lienzo de que se han de sacar y se le deja secar al aire libre.

*Hilas carbónicas.*—El doctor Tommasi ha preparado otras hilas que desprenden ácido carbónico en estado naciente. Se toman por una parte 8 gramos de bicarbonato de sosa, 60 de agua destilada, 2 de ácido fénico, y por otra 19 de ácido cítrico y 47 de agua destilada.

**Ioduro potásico: su accion sobre los riñones.** (*Mem. de méd. et chir milit.*).

Administrado el ioduro potásico á altas dosis durante cierto tiempo por el doctor Draper, ha provocado la presencia de una gran cantidad de tubos hialinos en la orina no albuminosa. Basta suprimir el medicamento para que desaparezcan inmediatamente.

En un enfermo que tomaba 13 gramos, 50 centigramos de ioduro diarios, el doctor Keyn ha observado igualmente la existencia de estos tubos hialinos y detritus del revestimiento epitelial de los conductos urinarios sin vestigios de sangre. La orina, examinada antes, no presentaba estos caracteres, y basta disminuir la dosis de ioduro para que desaparezcan.

El doctor Corné hace observar que estos hechos son importantes, porque además de obrar sobre la crisis de la sangre, revelan que el ioduro potásico tiene una accion congestiva muy pronunciada sobre los riñones.

**Jarabe de cloral.**

Hidrato de cloral. . . . .	10
Agua destilada. . . . .	10
Jarabe simple . . . . .	380

Este jarabe tiene un sabor agradable y un olor entre el del cloral y el cloroformo.

**Lavativa calmante alcanforada contra la cistitis.**  
(*Revue méd.*).

Alcanfor. . . . .	50 centigramos.
Extracto de ópio. . . . .	5 —
Yema de huevo. . . . . número	1 —
Agua. . . . .	200 gramos.

El doctor Langlebert aplica esta lavativa mañana y tarde para calmar la disuria que acompaña á la cistitis del cuello.

**Linimento calmante.** (*Journ. des conn. méd.*).

Tintura de ópio. . . . .	} partes iguales.
Eter sulfúrico. . . . .	
Alcohol alcanforado. . . . .	

El éter contenido en el linimento disuelve el barniz sebáceo de la epidérmis y favorece extraordinariamente la absorción, lo cual hace, según el doctor Hebert, que este medicamento sea eficacísimo.

**Linimento iodurado vesicante.** (*Abeille méd.*).

Iodo. . . . .	10 gramos.
Ioduro de potasio. . . . .	4 —
Alcanfor. . . . .	2 —
Alcohol. . . . .	60 —

Se disuelven sucesivamente en el alcohol, el iodo, el ioduro alcalino y el alcanfor.

Según el doctor Neligan, autor de esta fórmula, debe aplicarse con precaución, porque goza de una propiedad vesicante muy enérgica.

**Linimento contra la fisura de año.** (*Abeille méd.*).

Glicerina. . . . .	16 gramos.
Acido tánico. . . . .	1 —



Se empapa en esta solución una mecha mas ó menos voluminosa, que se introduce mañana y noche en el recto. Debe cuidarse de mantener libre el vientre.

El doctor Van Holsbek ha conseguido, por medio de esta preparación, curar fisuras de ano que habian resistido á la division del esfinter.

**Mezcla alimenticia.** (*Gaz. hebdom.*)

El doctor Cl. Bernard ha presentado á la Academia de medicina una nota de M. Rabuteau, en que este autor, fundándose en varios experimentos, deduce que un hombre podria vivir muchos meses y conservar la fuerza, tomando cada dia únicamente 450 gramos de la mezcla siguiente:

Cacao en polvo. . . . .	1000 gramos.
Infusion de café. . . . .	500 —
Infusion de té. . . . .	200 —
Azúcar. . . . .	500 —

Evaporando, añáde M. Rabuteau, las infusiones de café y las de té, se obtendria una pequeníssima cantidad de residuo seco, de suerte que la mezcla anterior no pesaria mas de 1600 gramos, y podria bastar para entreteener la alimentacion durante diez dias. Para hacer uso de esta sustancia se la diluye en agua hirviendo. El autor cree que está llamada á prestar grandes servicios en las poblaciones sitiadas, en los largos viajes, y siempre, en fin, que haya que neutralizar los efectos de una alimentacion insuficiente.

**Mixtura alcanforada.** (*Lyon méd.*)

Alcanfor. . . . .	64 gramos.
Alcohol. . . . .	2 gram. 50 centigrs.
Subcarbonato de magnesia. . . . .	128 gramos.
Agua destilada. . . . .	475 —

Se disuelve s. a. y se filtra.

Esta mixtura se usa mucho en los Estados-Unidos é Inglaterra, ya sola, ya como vehículo de otros medicamentos, en la fiebre tifoidea, el insomnio, el delirio ú

otras enfermedades nerviosas. La dosis es de una cucharada de hora en hora.

Tiene sobre el alcanfor en sustancia la ventaja de ser mas asimilable á los líquidos del estómago, que difícilmente disuelven este último.

*Muscarina. (The. Lancet).*

La muscarina es un alcalóide contenido en pequeñísima cantidad en el agárico ó *ammanita muscaria*, estudiada por Schmiedeberg y Koppe. Un kilógramo en estado fresco no contiene mas de 10 á 12 granos. Veneno enérgico análogo al alcalóide del haba del Calabar, la eserina, y como ella, antagonista de la atropina. Inyectada á pequeñísimas dosis debajo de la piel de los gatos, produce una salivacion abundante, lágrimas, vómitos, lentitud del pulso y tal contraccion de la pupila, que se reduce á un pequeño punto negro. Esta accion, nula en el conejo, es poco marcada en el hombre. La disnea sobreviene con debilidad muscular, luego la parálisis y la muerte por suspension de la respiracion, aun cuando continúan los latidos cardiacos. Sin embargo, se ha demostrado su accion sobre el corazon de la rana. La inyeccion de  $\frac{1}{10}$  de milígramo produce la lentitud de los latidos prolongando el diástole. La aurícula primero y luego el ventrículo dejan de contraerse pasados algunos minutos; pero el mas ligero contacto, despues de muchas horas, basta para reproducir una contraccion enérgica, demostrando que no está abolida la motricidad.

La atropina cambia completamente esta accion. Despues que han cesado los latidos del corazon en la rana, mientras persiste su irritabilidad, basta inyectar una solucion de atropina para que las contracciones recobren su actividad primitiva. Del propio modo la muscarina no produce ningun efecto sobre el corazon de una rana préviamente atropinizada. El mismo antagonismo se observa en los mamíferos. Se manifiesta tambien en la presion vascular, que, descendiendo un tercio por la accion de la muscarina, recobra su grado normal, y aun se eleva despues de una inyeccion de atropina.

La accion de la muscarina sobre los órganos abdomi-

nales es muy enérgica, y se parece en esto también á la del haba del Calabar. Los intestinos, la vejiga y aun el hígado se encuentran como tetánicamente contracturados. Los intestinos, sobre todo, se convierten en una cuerda dura y blanca. Relajados en seguida por la acción antagonista de la atropina, recobran movimientos peristálticos, vigorosos, pero irregulares.

Es, pues, la muscarina un veneno nuevo muy curioso, y del cual podrá sacar partido la terapéutica, luego que se estudie bien su acción fisiológica.

Obturador anal. (*Gaz. heb.*).

Este instrumento (fig. 9), que el doctor Berenger-Feraud ha hecho construir, consiste en una vejiga de cautchouc delgada que, cuando se encuentra llena de

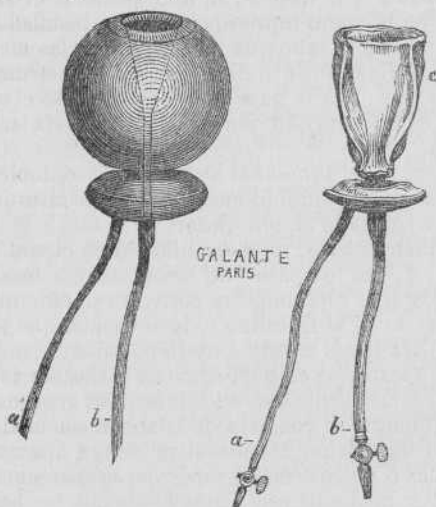


Fig. 9.

aire, tiene la forma de una calota hemisférica de 6 centímetros de diámetro, separada de una pelota casi plana, de 4 centímetros de diámetro, por un cuello ó porción es-

trechada de 2 centímetros de altura y de espesor, lo que la da cierta grosera semejanza á una copa de pié. El eje del instrumento está atravesado por un tubo de 1 centímetro de diámetro, que está cerrado en su parte inferior por una llave *a*. La porcion inferior, que representa el pié de la copa, tiene además otra llave *b*, que sirve para insuflar y vaciar el aparato; la superficie superior, que es sensiblemente cóncava por la existencia de un conducto central inextensible, presenta en su parte media el orificio superior del tubo anal mencionado.

La aplicacion del instrumento es muy sencilla; estando vacío de aire, por consiguiente, muy blando y poco voluminoso, se le unta con un cuerpo mucilaginoso y se le introduce en el recto hasta la mitad de la longitud, por medio del pulpejo del dedo índice. Adaptando entonces un insuflador á la llave *b*, se hace penetrar el aire por la presion de la mano izquierda; una vez insuflado el obturador, impide la salida de los gases y de las materias intestinales. Cuando se quiere retirar el instrumento, no hay mas que abrir la llave *b*, y escapándose el aire libremente, el aparato sale por sí solo ó con la mas ligera traccion.

La llave *a* del tubo anal sirve para introducir, cuando es necesario, un líquido medicinal en el intestino mientras está colocado el obturador.

Este instrumento, muy sencillo, dice el autor, puede ser útil: 1.º en los casos de incontinencia fecal, en los cuales permite una limpieza perfecta, puesto que retiene las materias en el intestino todo el tiempo que se quiera. En los paralíticos es esto muy importante.

2.º En los casos en que, como en la disentería, se quiere obrar tópicamente sobre los intestinos gruesos, pudiéndose prolongar el contacto de la sustancia medicinal sin que una deposicion intempestiva venga á expulsar una parte mas ó menos considerable del medicamento.

3.º Por medio de este instrumento pueden hacerse absorber los medicamentos en condiciones en que esta absorcion era muy difícil, si no imposible hasta ahora, como sucede en el cólera, algunas fiebres perniciosas, ciertos estados morbosos complicados de delirio. En los casos de este género, el obturador anal puede prestar

importantes servicios. Renunciando á la vía estomacal, que los vómitos incesantes hacen imposible de utilizar, se vacía el intestino grueso por medio de una lavativa emoliente, y aplicando en seguida el obturador, se podrá inyectar en el recto el agente medicinal que se considere indicado, permaneciendo en contacto con la mucosa, sin temor de que una contracción involuntaria del enfermo venga á comprometerlo todo.

4.º En ciertas operaciones practicadas en la parte inferior del recto ó en el ano, en algunos casos de fisura, fístula, prociencia del recto, etc., el obturador permite ejercer una compresion, ó poner en contacto con los tejidos, ya agentes medicinales, ya medios de refrigeracion.

Este cuarto punto constituye las aplicaciones quirúrgicas del instrumento, que no son las menos interesantes.

**Oseina: sus propiedades alimenticias.** (*Dict. des Prog.*).

La oseina es una sustancia azoada que se extrae de los huesos, isómera á la gelatina, pero que no tiene las mismas propiedades. Mientras que esta es soluble en el agua, aquella no lo es. La oseina, dice M. Fremy, es verdaderamente organizada; es el tejido óseo, privado de sus elementos calcáreos; se la puede comparar á los tendones, á la piel y aun á los tejidos fibrinosos.

Así puede entrar en la alimentacion, pero sin ser bastante por sí sola, como no lo son la fibrina, la caseina ni la albúmina; se la debe asociar á otros cuerpos que completen su accion fisiológica. Puede, por consiguiente, ser muy interesante pedir á la industria su extraccion económica en los tiempos de hambre y en las plazas sitiadas. Los huesos, procedentes de animales de todas clases, ordinariamente casi perdidos por completo, dan un 35 por 100 de este producto, capaz por lo tanto de suministrar en poco tiempo cantidades considerables de una sustancia útil á la alimentacion.

La oseina se obtiene, como la gelatina, serrando en láminas delgadas los huesos desgrasados, y sometiéndoles durante algun tiempo á la accion del ácido clorhídrico diluido en agua. El residuo orgánico, despues de bien lavado y seco, es la oseina.

En este estado es dura, elástica, coriácea y no se puede comer. Sometida á la acción del agua hirviendo, se hincha y reblandece, de modo que despues de cocida tiene una grandísima analogía con una porcion de tejidos muy estimados en la alimentacion.

Se usa dejándola hinchar lentamente en agua fria, y poniéndola á cocer luego, durante una hora, en agua salada y aromatizada. El agua procedente de esta coccion puede tambien utilizarse, porque tiene un sabor agradable.

Hay aquí, pues, un tejido alimenticio abundante, nutritivo é imputrescible, que no debe olvidarse, dejándole perder en los tiempos de grande escasez.

**Pasta de Canquoin: nueva fórmula. (Gaz. méd.).**

Las fórmulas que hasta ahora se han dado para la preparacion de la pasta de Canquoin, ofrecen el inconveniente, para ciertos usos quirúrgicos, de atraer la humedad, perdiendo su consistencia. Para evitar esto, el doctor Mayet recomienda la siguiente fórmula:

Cloruro de zinc. . . . .	8 partes.
Oxido de zinc. . . . .	4 —
Harina desecada á 100 grados. . . . .	7 —
Agua. . . . .	1 —

Se mezclan el óxido de zinc y la harina, se disuelve en frio el cloruro en agua, y se añade la mezcla de harina y óxido, triturando todo en un mortero durante diez minutos.

Esta pasta, que seria muy blanda, con las proporciones de sustancias indicadas, si se la hubiese de emplear inmediatamente, se endurece pasadas algunas horas, adquiriendo una consistencia que conserva indefinidamente. Se la puede tener en una caja, bajo una capa de almidon, pero es mejor ponerla en un bote cerrado. El autor la ha conservado durante mas de un año.

Se la puede tambien endurecer en el momento, reemplazando en la fórmula una parte de la harina por otra de óxido de zinc.

**Píldoras anticatarrales (Union méd.).**

Goma amoniaco. . . . .	1 gramo.
Carbonato de amoniaco. . . . .	4 —
Ipecacuana pulverizada. . . . .	0,25 centigr.
Hidroclorato de morfina. . . . .	0,10 —
Mucilago de goma. . . . .	C. S.

Para 10 píldoras, que se cubrirán con un barniz compuesto de bálsamo del Perú, disuelto en cloroformo.

Se administra una píldora mañana y noche en la bronquitis crónica, sobre todo cuando la secreción bronquial es viscosa y la expectoración difícil.

El doctor William, autor de esta fórmula, elogia mucho los efectos que con estas píldoras se obtienen.

**Píldoras calmantes contra la tisis. (Union méd.).**

Clorhidrato de amoniaco. . . . .	2 gramos.
Opio pulverizado. . . . .	50 centigramos.
Digital en polvo. . . . .	1 gramo.
Escila en polvo. . . . .	1 —

Para hacer 30 píldoras.

Se administra una cada seis horas, en el primer período de la tisis, para disminuir la tos y facilitar la expectoración.

**Píldoras contra la cistitis. (Revue méd.).**

Trementina de Venecia. . . . .	4 gramos.
Castóreo. . . . .	2 —
Alcanfor. . . . .	4 —
Magnesia calcinada. . . . .	C. S.

Para hacer 40 píldoras.

Se administran de 3 á 6 al día en la cistitis crónica, con fenómenos nerviosos predominantes.

**Plata: cambios que sufre la sangre y la estructura de los tejidos bajo su influencia. (Gaz. méd.).**

La acción fisiológica de los preparados de plata ha sido poco estudiada hasta ahora, y por este motivo ofrecen mayor interés las investigaciones del doctor Bogoslowsky,

cuyos resultados han visto la luz pública en los *Archivos de Virchow*.

El autor ha empleado en sus experimentos, hechos principalmente en conejos, ora el hiposulfito doble de sosa y plata, ora una preparacion nueva, que se obtiene del modo siguiente: se empieza por hacer digerir la fibrina de la sangre en jugo gástrico artificial; el producto de esta digestion ó esta peptona de fibrina tiene la propiedad de disolver cierta cantidad de nitrato de plata, dando un líquido un poco opalino, pero en el que no se forma precipitado. Este hiposulfito doble, así como la disolucion péptica de nitrato de plata, se distinguen de todas las demás preparaciones argénticas en que no coagulan la albúmina. Se las puede, por tanto, inyectar directamente en la sangre sin producir coágulos en los capilares; su inyeccion subcutánea es siempre seguida de una absorcion rápida, y su administracion por la vía gástrica es de una accion constante y segura.

Los principales resultados que el autor consigna en su trabajo son los siguientes:

A. *Accion de las preparaciones de plata sobre la sangre.*—

1.º La plata obra sobre la sangre como un antiplástico evidente.

2.º Los glóbulos rojos abandonan poco á poco su hemoglobina al plasma, se ponen pálidos y transparentes, presentando alteraciones características (trasparencia, desigualdad de reparticion en la materia colorante, aspecto granuloso) y cambios de forma (forma oval prolongada, doble contorno).

3.º La hemoglobina de los corpúsculos se trasforma poco á poco en hematina, y esta á su vez en una materia colorante amarilla, por consecuencia de lo cual la vejiga biliar se encuentra distendida por una bilis verde oscura.

4.º La cantidad de hemoglobina de la sangre disminuye bajo la influencia de la plata.

5.º La plata no pasa á los glóbulos rojos.

B. *Accion general de las preparaciones argénticas.*—1.º La cantidad de orina disminuye en la mayor parte de los casos, mientras que aumenta su peso específico. Las materias fecales tambien aumentan, tomando un color amarillo oscuro ó achocolatado.



2.º Las variaciones de temperatura son poco notables; sin embargo, es un fenómeno casi constante de la administración de la plata el que el termómetro descienda algunos décimos de grado.

3.º De todas las sales argénticas, el hiposulfito doble de sosa y plata es el que ejerce una acción más intensa sobre el organismo por la facilidad de la absorción. Vienen después el peptonato y el albuminato de plata puro. Las otras sales de este metal, menos solubles, tienen una acción mucho más débil.

4.º La plata, introducida en el organismo, produce alteraciones materiales en la estructura de los órganos, primero en la sangre y luego en las mucosas y tejidos análogos.

Se observa un estado catarral de la mucosa de las vías aéreas y de los intestinos, cualquiera que sea el modo de introducción del medicamento.

Las grandes glándulas, y en particular el hígado y los riñones, presentan las alteraciones siguientes: las células hepáticas y las epiteliales de los tubos de Bellini se hinchan al mismo tiempo que su contenido se enturbia y oculta en parte el núcleo, ó bien sufren la degeneración adiposa. En la autopsia se encuentra el hígado unas veces ingurgitado de sangre y aumentado de volumen (lo que corresponde á la hinchazón turbia y granulosa de sus elementos celulares); otras más pequeño y anémico (en los casos de degeneración adiposa).

Después del uso prolongado de la plata, la orina es muy frecuentemente albuminosa, y la sustancia medular de los riñones se presenta más congestionada que la cortical.

En la mayor parte de los casos de la vejiga biliar está distendida por una gran cantidad de bñlis. Las deyecciones intestinales contienen también mucha, y el análisis químico demuestra en ella la existencia de la plata.

El tejido muscular ofrece también á veces alteraciones. Las fibras del corazón y de los demás músculos suelen estar aumentadas de volumen y cubiertas de una masa granulosa, que desaparece por el ácido acético; la estriación transversal se encuentra borrada, y no es raro ver una hipertrofia de los núcleos del sarcolema; pero nunca se ha

podido comprobar de un modo evidente la verdadera degeneracion adiposa del tejido carnosos del corazon.

El tejido adiposo estaba casi siempre atrofiado, y el celular intermuscular en via de degeneracion.

En todos los animales se ha observado, como fenómeno constante, una dificultad general de la circulacion, caracterizada en la autopsia por la replecion de todas las venas del cuerpo, llenas de una sangre líquida con coágulos, la hipostasis pulmonar y la ingurgitacion de los vasos de la sustancia medular del riñon. Frecuentemente se encuentran exudaciones en las dos pleuras y en el pericardio. El autor atribuye estos fenómenos á las alteraciones del corazon y del aparato respiratorio.

El uso continuo de la plata á dosis progresivas produce una disminucion de peso y altera evidentemente la nutricion, determinando un empobrecimiento y un estado clorótico de la sangre. Este último efecto es sobre todo rápido despues de las inyecciones subcutáneas de las sales argénticas.

**Pocion contra el delirium tremens. (Abeill. méd.).**

Tártaro estibiado. . . . .	24 centigramos.
Tintura de opio. . . . .	4 gramos.
Alcanfor. . . . .	1 —
Alcohol. . . . .	2 —
Agua destilada. . . . .	230 —

Se divide el alcanfor por medio del alcohol, se añade el agua, se cuele por un lienzo, y en seguida se incorpora la tintura de ópio y el tártaro estibiado. Una cucharada cada dos horas.

**Pocion contra las intermitentes rebeldes. (Union méd.).**

Tintura de yodo. . . . .	5 gramos.
Yoduro potásico. . . . .	5 —
Agua destilada. . . . .	125 —

Una cucharada de esta mezcla tres veces al dia en medio vaso de una tisana amarga.

**Pocion contra el prúrigo.** (*Lyon méd.*).

Acido fénico . . . . .	4 gramos.
Alcohol rectificado. . . . .	6 —
Agua destilada. . . . .	150 —
Jarabe de menta. . . . .	16 —

Se administra un cucharada al día.

El doctor Neumann, de Viena, recomienda esta pocion en los casos de prúrigo, y dice que produce sudores profusos.

**Pocion sedante con cloral.** (*Revue méd.*).

Hidrato de cloral. . . . .	4,80
Jarabe de cáscara de naranjas . . . . .	48
Mucilago de goma. . . . .	48
Agua destilada. . . . .	120

Se administra á cucharadas de hora en hora.

**Pomada resolutive de Hoppe.** (*Abeille méd.*).

Sulfato de magnesia. . . . .	4 gramos.
Manteca. . . . .	50 —

Se disuelve la sal en una pequeña cantidad de agua, y se incorpora con la manteca.

El autor aconseja esta pomada contra los infartos escrofulosos de los huesos, los de las glándulas mamarias y salivales, y en las artritis de naturaleza gotosa ó reumática. Determina á veces una erupcion pustulosa, como la pomada estibiada.

**Sanguijuela artificial.** (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

Los instrumentistas Sres. Robert y Collin han construido una sanguijuela mecánica mas sencilla y fácil de manejar que la de Heurteloup. Este pequeño aparato, representado en la figura 10, se compone de un escarificador C y de un cuerpo de bomba O P, destinado á hacer oficio de aspirador.

La escarificacion practicada con este instrumento, y cuya profundidad se determina de antemano por medio de una corredera, es circular ó semicircular, á voluntad

del operador. La hoja del escarificador obra girando sobre sí misma.

Una vez practicada la incision se hace el vacío con el cuerpo de bomba, y cuando se ha sacado una cantidad de sangre suficiente, se da media vuelta al boton O, co-

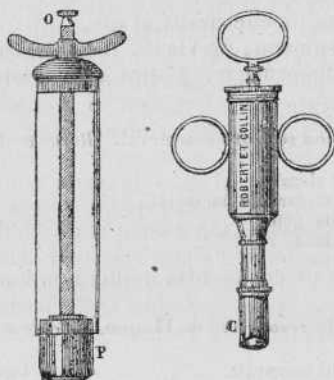


Fig. 10.

locado á la extremidad del tornillo, penetra el aire y se desprende la ventosa. Es preciso tener cuidado, despues de cada operacion, de empujar el émbolo de corcho P fuera del tubo, á fin de que se dilate para hacer bien el vacío en una nueva aspiracion.

Un aparato idéntico en cuanto al mecanismo, pero de proporciones convenientes, permite hacer aplicaciones al cuello del útero.

**Sulfato de quinina y otras sustancias amargas:** raiz de regaliz para neutralizar su sabor. (*Bull. de thér.*).

Segun el farmacéutico M. Bouilhon, la sustancia que posee en mas alto grado la curiosa propiedad de disimular el sabor amargo de muchos medicamentos, es la glicirricina, materia azucarada del regaliz. Dice este autor, que se puede hacer desaparecer casi instantáneamente el amargo de las sales de quinina, de la coloquintida, del

áloes, de la cuasia y de otras sustancias análogas, mascando un pedazo de raíz de regaliz; teniéndola en la boca, se puede moler y tamizar el áloes casi sin molestia alguna.

No parece que en este hecho intervenga reacción alguna química; es mas bien, si así puede decirse, el resultado de una incompatibilidad de sabor.

Tenemos el ejemplo de una acción análoga en las almendras amargas respecto al almizcle y el anís con relación á la valeriana. La esencia de almendras enmascara momentáneamente el olor del almizcle, pero sin destruirle; pasado cierto tiempo reaparece; lo mismo sucede con la materia azucarada del regaliz respecto á los amargos. Cuando se toma, por ejemplo, sulfato de quinina, la mucosa de la boca se impregna de esta sal, y se necesita, por tanto, cierto tiempo para que la renovación continúa de la saliva arrastre hasta sus últimos vestigios. Es preciso, pues, conservar el regaliz en la boca durante un tiempo tanto mas largo, cuanto mas amarga sea la materia ó mas concentrada su solución.

*Sulfovinato de sodio como purgante. (Gaz. hebdomadaria).*

Cuando se vierte con precaución ácido sulfúrico en alcohol, de modo que la mezcla no se caliente mas allá de 125 grados, se forma agua y un nuevo ácido llamado *sulfovinico* ó *etilsulfúrico*, que solo difiere del sulfúrico por el reemplazo, en este último, de un átomo de hidrógeno por el radical  $C^2H^5$  del alcohol etílico. A este ácido corresponden las sales llamadas *sulfovinatos* ó *etilsulfatos*, cuyos efectos fisiológicos y propiedades terapéuticas ha estudiado el doctor Rabuteau, dando á conocer sus resultados en una interesante Memoria publicada en la *Gaz. hebdomadaria*.

Los sulfovinatos son todos solubles y cristalizan en general muy fácilmente. Se les prepara por doble descomposición, por medio de un sulfato soluble y del sulfovinato de bario. Esta última sal se obtiene neutralizando por el carbonato de bario la mezcla de alcohol y ácido sulfúrico que ha dado el ácido sulfovinico. Los sulfovinatos se descomponen con el tiempo en el agua, regenerando el alcohol y produciendo sulfatos. Estas sales, administradas á altas dosis, producen efectos purgantes.

Fundándose el autor en 25 observaciones hechas en personas sanas y enfermas, y á reserva de completar el estudio de estos compuestos, sobre todo del sulfovinato de sodio, cree poder establecer las conclusiones siguientes :

1.º A causa de su sabor, muy débil primero, luego azucarado, los niños y las personas de paladar delicado toman sin repugnancia el sulfovinato de sodio.

2.º El sulfovinato de sodio es el mas suave de todos los purgantes salinos. Hasta hace desaparecer los cólicos que pudieran existir antes de su administracion.

3.º Como este medicamento no produce ningun dolor, ninguna contraccion anormal, y obra, en una palabra, como tipo de los purgantes dialíticos exclusivamente, se le puede prescribir aun durante la menstruacion y el embarazo.

4.º El sulfovinato de sodio debe preferirse al citrato de magnesia, porque tiene las ventajas de esta última sal y carece de sus inconvenientes. En primer lugar es mas agradable de tomar cuando se le disuelve en agua de Seltz; en segundo no puede determinar la formacion de cálculos. Nadie ignora los peligros que ofrece el uso largo tiempo continuado de las sales magnesianas; ningun médico prudente prescribirá estas sales á los viejos, y sobre todo á los que padecen catarro de la vejiga, á fin de no determinar la formacion de cálculos de fosfato amoníaco-magnésiano.

5.º Este medicamento purga á dosis relativamente débiles, 25 gramos, en tres copas de agua comun ó mejor de Seltz, bastan siempre en un adulto y pueden producir cinco ó seis deposiciones. Para un niño 10 gramos son bastantes, y aun en los adultos producen efectos apreciables.

6.º No parece que determina el estreñimiento consecutivo, tan frecuente despues de la administracion de los otros purgantes salinos. Este resultado interesante consiste en la rápida eliminacion del sulfovinato de sosa que ha podido ser absorbido.

Transfusion de la sangre: nuevo procedimiento.

(Arch. de phys.).

El doctor Belina, profesor de Heidelberg, en una extensa memoria acerca de la transfusion de la sangre, re-

fiere dos casos felices de esta operacion; el primero en una mujer atacada de eclampsia puerperal, y el segundo en un recién nacido en estado de asfixia confirmada.

Considerando el coma de la enferma eclámpsica como determinado por una intoxicacion urémica, sacó á la paciente 420 gramos de sangre, inyectando en seguida poco á poco en el espacio de ocho minutos la misma cantidad de sangre defibrinada. La respiracion se hizo mas libre, se disipó la cianosis, y la paciente no tuvo mas que un ligero acceso antes de la curacion definitiva.

El segundo hecho es mas interesante aun, en razon de la gran frecuencia de la asfixia ó del síncope en los recién nacidos y de la sencillez verdaderamente notable de la operacion practicada por el autor. Tratábase en esta circunstancia, en cierto modo, de un caso mixto de asfixia y síncope. La cabeza habia permanecido largo tiempo enclavada, y despues de un desprendimiento laborioso se advirtió que el cordón, muy apretado, daba dos vueltas alrededor del cuello; no pudiendo quitarias, se le cortó con unas tijeras, procurando en seguida terminar rápidamente el parto; pero desgraciadamente no fué posible conseguirlo, y el feto nació asfixiado y muy anémico. Despues de diez minutos de esfuerzos para volverle á la vida, y haciéndose cada vez menos sensibles los latidos del corazón, el doctor Belina se decidió á practicar la trasfusion. Pero no habiendo encontrado persona que quisiera prestarse á que se la extrajese la sangre necesaria, tomó el partido de servirse de la de la placenta de la madre; la defibrinó con una pequeña varilla de ballena, é inyectó 30 gramos en la vena umbilical con una jeringa sencilla de vidrio. Los latidos del corazón recobraron fuerza, la respiracion se hizo regular, y por último la criatura se salvó definitivamente.

Del profundo estudio y de los numerosos experimentos que ha hecho el autor, deduce que la transfusion es una operacion delicada y minuciosa, pero que no ofrece peligro cuando se practica de un modo conveniente. Segun Belina, los aparatos para que pueda ejecutarse con éxito, tienen que reunir las condiciones siguientes: 1.º que se les pueda conservar en un estado de perfecta limpieza; 2.º que su capacidad sea suficiente para contener la cantidad

necesaria de sangre, y que se les pueda manejar fácilmente y con precisión; 3.º que sea posible conservar la sangre á la temperatura necesaria; 4.º que sea imposible la introduccion de burbujas de aire en la vena.

Segun los experimentos del autor, ninguno de los aparatos que se han empleado hasta ahora reúne completamente estas circunstancias; todos ofrecen inconvenientes que él cree haber evitado con uno de su invencion, representado en la figura 11.

Es, como se ve, un frasco oblongo, graduado, de unos 250 gramos de capacidad. En la abertura del tubo *b* se coloca una bomba de aire comprimido. Esta bomba se compone de un balon de cautchouc negro *c* y de una pieza accesoria con dos válvulas en bola cerca de *d* y *d'*. El balon se puede abarcar fácilmente con la mano. La abertura del tubo accesorio de la bomba de compresion, que tiene 2 centímetros de largo, está cerca, de *e*, cubierta con una gasa espesa, plegada en dos para retener el polvo y los gérmenes orgánicos en suspension en el aire. El cuello del frasco *f* está unido, por medio de un tubo de cautchouc negro *ff'*, de 5 centímetros de longitud y 6 milímetros de grueso, á un trócar de infusion, construido segun las indicaciones del autor. Este trócar está compuesto de dos tubos de plata, unidos entre sí y de un estilete. El primer tubo, figura 11, de 2 centímetros de largo, desemboca en ángulo recto con una pequeña corvadura en el otro tubo *hh'* de 5 centímetros de longitud. El estilete *ii'* se ajusta á frotamiento suave en el tubo *hh'*. La punia, de forma triangular, pasa 5 milímetros de la abertura del tubo de plata; cerca de *k* hay un resorte, que encaja, cuando se retira el estilete, en una ranura situada en su vástago, y de este modo impide que se salga completamente.

A fin de evitar una gran variacion en la temperatura de la sangre, sobre todo si hay que inyectarla muy lentamente y la temperatura de la habitacion no es muy elevada, puede cubrirse el frasco con una tela de lana, haciendo una abertura para poder ver la cantidad de sangre que se inyecta en la escala métrica grabada en sus paredes.

La operacion se practica del modo siguiente: se intro-



duce por la abertura *b*, con auxilio de un embudo de cristal, la sangre previamente defibrinada por medio de una varilla de vidrio torcido y filtrada al través de una tela espesa. Se cierra la abertura *b* con un tapon de caut-

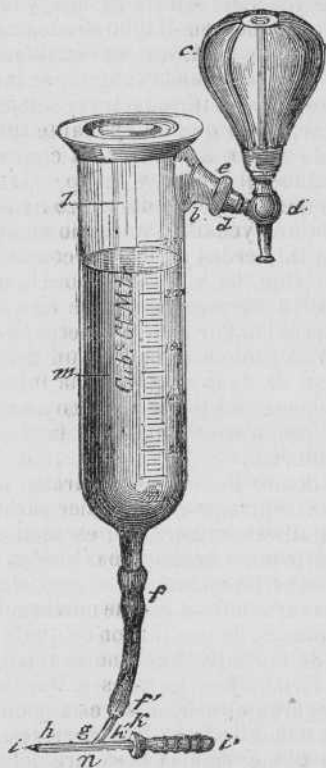


Fig. 11.

chouc negro, y se coloca el frasco en un baño de agua caliente á 40 grados.

Despues de haber vendado el brazo del enfermo como para una sangría, se descubre la vena mediana, practi-

cando una incision de 1 centímetro de longitud. Se saca el frasco del agua, se le seca; luego, teniendo el cuello hácia abajo, se quita el tapon y se introduce la bomba de compresion.

Se retira entonces el estilete hasta *n*, y la sangre expulsa todo el aire contenido en el tubo del trócar en la direccion de la comunicacion *f g h*, que se restablece de esta manera. Cuando se ve asomar la sangre por la abertura del tubo, es preciso volver á introducir el estilete, limpiar la sangre del trócar, hacer que un ayudante sostenga el frasco, y, despues de haber fijado la vena con la mano izquierda, se introduce el trócar y luego se retira el estilete. Entonces se quita la venda del brazo, y se hace sostener el trócar por un ayudante; tomando en seguida el frasco con la mano izquierda, se maneja con la derecha la bomba de compresion. Cada presion sobre la bola de la bomba hace venir 40 ó 50 centímetros de aire al espacio *l*; el aire es comprimido por dentro y ejerce la presion sobre la sangre *m*. Manejando esta bola de un modo seguido y regulando la salida de la sangre por la introduccion del estilete, que puede emplearse aquí como una llave, se logrará hacer penetrar el líquido en la vena de un modo seguro y uniforme.

Segun el doctor Belina, este aparato, que se puede hacer construir fácilmente en cualquier parte, llena todas las condiciones antes enumeradas; es fácil de trasportar, y para manejarle no se necesita mas que un ayudante, aunque no sea experimentado.

*Transfusion arterial.*—Con este nombre designa el doctor Hueter un método de transfusion en que la sangre extraida de la vena de un individuo sano es introducida en la arteria del enfermo. Los trabajos y las observaciones del autor le aseguran el mérito de esta modificacion, cuyas ventajas ha demostrado ya la experiencia.

El doctor Hueter emplea la sangre defibrinada extraida por una sangría. Mientras que un ayudante practica la defibrinacion, batiéndola y filtrándola por una tela de hilo, el operador descubre la arteria, eligiendo ó bien la radial encima de la articulacion rádio-carpiana, ó la tibial posterior debajo del maleolo interno. Estas dos operaciones no ofrecen dificultad; se aísla la arteria en la extension

de 2 á 3 centímetros, y se pasan debajo de ella cuatro cordonetes resistentes. Tres de estos tienen un uso definido; el cuarto es de precaucion. El hilo superior sirve para hacer una ligadura ordinaria que se oponga á todo aflujo de sangre procedente del corazon. Uno de los otros cordonetes se ata muy flojo, de modo que se pueda detener inmediatamente toda hemorragia recurrente. Se hace entonces una incision en la arteria, en el sentido de su diámetro, por medio de unas tijeras, de modo que se corte próximamente la mitad del vaso. Se introduce muy fácilmente la cánula del lado del pié ó de la mano, y se fija la arteria sobre ella por medio del tercer cordonete.

Si es necesario practicar muchas incisiones, el segundo hilo sirve para hacer la oclusion momentánea de la arteria. En fin, terminada la operacion, se aprieta definitivamente este cordonete. Tal es el procedimiento empleado por el autor en ocho operaciones de transfusion arterial. De estos hechos ha deducido que se puede inyectar en algunos minutos, en el sistema arterial de la mano ó del pié, una cantidad de sangre que es fácil elevar hasta 500 gramos.

Los fenómenos que acompañan á la transfusion son notables; aunque no se haya observado nunca extravasacion, hay una dilatacion mayor ó menor de los pequeños vasos. Toda la piel se pone tumefacta, y presenta una coloracion purpúrea, especialmente en la cara dorsal. Pero estos fenómenos desaparecen con mucha rapidez al mismo tiempo que la extremidad se cubre de un sudor profuso. Los enfermos experimentan una sensacion de hormigueo mas ó menos durable y de calor en las extremidades.

El doctor Albanese, de Palermo, ha puesto ya en práctica el método de Hueter en siete casos; tres de anemia y cuatro de septicemia, haciendo las inyecciones en la arteria radial. Los resultados obtenidos son muy satisfactorios, puesto que se han salvado cuatro de estos enfermos.

---

## OBSTETRICIA

### ENFERMEDADES DE MUJERES Y DE NIÑOS.

---

**Aborto por congestion uterina: tratamiento preventivo.**  
(*Bull. de thér.*).

Una de las causas mas frecuentes del aborto es, segun el doctor Beaufort, la congestion uterina, que se verifica en las épocas menstruales y que se revela por signos fáciles de conocer. Algunas mujeres no experimentan mas que un ligero malestar local y general; en otras se convierte en un verdadero dolor. Estas son por lo comun las que se hallan predispuestas al aborto por congestion menstrual. Los síntomas que de ordinario preceden á este accidente son: peso en la region lumbar y hácia el hipogastrio; luego dolor en estas mismas regiones, que se irradia hasta los muslos, acompañándose de la neuralgia lumbo-abdominal, con sus puntos dolorosos exteriores. La progresion es difícil; la mujer tiene que inclinarse hácia adelante para relajar los músculos de la pequeña pélvis. Fluyen por la vulva primero mucosidades claras, y mas tarde sangre, á todo lo cual suelen agregarse algunas alteraciones digestivas, á veces vómitos y accidentes nerviosos en relacion con el temperamento de la enferma; el pulso se pone frecuente, pudiendo llegar hasta 100 pulsaciones; el calor aumenta, y en este estado suele presentarse la hemorragia. Un escalofrío mas ó menos fuerte anuncia el principio del accidente. Este conjunto de síntomas dura en general cinco á seis dias antes de que empiece el flujo. El aborto puede no tener lugar sino despues de varias crisis semejantes, y aun no realizarse; pero si viene á obrar una causa cualquiera en momento favorable, se verifica irremisiblemente, si no interviene el arte de un modo eficaz.

La indicacion capital es impedir esta congestion, origen primero de todos los fenómenos, y evitar en lo posible las causas ocasionales. Para muchos prácticos la sangría

es el recurso por excelencia. Es un medio rápido que, aplicado á tiempo, puede detener los accidentes. Pero lo que ha impedido en una época, no lo impedirá en otra. Por otra parte, no es un medio inofensivo para que pueda emplearse tres, cuatro ó más veces durante un embarazo.

Conservando el uso prudente de las emisiones sanguíneas, cree el autor que es necesario buscar otros recursos racionales que respondan mejor á las indicaciones terapéuticas. En estos últimos tiempos M. Mattei ha obtenido buenos resultados con el ioduro potásico; el doctor Beaufort asegura haber conseguido efectos mas pronto é inmediatos con el bromuro de la misma base, sobre todo en las mujeres nerviosas y linfático-nerviosas. Esta sal, en efecto, excita el sistema vaso-motor, calma la excitacion de los nervios sensitivos, paraliza buen número de acciones reflejas, responde, en una palabra, á todas las indicaciones que hay que llenar en este estado patológico.

El autor administra el bromuro durante la quincena que corresponde á la época presunta de las reglas, ocho dias antes y ocho despues en cantidad de 2 á 4 gramos al dia, aumentando la dosis progresivamente. El efecto ha sido muy rápido en los casos que refiere M. Beaufort. Al segundo ó tercer dia habian disminuido los síntomas de congestion y los dolores neurálgicos, desapareciendo luego muy pronto. Debe advertirse que el efecto sedante del bromuro desaparece pronto, y que es preciso continuar su uso durante todo el tiempo de la congestion posible.

El bromuro obra igualmente sobre el feto; sus movimientos son menos fuertes y frecuentes; parece que está dormido. Los latidos del corazon conservan su fuerza y su frecuencia. El autor ha podido observar el feto al tiempo del nacimiento, y dice que, á pesar de su desarrollo normal, lloraba muy poco el primer dia y no manifestaba tendencia á coger el pecho. Si se trata de hacerle ingerir un líquido con una cuchara, el movimiento de deglucion se ejecuta muy lentamente y el líquido pasa con facilidad á las vías aéreas. Esta especie de anestesia no dura mas que veinte y cuatro horas.

El doctor Beaufort cree que los hechos que él ha observado, aunque poco numerosos, bastan para demos-

trar la acción útil del bromuro en este caso especial. A este medio será siempre bueno agregar la posición horizontal.

Para el doctor Miquel la causa más frecuente del aborto es el cóito. Cuando se han declarado los accidentes, el medio con que este práctico ha conseguido mejores resultados durante treinta años, son las lavativas opiadas, y sobre todo haciéndolas astringentes por la adición de la ratania, las cuales calman muy bien los vómitos y las demás perturbaciones que produce el embarazo. En los casos extremos M. Miquel añade los vejigatorios volantes aplicados sobre las ingles, dejándolos solo hasta que determinen escozor, unos quince minutos; si se les tiene más tiempo, pueden producir un efecto contrario al que se desea, obrando sobre las vías urinarias.

Asegura el autor que en los vómitos rebeldes estos dos medios (lavativas opiadas astringentes y vejigatorios inguinales) le han producido mejores resultados que todos los medicamentos administrados al interior.

**Afecciones espasmódicas de los niños: tratamiento por los bromuros de potasio y de amoniaco.** (*Gazette médicale de Strasbourg*).

Fundándose el doctor Begbie en las opiniones de Sydney Ringer, que admite que el bromuro de potasio obra especialmente sobre la sensibilidad de la faringe y la laringe, ha experimentado los bromuros en la coqueluche, deduciendo las conclusiones siguientes:

Si la coqueluche está complicada con pulmonía, bronquitis aguda, accidentes de dentición, fiebre, etc., los bromuros no ejercen influencia sobre los accesos.

Pero si no hay complicación, estos medicamentos gozan de una eficacia positiva.

Es preciso, por consiguiente, combatir las complicaciones antes de emplear dichas sales. El autor prescribe:

Bromuro de potasio. . . . .	3,75
Jarabe de altea. . . . .	7,50
Agua destilada. . . . .	120 gramos.

Una cucharada cada tres ó cuatro horas, según la edad

de los niños; á medida que los accesos disminuyen, se alargan los intervalos de las dosis.

El bromuro de amoníaco obra mas rápidamente, pero su accion es mas fugitiva; es preciso administrarle á menores dosis.

En el espasmo de la glotis, ó *laringitis estridulosa*, estos remedios pueden prestar grandes servicios, pero igualmente en las condiciones especiales indicadas en la coqueluche. Los bromuros son tambien muy eficaces cuando á los accesos de coqueluche ó *laringitis estridulosa* se unen convulsiones generales.

El bromuro de potasio combate eficazmente esa disposicion particular que se observa en algunos niños, en virtud de la cual los líquidos penetran con gran facilidad en las vías aéreas al tiempo de tragar, fenómeno que se atribuye á una sensibilidad particular del velo del paladar y la epiglotis.

En ciertas formas de cólicos de los niños, las paredes abdominales se encuentran retraidas y duras, mientras que en un punto del intestino se nota un tumor del volumen de una naranja, que se percibe al través de aquellas, y parece que se corre de una parte á otra; este cólico, que se repite con frecuencia, es sumamente doloroso, se acompaña de estreñimiento ó diarrea y produccion de gases; los accesos suelen resistir á todo tratamiento; y en estos casos los bromuros les combaten de un modo maravilloso.

En fin, hay una disposicion particular en ciertos niños, que hace que se despierten por la noche asustados y lanzando gritos: este fenómeno se acompaña frecuentemente de manifestaciones nerviosas variadas y raras, y aun á veces de alteraciones digestivas: el bromuro de potasio es uno de los medicamentos mas eficaces que pueden emplearse; produce una calma notable durante cierto tiempo, y disipa por completo todos los accidentes.

#### Caquexia puerperal. (*Union méd.*)

El doctor Valmani, jefe de la clínica ginecológica del gran hospital de Milan, ha estudiado, bajo sus diferentes aspectos clínico, anatomo-patológico, microscópico é his-

tológico, un estado caquéctico especial á las embarazadas. segun las observaciones que ha hecho en 118 mujeres de su servicio, la mayor parte de las cuales habitaban la campiña de la Lombardía, en medio de arrozales y prados pantanosos. De estas mujeres, todas múltiparas y que habian tenido de 4 á 14 partos, murieron 54 de esta caquexia especial, antes ó despues de parir, y 40 autópsias demostraron las lesiones anatómicas. El autor describe este estado complejo mal definido en una notable Memoria presentada al Instituto lombardo, de la cual tomamos las ideas mas importantes.

Dos períodos caracterizan á este estado patológico: el primero, de curso lento, crónico, se distingue por la cloro-anemia particular de las embarazadas, resultado de la aglobulia misma de la gestacion, tanto mas marcada aquí, cuanto que se trata de múltiparas minadas por numerosos partos y lactancias anteriores, y que habian estado sometidas á la influencia palúdica y á la miseria; el segundo, muy agudo y designado con el nombre de esteatosis, representa la localizacion de las infecciones en general. Aun cuando es curable, el primero, agravándose sin cesar por embarazos sucesivos y muy próximos, forma, prepara, por decirlo así, el terreno al segundo, que no lo es, así que la mayor parte de estas pobres mujeres solo entran en el hospital para morir.

Todas se quejan unánimemente de una cefalalgia vaga, vértigos, inapetencia, como los prodromos de su mal, seguidos bien pronto de una gran postracion, disnea y edema. La dificultad de respirar era muy considerable en la mayor parte de las enfermas cuando ingresaron en el hospital. Un color céreo, aceitunado, de hoja muerta y el aspecto aceitoso de la piel, da á su fisonomía un sello tan característico, que los enfermeros reconocian á estas enfermas á primera vista y las llamaban *bigatti*, por la semejanza de su color con los gusanos de seda enfermos.

El aliento es muy fétido; hay dolor en la garganta, cuya mucosa está seca, pálida y anémica; se observa frecuentemente una estomatitis gangrenosa, epistaxis y esputos sanguinolentos con los progresos funestos del mal. Y sin embargo, no se descubre aun ninguna alteracion material de las vísceras mas que la hipertrofia del



bazo. La auscultacion demuestra un ligero grado de enfisema pulmonar con algunos roncus y un edema hipostático incipiente. Debilidad de los latidos del corazon, cuyos ruidos sordos recordaban el de un tambor destemplado. En general existe diarrea, tanto mas abundante y rebelde, cuanto mas grave es el mal, y excepcionalmente disentería, anunciando una forma mas aguda de la caquexia.

Si en este estado el arte, y sobre todo la naturaleza, pueden aun triunfar del padecimiento cuando el aborto, y mejor aun el parto precoz, se efectúan en buenas condiciones, dejando al organismo el medio de conjurar el peligro que le amenaza, este resultado es tan raro, que de 49 enfermas recibidas de 1863 á 69, solo 16 salieron curadas, 9 despues de un parto precoz, y 13 aun embarazadas, en las mejores condiciones de salud; 31 habian abortado; 6 fetos vivos, 16 que nacieron muertos y 9 fetos putrefactos.

Del quinto al sétimo ú octavo mes, época en que la gestacion sustrae mas materiales orgánicos á la mujer que los que esta puede dar, es cuando se verifica el aborto y sucumbe la paciente. La caquexia toma desde entonces un curso rápido. Las enfermas se ponen tristes, inquietas, y adoptan el decúbito lateral encogidas sobre sí mismas; de aceitunada, la cara se pone casi verde, la sufusion edematosa aumenta, fluye de la boca una saliva sanguinolenta y muy féida. Las enfermas están atormentadas por una sed intensa, que solo el hielo suele calmar; rechazan los alimentos y el vino. Orinas raras y turbias, y á veces sanguinolentas, sin albúmina, pero conteniendo gran número de células epiteliales adiposas y aun de gotitas de grasa. Hay derrames en las cavidades esplánicas, mucho menos en el peritoneo que en la pleura; la disnea aumenta; las carótidas laten con rapidez, el pulso es irregular; atonía de los ruidos del corazon, que indicaba la degeneracion adiposa de sus paredes.

A los accesos febriles con elevacion de la temperatura se añaden exacerbaciones como en las pirexias infectivas, especialmente la palúdica; la fiebre toma un carácter contínuo, remitente, con exacerbaciones vespertinas y una temperatura de 40°5 á 40°9. La diarrea alterna

con los vómitos; aparecen metrorragias y frecuentemente se verifica el aborto, como determinado por la excitación de las convulsiones mortales del feto sobre la matriz; no es entonces mas que el preludio de la agonía siempre breve en estos casos. La operación cesárea, hecha *post mortem* tres veces, solo ha servido para extraer cadáveres.

El exámen microscópico de la sangre, practicado en el curso de la enfermedad, demostró un notable aumento de los leucocitos, con disminucion correspondiente de los glóbulos rojos, que tenían un tinte pálido semejante al de la piel; frecuentísimamente hay hidroemia; nunca uremia ni amoniemia.

La constancia de la lesion anatómica corresponde á la uniformidad clínica; es la degeneracion adiposa mas ó menos avanzada del corazon, de los riñones, del hígado, y la trasformacion grasosa de sus elementos morfológicos. Y si se añade á este hecho constante la anemia general, el color amarillento de todos los tejidos, la infiltracion serosa, color mate de las granulaciones adiposas y de los detritus epiteliales, predominio de los depósitos adiposos, con falta casi absoluta de todo trabajo flegmático y de sus productos, rareza de los neoplasmas, se tendrá el cuadro sumario del estado cadavérico.

Sin entrar en todos los detalles anatómicos de los órganos notados por el autor, así como no le hemos seguido en sus consideraciones hipotéticas sobre la etiología y la patogenia de esta afeccion, indicaremos el peso del hígado que se ha elevado hasta 1900 gramos, su consistencia aumentada, su color amarillo parduzco y su estado anémico; la hipertrofia del bazo, que pesaba de 100 á 700 gramos, de 26 centímetros de largo, con opacidad y engrosamiento de la membrana de Glison, placas cartilagosas y restos de periesplenitis, la pulpa aumentada y en general menos consistente.

Todo demuestra una perversion de las funciones asimilatrices y la involucion de la materia orgánica. De aquí ha venido el nombre de *caquexia puerperal*, porque se manifiesta exclusivamente en este estado. Darla el nombre de esteatosis seria atenerse al hecho anatómico, con exclusion del hecho clínico que le domina. Esta caquexia se distingue de las otras por su rapidez, aun de la ca-

*queuxia palúdica*, con la que tiene las mas estrechas relaciones. porque recorre ordinariamente sus períodos en un término medio de sesenta y siete dias. No se la puede confundir con la fiebre puerperal, la piohemia, el tífus ni la leucemia, y si la enfermedad de Bright, la nefritis parenquimatosa tiene mas semejanza con la afeccion que nos ocupa, la falta de albúmina, de amaurosis, de convulsiones eclámpicas y de las lesiones anatómicas propias de esta, la distinguen suficientemente.

Es, pues, con la infeccion, cuya influencia etiológica proclama el autor, con la que esta nueva entidad morbosa tiene mas analogía; pero su curso lento, su letalidad muy inferior, su curabilidad por un tratamiento y un régimen apropiados, y sobre todo su terminacion por hidropesia, anemia, pleuresía y pneumonia, enteritis foli-culosa, disentería, nefritis, tuberculosis, la distinguen bastante de esta, cuya única terminacion es la degeneracion adiposa.

No obstante, existe una relacion de familia entre ellas, que Valmani no puede menos de reconocer. Hay muchas enfermedades, dice el autor, que en apariencia nuevas, no son mas que la asociacion de las antiguas ó de las causas que las engendran. La *caquexia puerperal* no parece ser, en realidad, mas que la consecuencia de la intoxicacion palúdica crónica, modificada por el estado de embarazo en las mujeres cuyo organismo está extenuado. Se revela claramente por el infarto del bazo, que, sin ser constante, existe en la mayor parte de los casos, y tambien por la eficacia del sulfato de quinina, del que frecuentemente se obtienen buenos resultados, juntamente con los tónicos y los estimulantes. El cambio de residencia, de clima, parece que debe ser muy favorable; pero tenemos en esta terminacion por degeneracion adiposa un hecho nuevo, desconocido, que puede ser quizás especial á las campesinas de la Lombardía, pero que merece llamar la atencion y ser estudiado en otras partes. Por esto le parece á M. Garnier que es mas aplicable el nombre de esteatosis que el de caquexia.

**Convulsiones de la infancia: tratamiento por medio de la cicuta.** (*Arch. gén. de méd.*).

Al emplear el doctor Harley la cicuta en las afecciones nerviosas, sobre todo convulsivas, se ha guiado por el estudio de la acción fisiológica de este medicamento, según la cual está perfectamente indicado siempre que existe una irritación directa ó refleja de los centros motores.

En 11 casos de convulsiones infantiles de gravedad diferente, el autor consiguió siempre feliz resultado, superior algunas veces á sus esperanzas. El siguiente hecho que M. Harley refiere y que sumariamente extractamos, dará una idea del modo cómo debe administrarse el medicamento y del efecto que produce. Se trataba de un niño de diez y ocho meses. La madre tuvo un gran susto durante su embarazo, y se hallaba debilitada por muchos trabajos. El niño, que estaba débil en el momento de nacer, se desarrolló muy rápidamente. Durante los cuatro primeros meses estuvo gritando sin cesar, y á las tres semanas fué acometido de convulsiones violentas, que se repitieron con algunos días de intervalo. Estos ataques epileptiformes duraban de tres á cuatro horas. Entre el segundo y tercer mes se reprodujeron las convulsiones. Posteriormente sobrevinieron frecuentes accesos de laringitis espasmódica, reproduciéndose las crisis convulsivas cada tres ó cuatro semanas.

Al octavo mes comenzó la dentición, y con ella la exacerbación de los ataques, hasta el punto que una vez estuvo el niño cinco horas sin conocimiento. El enfermo no podía andar por contractura de la pierna izquierda; el brazo del mismo lado estaba inmóvil, y en el ojo derecho existía un estrabismo interno congénito, pero que había aumentado mucho después del nacimiento. El niño tenía, por lo demás, un aspecto de perfecta salud y era muy robusto. Durante la noche despertaba muchas veces dando gritos; el apetito era insaciable. La introducción de un dedo en la boca para examinar la garganta, determinaba un violento ataque de tos espasmódica, entrecortada de inspiraciones estridentes, con congestión de la cara y esfuerzos desesperados.

El tratamiento consistió exclusivamente en la adminis-

tracion de la cicuta durante un año. Se empezó por 15 gotas de zumo, y gradualmente se fué elevando la cantidad hasta 8 gramos en las veinte y cuatro horas. Inmediatamente se observó un alivio muy apreciable; en las cinco primeras semanas no hubo mas que un ataque, ligado á la erupcion del sexto diente. Los espasmos de la laringe desaparecieron; poco á poco recobró el niño el uso de la pierna y brazo izquierdo. A excepcion de algunos rechinamientos de dientes durante el sueño, cesaron definitivamente los movimientos convulsivos. El efecto del medicamento era marcadísimo en este niño. Veinte minutos despues de la ingestion, los párpados se ponian pesados, cerraba los ojos, se echaba de lado en una tranquilidad perfecta, permaneciendo de este modo durante una ó dos horas.

El doctor Harley ha conseguido tambien grandes ventajas con el uso de la cicuta en el *corea*. El doctor Welch, siguiendo este ejemplo, ha empleado la misma medicacion en el tratamiento de un caso de corea intenso, con un éxito que no puede menos de atribuirse al medicamento.

Era una jóven de diez y siete años, pálida y delicada. Los movimientos involuntarios eran incesantes, generales y sumamente violentos. No podia pronunciar mas de una palabra seguida, ni sacar la lengua de la boca. La enfermedad databa de seis meses, habiendo sido al principio mucho menos intensa. No existia ningun antecedente reumático. El cloroformo, la morfina y el bromuro potásico no produjeron la sedacion apetecida, y entonces el doctor Welch prescribió 1 dracma de zumo de cicuta cada seis horas. En este momento la situacion se habia agravado, hasta el punto de hacer temer una terminacion funesta. Desde el dia siguiente empezó á notarse un ligero alivio, y gradualmente se duplicaron y triplicaron las dosis del medicamento. Al llegar á 3 dracmas la enferma se quejó de vértigos pasajeros y turbacion de la vista. Se continuó esta dosis cada seis horas, y á los pocos dias se habia conseguido una curacion completa.

Sin embargo de este resultado, creemos que antes de colocar el zumo de cicuta entre los medicamentos etíacos en el tratamiento del *corea*, hay que esperar que la observacion confirme sus virtudes en esta afeccion.

**Coqueluche: tratamiento por medio del cloral.**  
(*Bull. de thér.*).

Los conocimientos que hasta ahora poseemos respecto á la accion fisiológica del cloral, hacen racional su uso en el tratamiento de la coqueluche, en la que con efecto le ha empleado con buen éxito el doctor Ferrand.

Este autor refiere la observacion de tres niños de una misma familia atacados de coqueluche hacia un mes, tres semanas y doce dias respectivamente, y que habian resistido á los vomitivos (jarabe y polvo de ipecacuana), al jarabe de diacodion y hasta al cloroformo (2 gramos en 150 de vehículo, para administrar dos ó tres cucharadas en la noche), de que el autor habia obtenido en otras ocasiones bastantes buenos efectos.

En el momento de empezar el uso del cloral, el niño, cuyo padecimiento databa de un mes, sufría de ocho á diez accesos violentos de tos, seguidos casi todos de vómitos, que se verificaban por lo comun, segun costumbre, despues de las comidas, alterándose por consecuencia la nutricion, y otros durante la noche, que interrumpian el sueño. En los otros dos niños los síntomas no eran tan intensos.

El doctor Ferrand administró el cloral en cantidad de 2 gramos en 150 de jarabe, de tal suerte que cada cucharada representaba 25 centigramos de la sustancia activa próximamente. A cada enfermo se le dieron tres cucharadas, una antes de comer, otra despues, y la última al tiempo de acostarse. El medicamento produjo un efecto inesperado. En lugar de tres ó cuatro accesos con vómitos, que se producian en el trascurso de la noche, hubo un sueño completo y reparador. Durante algunos dias se presentó aun un golpe de tos por la mañana, que no tardó por fin en desaparecer. En el espacio de diez á quince dias los tres niños estaban completamente curados.

El autor cree que vigilando mas de cerca la accion del medicamento, graduando con exactitud su administracion y prescribiéndole tambien durante el dia, hubiese obtenido efectos aun mas rápidos y mas radicalmente eficaces.

En esta triple observacion el cloral produjo su efecto hipnótico, y suprimió en consecuencia los accesos de la noche. La tolerancia fué perfecta, y continuó durante todo el tratamiento.

Aun cuando sea tan reducido el número de casos que el autor refiere, el éxito obtenido debe animar á los prácticos á emplear el cloral contra una neurose tan frecuentemente refractaria á todos los otros medios.

**Corea grave: tratamiento por medio del cloral.** (*Med. Times.—The Lancet.—Dict. des progrès*).

El corea muy intenso, en que hay violentos movimientos que se continúan sin intermision muchos dias seguidos, y se acompaña de excitacion mental considerable, puede comprometer la vida por la extenuacion nerviosa que este estado determina. En tales casos es muy importante conseguir la suspension de los movimientos convulsivos, procurando el sueño á los enfermos, como medio de reparar sus fuerzas.

La inhalacion del cloroformo y el uso del ópio pueden ayudar á conseguir este resultado. Pero hay ocasiones en que el último medicamento es ineficaz, y no siempre es fácil en un sujeto agitado por movimientos incesantes administrar el cloroformo de modo que su accion sea suficientemente prolongada. Por esta causa, y fundándose el doctor J. Russell en la idea de que el cloral se transforma en la sangre en cloroformo, supone que este agente podria emplearse con ventaja en reemplazo de las inhalaciones anestésicas. Sea el que quiera el valor de esta teoría, el resultado ha venido á confirmar sus esperanzas en el siguiente caso, observado por el autor en el hospital de Birmingham.

Se trataba de una jóven de veinte y un años, fuerte y robusta, primípara, embarazada de cinco meses, que entró en el hospital el 29 de octubre con un corea, que habia comenzado casi desde el principio de la gestacion. Los movimientos involuntarios se habian hecho violentísimos en los quince últimos dias; la enferma no podia estar de pié; era imposible la articulacion de la palabra, pero no existia disfagia. Ningun antecedente

reumático, lesion del corazon ni albúmina en la orina.

El bromuro de potasio, administrado á altas dosis, no produjo efecto, y entonces el doctor Welch administró el hidrato de cloral el 30 de octubre por la noche. La enferma tomó siete dosis en veinte y cuatro horas; las dos primeras de 10 gramos, y las demás de 15. Desde las primeras tomas durmió un poco; luego de un modo mas continuo durante tres y cinco horas. En los intervalos de un sueño á otro volvieron á presentarse los movimientos coréicos, á veces violentos, pero en general menos pronunciados; la paciente pudo hablar con claridad y sacar la lengua de la boca. A las seis de la noche siguiente tomó de una vez 30 gramos de cloral, durmiendo despues dos horas; pero habiendo despertado con un intenso dolor hácia el útero, se reprodujeron las convulsiones con gran violencia y mucha excitacion. Calmados estos síntomas por medio de lavativas laudanizadas, se prescribieron por la noche 20 gramos de cloral, que produjeron un sueño tranquilo hasta las nueve de la mañana siguiente. El uso del medicamento continuado por siete dias más hizo casi desaparecer los movimientos coréicos que habian puesto en peligro la vida de la enferma.

Este hecho confirma los resultados obtenidos por el doctor Bricheteau, que, habiendo administrado 2 á 3 gramos de cloral á cuatro niños coréicos, pudo reprimir la violencia de los movimientos convulsivos, como se ha intentado hacer con el cloroformo. No solo se consiguió este resultado, sino que repitiendo las mismas dosis los dias siguientes, se produjo un alivio progresivo, en términos que al cuarto dia habia cesado la agitacion casi por completo.

Es, pues, el cloral un precioso medio para reducir los músculos á la impotencia en esta neurose convulsiva cuando la intensidad de los movimientos ofrece peligro para el enfermo, pero nos parece que las dosis usadas por el doctor Welch son excesivas, y no aconsejariamos á nuestros compofesores que las empleasen.

El doctor Carruthers ha obtenido un resultado no menos notable en una jóven de catorce años, coréica hacia dos, y tratada inútilmente por la hidroterapia, el hierro y el arsénico. Las convulsiones eran mas pronunciadas



por la noche. El autor administró 2 gramos de cloral, que, produciendo el sueño, suspendieron los movimientos convulsivos, los cuales cesaron por completo pasados algunos dias continuando el uso del medicamento.

Pero el ejemplo mas notable es el de una jóven que entró el 22 de noviembre en el hospital general de Viena, donde fué observada por el doctor Briess. Cuando la vió por primera vez la estaban sujetando cinco hombres y muchas mujeres, y sus movimientos eran tan violentos y desordenados, que apenas la podian sostener en la cama. Esta mujer, cuya menstruacion era regular desde los quince años en que apareció, habia tenido relaciones sexuales, y no era imposible, por lo tanto, que estuviese embarazada. Fuera de esto lo que quisiera, la cabeza se encontraba en una agitacion continúa en todos sentidos; la frente fruncida, párpados agitados, papilas unificadas, mas bien contraídas, pero sensibles á la luz; las alas de la nariz muy dilatadas, estornudos frecuentes, boca anchamente abierta, y que se cerraba con tanta fuerza que rechinaban los dientes; la lengua salia rápidamente de la boca, sobre todo por el lado izquierdo, y volvía á retirarse del mismo modo; los labios estaban secos y como resquebrajados. Los miembros eran presa de un movimiento continuo y tan desordenado, que apenas se le podia seguir. Lo mismo sucedia con el tronco. La camisola de fuerza era insuficiente para sujetar á esta enferma, y se necesitaron ligaduras y aparatos suplementarios para fijarla en la cama.

Los movimientos voluntarios eran imposibles. Pulso duro, 100-108 pulsaciones. Integridad de las facultades intelectuales; pero la enferma no se podia hacer comprender; sed intensa, deglucion difícil, hasta el punto de impedir toda alimentacion sólida.

Una inyeccion hipodérmica de 25 miligramos de acetato de morfina produjo una media hora de sueño; pero al despertar los movimientos eran mas violentos que nunca. A las cuatro horas se practicó una segunda inyeccion, que produjo los mismos efectos paliativos.

En vista de esto se administraron á la mañana siguiente 4 gramos de hidrato de cloral en 15 gramos de jarabe; á los tres minutos los movimientos coréicos no eran tan vio-

lentos, y á los ocho se durmió la enferma; la tranquilidad y la calma eran completas. La cabeza estaba inclinada hácia atrás; los ojos y la boca entreabiertos; la cara un poco cianosada; respiracion profunda, regular; 92 pulsaciones, sudor; sensibilidad normal, ligeros temblores de las extremidades al menor ruido. Cuando despertó volvieron los movimientos convulsivos, pero con intervalos de calma, y bastó continuar el uso del remedio á dosis fraccionadas para que se restableciese la tranquilidad con el sueño. Al dia siguiente las convulsiones eran menores en estado de vigilia, y la paciente bebía con mas libertad, pudo comer un poco y hablar mas fácilmente. El dia 28 ya se podia tener de pié, y el 14 de diciembre siguiente la curacion era completa con el uso exclusivo del cloral. Este hecho es, pues, de los mas concluyentes.

En una muchacha de diez años, acometida de movimientos desordenados de las extremidades derechas, á consecuencia de un susto, el mal tomó tales proporciones, que no podia servirse para nada del brazo de este lado. Al principio los movimientos coréicos consistian en una proyeccion del brazo hácia adelante, seguida de la extension repentina de la mano; luego se extendieron al hombro y aun á la pélvis. Movimientos convulsivos de la cara; retracciones incesantes alrededor de la boca y la nariz; convulsiones de los párpados y los globos oculares de tiempo en tiempo.

Administrando el cloral á la dosis graduada de gramo y medio á dos gramos mañana y noche, cesaron todos los accidentes en el espacio de cinco á seis dias.

Al publicar los hechos favorables á la eficacia del cloral, no deben callarse los que son adversos. M. Moutard-Martin ha visto una jóven de diez y ocho años, coréica hacia dos, curada durante dos meses por medio del cloral, pero en la que sobrevino en seguida un corea hemipléjico izquierdo, que se prolongó cinco meses, dando lugar á fuertes sacudimientos, á pesar de estarse administrando el cloral en dosis bastante crecidas. La enferma se dormía, pero al despertar volvian los movimientos convulsivos.

Entonces se prescribió el bromuro de potasio en cantidad de 4 gramos el primer dia y 6 el segundo. A la ma-

ñana siguiente los movimientos habian casi desaparecido, sin otra manifestacion, quince dias despues, que algunos movimientos en el brazo izquierdo en la época menstrual.

**Croup:** tratamiento por medio de los balsámicos, las inspiraciones de amoniaco, el ácido láctico, el lacto-fosfato de cal y la hidroterapia. (*Gaz. des hop.—Gaz. hebdom.—Bull. de théor.—Lyon méd.*).

En algunos de los ANUARIOS anteriores hemos dado á conocer los ensayos hechos ya por M. Trideau, ya por sus imitadores, para detener el curso de la difteria crupal por medio de los balsámicos, especialmente de la cubeba. En 1868 el doctor Archambault manifestó la opinion de que este tratamiento podria muy bien ser el menos impotente de todos en presencia de tan terrible enfermedad, y los doctores Bergeron, Herard y Brochin han apoyado esta idea.

El último de estos autores dice que ha sido testigo en el año actual de una nueva curacion en un caso de croup desesperado.

M. Bergeron, que ha continuado los experimentos en este camino con la mas laudable perseverancia, ha publicado en la *Gaz. des hop.* una nota muy interesante de los resultados que se han obtenido con la cubeba durante el año de 1869 en su servicio del hospital de Santa Eugenia.

En este tiempo se han observado 42 casos de difteritis, entre ellos 34 croups y 8 anginas.

De estas, 7 se curaron y 1 terminó por la muerte consecutiva á una parálisis diftérica generalizada.

La difteria faríngea fué primitiva en casi todos los casos. Las falsas membranas se encontraban principalmente en las amígdalas. En 2 enfermos la tumefaccion tonsilar llegó hasta dificultar notablemente la respiracion. Sin embargo, la hinchazon inflamatoria se resolvió sin producir accidentes.

Los síntomas generales se limitaron, en la mayoría de los casos, á los de una ligera reaccion febril. En dos niños hubo un subdelirio muy pasajero, que no agravó la enfermedad.

A todos los enfermos se les administró un solo medi-

camento, la cubeba en forma de sacaruro, en cantidad de 20 gramos en las veinte y cuatro horas. No se empleó ningún tratamiento en los órganos invadidos por las falsas membranas. Estas se disolvieron en su sitio, no pasando la duración de la enfermedad de diez días. Hacia esta época es cuando se presentó la parálisis en el caso que terminó de un modo funesto.

De los 34 croups que se desarrollaron en niños de diez y seis meses á nueve años, 3 curaron sin operación, 10 con ella; 20 niños murieron después de haber sido operados, 1 sin haber sufrido la traqueotomía.

En niños menores de tres años no se consiguió ninguna curación.

En todos los casos en que se pudieron obtener datos precisos respecto al principio de la difteria laríngea, se notó que dos ó tres días antes de la aparición de las alteraciones locales los enfermos habían tenido fiebre, luego disfagia y más comúnmente tos catarral.

La mayoría de los niños presentaban falsas membranas en el istmo, á la vez que se manifestaban los signos de invasión de la laringe por los mismos productos. A veces aparecieron primitivamente en este órgano.

Todos los niños entraron en el hospital en un período que necesitó inmediatamente la traqueotomía; la enfermedad había producido rápidamente la obstrucción de la laringe, á pesar del uso de medicaciones activas. En efecto, á todos se les había tratado en sus casas por vomitivos repetidos, ipecacuana, tártaro estibiado, sulfato de cobre, á los que en algunos casos se habían agregado emisiones sanguíneas locales, cauterizaciones con el nitrato de plata, y cuando existía una angina prodrómica, las fumigaciones de cinabrio y el azufre al interior.

Todos los pacientes, sin excepción, fueron sometidos en el momento de su ingreso al uso de la cubeba. Para juzgar de la acción de este medicamento, es necesario tener en cuenta las condiciones que presentaban los 34 enfermos al tiempo de su ingreso:

1.º Solo 6 entraron en el curso del primero al segundo período. Los 6 curaron, 3 sin operación y los otros 3 después de haber sufrido la traqueotomía. De los 3 primeros 2 tenían falsas membranas en la cámara posterior de

la boca. La enfermedad duró por término medio ocho días.

En los 3 que fueron operados, aunque se les sometió al uso de la cubeba en las mismas condiciones que los anteriores, los accidentes laríngeos se fueron acentuando cada vez más. En 2 se hizo la traqueotomía á las veinte y cuatro horas, y en el tercero á las cuarenta y ocho de la entrada en el establecimiento. La curacion fué rápida en los tres casos.

2.º Veinte y siete niños ingresaron en un estado que reclamaba una operacion inmediata. A todos se les sometió, despues de practicada la traqueotomía, al uso de la cubeba. Cuando la pérdida de sangre habia sido notable ó se observaba una depresion vital muy marcada, se unió el ron á aquella sustancia. En los que despues de la extraccion definitiva de la cánula no habia accidentes, se suprimia el medicamento; pero se continuaba su uso cuando existia un catarro de las mucosas traqueal y brónquica. Tambien se seguía administrando el alcohol á título de excitante, hasta que se restablecian por completo las fuerzas.

De los 27 croups tratados de este modo despues de la operacion, 7 se curaron, y sucumbieron los 20 restantes. La curacion se verificó por término medio en el espacio de veinte días. Desde el cuarto al quinto dia los enfermos dejaban de arrojar falsas membranas por la cánula.

De los 20 enfermos que fallecieron, en 4 fué debida la muerte á la asfixia crupal y á la intoxicacion diftérica; en 1 á una astixia repentina puramente accidental, y en 15 á la bronco-pneumonía secundaria de naturaleza diftérica.

El autor cree que la cubeba combate mas *fácil y mas seguramente* que la cauterizacion los accidentes de difteria, la reproduccion de las falsas membranas y su extension á la laringe.

*Accion mas fácil de la cubeba.*— Los niños, en efecto, toman bastante bien de 10 á 20 gramos de sacaruro de cubeba por dia. Se les administra esta cantidad en muchas dosis y disuelta en agua. Pero cuando se trata de practicar una cauterizacion, hay que empeñar una verdadera lucha, desagradable y fatigosa, tanto para el médico como para el enfermo.

*Accion mas segura.*— La cubeba y los balsámicos, la primera sobre todo, penetran fácilmente en la economía, para ir á obrar sobre la fuente de las secreciones mucosas; de aquí su propiedad de suprimir la secrecion pseudo-membranosa. El nitrato de plata y otros cateréticos no tienen mas que una accion de contacto, y aun difícilmente alcanzan á la mucosa, protegida, por decirlo así, por el exudato diftérico, grueso y muy adherente. Su accion es momentánea, local; la de la cubeba continúa y general; persigue los efectos de la enfermedad sobre los principales puntos en que se localizan, papel que no pueden desempeñar el nitrato de plata y sus sucedáneos.

El autor lamenta que la mayor parte de los enfermos se hayan presentado en un período que exigió casi inmediatamente la traqueotomía. En efecto, de 6 que entraron en el curso del primero al segundo, en 3 se consiguió la curacion sin necesidad de operarles. En el primer período del croup es cuando la cubeba tiene mas accion, porque las grandes funciones no se encuentran aun alteradas para dificultar su absorcion. Es conveniente auxiliar la expulsion de las falsas membranas, cuando tienen tendencia á eliminarse durante la administracion de la cubeba, por medio de algun vomitivo, que se debe elegir entre los no deprimentes; la ipecacuana, el sulfato de cobre.

Con la traqueotomía, procedimiento rápido, ayudada de la cubeba y el alcohol, se han conseguido buen número de curaciones. De 30 niños tratados de este modo en 10 se restableció la salud.

Este agente, después de la operacion, parece que favorece la eliminacion de las falsas membranas y combate eficazmente el estado catarral de la mucosa laringo-traqueal, consecutivo á la difteria ó á la irritacion producida por la cánula. No obstante, en ciertos casos hay necesidad de suspender el uso del medicamento antes de tiempo, porque determina diarrea.

El alcohol unido á la cubeba, ya inmediatamente, ya algunos dias despues de la operacion, constituye un poderoso auxiliar de la traqueotomía en el tratamiento del croup. De este modo se reunen dos fuerzas terapéuticas, destinada la una á suprimir la secrecion pseudo-membra-

nosa, mientras que la otra suministra á la economía los medios de triunfar de la intoxicacion. Tres niños que sucumbieron del octavo al vigésimo dia de la operacion, debieron evidentemente esta resistencia al uso del alcohol. Si se hubiesen encontrado en un medio mas favorable que el de una sala de hospital, se habrian salvado probablemente.

*Inhalaciones de amoniaco.*—El doctor Daguillon, médico de colonizacion en Oran, ha empleado este medio con buen éxito en 4 casos cuyas historias refiere.

Cuando los signos de sofocacion, de asfixia inminente, la tos característica, el estado del pulso y la falta de vómitos, despues de la ingestion de un vomitivo, confirmados ó no por la presencia de placas diftéricas en la faringe, le parecen indicar el uso de un tratamiento enérgico; toma una esponja del tamaño de una almendra y la fija en un mango fino y rígido, un junco, por ejemplo, y en seguida la sumerge en amoniaco líquido, hasta que se empapa, y la escurre comprimiéndola contra el borde de la vasija que contiene el líquido, y aun la sacude, para estar seguro de que no ha de escurrir. Coloca al enfermo de frente á una buena luz, y haciendo que le sujeten bien los ayudantes, deprime la lengua; y en caso necesario, por la indocilidad del paciente, pone el mango de un cuchillo ú otro cuerpo extraño entre los dientes molares; con la otra mano conduce, en medio de las amígdalas, sin tocarlas, la esponja impregnada de amoniaco, que se volatiliza. Deja respirar al niño un tiempo suficiente para que el efecto de los vapores sea sensible sobre la fisonomía. Un vaso de agua fresca, que tiene de antemano preparado, le sirve para lavar las partes, gargarizarse el enfermo, si es posible, y darle de beber. Repite estas inspiraciones con cierto tiempo de intervalo (dos horas), hasta tres veces. Mientras espera los efectos de esta operacion, continúa administrando á los pacientes una poción quermatizada, gargarismos con 10 gramos de clorato de potasa por litro de agua, y fricciones en el cuello con una pomada de belladona, á que se adicionan 4 gramos de clorhidrato de amoniaco por onza.

Los efectos inmediatos de estas inspiraciones son una hipersecrecion instantánea de mucosidades, que general-

mente arrojan los niños en los vómitos. Esta modificación de la vitalidad de las mucosas enfermas va acompañada de la excreción de falsas membranas, que siempre ha encontrado el autor después de cada una de las inspiraciones de amoníaco.

Los efectos consecutivos consisten en la abundancia de la expectoración, la disminución de la opresión; la tos se hace menos ronca; los síntomas generales remiten, y si para el médico hay aun fundados motivos de temor, los padres creen salvado al enfermo á las dos horas.

El doctor Daguillon ha juzgado, sin embargo, conveniente repetir esta operación con uno ó dos días de intervalo en algunos casos, sobre todo cuando no podía vigilar de cerca á los pacientes.

*Acido láctico.*—Fundándose el doctor Weber, de Darmstadt, en el gran poder del ácido láctico como disolvente de los exudatos fibrinosos, ha tenido la idea de aplicarle al tratamiento del croup laríngeo; y mientras prepara un trabajo detallado con las correspondientes observaciones, ha publicado una nota provisional dando á conocer el resultado de sus estudios. Al principio no empleaba el ácido láctico mas que después de la operación, ya para obrar sobre las falsas membranas que se prolongan á los bronquios, ya para evitar los inconvenientes de la limpieza de la cánula. Viendo que conseguía perfectamente el objeto propuesto, se determinó á administrar el ácido láctico en los casos en que la traqueotomía no parecía de urgente necesidad. Desde que procede de este modo no ha tenido nunca precisión de operar y se han salvado todos los enfermos. Dice el autor que hubiera considerado tan sorprendente resultado como hijo de la casualidad, si la marcha particular y la rapidez de la curación no indicasen claramente que debe atribuirse solo á la eficacia del ácido láctico. En casos completamente desesperados, en que la sofocación habia llegado á su colmo y el estado de asfixia denotaba la existencia de falsas membranas abundantes en la laringe, después de siete á diez horas de la administración de este remedio, se habia dominado completamente la disnea, y trascurridos dos ó tres días no podían ya encontrarse vestigios de la afección local. La marcha hácia la curación no se verificó, como de ordinario,



por la expulsion de esputos densos ó de membranas concretas, sino que en lugar de la inspiracion y expiracion sibilantes, se empezaron á oír estertores, y la voz, antes apagada, se hizo mas fuerte, aunque ronca. Los pacientes arrojaban, por medio de una tos bastante frecuente, masas considerables de moco líquido, blanco, espumoso. Al mismo tiempo la disnea y todos los síntomas de esta lucha desesperada para aspirar el aire desaparecieron poco á poco, y la enfermedad revistió los caracteres de una afeccion catarral de la laringe. El ácido láctico se administraba por medio del aparato de inhalaciones (pulverizador) de la manera siguiente: al principio se hacian inhalar cada media hora 15 á 20 gotas de ácido en media onza de agua; luego que disminuía marcadamente la disnea, se rebajaba la cantidad de ácido á 5 ó 10 gotas en la misma proporcion de agua, repitiendo las inhalaciones de hora en hora y cada dos horas. Cuando desaparece la disnea y que la expectoracion es fácil, se suspenden las inhalaciones. El autor no ha tenido nunca necesidad de continuarlas por mas de doce horas. Como el doctor Weber no se ocupa de medicina interna, todos los enfermos que ha sometido á esta medicacion se les habian mandado otros compañeros con objeto solo de que les practicase la traqueotomía; no puede, por consiguiente, haber duda acerca de la gravedad de su estado ni de la exactitud del diagnóstico.

Las observaciones del doctor Weber confirman, como se ve, los experimentos de MM. Adrian y Bricheteau acerca del poder disolvente del ácido láctico y el agua de cal sobre las falsas membranas en los casos de angina diftérica, que dimos á conocer en la página 45, tomo VI del ANUARIO.

*Lacto-fosfato de cal.*—Las observaciones experimentales de MM. Durart y Blache respecto á la accion fisiológica y terapéutica del lacto-fosfato de cal <sup>(1)</sup>, han dado lugar á una nueva aplicacion de esta sal, que el doctor Riant ha empleado en un caso de croup.

Cree el doctor Blache que para combatir las producciones pseudo-membranosas deben naturalmente buscarse

(1) Véase ANUARIO, t. VI, pág. 584.

los medicamentos que se oponen á la trasudacion de los elementos albúmino-fibrinosos. Continuando el autor sus investigaciones fisiológicas en union de M. Durart, han podido demostrar que la introduccion de este producto en la economía determina la formacion de células y de la fibra muscular á expensas de las materias albuminoideas procedentes de las materias azoadas que suministran los alimentos, ó á expensas de la albúmina de la sangre. Fundándose en la nocion de este hecho, pensaron los autores que, administrando á los niños afectados de croup el lacto-fosfato de cal, se llegarían quizás á fijar en la economía las materias albuminoideas, oponiéndose así á la tendencia á la exudacion de estas mismas materias, que constituyen en gran manera las falsas membranas de la difteria. Es, por otra parte, á su juicio, bien evidente que esta exudacion pseudo-membranosa debe considerarse como consecuencia de un estado general especial, en el que domina un movimiento enérgico de desasimilacion, contra el que es preciso emplear los analépticos de todas clases, y MM. Dusart y Blache han observado muchas veces que el lacto-fosfato de cal aumenta la nutricion y desarrolla el apetito, llenando, por consiguiente, una de las indicaciones terapéuticas de la difteria. Por otra parte, la experiencia ha demostrado que el ácido láctico es una de las sustancias que tienen una accion directa mas activa sobre las falsas membranas.

Ayudado el doctor Riant en estas consideraciones y por consejo de M. Blache, ha experimentado este nuevo medio de tratamiento en una niña de dos años y medio, que cuando la vió el autor, el 24 de noviembre, presentaba los síntomas de una bronquitis con fiebre y estertores mucosos en toda la extension del pecho. El 25 aparecieron síntomas de laringitis y aumentó la calentura, por lo que se prescribió un vomitivo. Durante la noche se presentó disnea y ronquera, y á las cinco de la mañana un acceso de sofocacion. Los vómitos, producidos por el sulfato de cobre, no produjeron la expulsion de ninguna falsa membrana. Habiéndose repetido los ataques de sofocacion, el doctor Archambault, llamado en consulta, diagnosticó un croup laríngeo, y juzgó necesaria la traqueotomía. En efecto, la voz estaba apagada, la inspira-

cion sibilante y penosa, y su dificultad se marcaba por una gran depresion del vientre á cada respiracion. La agitacion era extraordinaria y no podian contarse las pulsaciones; la niña llevaba á cada momento la mano á su garganta, como para arrancar de ella alguna cosa. En este estado se empezó á administrar el lacto-fosfato de cal á cucharadas de las de café de hora en hora; al mismo tiempo se la hizo tomar un poco de alimento. Bajo la influencia de este tratamiento empezó á notarse algun alivio, y la noche se pasó en calma, durmiendo la enferma algunas horas. El 27 por la mañana, habiendo notado el doctor Archambault muy disminuidos los fenómenos de asfixia, aplazó la operacion, que pensaba haber practicado en este dia. Todo él se continuó administrando el lacto-fosfato de cal; por la noche la enferma se encontraba notablemente mejor, con la respiracion mas libre. El 28 ya no se pensaba en la traqueotomía, y el 29 podia considerarse la niña fuera de peligro; comió con apetito y no presentaba ninguna dificultad en la respiracion. La curacion fué definitiva.

El doctor Blache cree que para obtener un resultado satisfactorio es preciso obrar con prontitud, es decir, saturar la economia del lacto-fosfato de cal, á fin de retener, bajo su influencia, las materias plásticas, que tienden á escaparse en forma de falsas membranas. De todos modos, el autor confiesa que no puede invocar en apoyo de su teoría y de la eficacia de esta sal en el croup mas que el solo caso que acabamos de referir, y que es seguramente bien poco para juzgar la accion de un medicamento. La falta de pseudo-membranas puede constituir tambien un motivo de duda respecto á la exactitud del diagnóstico, puesto que pudiera haber sido un falso croup.

El doctor Barker, profesor de clinica de obstetricia y enfermedades de niños en el hospital de Bellevue (New-York), asegura no haber perdido un solo enfermo de croup desde hace veinte años. El tratamiento que emplea consiste en hacer vomitar al principio con 2 á 5 granos de sulfato amarillo de mercurio, que se repiten en caso de necesidad. Si el pulso no desciende rápidamente, administra 1 ó 2 gotas de tintura de *veratrum viride* cada

dos horas. En caso de complicacion pulmonar, añade el carbonato de amoníaco con bálsamo de Tolú, y fuertes dosis de sulfato de quinina si se manifiestan la debilidad y la adinamia. No es en último resultado mas que un tratamiento sintomático que no puede tener influencia sobre la causa específica del verdadero croup.

El profesor Clar, de Viena, da primero los vomitivos, á veces los calomelanos; hace aplicaciones frias al exterior, administra interiormente el agua fria, agua y píldoras ferruginosas, y luego prescribe: solucion de sesquiclorato de hierro, 20 gotas; glicerina, 60 gramos, que administra por cucharadas grandes ó de las de café cada media hora. Si el enfermo se alivia, las dosis se repiten mas de tarde en tarde, y se alterna con el anterior medicamento, y administrada de la misma manera, una solucion de 1 gramo de borax en 50 de glicerina. Durante la convalecencia el autor no usa mas que esta última sustancia. El doctor Clar atribuye una gran parte de los efectos á la accion de la glicerina, y proscribela las cauterizaciones con nitrato de plata.

De 20 casos, entre los que 8 ó 10 eran graves, no ha tenido mas que 1 muerto, gracias á este tratamiento.

*Hidroterapia.*—Inspirándose el doctor Cayla en la práctica del profesor Haubner, médico del hospital de niños de Munich, emplea el siguiente método en el tratamiento del croup.

En el momento de ser llamado para visitar á un niño afectado de este padecimiento, empieza por provocar el sudor por un medio cualquiera, generalmente envolviendo al enfermo en una sábana mojada en agua muy fria, fuertemente retorcida (Priessnitz), y en seguida en una ó dos mantas de lana; á muy poco tiempo, á veces 15 minutos, se consigue un sudor abundante. Luego que esto ha sucedido, y la cabeza está caliente y la cara inyectada, se aplican compresas de agua fria sobre la cabeza. Se mantiene constantemente fria la region anterior del cuello por medio de compresas mojadas en agua á cero ó con una vejiga llena de hielo, pero teniendo gran cuidado de que no se moje el pecho.

Trascurridas dos ó tres horas (que los niños suelen pasar dormidos), se les descubre rápidamente, y se aplica

un chorro de agua fria, en forma de regadera, á lo largo de la columna vertebral, desde la mayor altura posible, pero sin sacarles de la habitacion y que dure menos de un minuto; en seguida se practican fricciones secas y se les vuelve á colocar naturalmente en su cama, siempre con compresas frias alrededor del cuello.

Frecuentemente desde esta primera sesion la respiracion se hace mas libre, menos sibilante; la tos, mas húmeda, pierde su timbre metálico. Despues de una, dos ó tres horas de espera, segun que se haya obtenido ó no el alivio deseado, ó si en pos de alguna calma vuelven á exasperarse los síntomas, se repite la operacion en la misma forma.

Generalmente administra tambien á los niños pedacitos de hielo ó cucharadas de agua fria aun durante el sudor. Luego que remite la fiebre y que el enfermo pide alimento, le permite algunas cucharadas de caldo ó leche aguada muy fria.

A medida que el alivio va acentuándose más, se hacen mas largos los intervalos de las sudaciones hasta que no se practique mas que una en las veinte y cuatro horas. No se deben suspender demasiado pronto, porque se reproducen los accidentes con mucha facilidad.

Segun el autor, si se emplea la hidroterapia desde el principio, casi siempre se consigue la curacion; la duracion media del tratamiento es de unos doce dias. En algunos casos excepcionales ha sido necesario prolongarle tres semanas. M. Cayla asegura que ha visto curar niños en el último período de asfixia. La angina membranosa, dice, cede constantemente á este medio y no se convierte nunca en croup.

El autor ha abandonado completamente los tópicos, las cauterizaciones, etc.; administra siempre el clorato de potasa al interior, pero nunca vomitivos; el chorro frio, por los esfuerzos y los gritos que determina, produce el mismo efecto sin debilitar á los sujetos.

M. Dupuy, de Burdeos, ha empleado el tratamiento que precede en un caso de angina membranosa sin croup. El enfermo, que era un niño de ocho años, se curó rápidamente.

**Diarrea verde de los niños: su tratamiento por el agua de cal.**  
*(Jour. des conn. méd. prat.).*

Estudiando el doctor Hoffmann la composición química de la leche, su descomposición en el estómago, el papel de la caseína y de la leucina, se ha convencido prácticamente que para evitar ó combatir la formación de ácidos libres en el estómago, causa directa ó indirecta de dispepsia ó de diarrea en los niños que se alimentan exclusivamente de leche, es preciso administrarles alcalinos, y entre ellos con especialidad el agua de cal.

Cuando los niños vomitan materias caseosas ó tienen diarrea verde, debe dárseles inmediatamente despues de cada teta, una cucharada de las de café de este medicamento.

Si se emplea la lactancia artificial, conviene añadir á la leche de vacas 5, 10 ó 20 por 100 de agua de cal. De este modo se conserva mas tiempo que la leche ordinaria sin alterarse.

Para conseguir una buena preparacion, se debe emplear la cal, que se obtiene por la calcinacion del mármol, las conchas de ostras ó la creta. Se pone cierta cantidad de esta cal en una cápsula ó vasija de gres y se la rocía con un poco de agua; á medida que esta es absorbida, se añade nueva cantidad; hay gran desprendimiento de calor y vapores abundantes, y la masa se transforma en un polvo blanco, que es el hidrato de cal, ó cal apagada.

Se pone una porcion de esta en una botella grande con 40 veces su peso de agua; se agita para separar la potasa que pueda contener; se deja aposar, se decanta y se tira esta agua; luego se añade nueva cantidad de liquido, se deja aposar y se decanta, si es necesario. Mientras haya hidrato de cal se puede continuar echando agua. Se debe conservar en botellas bien tapadas, porque absorbe con avidez el ácido carbónico.

**Eclampsia: tratamiento por medio de las inyecciones hipodérmicas de morfina, el cloral, el bromuro potásico, el *veratrum viride* y la atropina.** (*Revue de théér.—Gaz. heb.—Union méd.—Dict. des progr.—Abeille méd.—Imparziale*).

El método hipodérmico da á veces resultados tan importantes cuando todas las demás vías de absorcion se hallan cerradas, que el práctico debe estar siempre dispuesto á emplearle, sobre todo en aquellos casos en que es preciso obrar con energfa y grande urgencia. Sirva de ejemplo la siguiente observacion, debida al doctor Henrot, de Reims.

Una primípara fué acometida, al mes de haber parido, de una enfermedad de Bright, caracterizada por edema general, abultamiento de la cara, alteracion de la vista y cantidad notable de albúmina en la orina.

A los pocos dias sufrió un ataque de eclampsia violentísimo, que se repitió dos veces en el espacio de cinco horas, durando cada una de 15 á 20 minutos. La enferma recobraba en los intervalos el conocimiento, pero no tenia conciencia del acceso que acababa de pasar. El pulso, de 130 á 140 pulsaciones, era tan débil, que el autor renunció á las evacuaciones de sangre, administrando el jarabe de éter y los sinapismos á las extremidades inferiores. Durante la noche se presentaron 15 nuevos accesos mas cortos que los anteriores, pues no pasaron de cinco minutos; pero en los intervalos, la mujer, en lugar de recobrar el conocimiento, quedaba sumergida en un coma profundo, de que era imposible sacarla; respiracion estertorosa; piel y mucosas insensibles; pulso pequeñísimo y tan frecuente, que apenas se podian contar los latidos; cuerpo cubierto de un sudor viscoso y pupilas enormemente dilatadas.

Los doctores Luton y Brebant, que vieron á la enferma en este estado, consideraron la situacion desesperada, opinando que no debian emplearse las evacuaciones de sangre ni el cloroformo, y sí el éter á dosis elevadas. Pero la constriccion espasmódica de las mandíbulas, que era imposible vencer, impedia la administracion de ningun medicamento por la vía gástrica. El doctor Henrot practicó entonces una inyeccion hipodérmica, introdu-

ciendo debajo de la piel centígramo y medio de hidrociorato de morfina disuelto en agua destilada.

La pupila, que estaba enormemente dilatada, se contrajo en el instante, la respiracion se hizo menos estertorosa, y desde este momento no se presentó ningun nuevo acceso, disipándose el coma poco á poco. Al dia siguiente el edema habia desaparecido por completo, á excepcion de la cara, que estaba todavía un poco abultada, y las orinas contenian una pequeñísima cantidad de albúmina. La convalecencia, sin embargo, fué lenta, y duró mas de un mes; pero terminó en una curacion perfecta.

El autor cree que en este caso de uremia cerebral, que no es en último resultado mas que una intoxicacion, la morfina obró á la manera de un antidoto.

Sea como quiera, los resultados obtenidos en este estado tan grave deben llamar la atencion de los prácticos, porque si se repitiesen hechos de esta naturaleza, tendríamos un medio bien sencillo de detener en su curso fenómenos tan alarmantes y rápidamente mortales.

En la *Gaz. heb.* se ha publicado tambien la observacion de un jóven, que, habiendo permanecido muchas horas con los pies en la nieve, se presentó al dia siguiente con una anasarca completa. A su entrada en el hospital, las orinas estaban pálidas y muy cargadas de albúmina. Bajo la influencia de los diuréticos desapareció la anasarca; pero se presentaron espantosos ataques de eclampsia, que, prolongándose durante tres dias, hicieron desesperar de la vida del enfermo. En estas circunstancias, se emplearon las inyecciones hipodérmicas con 4 centígramo de hidrociorato de morfina, lográndose por este medio que disminuyese la intensidad y frecuencia de los accesos, que desaparecieron al poco tiempo. Cada inyeccion era seguida de un período de calma manifiesta.

*Cloral.*—El doctor Rabi-Ruekhardt ha ensayado este medicamento en el hospital de la Caridad de Berlin en dos casos de eclampsia muy graves. A una enferma se la inyectaron hipodérmicamente, en el espacio de diez horas, 7 gramos de cloral, y á otra, 6 y medio en la mitad de tiempo. En ambas se produjo un sueño prolongado y se consiguió la curacion, aun cuando el autor no expresa



si esta fué instantánea ó tardaron algo en desaparecer los accesos.

El doctor Seydewitz, que ha referido dos casos análogos á la Sociedad de obstetricia de Lóndres, no dice en qué dosis administró el medicamento. La primera enferma era una mujer de treinta y cinco años, afectada de una endocarditis puerperal. De pronto sobrevinieron ataques de eclampsia; y despues de haber prescrito, sin resultado, los medios que ordinariamente se recomiendan, se administró el cloral, suspendiéndose inmediatamente las convulsiones.

El otro caso era una niña de doce años, afectada de la enfermedad de Bright, insuficiencia mitral y uremia. Se presentaron accesos de eclampsia muy frecuentes é intensos. La enferma, que no tenia conciencia de lo que pasaba á su alrededor, no podia tragar. Habiendo sido inútiles las inhalaciones de cloroformo, se recurrió al cloral en inyecciones hipodérmicas, con lo que cesaron muy pronto las convulsiones.

En una primípara de veinte y dos años, pletórica, sin edema ni orinas albuminosas, se presentaron accesos eclámpicos de cuatro á cinco minutos de duracion y que se repetian de hora en hora. Ya habia sufrido 33, á pesar de una sangría general, sanguijuelas, vejigatorios, sinapismos, sulfato de quinina y una lavativa purgante. Aun se repitieron los ataques 30 veces, cuando se la administró un julepe con 20 centígramos de almizcle y 8 gramos de cloral. Habiendo tomado la mitad en una sola dosis, cesaron inmediatamente las convulsiones, presentándose un sueño tranquilo, que duró doce horas. Luego que despertó la enferma, se la dió la otra mitad del julepe á cucharadas de media en media hora.

En una mujer embarazada de siete meses, con nefritis albuminosa, y que en un dia tuvo 5 accesos de eclampsia, contra los cuales fueron impotentes las inhalaciones de cloroformo, prescribió el doctor Martin (de Berlin) dos lavativas con dos horas de intervalo, y que contenian 2 gramos de cloral cada una. Los accesos se suspendieron inmediatamente. A los treinta y tres dias dió á luz un niño muerto, macerado en parte, pero no hubo señal alguna de eclampsia.

El doctor Raynaud ha obtenido un resultado análogo en una puérpera que había sufrido ya 30 ó 40 ataques, á pesar de las inhalaciones de cloroformo. Se prescribió una pocion con 4 gramos de cloral, y á los cinco minutos la paciente estaba dormida con un sueño tranquilo. Al despertar se presentó un nuevo acceso, que hizo se continuase el uso del cloral, consiguiéndose la curacion, sin que la enferma volviera á sufrir mas convulsiones.

El doctor Demarquay ha presentado, á la Sociedad de Cirugía de Paris, una observacion interesante de eclampsia puerperal, recogida por un profesor de Bapaume. Era una jóven primípara, que durante el parto fué acometida de ataques eclámpicos, los cuales no cesaron aun despues de terminado el trabajo y haber sido expulsada la placenta. Ante la ineficacia de todos los medios ordinarios, se recurrió al cloral. Los 4 primeros gramos que la enferma tomó en una sola dosis no produjeron modificacion alguna apreciable en su estado; pero continuándose la administracion del remedio, cuando se llegó á 6 gramos, la paciente cayó en un sueño profundo y tranquilo que duró doce horas. Despues de despertar tuvo aun algunos pequeños ataques, que se combatieron igualmente con éxito por medio del cloral, hasta que se consiguió la curacion definitiva. El doctor Verneuil tiene conocimiento de 3 casos de eclampsia puerperal en que se administró el cloral con feliz éxito.

*Bromuro potásico á altas dosis.*—Una primípara de diez y nueve años fué atacada de eclampsia á los cinco meses y medio de un embarazo hasta entonces bueno. Ocho dias antes del primer acceso se había manifestado una infiltracion bastante marcada de las extremidades superiores é inferiores, con edema de la cara y de los párpados. En dos horas hubo 7 accesos, cada vez mas frecuentes y prolongados.

Cuando el doctor Vidaillet vió á la enferma la encontró con los miembros en resolucion, anestesia completa, edema en la cara y extremidades, ojos abiertos, mirada fija, pupilas muy dilatadas, estremecimientos musculares, sobre todo en los hombros; lengua tumefacta y entre los dientes, espuma sanguinolenta en la boca, respiracion estertorosa, ligera cianosis del cuello; no se per-

cibian los latidos del corazon del feto ni los movimientos activos.

El autor prescribió 3 gramos y medio de bromuro de potasio de hora en hora. La primera dosis del medicamento tuvo una accion muy notable sobre el acceso siguiente, que tardó una hora en presentarse. Se continuó el bromuro á la misma dosis, á pesar de lo cual se repitieron los ataques durante ocho horas, siendo reemplazados al cabo de este tiempo por agitacion, algunos espasmos y movimientos coréicos, despues de lo cual la enferma recobró el conocimiento, la sensibilidad, la palabra y la vista. En el espacio de cinco horas habia tomado 17 grámos y medio de bromuro, sin que á pesar de tan crecida cantidad experimentase accidente alguno parálítico; solamente se manifestaron por espacio de algunos dias ligeros síntomas nerviosos, dependientes probablemente de la neurose.

Las orinas manifestaron una gran cantidad de albúmina, que no desapareció hasta el octavo dia. A las treinta y seis horas del último acceso dió la paciente á luz un niño, cuya muerte parecia remontarse al principio de la eclampsia, de lo que deduce M. Vidaillet que esta no se encontraba bajo el imperio de la presencia del feto en el útero, sino mas bien de la uremia.

Como hace notar muy justamente el doctor Garnier, esta es solo una opinion, no un hecho demostrado, así como tampoco lo está la accion directa del bromuro en la cesacion de los accesos, porque es bien sabido que muchas veces han desaparecido estos sin la intervencion de dicho agente ni aun de ningun otro.

*Veratrum viride.*—Fundándose el doctor Cass en la accion que se ha atribuido al *veratrum viride* sobre la circulacion, se decidió á administrarle á altas dosis en un caso de eclampsia muy grave, en que no consideraba conveniente sangrar á la enferma. En pocos momentos produjo un efecto emético, y continuando la administracion de 3 gotas de tintura de media en media hora, descendió el pulso de 120 á 80 pulsaciones. Las convulsiones, que habian durado hasta entonces, cesaron por completo, y con ellas los espasmos.

*Atropina.*—El doctor Milesi la ha empleado contra la

eclampsia puerperal en una puérpera que sufría accesos de hora, á pesar de una sangría practicada al principio y dos aplicaciones de sanguijuelas á las regiones mástoides y temporales. Diez ataques sucesivos habian ya tenido lugar, cuando se aplicaron, en el espacio de doce horas, cuatro lavativas, cada una de las cuales contenía 7 miligramos y medio de atropina, ó sean 3 centígramos en todo. Desde la primera disminuyó la frecuencia y duración de los accesos, hasta que desaparecieron despues de la última; pero una abundante sangría, hecha á la mañana siguiente para combatir un estado letárgico profundo y un pulso lleno, duro y frecuente, atenúa la demostracion del efecto terapéutico de la atropina. Se necesitarian muchas mas observaciones para justificar la eficacia de este alcalóide en la enfermedad que nos ocupa.

**Embarazo extra-uterino: operacion cesárea por medio de los cáusticos.** (*Lyon méd.*).

En el tomo VII del ANUARIO, pág. 414, dimos á conocer á nuestros lectores tres observaciones de embarazo extra-uterino, en que la sustitucion de los cáusticos al bisturí fué coronado del éxito mas satisfactorio.

El profesor Depaul ha comunicado posteriormente, á la Sociedad de Cirugía de Paris, un nuevo hecho de este género, cuyo feliz resultado creemos debe animarnos á no abandonar en su marcha natural los embarazos extra-uterinos, que mas pronto ó mas tarde quitan la vida á las enfermas.

Cuando el doctor Depaul vió á la mujer objeto de esta observacion, habia pasado la época normal del parto, y fué muy fácil comprobar que se trataba de un embarazo extra-uterino. La enferma habia tenido muchas veces inflamaciones peritoneales, y en el hospital sufrió un nuevo ataque de este padecimiento. Luego que se calmó la crisis, M. Depaul, temiendo que sobrevinieran nuevos accidentes que podrian ser mortales, creyó que estaba en el caso de intervenir de un modo activo. Al efecto puso sobre la línea media una tira de pasta de Viena, de modo que se mortificase la piel en todo su espesor. Pasadas veinte y cuatro horas, disecó la escara y aplicó una nueva capa

de cáustico, que mortificó esta vez los músculos y las aponeuroses. Dos ó tres días despues nueva disección de la escara, nueva mortificación. Al día siguiente, por un pequeño orificio del tamaño de una cabeza de alfiler, empezó á exudar un líquido, en medio del cual habia copos de materia como jabonosa, que el autor reconoció ser el barniz sebáceo que cubre al feto. Ensanchó la abertura, y se comprobó directamente la existencia del feto. Prolongando la incision de arriba abajo, pero con grandes precauciones, para no pasar los límites de las adherencias, se vió que aun era demasiado pequeña, porque la criatura tenia el volúmen de una de todo tiempo. Por medio de unas tijeras fuertes la dividió en muchos fragmentos, que se extrajeron con facilidad. A su debido tiempo se estableció la supuracion en la bolsa, que se fué retrayendo sobre sí misma, y no quedaba mas que una fistula en comunicacion con una cavidad del diámetro de una manzana pequeña; la curacion, en una palabra, era segura, aun cuando no completa todavía, cuando á los diez y ocho días de la operacion murió la enferma en pocas horas del cólera, que invadió con bastante intensidad el hospital.

El resultado feliz de la abertura del quiste fetal por la cauterizacion inclina al doctor Depaul á creer que este método es igualmente aplicable á la operacion cesárea.

#### Endocarditis puerperal. (*Gaz. méd.*).

Fundándose el doctor Olivier en la observacion de algunos casos de su práctica, llama la atencion de los clínicos acerca de la influencia del estado puerperal, es decir, embarazo, parto y lactancia en la produccion de endocarditis sub-agudas, latentes, insidiosas, muy análogas á las endocarditis reumáticas, que casi siempre pasan desapercibidas para el médico, si no tiene el cuidado de auscultar casi diariamente el corazon. Marchan lentamente, no se manifiestan por ningun síntoma muy aparente y son el punto de partida de lesiones valvulares graves.

La influencia del estado puerperal en el desarrollo de la endocarditis es muy variable; unas veces se ejerce de

un modo agudo ó agudísimo, rápido, y entonces se observan por lo comun todos los signos de la endocarditis ulcerosa; otras, sub agudo, lento. En este último caso la lesion de la membrana interna del corazon apenas produce síntomas, y se trasforma sordamente en endocarditis valvular crónica. El primer modo de accion ha sido perfectamente descrito en 1854 por Simpson, en el 56 por Virchow, y posteriormente por otros autores, pero ninguno se ha ocupado del segundo.

Esta variedad etiológica se manifiesta, como ya hemos indicado, por un principio latente; algunas palpitaciones y un poco de ansiedad precordial, que fácilmente se atribuyen á la clorosis, al cansancio del embarazo ó de la lactancia, suelen ser sus únicos fenómenos. Así, que pasa desapercibida en la mayor parte de los casos. Solo explorando el corazon muy á menudo es como se logra descubrirla y detener su marcha, como se hace con la endocarditis reumática.

El autor supone que las alteraciones de la sangre, que se producen en las embarazadas, desempeñan un papel importante en el desarrollo de la endocarditis puerperal.

#### **Expulsion de la placenta por medio de la expresion uterina.**

*(Arch. gén. de méd.).*

La experiencia ha demostrado que las contracciones uterinas bastan en la generalidad de los casos para expulsar las membranas del feto despues del parto, pero ha puesto tambien de manifiesto que la obra de la naturaleza es á veces demasiado lenta ó imperfecta. El procedimiento mas lógico para facilitar el alumbramiento consiste, pues, en excitar las contracciones naturales, hacerlas mas enérgicas, hasta que la matriz se halle en estado de llenar completamente las funciones que la están encomendadas. Con este objeto se han empleado una série de medios, como las inyecciones en las venas del cordon, la ingestion del borax y de la tintura de canela, la succion del pezon por una criatura, las ventosas en los pechos, los saquillos de arena caliente al abdómen, la electricidad, etc., cuya accion es débil, tardía ó incierta. Las fricciones hechas con la palma de la mano en las paredes abdominales es

un medio mas seguro y menos peligroso de excitar las contracciones uterinas, pero no siempre basta para conseguir el fin que se desea.

El doctor Johnson propuso en 1769 un método particular, que consiste en una combinacion de maniobras ejercidas por una parte sobre el cordon y por otra exteriormente sobre el útero. Luego que se ha cortado el cordon, dice el autor, la mujer debe aplicar sus manos á la region umbilical, de modo que comprima gradualmente las partes superiores y laterales de la matriz. Al mismo tiempo el comadron tira del cordon, sin ejercer traccion propriamente dicha. Esta tension se suspende al medio minuto, pero se continúa comprimiendo el útero. La placenta sale entonces á los 10 ó 15 minutos despues del parto.

El profesor Mayer recomienda la presion sobre el fondo del útero cuando la mujer no tiene dolores despues del parto, y otros tocólogos han aconsejado el uso de estos medios en casos particulares, por ejemplo cuando hay retencion de la placenta; pero, segun el doctor Chantreuil, jefe de la clínica de partos de Paris, al doctor Crede, director de la Maternidad de Leipzig, corresponde el honor de haber generalizado este procedimiento, aplicándole á todos los partos, y por consiguiente, haberle elevado á la categoría de un método. Este profesor cree intervenir de un modo eficaz en la expulsion de la placenta inmediatamente despues del nacimiento del feto, valiéndose para ello del medio que denomina *expresion uterina*.

En este procedimiento se imita á la naturaleza empleando, no tracciones, sino el *vis à tergo*, desarrollado por maniobras exteriores; poniendo en contacto las paredes del útero inmediatamente despues de la salida del feto, se impide la entrada del aire en su cavidad, y se evitan todos los peligros que pueden resultar de la falta de retraccion de la matriz.

El doctor Aubenas, profesor de la Facultad de Medicina de Strasburgo, emplea hace bastantes años este medio con inmejorables resultados.

El método de *expresion uterina* es sencillo en su principio y fácil en su ejecucion. Siendo su objeto reforzar las contracciones uterinas, debe obrarse durante los dolores

y no en el intervalo; el éxito es tanto mas rápido, cuanto mas cerca de la expulsion del feto se practique la maniobra; sin embargo, se puede conseguir un resultado quince ó treinta minutos despues del parto; pero estas son ya condiciones mas desfavorables.

Cuando la retraccion del útero ha llegado á su máximum durante la primera contraccion, que se manifiesta normalmente despues de la salida del feto, se abraza con la mano extendida el fondo de la matriz, de modo que este y la parte superior de la cara externa se hallen en contacto con la palma de la mano derecha, colocada trasversalmente, que ejerce de arriba abajo y de delante atrás una presion sostenida, que se auxilia y aumenta aplicando encima del dorso de esta mano la izquierda. Bajo el influjo de esta presion se siente desprenderse la placenta y las membranas, que van luego á encajarse como un tapon en el orificio uterino; á veces se las ve salir de repente por las partes genitales externas.

El doctor Chantreuil, que ha practicado sus primeras *expresiones uterinas* bajo la direccion del célebre tocólogo de Leipzig, ha introducido este método en la clínica de partos y en algunos hospitales de Paris. Lleva recogidas 540 observaciones, en todas las cuales se consiguió ordinariamente una expulsion rápida de la placenta y las membranas. A veces fué en la primera contraccion despues del parto, pero con mas frecuencia durante la segunda y la tercera, cuando tuvo lugar la expulsion.

Del cuadro estadístico de los 540 casos presentados por el autor, resulta que el alumbramiento se verificó por término medio en los seis y aun en los tres minutos siguientes á la salida del feto; la vez que mas tardó tuvo lugar á los 20 minutos.

Cuando las contracciones, sobre todo las del período expulsivo, son cortas, poco enérgicas, irregulares, el alumbramiento por expresion es mas tardío. Lo mismo sucede cuando ha habido necesidad de practicar maniobras en la cavidad uterina para extraer el feto.

Segun el doctor Crede, este método no tiene inconveniente alguno para la parturiente. Durante la maniobra se produce un dolor bastante vivo, análogo al que determina una fuerte contraccion, sufriendo infinitamente



menor que el que ocasiona la extraccion de la placenta introduciendo la mano en el útero.

La retraccion regular y enérgica de la matriz, que sucede á la expulsion rápida de las secundinas, evita que se produzcan hemorragias. El doctor Chantreuil no ha observado ninguna en los casos en que se empleó este método; y observadores tan dignos de fé como Crede, Clarke, Spiegelberg y Mayer aseguran que desde que usan exclusivamente este procedimiento en su práctica no han tenido que lamentar ninguna metrorragia, así como no han visto tampoco esos casos que se describen en los tratados de partos con el nombre de adherencias y retencion de la placenta.

**Fiebre puerperal: inyeccion de amoniaco en las venas.**

(*Méd. Times and. Gaz.*).

El doctor Tyler Smith comunicó, á la Sociedad de obstetricia de Lóndres, en su sesion de 1.º de diciembre de 1869, un caso de fiebre puerperal tratada con éxito por la inyeccion de amoniaco en las venas.

La enferma era una primípara en quien hubo necesidad de terminar el parto por medio del fórceps el 1.º de noviembre. El 5 se manifestaron los síntomas de fiebre puerperal, y el 12 se encontraba en un peligro tan inminente, que el doctor Smith se determinó á intentar la inyeccion de amoniaco en las venas, como ya lo había practicado el doctor Halford en Australia para combatir los efectos de la mordedura de las culebras de cascabel.

La operacion tuvo lugar el 12 de noviembre á las siete y media de la tarde, inyectándose en una de las venas del antebrazo derecho media dracma de una solucion compuesta de tres partes de agua por una de amoniaco líquido. Apenas habian penetrado 2 ó 3 gotas, la enferma se agitó, quejándose de un vivo dolor en el brazo opuesto. Luego que terminó la operacion, el dolor se hizo general, al mismo tiempo que el brazo derecho era asiento de un escozor intenso, que persistió durante muchas horas. La enferma hizo aquella noche cuatro deposiciones. A la madrugada el dolor calmó un poco, y la mujer pudo dormir un corto rato. El 13 el abdómen habia disminuido consi-

derablemente de volúmen y el pulso descendió á 100. El 14 la enferma se sentia mejor, estaba en todo su conocimiento, aunque pálida y débil; 108 pulsaciones. El brazo derecho, en el sitio de la picadura se encontraba rojo y tumefacto, y en toda su extension se veian las venas hinchadas y prominentes. En este dia pudo tomar la paciente un poco de alimento, sin que excitase vómitos. El 15 lengua natural; 100 pulsaciones; el volúmen del vientre disminuido. El 17 era aun mas marcado el alivio; se formó una pequeña ulceracion en el sitio de la picadura. El 20 ligera recaida; pero á partir del 22, el alivio continuó sin interrupcion hasta que la mujer se curó completamente.

El doctor Smith hace notar que nunca ha visto conseguirse la curacion en las condiciones en que se encontraba esta enferma cuando se decidió á recurrir al tratamiento que tuvo tan feliz resultado. Respecto al modo de accion del medicamento, no sabe decir si el amoníaco ha obrado en este caso como antídoto ó simplemente como estimulante.

Hemos citado este hecho como una muestra de la temeridad de los prácticos ingleses, pero de ningun modo como ejemplo digno de imitarse.

En cuanto á la inmensa gravedad de esta inyeccion, baste decir que, habiéndola practicado el doctor Spencer Wells á los dos dias de haber hecho la ovariotomía, se elevó el pulso á 140 y la temperatura á 102°,8 (Fahrenheit), presentándose todos los signos de una embolia cardíaca, y efectivamente en la autopsia se encontró un coágulo voluminoso llenando el ventrículo izquierdo. En vista de esto, cree el doctor Wells que, en el caso de imitar el ejemplo de Smith, hay que tomar grandísimas precauciones.

#### Gastro-ELITROTOMÍA en sustitucion de la operacion cesárea.

(*Union méd.*).

La operacion cesárea es tan peligrosa y la sinfisiotomía tan inaplicable, que un médico americano, el doctor Gaillard Thomas, ha tratado de introducir en la práctica la gastro-ELITROTOMÍA, tan poco conocida, que este autor

creía haberla inventado. Imaginada y practicada en 1820 por Ritgen, esta operacion fué concebida y modificada casi simultáneamente por Physick en 1822, y Baudelocque, en Francia, en 1823. La prueba de lo difícil y raro que es tener una idea absolutamente nueva, original, es que, según Killian, el doctor Jory habia ideado y propuesto el mismo método operatorio en 1806. Consiste en abrir la vagina por encima del pubis, en lugar del útero, sin interesar el peritoneo. El doctor Thomas practicó la operacion en el mes de febrero del 70, en presencia de muchos médicos, ocho horas despues de la muerte, por el siguiente procedimiento. Dilatando el cuello con los dedos hasta el punto de introducir la mano en el útero, rompió las membranas; luego hizo una incision en las paredes abdominales en el lado derecho, que se extendia desde la espina del pubis á la antero-superior del ileon, pasando por encima del ligamento de Poupart. Empujó el peritoneo hácia arriba con los dedos, y cuando hubo llegado á la vagina al nivel del cuello, introdujo una gruesa sonda metálica para separar la vagina del cuello y servir de conductor para la dilatacion de la herida. Fijando entonces un gancho en el cuello, se le confió á un ayudante, que tiró esta parte hácia la fosa ilíaca, al mismo tiempo que otro deprimia el fondo del útero en direccion opuesta. El operador pasó entonces la mano por el cuello, y cogiendo un pié del feto, hizo la version, terminando el parto fácilmente y sin obstáculo capaz de causar daño á la criatura.

Repetida un mes despues en una primípara de cuarenta años, en el sétimo mes del embarazo y en *artículo mortis* por efecto de una pulmonía, esta operacion tuvo todo el buen éxito que era posible en tales circunstancias. La enferma, casi sin pulso, cianosada, con estertor y puede decirse que sin conocimiento, fué colocada sobre una mesa, y despues de haber practicado algunas inhalaciones de éter, se extrajo un feto vivo, que no sucumbió, así como su madre, hasta despues de una hora, á causa de su incompleto desarrollo y de su debilidad, sin que la operacion contribuyese á este resultado.

Esta operacion, abandonada, sin haberla ensayado suficientemente, puesto que Ritgen solo la practicó una vez, y Baudelocque no llegó á terminarla, exige, por la faci-

lidad de su ejecucion y su inocuidad relativa, dice el autor, que se la experimente de nuevo. Sin poder asegurar que sustituya por completo á la operacion cesárea, es evidente que sus peligros son menores, puesto que se respetan el útero y el peritoneo. La hemorragia y la inflamacion del tejido celular parecen los peligros mas temibles; pero en vista de solo dos ejemplos, uno en el cadáver, seria prematuro asegurar nada respecto á este punto. A la práctica y la observacion toca decidir de las ventajas ó inconvenientes que ofrezca este método; y los médicos americanos, gracias á su audacia tradicional, no tardarán mucho en ilustrar la cuestion.

**Histerismo: naturaleza y coordinacion de los fenómenos histéricos.** (*Bull. de l'Acad. de méd.*).

Fundándose el doctor Chairou en un número considerable de observaciones recogidas en el servicio de convalecientes de Vesinet, y que le han servido para escribir una extensa Memoria, establece: 1.º que la compresion ó inflamacion de uno ó de los dos ovarios produce casi siempre simpáticamente, en las mujeres jóvenes aun, la parálisis del movimiento reflejo de la epiglottis y de todos los órganos constitutivos de la faringe; 2.º siempre que estos fenómenos se encuentran reunidos en la misma persona, hay el principio de una afeccion, que el autor designa con el nombre de caquexia histérica; 3.º el ataque de histerismo no es mas que la consecuencia de esta parálisis refleja. La epiglottis, aplanada sobre el orificio superior de la laringe, no puede elevarse, de lo que resulta el acceso de sofocacion, los movimientos convulsivos de los miembros, los espasmos, que constituyen la crisis histérica; 4.º la asfixia, resultante de las crisis repetidas, produce sucesivamente una perversion de la vitalidad; como consecuencia, las persiones sensoriales de todas clases y las anestias que se observan en la mayor parte de las histéricas; 5.º el tratamiento debe dirigirse directamente á los desórdenes funcionales de los ovarios; ha de ser ante todo local, para conseguir la resolucion de la ovaritis, causa principal, si no única, de todos los accidentes.

**Histerismo: tratamiento por medio del bromuro potásico y el cloral.** (*Gaz. des hop.—Gaz. méd. Lomb.*)

Después de un tratamiento hidroterápico infructuoso, seguido en el hospital de la Piedad, una mujer histérica entró en la clínica del doctor See.

Hacia un año que la enferma tenía una insensibilidad completa de los miembros inferiores y de la cara. Pero á pesar de esta analgesia podía andar, y, salvo la parálisis de algunos músculos, la cara presentaba una inyección violada, que hacía contraste con la palidez habitual de las histéricas. La voz era estridente, había tos histérica y opresión; presentaba, en una palabra, todo el conjunto de las alteraciones respiratorias propias del histerismo: es verdad que se notaba bien un ruido de fuelle en la base del corazón, en el primer tiempo, que parecía indicar cierto grado de estrechez probable del orificio aórtico; pero era mucho más natural referir la opresión que experimentaba al histerismo, con tanto mayor motivo, cuanto que esta opresión desapareció con todos los demás fenómenos histéricos bajo la influencia del bromuro. Existían, en fin, sudores parciales y desigualdades de temperatura.

Este conjunto de fenómenos, que habrían pasado en otro tiempo por anomalías patológicas, se explica muy bien en la actualidad gracias al conocimiento de la acción de los nervios vaso-motores, que producen la contracción y relajación alternativa de los vasos. Así se comprenden estas alteraciones parciales, estas desigualdades de temperatura, estas congestiones, cianosis locales, de que no era posible antes dar explicación satisfactoria.

El doctor See prescribió á esta mujer el bromuro de potasio en cantidad de 3 á 4 gramos. A los pocos días de estar usando el medicamento se notó un marcado alivio, y gradualmente se fueron desvaneciendo todas las alteraciones nerviosas, así como las respiratorias que acabamos de enumerar, hallándose la enferma en vía de una curación completa.

*Cloral.*—El doctor Paglioni ha administrado este medicamento en una joven de veinte y dos años, atacada de histerismo, rebelde á todos los medios que contra él se

habian empleado. A los once años le apareció la menstruacion, gozando esta enferma de buena salud hasta los quince, en que á consecuencia de un susto se suprimieron las reglas. Algun tiempo despues se presentó hemoptís; desde hacia cuatro años habian aparecido alteraciones variadas, principalmente en el sistema nervioso, como gastralgia, histeralgia, dolores neurálgicos intercostales, lumbo-abdominales, exofagismo, cefálea, propalgia, hiperestesia, contracciones tetánicas generales, que duraban una, dos horas, y á veces más; lipotimias, síncope, anorexia, dispepsia, etc. La paciente no encontraba alivio mas que en las aplicaciones de sanguijuelas y á veces en la sangría.

Durante los cuarenta y cuatro dias que se la observó en el hospital, lo que más llamaba la atencion era su excesiva debilidad; puntos neurálgicos vagos, pero frecuentemente localizados en las regiones lumbar, epigástrica y cardíaca; lipotimias al menor movimiento ó á la mas ligera emocion moral; disnea casi continúa, y de tiempo en tiempo accesos espasmódicos que se prolongaban una ó muchas horas, durante los cuales habia opistótonos.

Se ensayó inútilmente la asafétida, y luego el sulfato de quinina, y cediendo á las instancias de la enferma, se practicaron emisiones sanguíneas. En este estado se empezó á administrar una pocion compuesta de 1 gramo de cloral en 100 de agua, en dosis de una cucharada de hora en hora. Desde las primeras dosis desapareció la intensa disnea que tanto molestaba á esta mujer. El alivio continuó con la remision de todos los demás síntomas, y muy pronto la enferma pudo moverse y abandonar la cama; los accesos espasmódicos desaparecieron, y cuando el autor publicó la historia, no habia mas que un poco de cardialgia y dolores lumbares, siendo en todo lo demás satisfactorio su estado.

**Inercia del útero: distension de la vulva y el periné como medio de excitar las contracciones.** (*Soc. de méd. de Gand*).

La distension del periné por la presion de la cabeza del feto determina frecuentemente por accion refleja, el aumento de energía de las contracciones, segun todos los

tocólogos han tenido ocasion de observar. La aplicacion del fórceps, por la distension de la vulva y del periné, produce por lo comun el mismo resultado.

Guiado el doctor Vander Meersch por estos hechos, emplea hace muchos años, con gran éxito, una maniobra que produce igual efecto. Cuando hácia el fin del parto, estando íntegra ó rota la bolsa de las aguas y el cuello mas ó menos dilatado, empiezan á debilitarse las contracciones, y aun llegan á desaparecer por completo, las reanima, introduciendo juntos el dedo índice y medio derecho hasta la cabeza del feto; luego, separándoles 3 ó 4 centímetros uno de otro, aplica directamente su extremidad contra la pared recto-vaginal, sobre la que debe venir á apoyarse la cabeza de la criatura, y una vez allí, les trae hácia fuera, manteniendo su separacion y ejerciendo una presion sostenida sobre la pared, de modo que se produzca una distension bastante pronunciada del periné. Esta pequeña maniobra, repetida muchas veces seguidas, sobre todo durante el dolor, determina frecuentemente contracciones rápidas y fuertes, de débiles, raras é impotentes que antes eran. En casos de inercia completa, en que se habia empleado inútilmente el cornezuelo de centeno, se ha conseguido por este medio restablecer las contracciones, llevando á pronto y feliz término el parto, segun lo demuestran varios hechos que el autor refiere. No se trata, pues, mas que de ensayar ó regularizar esta pequeña maniobra, empleada por lo comun con otro objeto, pero que puede aplicarse á reanimar los dolores paralizados del fin del parto.

**Inversion del útero: nuevo método de reduccion. (Union méd.).**

El profesor Thomas (de New-York) ha realizado felizmente una innovacion de las mas atrevidas para la reduccion del útero, completamente invertido. Era una mujer de veinte y tres años, que desde un parto que databa de veinte meses estaba exangüe por grandes hemorragias mensuales, consecutivas á una inversion completa del útero. Despues del uso de la taxis, metódicamente prolongada con diferentes modificaciones, como la presion y la contrapresion al través de las paredes abdominales, los

supositorios belladonados, los chorros vaginales, y aun la incision del cuello, que dió lugar á una hemorragia muy peligrosa, el doctor Thomas, no teniendo ya mas que intentar que la ablacion del útero, propuso una operacion que no se habia practicado hasta entonces en semejante caso; es la ovariotomía en miniatura. El procedimiento seguido por el autor fué el siguiente:

El 16 de setiembre, en presencia de 12 médicos, estando eterizada la enferma, un ayudante introdujo la mano en la vagina, y elevó el útero hasta llevar el anillo cervical contra las paredes abdominales. El doctor Thomas hizo entonces una incision en la línea media, como para la incision exploradora de la ovariotomía. Dejando la herida expuesta al aire, no penetró en el peritoneo hasta despues de haber cesado toda exudacion sanguínea. Luego, introduciendo el índice en el saco uterino, donde no existia ninguna adherencia, reemplazó la mano del ayudante, colocada en la vagina y que contenia el útero, por la suya, mientras que con la derecha introducía una pinza dilatadora en el cuello invertido, pasando alternativamente de un punto á otro para ensanchar esta abertura en diferentes sentidos. Muy fácil y rápida, á pesar de las contracciones del órgano bajo la accion del instrumento, esta dilatacion, una vez completa, permitió volver parcialmente el útero con algunos esfuerzos; pero se advirtió bien pronto que la incision precedente del cuello habia cedido y daba sangre. Fué preciso comenzar de nuevo; y como aun quedaba una porcion invertida, se aplicó otra vez la pinza dilatadora. Por el exceso de fuerza empleada en estas maniobras prolongadas se produjo una rotura de la vagina entre el útero y la vejiga.

Hacia una hora y dos minutos que duraba la anestesia, aunque solo se habian invertido diez y siete minutos en la abertura del peritoneo y veinte y siete en la reduccion del útero, cuando se despertó la operada. Las paredes abdominales se reunieron por medio de cuatro suturas metálicas, comprendiendo el peritoneo.

A la mañana siguiente la herida del cuello daba sangre en abundancia, y era por lo tanto inminente un derrame en el peritoneo por la rotura de la vagina; la cara y las extremidades estaban frias; 160 pulsaciones. Parecia in-



dispensable la transfusion, y todos los preparativos estaban hechos cuando la elevacion de los pies de la cama y la aplicacion de una vejiga llena de tanino alrededor del cuello uterino, bastó para contener esta hemorragia. Despues no ocurrió ningun accidente. La herida abdominal se cicatrizó por primera intencion, y al octavo dia pudo levantarse la enferma.

Por imperfecto que este ensayo sea, ejecutado en las peores condiciones y con buen éxito, es á juicio de su autor un motivo bastante para recurrir de nuevo á este método perfeccionado sobre todos los medios de dilatacion. Mal apropiados ó empleados con poco discernimiento, pueden dar origen á accidentes gravísimos, contundiendo, desgarrando el tejido del útero intracervical, sobre el que obran inmediatamente, tanto más, cuanto que esta parte puede hallarse modificada patológicamente por la estrangulacion que ha sufrido por el cuello. Una pinza dilatadora de cuatro ramas en lugar de dos, con un resorte preciso, fuerte, para distenderla en lugar de la mano, seria preferible, á juicio del doctor Thomas, á la que él ha empleado. Cree necesario dejarla aplicada y así distendida durante veinte ó veinte y cinco minutos, para vencer mejor la tendencia á las contracciones que se manifiesta por los esfuerzos de reduccion. Para facilitar esta, propone colocar entre las ramas del dilatador, antes de retirarle, un cilindro de hoja de lata de una pulgada y cuarto de diámetro, armado de un piston y de un cfruculo. Este está destinado á permanecer apoyado contra las paredes abdominales, mientras que la otra porcion del cilindro penetra en el abdómen y se aplica sobre el cuello, cuya retraccion evita haciendo el vacío con el embolo; se facilita la reduccion del cuerpo, que ha de practicarse con la mano colocada en la vagina.

Prescindiendo de esta parte teórica, el hecho de una reduccion feliz del útero por abertura de la cavidad abdominal es bastante interesante y nuevo para que deba fijarse en él la atencion. Así, el autor consagra una Memoria importante al exámen de los procedimientos mas recientes empleados en América en estos casos, demostrando por medio de observaciones lo mucho que dejan que desear. Concluye, sin titubear, que si se le presen-

tase un caso de inversion uterina, empezaria por el uso de la belladona y los chorros calientes durante una semana, para relajar todo lo más que fuese posible el tejido de la matriz. En caso de no conseguir resultado, emplearia en seguida, durante otra semana, un balon de aire ó de agua, luego la taxis, prolongándola una ó dos horas. En fin, si este medio fuese ineficaz, recurriria entonces, *pero no antes*, á la seccion abdominal con las modificaciones indicadas. Y el hecho es que ante la dificultad y el peligro de la incision del cuello, la gravedad de la amputacion del útero invertido cuando no se le puede reducir, y la mortalidad considerable que esta operacion ocasiona, hay motivos para estudiar sériamente el procedimiento que el autor propone para sustituirla.

**Leucorrea consecutiva á la metritis interna: inyecciones de una infusion de té verde.** (*Revue de thér.*).

En lugar de los astringentes minerales empleados contra los flajos dependientes de la metritis interna consecutiva al parto, el doctor Febraire ha usado con éxito, en tres observaciones que refiere, inyecciones tres veces al día con una infusion compuesta de: té verde, 15 gramos; agua hirviendo, 500 gramos.

Este té contiene 8 por 100 de tanino, ácido gálico, un poco de goma, albúmina y teina; su infusion es, pues, mucho menos astringente que las diversas preparaciones de tanino. Obra como tónico, y con su uso prolongado reanima la vitalidad del cuello y del cuerpo del útero, sin determinar los accidentes inflamatorios que sobrevienen con frecuencia por la aplicacion de medios demasiado activos.

**Metrorragia puerperal: alcohol á alta dosis; irrigaciones útero-vaginales; inyecciones de ergotina.** (*Union méd.—Revue de thér.—Pres. belge.*

El doctor Charrier ha referido, á la Sociedad médica de Paris, la historia de una mujer, que, á consecuencia de un aborto de cuatro meses y medio, fué acometida de una metrorragia fulminante, tan considerable, que en pocos minutos llenó un orinal de gran tamaño. A pesar de

un síncope y la posición horizontal, continuó la salida de la sangre calando los colchones y todas las ropas que se pusieron en la cama. Exangüe, fría, inmóvil, la enferma no veía ni entendía. La piel estaba cubierta de un sudor viscoso, las uñas azuladas, pulso imperceptible en las radiales; un poco más fuerte en la humeral; 140 pulsaciones por minuto. Síncopes que se repetían cada dos minutos; respiración anhelosa, oprimida, que terminaba por un profundo suspiro. La placenta había descendido al cuello; la hemorragia estaba suspendida, pero la muerte era inminente. M. Charrier administró entonces una cucharada de las de café de coñac cada tres minutos. A la media hora la enferma entreabrió un poco los ojos; en este momento prescribió el autor el aguardiente á pequeñas copas, alternadas con pedacitos de hielo y 1 gramo de cornezuelo de centeno. Se presentaron algunas náuseas, por lo que se suspendió el uso del alcohol por la vía gástrica durante media hora, aplicando en su lugar una lavativa con 150 gramos de vino de Burdeos y 15 gotas de láudano. A los quince minutos de la administración de la lavativa se volvió á empezar el uso del aguardiente por la boca, con fragmentos de hielo. En fin, en poco más de tres horas la paciente tomó 1 litro de alcohol, sin que se notase la menor señal de embriaguez. La enferma contestaba á todas las preguntas que se la dirigían, y empezaba á percibirse el pulso en la radial.

Se continuaron aplicando las lavativas vinosas, asociadas al láudano, de tres en tres horas, y en el espacio de quince horas medio litro de coñac en pequeñas dosis; en fin, se dispuso como tisana vino de Burdeos con agua de Seltz helada. La hemorragia no se reprodujo; pero la debilidad era tan grande, que durante un mes la enferma apenas pudo tenerse de pié.

Segun el doctor Charrier, la indicación capital en semejantes casos consiste en reanimar á toda costa á la enferma y provocar la reacción, y la medicación alcohólica *intus et extra* es, dice, admirable y heroica. Las lavativas vinosas, asociadas al láudano, secundan perfectamente el uso interno del alcohol, sobre todo cuando existen náuseas y vómitos. El hielo calma el malestar y la ansiedad precordial. El autor cree que debe darse gran

publicidad á estos hechos, que tienen la inmensa ventaja de salvar mujeres que, sin este medio verdaderamente heróico, habrían sucumbido infaliblemente.

*Irrigaciones útero-vaginales.*— Este modo de tratamiento de las diversas hemorragias uterinas es, según el doctor Hamon, tan sencillo como seguro en sus efectos. Tres ó cuatro veces al día hace pasar por los órganos sexuales de 15 á 30 litros de agua caliente en el invierno y á la temperatura ambiente cuando no hace frío. Bajo la influencia de este modificador, la metrorragia, cualquiera que sea la causa que la determine, es reprimida con toda seguridad en el espacio de uno á cuatro días. Desde hace cinco ó seis años que el autor usa este tratamiento, no ha visto un solo caso de metrorragia refractaria, ni aun las que son producidas por los cánceres del útero.

El irrigador que emplea el doctor Hamon es muy sencillo. Podría usarse el vulgar cliso-bomba; pero sería necesario que funcionase el piston durante veinte, treinta ó cuarenta minutos. Es mucho mas conveniente, para evitar toda fatiga y que la mujer no necesie la intervencion de otra persona, disponer un aparato que funcione por sí solo y bajo la accion únicamente de la presion atmosférica. Para conseguir tal resultado, basta adaptar el tubo de caoutchouc del cliso-bomba á la parte inferior de un cubo de madera. Este último, previamente lleno de agua, se pone sobre una mesa, y al pié de ella un recipiente destinado á recibir el líquido al salir de los órganos genitales, y de dos planchas ó tabias paralelas, en cada una de las que descansa una de las nalgas de la enferma. Una vez sentada la mujer, se la introduce la cánula y comienza la irrigacion.

La fuerza con que el chorro de líquido es proyectado está en relacion con la altura á que se coloque el depósito ó cubo.

El autor refiere algunos casos de hemorragias poco abundantes, pero que contaban muchos días de duracion (cuarenta y ocho días una, y cuatro meses otra), refractarias á los medios generalmente usados, y que cedieron con la mayor facilidad á las irrigaciones útero-vaginales.

*Inyecciones hipodérmicas de ergotina.*— Hasta ahora no se ha concedido á las inyecciones hipodérmicas de ergotina

toda la importancia que á juicio del doctor Landman merecen.

Habiendo llamado la atención del autor los notabilísimos resultados que obtiene el doctor Tilanus con este método en los aneurismas y las hemorragias en general, y particularmente en las uterinas que se presentan en el estado puerperal ó fuera de él, se propuso ensayarle en ocasion oportuna. Esta se le presentó en una mujer de cuarenta y tres años, que había tenido seis ó siete partos, de buena salud habitual, pero que presentaba entonces signos evidentes de anemia y extenuación. El último parto databa de seis años. La menstruación, regular en todo este tiempo, se presentó por última vez hacia dos meses, y desde esta época hubo constantemente hemorragias uterinas, cuya causa era difícil de determinar, puesto que no existían fenómenos bastantes para referirla á graves lesiones anatómicas. Había que contentarse con presumir una alteración de los vaso-motores de la matriz, ó lo que los antiguos llamaban una adinamia uterina. El espéculo no aclaró nada el diagnóstico; el cuello de la matriz se hallaba ligeramente entreabierto, y constantemente estaba fluyendo sangre por su orificio. Esta hemorragia continua había determinado un estado de profunda anemia y debilidad, con todos los síntomas que la son propios.

Durante todo el tiempo de la enfermedad se emplearon, sin resultado, las medicaciones mas variadas. El doctor Landman consiguió, por medio del cornezuelo de centeno y las inyecciones vaginales de agua fria, moderar la hemorragia y aun contenerla de tiempo en tiempo por algunas horas, pasadas las cuales se reproducia con la misma pertinacia. En vista de este estado, y recordando la práctica del profesor Tilanus, se decidió á emplear las inyecciones hipodérmicas de una solución de ergotina. Para apreciar mejor los efectos de esta medicación, suprimió todos los demás medios, á excepcion de la quina, que reclamaba imperiosamente la gran debilidad de la enferma.

El 27 de abril se inyectaron debajo de la piel del pubis 15 gotas, que contenian 2 granos de ergotina disueltos en partes iguales de glicerina y agua destilada. Du-

rante las tres ó cuatro horas que siguieron á la inyeccion, la hemorragia se contuvo completamente. Al dia siguiente se repitió la operacion por mañana y tarde, y entonces ya no se reprodujo la metrorragia. Por precaucion durante dos dias se practicaron las inyecciones, aunque solo una cada veinte y cuatro horas, y el flujo cesó definitivamente.

Se continuó el uso de la quina, los ferruginosos y un régimen tónico, con lo cual desaparecieron todos los síntomas anémicos, y la enferma recobró las fuerzas, estableciéndose luego la menstruacion de una manera normal.

La eficacia de las inyecciones hipodérmicas de ergotina en este caso parece incontestable, y demuestra elocuentemente el poder de tal método terapéutico.

**Operacion cesárea: modificaciones en el procedimiento operatorio. (*Union méd.*)**

La mayor parte de los procedimientos que se han aconsejado para practicar la operacion cesárea ofrecen, á juicio del profesor Tarnier, graves inconvenientes, siendo los principales la hemorragia, la hernia del intestino y el derrame de líquidos sépticos en el peritoneo.

La pérdida de sangre es debida principalmente á la seccion de las paredes uterinas, y esta hemorragia es sobre todo temible cuando la placenta ocupa la pared anterior del útero, como le ha ocurrido al autor en dos casos que ha tenido que operar. Al retraerse el útero despues de la extraccion del feto, la sangre puede derramarse en la cavidad peritoneal.

Es muy difícil evitar que las asas intestinales formen hernia al través de la herida exterior, cuando la matriz se retrae; además el intestino, irritado por el contacto del aire, las manos del cirujano y los instrumentos, está expuesto á sufrir alguna picadura cuando se aplican las suturas á las paredes abdominales.

En fin, si no se ha tenido el cuidado de cerrar por medio de algunos puntos de sutura la herida uterina, esta deja pasar la sangre y el líquido loquial, que, penetrando en la cavidad del peritoneo, provocan la inflamacion de esta membrana. Con ninguno de los procedimientos

hasta ahora aconsejados y que el autor examina en su trabajo, se evitan por completo dichos inconvenientes.

Estas consideraciones han sugerido á M. Tarnier la idea de una modificacion que se propone introducir en el procedimiento operatorio la primera vez que tenga ocasion de practicar la operacion cesárea, y que ya ha ensayado en el cadáver de una mujer de la Maternidad, muerta en el último mes de su embarazo.

Despues de incindidas las paredes abdominales y puesto el útero al descubierto, el cirujano, antes de dividir este órgano, le fija á la pared anterior del abdómen por medio de 14 puntos de sutura, 7 de cada lado, que se aplican por medio de una aguja larga con mango, enhebrada con un cordonete, y cuya punta, despues de haber atravesado de fuera adentro la pared uterina, atraviesa de dentro afuera esta pared y el labio correspondiente de la herida abdominal. Habiendo fijado de este modo sólidamente la matriz á las paredes del vientre, se la incinde entre la doble fila de puntos de sutura, y se extrae el feto y la placenta. La operacion practicada en el cadáver sin apresurarse demasiado, no ha exigido mas de veinte minutos de tiempo.

Teóricamente este procedimiento le parece al autor que reúne muchas ventajas; evita la hemorragia; una vez colocados los puntos de sutura, se puede incindir el útero, sin temor de que penetre la sangre en la cavidad peritoneal; no puede verificarse la hernia del intestino; en fin, no es posible que despues de la operacion caigan los loquios en la cavidad del peritoneo.

Al lado de estas ventajas indica M. Tarnier algunos inconvenientes. Este método expone al feto á ser picado por la aguja de sutura, si se introduce esta demasiado profundamente, ó, por el contrario, hay el peligro de no comprender bastante tejido uterino, dando lugar á que cedan los puntos de sutura, como sucedió con 5 de ellos en el ensayo del autor. Unida la matriz á la pared abdominal, pudiera temerse que esto dificultase su retraccion despues de haberla vaciado. No obstante, atendida la gran flacidez de estas paredes y el elevado nivel que conserva largo tiempo despues del parto, prueban el poco fundamento de tal temor. El hecho de Lestocqoy,

que suturó las paredes uterina y abdominal antes de abrir el huevo y consiguió buen resultado, lo confirma prácticamente.

Al terminar su trabajo pregunta M. Tarnier si, á falta de cloroformo, que el profesor Stolz recomienda que se use con mucha reserva en semejante caso, no podria tratarse de determinar la anestesia por medio del cloral. El autor ha ensayado dos veces este medicamento. Una mujer, en quien habia que hacer la aplicacion del fórceps, tomó 4 gramos de cloral, quedando sumida, en el espacio de cuarenta minutos, en un estado de sueño é insensibilidad tal, que pudo terminarse el parto con aquel instrumento, sin que la paciente tuviese conciencia de ello. En otro caso el cloral, dado á la misma dosis, fué devuelto por vómitos.

Sea el que quiera el valor del nuevo procedimiento que propone para la operacion cesárea, M. Tarnier cree que son dignos de estudio los tristes resultados que ha producido hasta ahora esta operacion, sobre todo comparándolos con los cada dia mas satisfactorios que suministra la ovariectomía. A su juicio, deben entrar por mucha parte los defectos en el manual operatorio, y es preciso, por tanto, tratar de corregirlos.

El doctor Chassaingnae rechaza la asimilacion que se ha pretendido hacer entre la operacion cesárea y la ovariectomía. El contacto prolongado del quiste ovárico con el peritoneo dispone á este á la tolerancia quirúrgica, mientras que las condiciones generales en que se encuentra una mujer en el puerperio aumentan, por el contrario, la susceptibilidad de dicha membrana; se podria, bajo este punto de vista, distinguir, por decirlo así, una peritonitis *quirúrgica* y una peritonitis *puerperal*.

A juicio de M. Depaul, el doctor Tarnier exagera un poco la gravedad de los accidentes que acompañan á la operacion cesárea. En 30 operaciones que ha practicado ó visto practicar, ni una sola mujer murió de hemorragia: todas sucumbieron por la inflamacion consecutiva.

M. Depaul encuentra en el nuevo procedimiento del cirujano de la Maternidad inconvenientes dignos de tenerse en cuenta. En primer lugar no es indiferente practicar catorce puntos de sutura en un órgano irritable como



la matriz, revestido de peritoneo, que es preciso atravesar veinte y ocho veces con la aguja. El útero, cosido á las paredes abdominales cuando se halla en todo su desarrollo, al retraerse y descender produce tracciones tan sumamente dolorosas, que en un caso en que este práctico se habia limitado á poner dos puntos de sutura, tuvo que quitarlos por no poderlos tolerar la mujer.

Por otra parte, la gran friabilidad del tejido uterino en estas condiciones, hace que se desgarré facilísimamente, no pudiendo resistir á la doble influencia de la retraccion y de las contracciones provocadas por la irritacion constante que produce la presencia de los puntos de sutura.

Además de la posibilidad de picar al feto, accidente á que el autor da poca importancia, la punta de la aguja ha de encontrar necesariamente los senos uterinos, probablemente la placenta, que será desprendida en cierta extension, pudiendo ocasionar hemorragias mas ó menos graves. M. Depaul dice que ha pensado algunas veces que seria preferible á todo lo que se acostumbra hacer, soldar el útero á la pared abdominal por medio de la aplicacion de un cáustico, antes de incidirle conforme la practicaba Recamier en los abscesos del hígado. El autor ha tenido ya ocasion de aplicar este procedimiento en un caso de quiste abdominal, resultado de un embarazo extrauterino. No se le ocultan á este distinguido tocólogo las objeciones que pueden dirigirse á este método tratándose de la operacion cesárea, entre otras la posibilidad de que la aplicacion del cáustico provoque contracciones prematuras.

Siendo la peritonitis consecutiva la causa mas frecuente de muerte en la operacion cesárea por la sangre y el pus que se derrama en la cavidad peritoneal, M. Gueniot propone que se trate de evitar esta terrible complicacion, rompiendo en un primer tiempo las membranas por la vagina un cuarto de hora antes de la operacion. Se imita así á la naturaleza, y se disminuye el peligro de la salida de las aguas por la abertura de la matriz. Quería tambien que la incision abdominal no excediese de 16 á 20 centímetros, y que en lugar de hacerla siempre en la línea blanca, segun el precepto, se practicase paralela-

mente á la línea media y al eje mayor del útero, que está de ordinario inclinado á la derecha ó á la izquierda; además de lo cual sufre una especie de torsion sobre sí mismo, en virtud de la cual la cara anterior mira á una de las partes laterales de la pélvis; procediendo de otro modo, se destruye el paralelismo entre la incision externa y la de la matriz, y no encontrando los líquidos fácil salida al exterior, tienen mayor tendencia á penetrar en el peritoneo y coagularse.

La incision uterina debiera reducirse, á juicio del autor, á 12 centímetros. M. Gueniot dice que si llegase la ocasion no tendria inconveniente en seguir la práctica de Lovergeat, que en lugar de hacer la incision de arriba abajo, la dirige transversalmente, fundándose en que el desarrollo del útero durante el embarazo y su retraccion despues del parto, se verifica siempre de un modo mas pronunciado en el sentido de la longitud que en el de la anchura; por consiguiente, los dos labios de una incision transversal de este órgano deben tener mas tendencia que los de una longitudinal á ponerse en contacto. La experiencia en el cadáver demuestra la exactitud de la observacion de Lovergeat.

Deberia dejarse pasar cierto tiempo entre la extraccion del feto y la de la placenta, imitando en esto á la naturaleza, que no los expulsa juntos.

M. Gueniot no es partidario de la sutura, que, á su juicio, expone al esfacelo del útero. Considera preferible, despues de hecha la incision del abdomen, atraer la matriz á esta abertura, manteniéndola allí sólidamente por medio de un hilo de plata, pasado transversalmente al través de la pared del órgano, en la parte superior de la herida abdominal; el útero, aplicado fuertemente contra la pared del vientre, obturará la abertura, impidiendo que caiga el líquido en la cavidad del peritoneo. Se le sostiene así hasta el fin de la operacion, colocándole en seguida de modo que quede bien unido á la pared del abdomen, para que la sangre y los lóquios salgan fácilmente al exterior por la parte inferior de la herida, y tambien para favorecer la formacion de adherencias entre las paredes de la matriz y las del vientre. Se consigue esto por medio de un hilo de plata, que se pasa en los dos lados al tra-

vés de los labios de la incision abdominal y de la herida uterina.

Nos parece que estas tres ligaduras tienen todos los inconvenientes de las ligaduras, que anteriormente rechazaba el autor.

El doctor Braxton Hicks ha propuesto una modificacion semejante, si no idéntica, y fundado en los mismos motivos en marzo de 1868. Así, reclama la prioridad con tanto mayor motivo, cuanto que ejecuta esta modificacion operatoria desde 1869 con buen éxito.

Después de su primera comunicacion, el doctor Tarnier ha tenido ocasion de aplicar su procedimiento en el vivo, permitiéndole este caso contestar á algunas de las observaciones que se le han dirigido.

El útero, dice, resiste perfectamente, á pesar de su pretendida friabilidad, á la retraccion del órgano y á las contracciones provocadas por la sutura. El 1.º de febrero del 70 practicó el autor la operacion siguiendo el método que acabamos de describir. Después de una incision de 15 centímetros sobre la línea media del abdomen, aplicó 7 puntos de sutura en uno y otro lado. Salieron algunas gotas de sangre, parte de la cual pudo penetrar en la cavidad del peritoneo. Además la punta de la aguja, perforando las membranas, dió ocasion á que se escapasen por los orificios algunos chorros de líquido amniótico. Después de esto la operacion no presentó accidente alguno, y se terminó con la mayor facilidad.

Se sacó el feto vivo, el útero se retrajo, y la placenta vino á presentarse á la abertura útero-abdominal, por la que se la dió salida. Terminada la operacion, M. Tarnier se limitó á cubrir la herida exterior con un pedazo de hule de seda, que sujetó por medio del colodion. Durante tres dias el estado de la enferma fué bastante satisfactorio; pero á este tiempo, y cuando el autor dió cuenta de este hecho, se presentaron síntomas de peritonitis.

El doctor Tarnier se propone introducir algunas modificaciones en su procedimiento, cuya utilidad le ha demostrado el primer caso en que le ha practicado. En adelante dice que se colocará al lado izquierdo de la enferma y practicará la incision de abajo arriba; antes de hacer esta, romperá las membranas, atacándolas por la vagina

y el cuello del útero, á fin de evitar la salida del líquido amniótico al través de las picaduras y la incision y su penetracion en el peritoneo; empleará en lugar de agujas lanceoladas agujas tubuladas para pasar hilos metálicos, con objeto de evitar la seccion de los vasos uterinos y la salida consiguiente de sangre; en fin, aplicará los puntos de sutura de abajo arriba, para impedir que la sangre oscurezca el sitio donde se van poniendo.

**Operacion cesárea practicada cuatro veces en una misma mujer. (Gaz. heb.).**

Un médico alemán, el doctor OEstler, ha publicado el caso curiosísimo de una cuádruple operacion cesárea sufrida por la misma mujer. Se trataba de una jóven, nacida en 1830, afectada de raquitismo en su infancia. Tenia 119 centímetros de talla, escoliosis; los muslos y las piernas fuertemente arqueadas, pero la musculatura bien desarrollada, y la mujer era en apariencia fuerte y robusta.

Primer embarazo en 1852. Diámetro de 2 pulgadas, pélvis estrechada de delante atrás y de derecha á izquierda; cuello dilatado; se percibian los latidos del corazón. Se practicó la operacion cesárea en presencia de tres médicos, despues de haber anestesiado á la enferma, el 12 de febrero de 1853. Se empezó la incision 1 pulgada á la izquierda del ombligo y 2 por encima, continuándola hasta 5 pulgadas debajo de este y hácia la línea blanca. Incision de 4 pulgadas en el lado izquierdo del útero; la placenta estaba situada en el fondo. Hemorragia abundante. Se extrajo un feto que vivió seis meses. Una fuerte contraccion del útero desprendió la placenta, que salió con facilidad. Algunas circunvoluciones intestinales que se habian escapado del abdómen fueron reducidas, y despues de haber limpiado la sangre con cuidado, se reunió la herida con ocho puntos de sutura.

Algunos vómitos antes y despues de la operacion; fiebre con tos, sudores y dolores abdominales despues, fueron los únicos accidentes que se presentaron. La enferma entró en convalecencia á los treinta y cinco dias.

Segundo embarazo en 1857. Hacia cinco horas que se

habian presentado los dolores de parto cuando el doctor Oestler vió á la enferma; apenas se percibia el cuello. Despues de haber cloroformizado á la paciente, se practicó una incision de 8 pulgadas al lado izquierdo de la línea blanca. Dos líneas filiformes y fibrosas entre el útero y la pared abdominal. Utero liso, rojo brillante, blanco mate en el sitio de la primera incision. Nueva incision de 6 pulgadas á la derecha de esta, por la que se extrajo una niña viva. Luego que se desprendió la placenta se contrajo el útero con energía. Se redujo un asa intestinal y se aplicaron los puntos de sutura, habiendo durado la operacion media hora. La enferma se levantó á los veinte y un dias y crió á su hija, que vive en la actualidad.

Tercer embarazo en 1859. Dolores el 26 de diciembre. Se practicó de nuevo la operacion una pulgada á la derecha de la línea blanca, y en el útero á la izquierda de las cicatrices. Extraccion de un feto vivo. Cuatro suturas para reunir la herida. Salvo un poco de aguiacion, sudores y un flujo loquial muy abundante, no hubo fenómeno ninguno que llamase la atencion, y á los diez y nueve dias la enferma estaba en convalecencia.

Cuarta operacion cesárea en 1863. Esta vez se hizo la incision entre la tercera y las dos primeras cicatrices. El útero tenia una forma regular, y formaba entre las dos cicatrices aparentes, á unas 2 pulgadas de distancia, una elevacion prolongada. Cicatrices de un gris amarillento y mas resistentes que el tejido uterino. Se sacó una niña viva. Algunos sudores, ligeros escalofríos y un insomnio pertinaz fueron: las únicas complicaciones, y á los veinte dias la cicatrizacion era completa. La enferma goza en la actualidad perfecta salud.

Este caso es seguramente muy curioso y quizás único en la ciencia, porque es muy raro encontrar una resistencia orgánica tan persistente para una operacion tan grave; pero no altera en nada sus peligros para todas las demás mujeres, y el autor no ha tratado de descubrir la causa de la inmunidad de estas operaciones sucesivas. Semejante hecho no puede menos de considerarse como una excepcion.

**Retencion de la placenta: compresion directa del útero para facilitar su expulsion. (La Liguria méd.).**

El doctor Catelani, de Liorna, recomienda un medio muy sencillo para acelerar el desprendimiento de la placenta, que asegura haber empleado en gran número de casos con excelente resultado. Mientras que hace ligeras tracciones sobre el cordón, un ayudante practica la compresion circular y directa del útero, con una presion graduada; durante esta maniobra se dilata el orificio uterino. Entre los casos que cita el autor los hay de metrorragias intensas, rápidamente cohibidas de este modo. Sin ser particular al tocólogo toscano este método de ayudar á la expulsion de la placenta sin introducir la mano en la matriz, es menos conocido y general de lo que debiera. Deben aprovecharse los momentos en que la mujer siente un dolor para hacer la compresion, y frecuentemente entonces son expulsadas las secundinas, sin que haya necesidad de ejercer traccion sobre el cordón umbilical.

**Version cefálica: nuevo procedimiento. (Union méd.).**

El *postural treatment* de los americanos, es decir, la posicion de la mujer apoyada sobre las rodillas y los brazos, erigida en sistema para la reduccion del cordón umbilical, recibe todos los años nuevas indicaciones. Dos hechos de version practicada fácilmente por este método, debidos al doctor Stone, tienden á hacer erigir esta posicion en regla, al menos en ciertas condiciones. Tiene su principal aplicacion cuando habiendo salido las aguas, el útero tetánico, contraido sobre el feto, no permite la evolucion de este.

El doctor Stone fué llamado el 1.º de abril, á las cuatro de la mañana, para asistir á una mujer india, que estaba de parto hacia veinte y cuatro horas, habiendo salido las aguas á las nueve de la noche anterior. La mano derecha asomaba por la vagina, y el reconocimiento reveló una presentacion de hombro de este lado, encontrándose la abeza en la fosa ilíaca derecha y el vientre hácia ade-

lante. Introducida la mano, se cogió fácilmente un pie; pero cuando se trató de efectuar la version, la extrema irritabilidad del útero la hizo imposible; al mas ligero movimiento de la mano respondia este órgano con una contraccion espasmódica tan intensa, que despues de media hora de esfuerzos fué preciso renunciar á toda esperanza de buen éxito.

El doctor Stone hizo entonces colocar á la paciente apoyada sobre las rodillas y el pecho descansando en la cama. En esta posicion volvió á introducir la mano, y despues de esperar algunos instantes, sintió que la matriz se relajaba suavemente, elevándose hácia el diafragma, y el obstáculo habia disminuido de tal modo, que pudo traer el brazo sobre el pecho, y separando suavemente el hombro del estrecho superior, pudo pasar la mano á la fosa ilíaca derecha, coger la cabeza y dirigirla hácia abajo, encajándola en posicion occípito-ilíaca izquierda. En seguida se echó á la mujer de lado, y, contrayéndose el útero, expulsó un niño en estado de asfixia, y poco tiempo despues salieron las secundinas; el feto volvió á la vida luego que se le hubieron prestado los auxilios convenientes. Es el segundo hecho de este género publicado en América, y las ventajas de esta innovacion son tan notables, que creemos no tardará en ser adoptada en Europa, donde no se ha empleado sino excepcionalmente y de un modo empírico.

**Vómitos de las embarazadas: tratamiento por medio de la ipecacuana.** (*The Lancet*).

Son los vómitos de las embarazadas un accidente á menudo tan rebelde, que no debe extrañarse ver indicados todos los días nuevos medios de tratamiento.

El doctor Faller ha ensayado sucesivamente, para combatir este síntoma, el ácido hidrocianico, el nitro, el oxalato de cerio, el ópio, el ácido nitro-muriático, el bismuto, los alcalinos, la quinina y la ipecacuana. Entre todos estos medicamentos da la preferencia al último, que prescribe á pequenísimas dosis, en forma de vino, en una cucharada de agua de hora en hora. Ordinariamente se contienen los vómitos en el espacio de uno ó dos días. A

la menor náusea se administran algunas gotas del vino varias veces al día hasta que han desaparecido todos los síntomas.

Esta misma preparación produce igualmente buenos resultados contra los vómitos y la diarrea de los niños. Es útil sobre todo cuando, además de los vómitos, hay deposiciones frecuentes, viscosas y de color verde de peregil.

FIN DEL TOMO NOVENO.



## ÍNDICE DE AUTORES.

Adans. Anquilosis coxo-fe-moral,	167	Begbie. Afecciones espas-módicas de los niños,	392
Albanese. Transfusión arte-rial,	589	Behier. Atropina,	154
Alexander. Mania aguda,	85	— Lesiones traumáticas,	241
Amussat. Estrecheces ure-trales,	187	Belina. Transfusión de la sangre,	584
— Talla suprapubiana,	285	Beni Barde. Neuralgia ciá-tica,	95
Archambault. Croup,	475	Berenger - Fereaud. Estre-cheses uretrales,	187
Arloig. Tétanos,	500	— Obturador anal,	575
Arnold. Mordeduras de ani-males venenosos,	250	Bergeron. Croup,	405
Attfieid. Escorbuto,	51	Bergson. Aplasia,	8
Aubenas. Expulsion de la placenta,	425	Bernardin. Atropina,	155
Aubert. Tétanos,	500	Bert. Acido fénico,	557
Axenfeld. Temblor mercur-rial,	117	Besnier. Orquitis,	268
— Temblor mercurial,	162	Billroth. Antrax de la cara,	169
Baker-Brown. Ovariectomía,	274	Binz. Fiebres palúdicas,	75
Balard. Bromuro de sodio,	346	— Fiebre tifoidea,	60
Balker. Croup,	445	Birkett. Tétanos,	290
Ballantyne. Tétanos,	289	Bitot. Aplasia,	6
Banuscheidti. Banuschitis-mo,	540	Blaché. Croup,	411
Baraduc. Cáustico,	550	Blot. Pneumatose intestinal,	111
Barbier Viruela,	142	Blumenthal. Cólera,	20
Barret. Mordeduras de ani-males venenosos,	251	Boeckel. Ingerito epidérmico,	251
Barrier. Uretrotomía exter-na,	505	Bogoslowsky. Plata,	577
Barth. Pneumatose intesti-nal,	111	Boinet. Ovariectomía,	272
Bassereau. Pleuresias puru-lentas,	107	— Pneumatose intestinal,	110
Baurant. Microcymas,	90	— Tétanos,	290
Bayard. Fractura de la odontóides,	189	— Viruelas,	146
— Temblor mercurial,	118	Bouchard Viruelas,	124
Beaufort. Aborto,	590	Bouchardat. Tisis,	120
— Hemoptisis,	82	Bouilhon. Sulfato de qui-nina,	582
Bechamp. Microcymas,	87	Bouillaud. Viruelas,	129
Beclard. Pneumatose intes-tinal,	410	Bouisson. Litotricia peri-neal,	244
		Bourdon. Absorción cutá-nea,	552
		Bouvier. Orquitis blenor-rágica,	267
		Brand. Fiebre tifoidea,	62
		Braxton Hicks. Operación cesárea,	445
		Bricheteau. Corea,	402

Briess. Corea,	405	Clarke. Expulsion de la placenta,	427
Broca. Fracturas,	194	Clement. Luxacion de la mandíbula inferior,	245
Brochin. Croup,	405	Clerc. Neuralgia ciática,	95
Brouardel. Escorbuto,	55	Cloez. Eucaliptus,	563
— Viruelas,	126	Cloquet. Fracturas,	194
Brown Digital,	560	— Pneumatose intestinal,	110
Brown-Séquard. Bromuro de potasio,	541	Collin. Viruelas,	126
Brugnoti. Fiebre tifoidea,	68	Corné. Ioduro potásico,	569
— Neurose de la vida orgánica,	96	Cornil. Artritis tuberculosa,	170
Brunninghausen. Estrecheces uretrales,	188	Corradi. Estrecheces uretrales,	188
Bryant. Nefrotomía,	254	Corrigan. Incontinencia de orina,	85
Burke. Oftalmoscopio,	526	Coutaret. Dispepsia,	27
Camus. Atropina,	154	Coze. Viruela,	140
Carlotti. Eucaliptus,	566	Crawford. Manía aguda,	85
Carreras y Aragón. Cisticercos en la retina,	515	Crede. Expulsion de la placenta,	425
Carruthiers. Corea,	402	Crespi. Viruelas,	124
Cartaz. Blefaritis mentagrosa,	509	Currie. Fiebre tifoidea,	62
Carville. Hemiplegia pneumónica,	79	Czerny. Ingerto epidérmico,	229
Cass. Eclampsia,	421	Daguillon. Croup,	409
Castan. Amoniaco,	152	Davaine. Microcymas,	89
Castiaux. Antrax de la cara,	169	Decaisné. Bromuro de sodio,	546
Catelani. Retencion de la placenta,	448	Declat. Diarrea,	26
Cavasse. Antrax de la cara,	169	Delaborde. Algodon glicerinado,	559
Cayla. Croup,	414	Delionx de Savignac. Bronquitis,	17
Cazenave. Retencion de orina,	114	Delpech. Blenorragia,	175
Cersoy. Tisis,	420	— Escorbuto,	45
Chairon. Histerismo,	450	Delpech y Guichard. Cantaridatos alcalinos,	549
Chalbet. Escorbuto,	50	Demarquay. Blenorragia,	175
Champonillon. Heridas y úlceras,	215	— Cloral,	558
Chantreuil. Expulsion de la placenta,	425	— Eclampsia,	420
Chapot-Duvert. Temblor mercurial,	117	— Heridas de los tendones,	211
Charrier. Metrorragia,	456	— Ovariectomía,	272
Chassaignac. Operacion cesárea,	442	Dempster. Mordeduras de animales venenosos,	250
Chauffard. Pulmonía,	115	Depaul. Embarazo extrauterino,	422
— Microcymas,	90	— Operacion cesárea,	442
Chazarin. Tétanos,	297	— Pneumatose intestinal,	111
Cheron. Prostatitis,	276	Desnos. Pleuresias purulentas,	108
Chrichon-Browne. Enajenaciones mentales,	55	— Viruelas,	124
Clar. Croup,	414		

Després. Absorción cutánea,	531	Ferrary. Orquitis blenorragica,	267
— Hernias,	218	Figlioli. Erisipela,	44
— Injerto epidérmico,	228	Flarer. Conjuntivitis,	320
Devergie. Eter fosforado,	563	Flores y Pozo. Fiebre intermitente,	25
Diday. Sífilis,	283	Fonssagrives. Pneumatose intestinal,	111
Dolbeau. Litotricia perineal,	244	— Tisis,	119
— Ovariectomía,	275	Forster. Tétanos,	295
Drape. Ioduro potásico,	369	Foville. Aplasia,	8
Drasche. Fiebre tifoidea,	65	Fremy. Pericarditis,	105
Dru. Cólera,	21	— Oseína,	375
Dubreuil. Antrax de la cara,	169	Gaddesden. Viruelas,	146
— Contractura refleja,	178	Gaillaru. Gastro-elitrotomía,	428
— Luxaciones,	249	Galtier. Amoniaco,	155
— Tétanos,	294	Gangee. Heridas,	214
— Varicocele,	506	Garraway. Vómitos nerviosos,	148
Dubrunfault. Dispepsia,	55	Gaube. Microcymas,	90
Duchenne (de Boulogne). Contractura refleja,	177	Gavarret. Oftalmoscopia,	526
Duclos. Cólera,	21	Gayet. Luxación de la mandíbula inferior,	243
Dufour. Tétanos,	290	— Ovariectomía,	272
Duhomme. Cloral,	559	— Tétanos,	500
Dumas. Manía aguda,	86	Gietl. Pneumatose intestinal,	108
Dumreicher. Injerto epidérmico,	229	Gigot-Suard. Herpetismo,	220
Dupierris. Hemeralopia,	524	Gilman Kinball. Ovariectomía,	272
Dupley. Luxación de la rótula,	247	Gintrae. Viruelas,	129, 138
Duprez. Oftalmía intermitente,	525	Giraldés. Lesiones traumáticas,	245
Dupuy. Croup,	415	— Pneumatose intestinal,	110
Durard. Croup,	412	Girard. Luxaciones,	248
Durham. Nefrotomía,	255	— Orquitis blenorragica,	267
Durociez. Viruelas,	129	Giraud-Teulon. Catarata,	511
Earl. Hernia,	219	Gosselin. Hidartosis,	225
Ercolani. Fiebre tifoidea,	68	— Lesiones traumáticas,	241
Espagne. Incontinencia nocturna de orina,	84	Gotti. Conjuntivitis,	520
Estor. Microcymas,	90	— Fiebre tifoidea,	68
Eusmet. Ovariectomía,	274	Gradenigo. Opacidad de la córnea,	529
Fabre. Fiebre tifoidea,	59	Grady. Mordeduras de animales venenosos,	250
Faller. Vómitos de las embarazadas,	419	Grandeau. Absorción cutánea,	550
Fayer. Heridas; cura con petróleo,	208	Gray. Enfermedades febriles,	39
Febraire. Leucorrea,	456	Gritti. Operaciones practicadas debajo del agua,	258
Fehrson. Fiebre tifoidea,	65		
Fenwick. Atrofia del estómago,	45		
Ferrand. Coqueluche,	400		

Gros. Neuralgia maxilar,	95	Hewson. Operaciones quirúrgicas,	260
Gruber. Otitis,	269	Hirschfeld. Hemoptisis,	80
Gubler. Acné punctata,	164	Hirtz. Tisis,	119
— Algodon glicerinado,	539	Hjaltelin. Viruelas,	145
— Delirium tremens,	24	Hoffmann. Diarrea de los niños,	416
— Lesiones traumáticas,	240	Holder. Hemoptisis,	81
— Viruelas,	126	Holmes. Ingerito epidérmico,	229
Gueneau de Mussy. Pneumatose intestinal,	111	Hoppe. Pomada resolutive,	581
Gueniot. Operacion cesárea,	445	Hornoy. Tisis,	120
Guerin (Alf.). Ingerito epidérmico,	227	Hueter. Afasia,	8
— — Tétanos,	290	— Transfusión arterial,	588
Guigneau. Tisis,	120	Humboldt. Enfermedades del corazon,	58
Guitard. Neuralgia ciática.	95	Inman. Tisis,	125
Gutenberg. Antrax de la cara,	169	Irvine. Dispepsia,	55
Guttman. Atasia,	8	Isaac. Orquitis blenorragica,	267
Guyon. Heridas articulares,	209	Izard. Tétanos,	292
— Tétanos,	292	Jaccoud. Fiebre tifoidea,	55
Hainworth. Acido fénico,	150	Jacenko. Ingerito epidérmico,	251
Halford. Mordeduras de animales venenosos,	250	Janieson. Hemoptisis,	80
Hamernjk. Fiebre tifoidea,	58	Jannel. Aplasia,	8
Hamon. Fractura de la clavícula,	191	Janson. Microcymas,	89
— Metrorragia puerperal,	478	Jastrowitz. Cloral,	555
Harley. Convulsiones de la infancia,	598	Jeffreys. Acido fénico,	150
— Opio y belladona,	159	Jesier. Microcymas,	90
Harvey. Enfermedades del corazon,	58	Johnson. Expulsion de la placenta,	425
Hasse. Aplasia,	8	Jolget. Acido fénico,	557
Haubner. Croup,	414	Jonon. Ovariectomia,	272
Hayem. Escorbuto,	47, 50	Jory. Gastro-elitrotomia,	429
— Miositis,	91	Keller. Bocio sofocante,	175
Heath. Ingerito epidérmico,	250	Kennedy. Tisis,	125
Hebert. Linimento calmante,	570	Keyn. Yoduro potásico,	569
Heier. Pneumatose intestinal,	112	Killian. Gastro-elitrotomia,	429
Hemard. Bubones supurados,	177	Kounigne. Viruelas,	159
— Ulceras venéreas,	502	Labbé. Hernia,	218
Henocque. Acido fénico,	557	— Pneumatose intestinal,	110
Henrot. Eclampsia,	417	— Viruelas,	129
Hérard. Croup,	405	Lable. Bocio sofocante,	176
Heshug. Infiltracion de ácido úrico en los riñones,	158	Laborde y Leven. Eserina,	561
Heurteloup. Sanguijuela artificial,	581	— Viruelas,	126
		Laboulbene. Escorbuto,	48
		Lafosse. Pneumatose intestinal,	109

Lagcock. Lesiones traumáticas,	245	Lipp. Psoriasis,	278
Lagrette. Neuralgia ciática,	94	Logan. Tisis,	125
La Harpe. Manía aguda,	86	Lutz. Temblor mercurial,	118
— Reumatismo,	116	Macario. Íleo,	82
Lambert. Fiebre tifoidea,	63	Mandokeini. Acupresion,	165
Lande. Aplasia,	6	Manfredini. Fiebre tifoidea,	68
Langenbeck. Fracturas articulares,	195	Marotte. Eter fosforado,	564
Langlebert. Lavativa calmante,	570	Marquardt. Acido bicloroacético,	535
Lannelongue. Hernia,	216	Martin. Cólera,	21
Lapotre. Pneumatose intestinal,	109	— Eclampsia,	419
Laqueur. Estrabismo,	522	— Infiltracion de ácido úrico en los riñones,	158
Larrey. Tétanos,	298	— (Stan). Bromuro de sodio,	547
Lasegue. Aplasia,	8	Martineau. Viruelas,	129
Lattgé. Luxacion del húmero,	246	Masse. Microcymas,	90
Laurent. Daturina,	559	Mathysen. Fracturas; vendajes enyesados,	205
Laures. Absorcion cutánea,	550	Mattei. Aborto,	591
Lavaux. Tétanos,	294	Maunder. Tétanos,	278
Laveran. Fiebre tifoidea,	55	Mauriac. Cloral,	559
Lawson Tait. Conjuntivitis,	519	— Neuralgias venéreas,	257
Lecomte. Heridas por armas de fuego,	215	Mayer. Expulsion de la placenta,	425
Lecorche. Fósforo,	157	Mayet. Pasta de Canquoin,	576
Ledentu. Antrax de la cara,	169	Meadows. Nefrotomia,	257
LeFort. Injerto epidérmico,	228	Mehu. Eter fosforado,	565
— Tétanos,	292	Meyer. Aplasia,	8
Legrand de Saulle. Bromuro de potasio,	545	Meziat. Viruela,	145
Legroux. Escorbuto,	47, 50	Michel. Orquitis blenorragica,	267
Leibermeister. Fiebre tifoidea,	62	Midderdorff. Operaciones quirúrgicas,	262
Lemaire. Acido fénico,	355	Milesi. Eclampsia,	421
Lepine. Hemiplegia pneumónica,	78	Miquel. Aborto,	592
Letiévant. Blefaritis mentagrosa,	510	Mitscherlich. Estrecheces uretrales,	186
— Tétanos,	299	Molitor. Oftalmia intermitente,	525
Leven. Escorbuto,	46	Moore. Aplasia,	8
Levi. Sonambulismo,	118	Morache. Fiebre tifoidea,	65
Lié. Atropina,	151	Morand. Temblor mercurial,	165
Liebreich. Tétanos,	288	Moreau-Wolf. Prostatitis,	276
Liégeois y Giraldés. Cloral,	557	Moreno Lopez. Cuerpo extraño en la laringe,	21
Liégeois. Ovariectomía,	272	Morgan. Heridas,	214
— Sífilides ulcerosas,	281	Mourin. Bromuro de sodio,	546
— Tétanos,	291	Moutain. Estrecheces uretrales,	187
Limousin. Cloral perlado,	558		
Lindembaum. Injerto epidérmico,	229		

Moutard-Martin. Sonambulismo,	419	Piagge. Enfermedades del corazon,	58
— Corea,	404	Piazza Erisipela,	44
Moxon. Nefrotomía,	254	— Fiebre tifóidea,	68
Nagel. Conjuntivitis,	319	Pi ot. Adenitis crónica,	166
Nélaton. Operaciones quirúrgicas,	261	Piekford. Enfermedades del corazon,	38
Neligan. Linimento vesicante,	570	Pilanus. Metrorragia puerperal,	459
Neumann. Acido acético,	555	Piltz. Fiebre tifóidea,	65
— Poción contra el prurigo,	581	Pinel. Enfermedades torácicas,	40
Norris. Atropina,	454	Pioch. Fiebres intermitentes,	70
Nussbaum. Extirpacion del recto,	482	Piorry. Pneumatose intestinal,	111
Oebeke. Alimentacion artificial,	559	Physick Gastro-litrotomía,	429
OETTLER. Operacion cesárea,	446	Pol i. Fiebres palúdicas,	74
Oglesby. Atrofia de la papila,	507	Pollok. Hilas embreadas,	224
Ollier. Erisipela,	45	— Injerto epí émico,	229
— Fracturas; puntas metálicas,	496	Potain. Bocio sofocante,	176
— Resecciones subperiósticas,	279	— Pleuresias purulentas,	405
Ollivier. Endocarditis puerperal,	425	Potin. Aparato para baños eléctricos,	417
Onimus. Parálisis,	98	Pouzin. Bromuro potásico,	545
— Tétanos,	294	Prengreuer. Acupresion,	165
Oppolzer. Hemoptisis,	81	Prets. Fiebre tifóidea,	68
Paget. Delirium tremens,	25	Prout. Conjuntivitis,	521
Paglioni. Histerismo,	451	Quaglino. Sífilis,	284
Palmer. Escorbuto,	52	Queyriaux. Hilas embreadas,	224
Panas. Tétanos,	291	Rabi-Ruckhardt. Cloral,	554
Paquet. Fracturas de la clavícula,	491	— — Eclampsia,	418
Paul Constantino). Diarrea,	26	Rabuteau. Mezcla alimenticia,	571
— — Sífilides ulcerosas,	281	— Sulfo-vinado de sodio,	585
Pavesi. Fiebres palúdicas,	73	Rae. Morde duras de animales venenosos,	252
Pavy. Glucosuria,	77	Rafael. Infiltracion de ácido úrico,	458
Payen y Persoz. Dispepsia,	56	Raynaud. Eclampsia,	420
Pavn. Banuschitismo,	540	Real. Erisipela,	180
Pean. Pinzas,	273	Reichar. Cólera,	20
Pecholier. Microcymas,	90	Reverdin. Antrax de la cara,	168
— Ricino,	460	— Injerto epí térmico,	225
Peddie. Lesiones traumáticas,	245	Rey. Pneumatose intestinal,	109
Pelizzo. Sonambulismo,	419	Reynolds. Digital,	560
Perdi. Tisis,	419	Riant. Croup,	411
Perrin y Mascard. Ostómetro,	527	R. bell. Uretrotomía externa,	503

Richardson. Operaciones quirúrgicas,	260	Skoldberg. Ovariectomía,	270
Richard. Alimentación artificial,	340	Smith. (Thomas). Nefrotomía,	253
Richet. Lesiones traumáticas,	242	Spencer. Tétanos,	290
Righi. Fiebre tifoidea,	68	Spencer Wells. Fiebre puerperal,	428
Ritgen. Gastro-elitrotomía,	429	— — Ovariectomía,	269
Rizzoli. Tétanos,	298	Spiegelber. Expulsión de la placenta,	427
Rizzoli. Acupresión,	163	Spilmann. Ataxia locomotriz,	12
Robert. Apoplejía encefálica,	9	Stein. Pneumatose intestinal,	108
— Enteralgia,	41	Stiler. Fiebre tifoidea,	63
Rokitansky. Viruelas,	151	Stoll. Neuralgia ciática,	95
Romberg. Trofoneurose,	6	Stone. Version cefálica,	448
Romei. Acupresión,	166	Syme. Uretrotomía perineal,	305
Rouze. Injerto epidérmico,	250	Tabourin. Hematosina,	50
— Tétanos,	290	Tardieu. Lesiones traumáticas,	258
Roussell. Corea,	401	Tarnier. Operación cesárea,	440
Roussin. Absorción cutánea,	551	Tavignot. Manchas de la cornea,	325
— Emulsión anti-blenorrágica,	361	Tay. Tétanos,	292
Russell-Reynolds. Bromuro potásico,	343	Teisier. Fracturas,	195
Sander. Epilepsia,	42	Testelin. Atropina,	154
Sarazin. Fracturas; aparatos modelados,	205	Thomas. Gastro-elitrotomía,	429
Schmidt. Sífilis,	284	— Inversión del útero,	455
Schmiedeberg y Hoppe. Muscarina,	572	— Ovariectomía,	270
Schmidt. Ácido bicloroacético,	555	Ticier. Extracción de un alfiler,	184
Schott. Aplasia,	8	Tillaux. Litotricia perineal,	245
Schulzen. Fósforo,	157	Tixier. Ovariectomía,	271
Scott. Glucosuria,	76	Tommasi. Hilas hemostáticas,	369
Sédillot. Hernia,	218	Travers. Pneumatose intestinal,	110
— Labio leporino,	255	Trideau. Croup,	405
— Operaciones quirúrgicas,	261	Tripier. Tétanos,	500
Sée. Histerismo,	451	Trude. Antrax de la cara,	168
Sée (Marc). Injerto,	225	Tyler Smith. Fiebre puerperal,	427
Seitz. Bocio,	174	Urner. Ácido bicloroacético,	555
Sere. Operaciones quirúrgicas,	265	Valman. Caquexia puerperal,	573
Serres. Estrecheces uretrales,	188	Vander-Meersch. Inercia de la matriz,	455
Seydewitz. Eclampsia,	419	Van-Holsbek. Linimento contra la fisura de ano,	571
Seyre. Hilas embreadas,	224		
Simon. Nefrotomía,	254		
Simonin. Tétanos,	296		
Simpson. Acupresión,	163		

Van-Lair. Cloral,	555	Vulpian. Microcymas,	90
Van-Peteghem Atropina,	154	— Tétanos,	295
Vedrenes. Heridas y úlceras,	215	Waldemar y Hoffman. Acido acético,	555
Verardini. Fiebre tifoidea,	68	Walker. Ovariectomía,	270
Verneuil. Bocio sofocante,	176	Water. Hemoptisis,	80
— Contractura relleja,	178	Waters. Viruelas,	146
— Eclampsia,	420	Watson. Tétanos,	290, 295
— Escorbuto,	46	Weber. Croup,	410
— Hernia,	219	— Otitis,	268
— Lesiones traumáticas,	256	Weir Mitchell. Bromuro de potasio,	544
— Pleuresias purulentas,	408	— — Parálisis,	402
— Tétanos,	289	Welch Convulsiones de la infancia,	599
Vidaillet. Eclampsia,	420	— Corea,	402
Villa. Fiebre tifoidea,	68	William. Píldoras anticitarras,	577
Villemin. Parálisis agitante,	97	Wood. Incontinencia nocturna de orina,	85
Virchow. Infiltracion de ácido úrico en los riñones,	458	Wright. Enajenaciones mentales,	56
— Viruelas,	151	Yandel. Tétanos,	295
— Aplasia,	8	Zehender. Fistulas de la córnea,	524
Vogel. Infiltracion de ácido úrico en los riñones,	458	Zuber. Cloral,	551
Voillemier. Vendajes inamovibles.	208	Zuelzer. Fiebre tifoidea,	69
Voisin. Bromuro de potasio,	545		
Voltoni. Otitis,	269		
Vulpian. Bromuro de potasio,	541		



## ÍNDICE DE MATERIAS.

---

Aborto por congestion uterina : tratamiento preventivo. . . . .	390
Absorcion cutánea en los baños. . . . .	350
Aceite fosforado : accidentes tóxicos. . . . .	363
Acido bicloro-acético : nuevo cáustico. . . . .	333
Acido fénico : accion sobre los animales y los parásitos vegetales. . . . .	353
Acido fénico : intoxicacion. . . . .	149
Acné punctata : tratamiento por medio de la glicerina al interior. . . . .	164
Acupresion. . . . .	165
Adenitis crónica con hipertrofia ganglionar : curacion por medio de las corrientes eléctricas continuas . . . . .	166
Afecciones espasmódicas de los niños : tratamiento por los bromuros de potasio y de amoniaco. . . . .	392
Afonía : tratamiento. . . . .	18
Albuminuria : tratamiento por medio de la nuez vómica. . . . .	96
Alfiler en la uretra : extraccion por un procedimiento sencillo y poco doloroso. . . . .	184
Algodon glicerinado para sustituir á las hilas en la cura de las heridas. . . . .	559
Alimentacion artificial por el recto. . . . .	559
Alumbramiento : expulsion de la placenta por medio de la expresion uterina. . . . .	424
Amoniaco (gas) : intoxicacion. . . . .	152
Aneurisma : tratamiento por la acupresion. . . . .	163
Anquilosis de la articulacion coxo-femoral : seccion subcutánea del cuello del fémur. . . . .	167
Antrax de la cara : su gravedad especial. . . . .	168
Aparato de Potain para las lociones de la pleura despues de la toracentesis. . . . .	105
Aplasia laminosa progresiva. . . . .	6
Apoplejia encefálica : hemiplegia consecutiva : tratamiento por medio de la ergotina. . . . .	9
Artritis gotosa ó reumática : pocion resolutive. . . . .	381
Artritis tuberculosa. . . . .	170
Ataxia locomotriz : tratamiento por medio de las corrientes galvánicas. . . . .	12
Atrofia de la papila óptica : restablecimiento de la vision. . . . .	507
Atrofia parcial de la cara. . . . .	6
Atrofia del estómago : síntomas y lesiones anatómicas. . . . .	15
Atropina : intoxicacion tratada y curada por el opio.—Antagonismo de esta sustancia y la belladona. . . . .	154
Asfixia de los recién nacidos : transfusion por medio de la sangre tomada de la misma placenta . . . . .	385

Banuschitismo : nuevo medio de revulsion.. . . . .	540
Blefaritis mentagrosa. . . . .	509
Blenorragia : extracto hidro-alcohólico-etéreo de cubebas. . . . .	175
Blenorragia : tratamiento. . . . .	561
Bocio : acción del hierro en su producción y en su desarrollo. . . . .	174
Bocio sofocante : tratamiento por medio de las inyecciones de tintura de yodo y por la hidroterapia. . . . .	175
Bromuro de potasio : peligros de las dosis demasiado elevadas. . . . .	541
Bromuro de sodio : sus ventajas sobre el de potasio . . . . .	546
Bronquitis : tratamiento. . . . .	17
Bubones supurados : tratamiento para evitar su abertura.. . . .	177
Cantaridatos alcalinos : nueva forma de vejigatorios. . . . .	548
Caquexia histérica. . . . .	450
Caquexia puerperal. . . . .	595
Cardiopatías : tratamiento por medio del frío. . . . .	58
Cataplasmas de hojas de digital como diurético. . . . .	561
Catarata : extracción lineal : nuevo procedimiento operatorio. . . . .	510
Catarro bronquial crónico : píldoras anticatarrales. . . . .	577
Cáustico contra los infartos del cuello uterino. . . . .	550
Ciática : tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de morfina, de atropina y por la hidroterapia. . . . .	95
Cirugía. . . . .	164
Cisticercos celulosos en la retina. . . . .	515
Cistitis : píldoras de trementina y alcanfor.. . . .	577
Cistitis : tratamiento por las lavativas calmantes alcanforadas. . . . .	570
Cloral : acción fisiológica : aplicaciones terapéuticas. . . . .	551
Cloral perlado. . . . .	558
Cloruro hidratado de aluminio : sus virtudes desinfectantes. . . . .	214
Cloruro de sodio como sucedáneo del sulfato de quinina. . . . .	70
Cólera : administración de los medicamentos por el ano, valiéndose del obturador.. . . .	574
Cólera : tratamiento por el cloral y el eucalyptus globulus . . . . .	20
Conjuntivitis granulosa : jarabe como colirio . . . . .	519
Conjuntivitis y queratitis : tratamiento por el sulfato de quinina. . . . .	519
Contractura refleja descendente por traumatismo. . . . .	177
Convulsiones de la infancia : tratamiento por medio de la cicuta. . . . .	598
Coqueluche : tratamiento por los bromuros de potasio y de amonio. . . . .	592
Coqueluche : tratamiento por medio del cloral.. . . .	400
Corea : tratamiento por medio de la cicuta. . . . .	599
Corea grave : tratamiento por medio del cloral. . . . .	401
Croup : tratamiento por medio de los balsámicos, las inspiraciones de amoníaco, el ácido láctico, el lacto-fosfato de cal y la hidroterapia. . . . .	405
Cuerpo extraño en la laringe simulando una tisis de este órgano. . . . .	21
Daturina : efectos terapéuticos. . . . .	559
Delirio : tratamiento por la mixtura alcanforada. . . . .	571
Delirium tremens : pocion de tártaro estibiado y opio. . . . .	580

ÍNDICE DE MATERIAS.

461

Delirium tremens : tratamiento . . . . .	25
Delirium tremens : tratamiento por medio del cloral . . . . .	554
Diarrea : tratamiento por el ácido fénico y el hiposulfito de sosa . . . . .	26
Diarrea verde de los niños : tratamiento por el agua de cal . . . . .	416
Digital : uso externo como diurético . . . . .	560
Dispepsias : clasificación y tratamiento por medio de la maltina . . . . .	27
Dispepsia : tratamiento por medio de la nuez vómica . . . . .	96
Disenteria : tratamiento por el ácido fénico y el hiposulfito de sosa . . . . .	26
Eclampsia : tratamiento por medio de las inyecciones hipodérmicas de morfina, el cloral, el bromuro potásico, el veratrum viride y la atropina . . . . .	417
Eclampsia puerperal : tratamiento por medio del cloral . . . . .	554
Eclampsia puerperal : transfusion de la sangre . . . . .	585
Eczema : inyecciones hipodérmicas de ácido arsenioso . . . . .	278
Electrotermia . . . . .	261
Embarazo extrauterino : operacion cesárea por medio de los cáusticos . . . . .	422
Emulsion antiblenorrágica . . . . .	561
Enajenaciones mentales : tratamiento por medio del cornezuelo de centeno . . . . .	55
Endocarditis puerperal . . . . .	423
Enfermedades del corazon : compresion de los nervios cardiacos como signo diagnóstico . . . . .	40
Enfermedades del corazon : tratamiento por medio del frio . . . . .	58
Enfermedades con delirio : obturador anal para hacer retener los medicamentos que se administran por el recto . . . . .	374
Enfermedades febriles : disminucion repentina de la frecuencia del pulso como signo precursor de complicaciones cerebrales . . . . .	58
Enfermedades nerviosas : mixtura alcanforada . . . . .	371
Enfermedades torácicas : su diagnóstico por medio de la compresion de los nervios pneumo-gástricos laríngeos cardiacos superiores y gran simpático . . . . .	40
Enteralgia : curacion por medio del aceite esencial de trementina . . . . .	41
Epilepsia : bromuro y cloruro de potasio . . . . .	42
Erisipela : tratamiento abortivo por el silicato de potasa . . . . .	44
Erisipela : tratamiento curativo y preventivo por una solucion de tanino . . . . .	180
Escorbuto : etiología, sintomatología, anatomía patológica y tratamiento por el citrato de potasa . . . . .	45
Eserina : accion fisiológica . . . . .	561
Estilete-piiza para reconocer la presencia de los cuerpos metálicos . . . . .	215
Estrabismo intermitente regular . . . . .	522
Estrecheces uretrales : retencion de orina consecutiva ; aplicaciones de hielo en el recto . . . . .	114
Estrecheces uretrales : tratamiento por medio de las crines de caballo y las candelillas perforadas, la dilatacion por la misma orina y la dilatacion rápida por el método de Corradi . . . . .	183

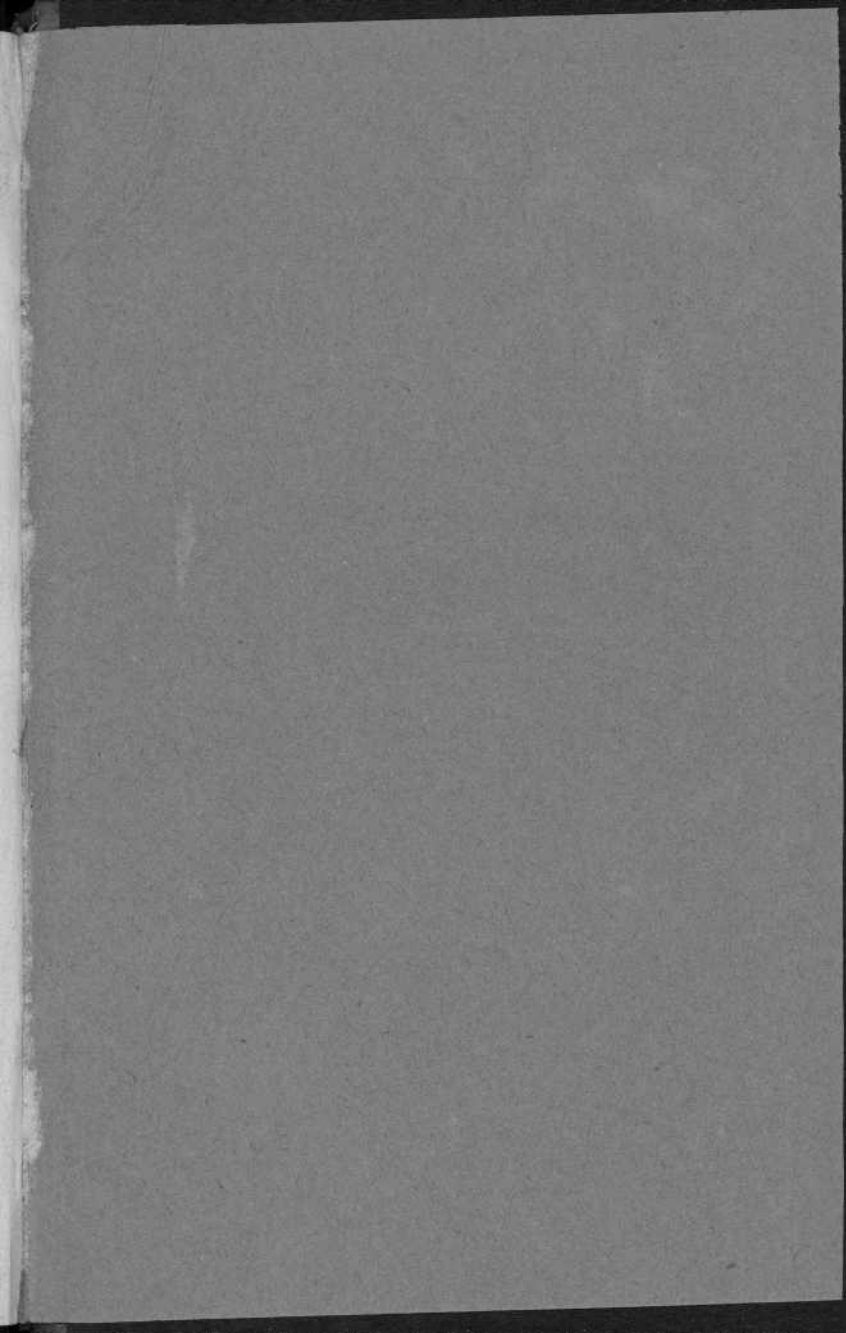
Eter fosforado : accidentes tóxicos. . . . .	564
Eucalyptol: sus propiedades febrifugas. . . . .	565
Eucalyptus globulus: sus propiedades febrifugas. . . . .	565
Excitación clorofórmica: tratamiento por medio del cloral. . . . .	558
Expresion uterina para la expulsion de la placenta. . . . .	424
Expulsion de la placenta por medio de la expresion uterina. . . . .	424
Extirpacion del recto, de la próstata, de la porcion prostática de la uretra y de una parte del cuello vesical. . . . .	182
Extraccion de un alfiler de la uretra por un procedimiento sencillo y poco doloroso. . . . .	184
Fiebre tifoidea abortiva. . . . .	54
Fiebre intermitente: tratamiento por el cloruro de sodio como sucedáneo del sulfato de quinina. . . . .	70
Fiebre intermitente rebelde complicada con irritacion gástrica y curada por medio de la electricidad. . . . .	53
Fiebre puerperal: inyeccion de amoniaco en las venas. . . . .	427
Fiebre tifoidea: tratamiento por los baños frios, la quinina y el alcohol, la creosota, la salicina y las inyecciones hipodérmicas excitantes. . . . .	60
Fiebre tifoidea: tratamiento por la mixtura alcanforada. . . . .	371
Fiebre tifoidea: temperatura. . . . .	59
Fiebres intermitentes: su tratamiento por el eucalyptus globulus. . . . .	563
Fiebres intermitentes rebeldes: pocion de tintura de yodo. . . . .	380
Fiebres palúdicas: profilaxis y curacion por medio de los sulfos. . . . .	71
Fístulas de la córnea: haba de Calabar. . . . .	525
Fisura de ano: tratamiento por el glicerolado de tanino. . . . .	370
Fósforo: causa de las variedades sintomatológicas que se observan en esta intoxicacion. . . . .	157
Fractura de la apófisis odontóides: salida del fragmento por la faringe: curacion. . . . .	189
Fractura de la clavícula: nuevo aparato bianular atacado. . . . .	191
Fracturas articulares por armas de fuego: tratamiento. . . . .	195
Fracturas de la diáfisis de los huesos largos: tratamiento por medio de las puntas metálicas: nuevo aparato. . . . .	196
Fracturas de los miembros por armas de fuego: aparatos modelados en tela metálica de Sarazin. . . . .	205
Fracturas: retardo en la consolidacion del callo: tratamiento. . . . .	194
Fracturas: vendajes enyesados de Mathysen. . . . .	205
Gastro-elitrotomia en sustitucion de la operacion cesárea. . . . .	428
Glucosuria: tratamiento por medio de la leche descremada, de los diferentes principios constitutivos del opio y el carbonato de amoniaco. . . . .	76
Grajeas de bromuro de sodio. . . . .	548
Hematosina: usos terapéuticos. . . . .	367
Hemeralopia: tratamiento por el aceite de hígado de bacalao y la esencia de trementina. . . . .	524
Hemiplegia pneumónica. . . . .	78

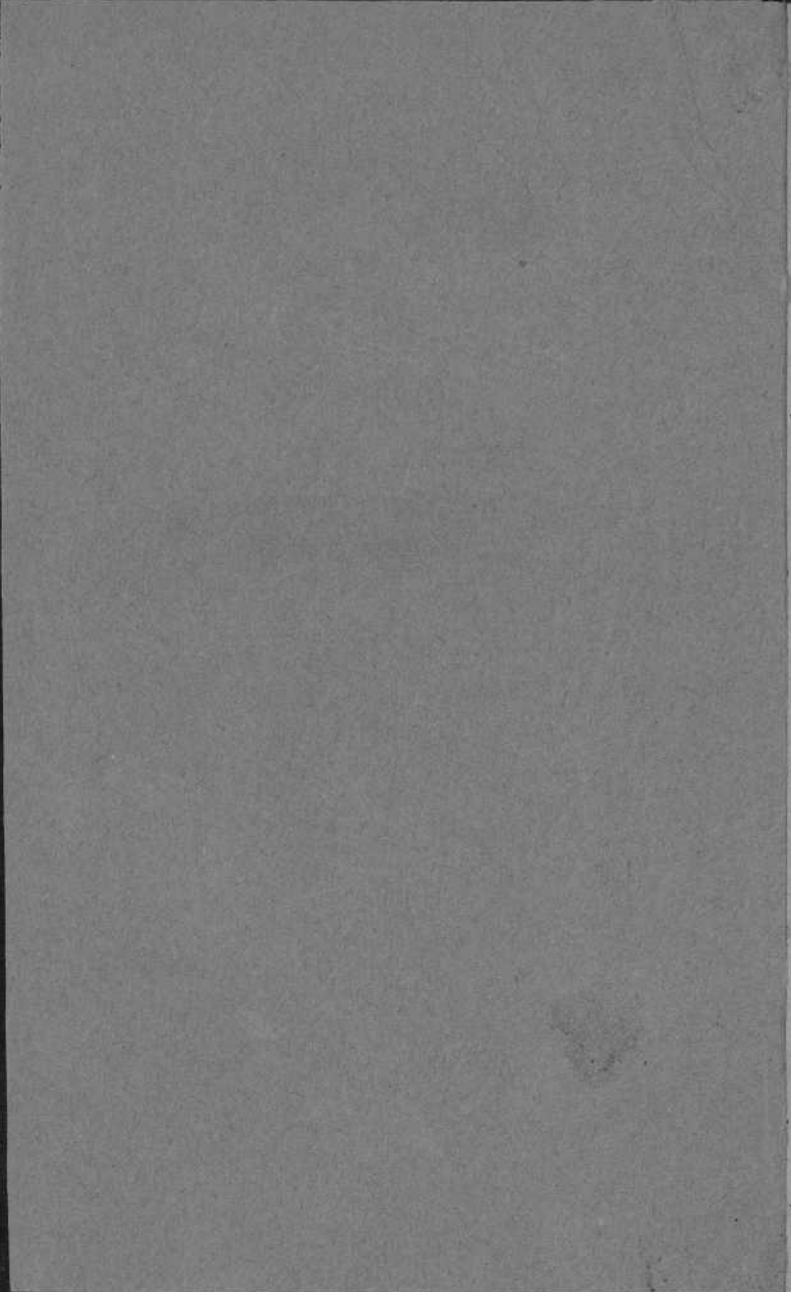
ÍNDICE DE MATERIAS.

463

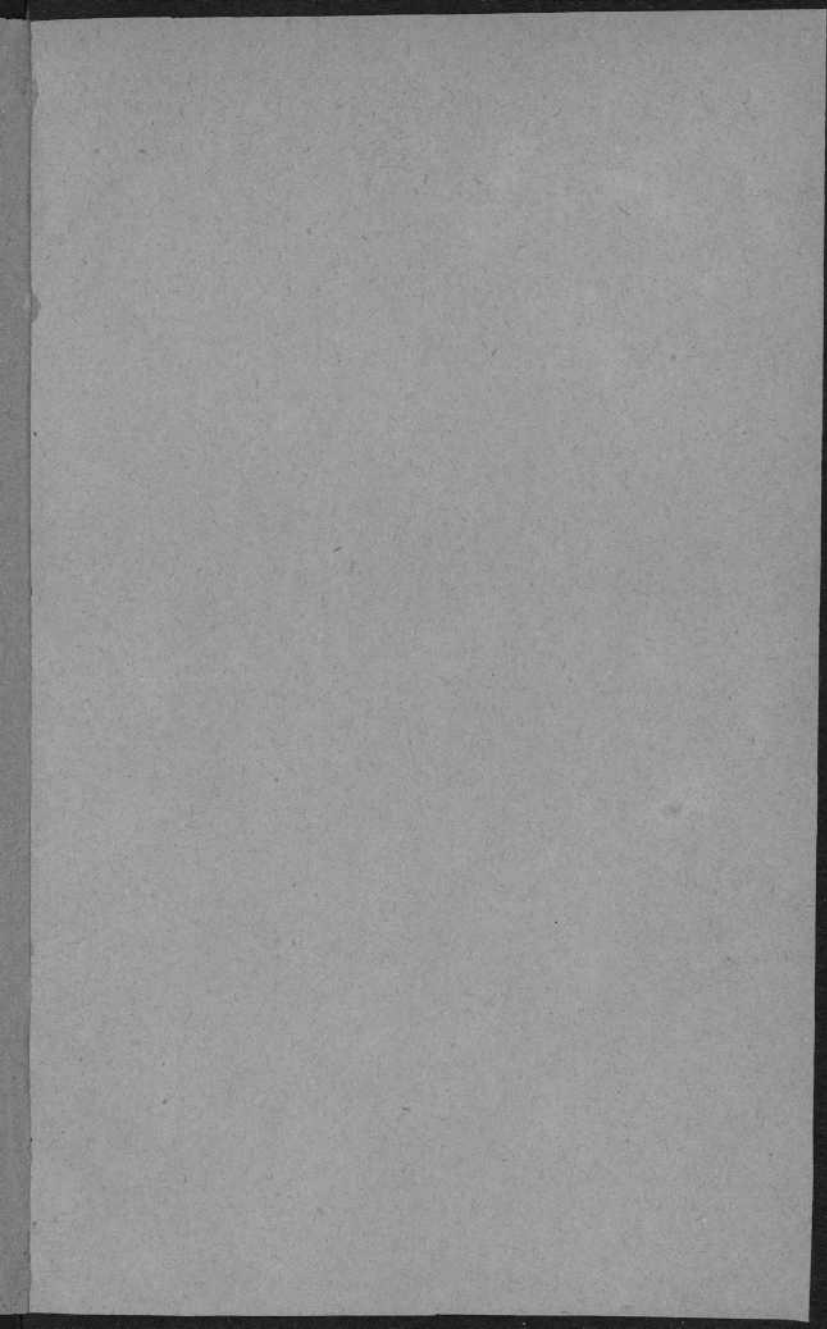
Hemoptisis: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de ergotina y el ácido gálico al interior y en inhalaciones. . . . .	80
Heridas articulares: tratamiento per medio del alcohol y el hielo. . . . .	209
Heridas: cura con el algodón glicerinado en sustitucion de las hilas. . . . .	559
Heridas: cura con petróleo. . . . .	208
Heridas de los tendones: reproduccion y reunion. . . . .	211
Heridas: injertos epidérmicos. . . . .	225
Heridas por armas de fuego: estilete-pinza para reconocer la presencia de los cuerpos extraños metálicos. . . . .	215
Heridas: tratamiento por el cloruro hidratado de aluminio y el cloruro de zinc como desinfectantes. . . . .	214
Heridas y úlceras: tratamiento por la pasta de alcanfor alcoholizada. . . . .	215
Hernia: reduccion por medio de la compresion continua de la pared abdominal inmediatamente por encima del pediculo herniario auxiliada de la taxis. . . . .	216
Herpetismo: patogenia: patologia experimental y comparada: tratamiento. . . . .	220
Hidroartosis: puncion practicada debajo del agua. . . . .	259
Hidroartosis: puncion con el aspirador de Dieulafoy. . . . .	223
Higromas: puncion con el aspirador de Dieulafoy. . . . .	225
Hilas antisépticas. . . . .	569
Hilas de cuerdas embreadas. . . . .	224
Hilas hemostáticas y carbónicas. . . . .	569
Histerismo: naturaleza y coordinacion de los fenómenos histericos. . . . .	450
Histerismo: tratamiento por medio del bromuro potásico y del cloral. . . . .	451
Hyosciamina: efectos terapéuticos. . . . .	559
leo: tratamiento por medio de la electricidad. . . . .	82
Incontinencia fecal: obturador del ano. . . . .	374
Incontinencia nocturna de orina: tratamiento por medio de la oclusion del prepucio con colodion ó con una ligadura. . . . .	85
Inercia del útero: distension de la vulva y el periné como medio de excitar las contracciones. . . . .	452
Infanticidio: infiltracion de ácido úrico en los riñones, como medio de determinar si un feto ha nacido vivo ó muerto. . . . .	158
Infartos del cuello úterino: cáustico. . . . .	550
Infartos escrofulosos de los huesos: pocion resolutive de Hoppe. . . . .	581
Infarto ganglional: curacion por las corrientes eléctricas continuas. . . . .	166
Infartos de las glándulas mamarias y salivales: pocion resolutive. . . . .	581
Infartos de la próstata: retencion de orina consecutiva: aplicaciones de hielo en el recto. . . . .	114
Infarto de la próstata: tratamiento por medio de las corrientes continuas constantes. . . . .	276
Infiltracion de ácido úrico en los riñones como medio de determinar si un feto ha nacido vivo ó muerto. . . . .	158

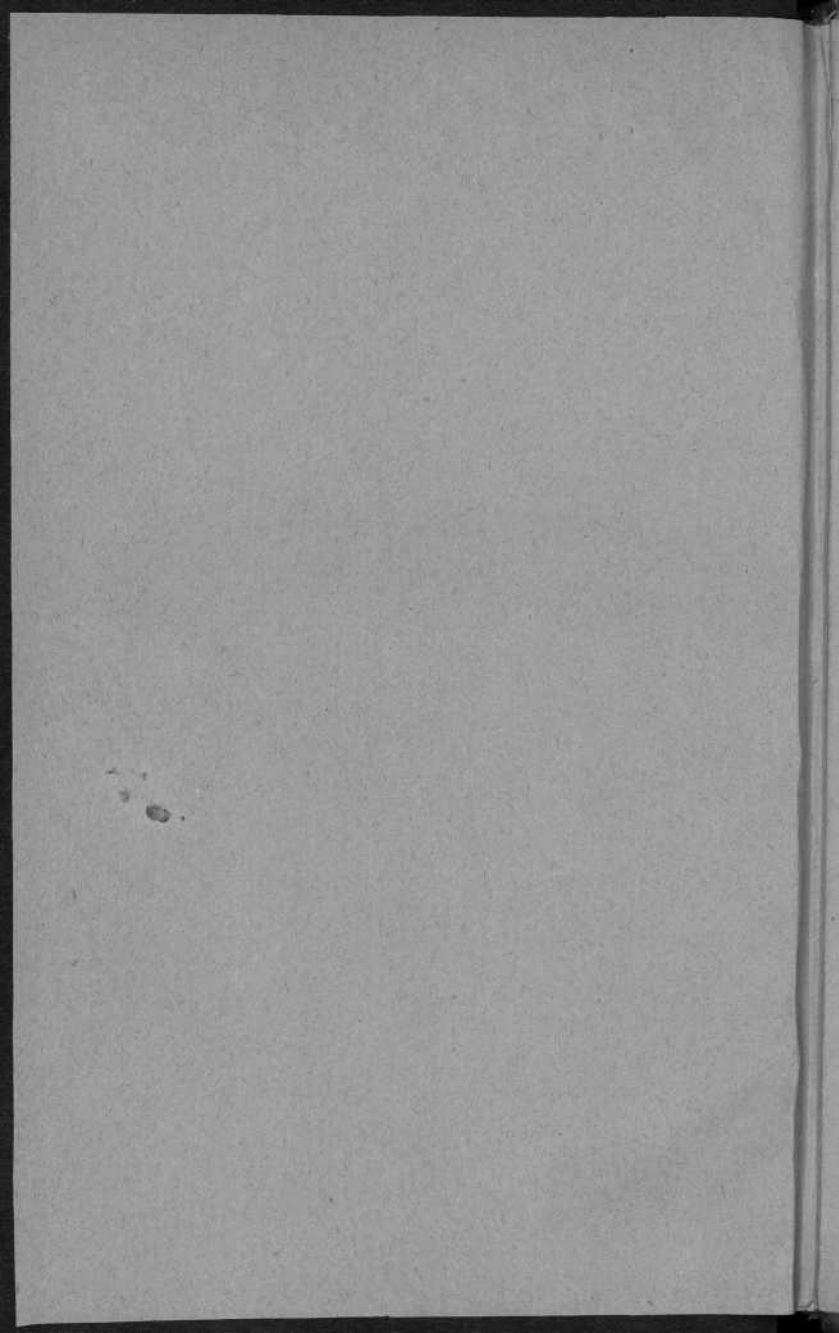
Injerto : trasplatacion epidérmica. . . . .	223
Intoxicacion mercurial: eliminacion del mercurio por la orina y la saliva. . . . .	162
Inversion del útero: nuevo método de reduccion. . . . .	433
Ioduro potasico: su accion sobre los riñones. . . . .	569
Jarabe de bromuro de sódio. . . . .	317
Jarabe de cloral. . . . .	570
Labio leporino: modificacion en el procedimiento operativo. . . . .	253
Laringitis estridulosa: tratamiento por los bromuros de potasio y de amonio. . . . .	595
Láudano: intoxicacion; tratamiento por la tintura de belladona á altas dosis. . . . .	153
Lavativa calmante alcanforada contra la cistitis. . . . .	370
Lesiones traumáticas y operaciones: su mayor gravedad en los sujetos afectados de alcoholismo crónico. . . . .	236
Leucorrea consecutiva á la metritis interna: inyecciones de una infusion de té verde. . . . .	456
Linimento calmante. . . . .	570
Linimento contra la fisura de ano. . . . .	370
Linimento yodurado vesicante. . . . .	570
Litotricia perineal. . . . .	244
Luxacion bilateral de la mandibula inferior: procedimiento de reduccion. . . . .	245
Luxacion del húmero: procedimiento de reduccion sin esfuerzo ni violencia. . . . .	246
Luxacion de la rótula: ineficacia de los métodos ordinarios; reduccion por medio de una erina doble implantada en la cara anterior del hueso. . . . .	247
Luxaciones: reduccion por el método de continuidad. . . . .	248
Maltina: preparacion. . . . .	53
Manchas de la córnea: tratamiento por medio del fósforo. . . . .	325
Mania aguda: cloral como sedante. . . . .	83
Método de continuidad en la reduccion de las luxaciones. . . . .	248
Metrorragia puerperal: alcohol á altas dosis; irrigaciones útero-vaginales; inyecciones de ergotina. . . . .	456
Mezcla alimenticia. . . . .	571
Microcymas: patologia; terapéutica. . . . .	87
Miocarditis variolosa. . . . .	151
Miositis sintomáticas. . . . .	91
Mixtura alcanforada. . . . .	571
Mordeduras de animales venenosos: tratamiento por la inyeccion de amoniaco en las venas. . . . .	250
Muscarina: accion fisiológica. . . . .	572
Nefrotomia. . . . .	252
Neuralgia ciática: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de morfina, de atropina y por la hidroterapia. . . . .	93
Neuralgia maxilar: nueva variedad. . . . .	95

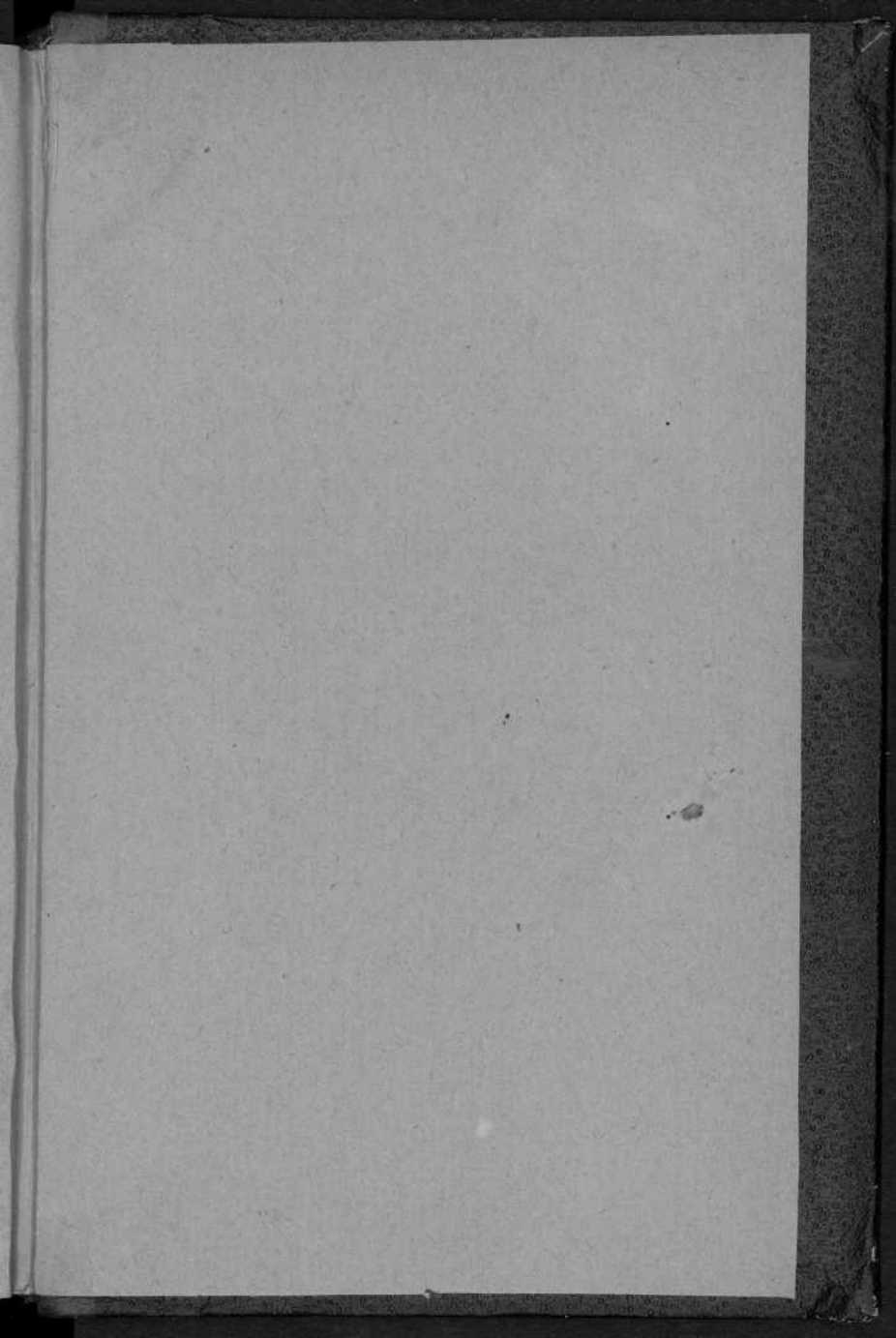












17



ANUARIO  
DE MEDICINA  
Y CIRUGIA



9

17.204