

106

17206

~~12957~~

REPARATION

DE

BLANC STAIN

DE LA LAINA

CORDON

EUROPE



45
289

ANUARIO
DE
MEDICINA Y CIRUGÍA
PRACTICAS.

ANUARIO
DE
MEDICINA Y CIRUGÍA
PRÁCTICAS

PARA 1876.

RESÚMEN DE LOS TRABAJOS PRÁCTICOS MAS IMPORTANTES

PUBLICADOS EN 1875

POR D. ESTÉBAN SANCHEZ DE OCAÑA

Doctor en medicina y cirugía,
Profesor clinico 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 DÉCIMOTERCIO.



MADRID

CÁRLOS BAILLY-BAILLIERE

LIBRERÍA EXTRANJERA Y NACIONAL, CIENTÍFICA Y LITERARIA

Plaza de Santa Ana, núm. 10.

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

1876.

LIBRARIO

MEDICINA Y CIRUGIA

DE LA FACULTAD DE

CIENCIAS MEDICAS

DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID

EN LA BIBLIOTECA DE

LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID

YANG ONGHOOTRIND

W. J. H. VAN DER

DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID

ANUARIO
DE
MEDICINA Y CIRUGIA
PRÁCTICAS.

MEDICINA.

Adenopatía bronquial. (*Gaz. hebdom.—Union méd.—Rev. des Scienc. méd.*).

Hace pocos años, apenas se conocían los síntomas de la hipertrofia de los ganglios bronquiales. La lesión, sin embargo, había sido observada por los que se dedican á los estudios anatómo-patológicos, como una de las más constantes en la tuberculización pulmonar. Algunos médicos militares, y en particular Marchal de Calvi, Collin, Le Roy de Mericourt y Fonssagrives, han insistido en la frecuencia de las tísis bronquiales, refiriendo observaciones de enfermos que no pudieron resistir á los accidentes ocasionados por la tuberculosis de los ganglios del mesenterio y del cuello. Algunas observaciones publicadas en la prensa ó presentadas á las corporaciones sábias, han llamado de tiempo en tiempo la atención acerca de los accidentes que puede determinar la compresión de los grandes vasos, de la tráquea, de los bronquios ó de los nervios pneumogástricos. Pero los trabajos de Woillez, Dagá, y sobre todo los de Gueneau de Mussy, son los que han contribuido mas especialmente á dar á conocer dicha enfermedad. Este último autor, en una série de publicaciones notables, ha marcado con precisión las relaciones anatómicas de los ganglios intra-

torácicos, los síntomas que permiten reconocer esta alteración durante la vida, é insistiendo en las conexiones que existen entre la adenopatía bronquial y diversas enfermedades del aparato respiratorio, ha llegado á hacer comprender la importancia de las investigaciones pleximétricas como medio de diagnóstico.

Es, pues, posible resumir en la actualidad todos los estudios anatómo-patológicos y clínicos publicados en estos últimos años, y llamar la atención sobre una enfermedad poco conocida, porque con mucha frecuencia se descuida aun buscar los signos físicos que permiten diagnosticarla. Este trabajo le ha emprendido el doctor Lereboullet en un excelente artículo publicado en la *Gaz. hebdomadaria de medicina*.

Si fuese cierto, como lo creen Marchal de Calvi y Daga, que la hipertrofia de los gánglios torácicos es una afección de marcha progresiva y fatalmente mortal, se habrían indicado sin duda con mas frecuencia los accidentes graves (hidropesías, disnea, asfixia, etc.) que produce, y que fueron mas especialmente descritos por los primeros observadores. Se habrían perfeccionado los procedimientos de investigación, procurando reconocer desde el principio, ya que no precaver, una enfermedad tan temible. Pero sucede, por el contrario, muy á menudo que, silenciosa en su curso, y verificando su evolución al mismo tiempo que las enfermedades pulmonares que viene á complicar, la adenopatía bronquial no se reconozca mas que por los signos físicos que la caracterizan. Todos los síntomas funcionales pueden faltar, porque los gánglios hipertrofiados no ejercen ninguna compresión sobre los órganos inmediatos. Los hechos recogidos por diversos observadores y citados por Barety, demuestran en efecto que de cien casos de hipertrofia ganglionar comprobada en la autopsia, no se ha encontrado mas que treinta y dos veces comprimida la tráquea ó los bronquios por el tumor; cinco la vena cava superior, ocho la aorta; cinco veces estaban adheridas las arterias pulmonares á los gánglios ó comprimidas por ellos. Los nervios pneumogástricos se han encontrado veinte y seis veces englobados en el tumor ganglionar ó desorganizados por compresión; ocho veces solamente se hallaban afectados

los nervios frénicos. Pero en el mayor número de los sujetos en que los órganos inmediatos no estaban comprimidos, se ha encontrado, sin embargo, en la autopsia un aumento notabilísimo en el volumen de los gánglios. En estos casos, los más frecuentes sin duda alguna, es cuando hay necesidad de apelar á los procedimientos de exploración pleximétrica aconsejados por Gueneau de Mussy, y cuya rigurosa exactitud ha comprobado muchas veces el doctor Lerebouillet.

Cuando en un hombre sano y bien conformado se percute la parte posterior del torax, teniendo los brazos echados hácia adelante y la cabeza doblada sobre el pecho, puede obtenerse en la region inter-escapular un sonido mucho más claro que el provocado por la percusion de las regiones supra é infra-espinosas. Desde la tercera ó la cuarta vértebra dorsal hasta la base del pecho, el sonido grave, profundo, se asemeja al que da la percusion del esternon; por encima la sonoridad es menor, de un tono mas elevado, pero la resistencia al dedo es poco pronunciada, y se observan más fácilmente en esta region que en la supra-espinosa las diferencias de sonoridad y de elasticidad que pueden producir las alteraciones patológicas. Para obtener resultados bien positivos, es necesario asegurar, por la posicion del enfermo, la proyeccion de los dos hombros hácia adelante; es preciso percutir con bastante fuerza y sin rigidez de la muñeca; es necesario, en fin, multiplicar las exploraciones, y no formar un juicio definitivo hasta despues de haber comprobado muchas veces los mismos hechos. Solamente despues de haberse ejercitado en apreciar los resultados, variables segun los diferentes sujetos, que da la percusion de la region inter-escapular en las condiciones normales, se estará en aptitud de reconocer las diferencias de elasticidad y de sonoridad ó de tonalidad que escaparían á una exploracion insuficiente ó falta de la necesaria práctica. En la mayor parte de los casos, en que el doctor Lerebouillet ha reconocido la hipertrofia de los gánglios bronquiales al principio de la tuberculizacion pulmonar, ha encontrado en la region interescapular superior, á lo largo y al lado externo de la columna vertebral, un sonido muy macizo, con resistencia marcadí-

sima al dedo. Este fenómeno, que no puede por lo común considerarse como dependiente de una induración del tejido pulmonar, se extiende á veces á todo el espacio comprendido entre la columna vertebral y el borde espinal del omóplato.

La percusion de la region esternal superior, al nivel de la primera pieza del esternon y en la inmediacion de este hueso, puede dar modificaciones de sonoridad. Para apreciarlas es preciso, dice Gueneau de Mussy, percutir comparativamente las dos mitades de dicha pieza ósea, las dos primeras articulaciones condro-esternales de cada lado, las articulaciones esterno-claviculares, y la parte interna de los dos primeros espacios intercostales. Fonsagrives cree que la percusion solo da resultados negativos, é indica un hecho de este género. A veces la hipertrofia ganglionar interior es muy marcada, y Marchal de Calvi, Daga, Voillez y Fonsagrives refieren hechos en que el tumor ganglionar empujaba hácia adelante el esternon. Sin embargo, el doctor Lerebouillet no ha notado que, como indica Barety, la percusion de la region esternal superior dé resultados mas seguros y mas frecuentes que la de la region interescapular.

Examinando diariamente el pecho de los sujetos afectados de adenopatía bronquial, se observan, segun Gueneau de Mussy, modificaciones del ruido respiratorio, muy importantes para el diagnóstico. Variarán segun las relaciones de los tumores gangliónicos con los tubos aéreos, y segun tambien los cambios que estos sufran en su forma y su calibre. En los casos ligeros, la espiracion puede ser prolongada y ligeramente soplante; transmitido al oido por el tumor gangliónico, el soplo traqueal se percibe mas fácilmente y toma con bastante frecuencia los caracteres de un soplo tubario. La voz y la tos presentan igualmente una resonancia exagerada. Se puede percibir á veces, despues de cada esfuerzo de tos, otro ruido, al que Gueneau de Mussy da el nombre de *eco de la tos*.

Mas adelante, pudiendo alterarse por la presion la forma y el calibre de los tubos aéreos é inflamarse estos, se percibirán ruidos variables. Los ruidos traqueales y bronquiales, segun Gueneau de Mussy, son ásperos; algunas

veces más agudos que en el estado normal; en ocasiones *aspirados*, produciendo una sensación de succión que indica el paso de una columna aérea al través de un conducto estrechado. El ruido espirador está generalmente exagerado, y excede con frecuencia al de la inspiración: uno y otro pueden terminarse por un silbido ó por un grueso estertor burbujoso, cuyo asiento constante y cuya persistencia constituyen, según han notado Rilliet y Barthez, uno de los signos importantes de la enfermedad. Lo que parece más característico aun, es la movilidad de estos estertores, y sobre todo su resonancia en una larga extensión del árbol respiratorio.

Pero de todos los fenómenos acústicos, el más frecuente y el más significativo es la extrema debilidad del murmullo vesicular, coexistiendo con la persistencia de la sonoridad pleximétrica, y observándose en una grande extensión del pulmón. Muchos observadores, y principalmente Stokes, Lebert, Herard, Daga, Rilliet y Barthez, Gueneau de Mussy, etc., le han indicado refiriéndole á su verdadera causa, la compresión ejercida sobre los bronquios por los gánglios hipertrofiados. Al doctor Lereboullet le ha parecido que en las tuberculosis pulmonares con adenopatía incipiente, esta extrema debilidad del ruido respiratorio es con frecuencia el único signo esteteoscópico apreciable. Más adelante vienen á añadirse á este carácter los síntomas funcionales, y, sobre todo, las crisis de disnea, que hacen muy probable su interpretación patológica. Ya hace tiempo que habia dicho Cruveilhier que hay muchos hechos que autorizan á admitir que la compresión de las primeras divisiones de los bronquios en el momento en que estos penetran en el espesor de los pulmones, no debe ser extraña á la muerte por asfixia de cierto número de niños y de adultos tuberculosos. Si se estudia con cuidado, continúa este autor, la raíz de los pulmones tuberculosos, y se siguen las divisiones bronquiales en el espesor de los órganos hasta cierta profundidad, se ven independientemente de los gruesos gánglios que rodean las primeras divisiones bronquiales, otros más pequeños que penetran en el pulmón ó en las divisiones secundarias, terciarias y cuaternarias, cuyos ángulos de bifurcación ocupan, aplastando estos conductos,

y debiendo hacerles difícilmente permeables al aire: las crisis de sofocación de algunos tísicos, en un período poco avanzado de la enfermedad, pueden depender en parte de esta causa. Esta observación del ilustre anatómico es perfectamente exacta, y un hecho citado en la clínica del doctor Jaccoud, demuestra que esta lesión de los ganglios intra-pulmonares puede existir sin que la hipertrofia de los que ocupan la bifurcación de los bronquios ó la raíz del pulmón sea bastante pronunciada para dar origen á signos pleximétricos ó esteteoscópicos apreciables; pero no debe suceder así en la mayor parte de los casos, y se concibe fácilmente que la debilidad del ruido vesicular, los accesos de disnea, y, en fin, la asfixia, pueden ser el resultado de la compresión de los bronquios.

Cierto número de síntomas funcionales, dependientes de la acción ejercida sobre los órganos inmediatos por los ganglios bronquiales, vienen á confirmar el diagnóstico, ó más frecuentemente aun, haciendo pensar en la adenopatía bronquial, determinan al clínico á explorar con más cuidado la región torácica superior.

Entre estos síntomas, debemos citar en primera línea la disnea. Al principio no es mas que una ligera dificultad en la respiración, que solo se presenta después de un esfuerzo ó de un ejercicio fatigoso: muy en breve, haciéndose casi continua, se acompaña de exacerbaciones penosísimas, principalmente nocturnas, sobreviniendo por accesos, y que pueden, según se ha visto en algunos casos, terminar por una asfixia comparable á la que produce la estrangulación. Estos accesos de disnea completamente característicos, han sido interpretados de distintos modos. A veces, como en un caso de adenitis que menciona Trousseau, parecen depender de una compresión ejercida sobre los tubos aéreos. Cayol, Andral, Daga, Piorry, etc., han referido hechos en que era imposible el decúbito dorsal, no pudiendo respirar los enfermos más que con el tronco inclinado hácia adelante. Por lo común, los accesos de disnea francamente intermitentes están ligados á los fenómenos neuropáticos, debidos á la compresión del nervio vago: muchas veces le ha parecido al doctor Lereboullet que se hallaban bajo la dependencia de las congestiones pulmonares, tan rápidas y tan exten-

sas, que acompañan casi siempre al desarrollo de los tubérculos, y que parecen coincidir con un aumento rápido, pero poco durable, del volúmen de los gánglios. Así, después de haberse manifestado durante cinco ó seis días, y sobre todo por la noche, estos accesos disnéicos desaparecen con frecuencia por espacio de doce ó quince días, para volverse á presentar con ocasion de un nuevo brote tuberculoso ó de una nueva fluxion ganglionar. El decúbito y la congestion hipostática que provoca; la acumulacion de las mucosidades en los pequeños bronquios; la fiebre, siempre mas marcada por la noche; la viciacion de la atmósfera, disminuyendo la cantidad del oxígeno inspirado, etc., son causas todas que intervienen sin duda en cierta medida para aumentar la disnea.

Después de la disnea deben citarse, como síntomas dependientes de la compresion de las vías respiratorias, una inspiracion sibilante, un ronquido bronco-traqueal, que frecuentemente se oye á distancia; un aplanamiento de las partes blandas que entran en la composicion de las paredes del torax, depresion que se marca especialmente al nivel de los espacios intercartilagosos superiores y del hueco supra-esternal, supra-clavicular y epigástrico. Gueneau de Mussy, y después de él M. Baretty, han observado además la disminucion de la expansion del torax, que un instrumento ideado por M. Mathieu, el pneumómetro, permite medir.

La compresion de los nervios pneumogástricos y recurrentes puede determinar una série de fenómenos bastante interesantes. La tos suele ser ronca, seca, presentándose por accesos muy penosos y á veces dolorosísimos. M. Daga la compara al ladrido de un perro. M. Gueneau de Mussy ha notado que puede tomar todos los caracteres de la tos de la coqueluche, fenómeno que ya habia sido observado desde 1780 por Lalouette.

Como la tos y la disnea, las alteraciones de la voz dependen igualmente de una compresion de los nervios pneumogástricos ó recurrentes. Se observa á menudo la ronquera de la voz y de la tos, síntoma que puede ser pasajero, repitiéndose de tiempo en tiempo con una duracion variable. En muchas observaciones ha habido afonía, y aun una afonía repentina con accesos de sofocación.

cion (Hayem), y la autopsia demostró la lesion del nervio recurrente. En estos casos de afonía, el laringoscopio puede demostrar la parálisis de una de las cuerdas bucales.

En fin, los vómitos constituyen á veces, aunque con mucha menos frecuencia, el fenómeno mas notable y mas penoso de la enfermedad. Como ciertos vómitos observados en los tísicos, parecen debidos á una irritacion anormal del pneumogástrico, la accion sobre el simpático cervical se marca á veces por la dilatacion pupilar, fenómeno observado por primera vez por el doctor Rogne.

Importa tambien conocer los fenómenos que determina la compresion de los troncos vasculares. Cuando se verifica sobre las arterias, da á veces lugar á la desigualdad del pulso en las dos radiales, á la hipertrofia del corazon, ó á ruidos de fuelle sistólicos, por consecuencia de estrechez compresiva de los gruesos troncos. El abotagamiento de la cara, el edema de los párpados y las hemorragias por éstasis revelan la compresion de las venas cavas. La de las venas pulmonares determina tambien á veces el edema del pulmon y aun la hemoptisis.

Todos estos síntomas funcionales no bastan, sin embargo, para caracterizar la adenopatía bronquial, pero hacen que se la sospeche, y entonces la dan á conocer perfectamente los signos físicos antes enumerados.

Este padecimiento ha sido observado por Gueneau de Mussy en el curso del sarampion, de la fiebre tifóidea, y sobre todo de la coqueluche. El doctor Lerebouillet no ha encontrado nunca tal complicacion en estas diversas enfermedades, pero sí con mucha frecuencia en los casos de tuberculizacion pulmonar. Al principio de la tuberculosis, sobre todo en los niños y en los soldados, que con tanta frecuencia padecen la tuberculosis ganglionar, es muy comun esta complicacion. Muchas veces le ha parecido igualmente á este autor que en los enfermos extenuados á consecuencia de supuraciones abundantes, sobre todo cuando estas son debidas á las adenitis caseosas, cuya evolucion lenta y progresiva resiste tan largo tiempo á todos los tratamientos, las congestiones pulmonares crónicas con adenopatía bronquial precedian á la evolucion de la tuberculosis. Cuidada desde el principio, la

afección pulmonar es susceptible de resolución; abandonada á sí misma, la congestión crónica de este órgano, ligada á la adenopatía, se acompaña muy pronto de pleuresías circunscritas, de esclerosis pulmonares, acentuándose muy luego las lesiones irremediabiles que caracterizan la tuberculización crónica. Importa, pues, recomendar los métodos de exploración que permitan reconocer la lesión para instituir un tratamiento enérgico. Los barnizamientos frecuentes de tintura de yodo, practicados en la parte superior del pecho; la tintura de yodo asociada al aceite de croton cuando el sonido macizo se extiende á la parte anterior del torax; al interior la tintura de yodo en pociones, los preparados arsenicales, los narcóticos, y sobre todo las preparaciones de belladona y el bromuro de potasio contra la tos; los revulsivos aplicados á la región epigástrica ó á lo largo del trayecto cervical de los nervios pneumo-gástricos cuando sobrevienen los vómitos ó las crisis disnéicas, son los medios terapéuticos mas eficaces, ayudados de un régimen analéptico y reparador.

Afonía nerviosa : tratamiento por las inhalaciones cortas y repetidas de cloroformo. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liege.*)

Es la afonía nerviosa un padecimiento tan desagradable en algunas circunstancias, y tan rebelde á veces á los medios que contra ella se emplean, que no nos parece inútil dar á conocer un hecho de curación bastante rápida expuesto por el doctor Ridder ante la Sociedad médico-quirúrgica de Lieja.

Era el enfermo una joven de veinte y ocho años, en quien despues de un ligero catarro quedó una afonía que la impedía hablar en voz alta. Las fricciones con aceite de croton tiglio, la asafétida, la valeriana y diferentes mixturas narcótico-espasmódicas, no produjeron resultado alguno. El autor se acordó entonces de un caso de curación de afonía nerviosa con las inhalaciones de cloroformo llevadas hasta el síncope. Pero temiendo usarlas de esta manera, confió á la enferma un pequeño frasco de este líquido, recomendándola que respirase los vapores durante uno ó dos minutos cada hora, de modo que no se produjese la anestesia, sino que se determinara sola-

mente un poco de vértigo ó atontamiento. A los dos dias habia desaparecido la afonía por completo.

Habiéndose presentado otras dos veces en el espacio de año y medio, desapareció con el mismo tratamiento, siendo de advertir que la segunda vez la enferma empleó las inhalaciones por sí misma durante quince dias, sirviéndose del cloroformo que la habia sobrado en el ataque anterior sin conseguir resultado; pero la afonía desapareció tan pronto como se hubo empleado el cloroformo fresco.

Albuminuria ó enfermedad de Bright: etiología y estadio prealbuminúrico: indicaciones suministradas por el estado general para el diagnóstico de este padecimiento. (*British méd. journ.—Rev. des Scienc.*).

El estudio de los caracteres del pulso que da una línea esfigmográfica completamente comparable en la enfermedad de Bright aguda y en las formas crónicas (línea que se reproduce en cierto número de estados morbosos, frecuentemente acompañados de albuminuria), ha conducido al doctor Mohamed á ver en el estado del sistema vascular la causa de la albuminuria. Sus observaciones han recaído en escarlatinosos.

Antes de toda alteracion renal y de que la albuminuria aparezca en la orina, se puede reconocer la elevacion de la tension arterial.

Al mismo tiempo las materias cristalóides caracteristicas de la sangre, la hemoglobina en particular, pasan á la orina, donde puede descubrirse su presencia por medio de la tintura de guayaco.

Si persiste la alta tension arterial, aparece la albúmina en la orina.

Los signos de la tension exagerada y la presencia de las materias cristalóides de la sangre en el líquido urinario, son fenómenos asociados, que se producen y desaparecen simultáneamente. No obstante, el pulso conserva los mismos caracteres en la albuminuria crónica cuando la orina es muy albuminosa.

La alta tension se traduce por un tipo particular de la línea esfigmográfica, y por algunos signos que suministra la exploracion del corazon (choque prolongado de la pun-

ta; primer ruido sordo y lejano, redoblado en la base; segundo ruido con chasquido, etc.).

La presencia de las materias cristalóides de la sangre se reconoce por la coloracion azul que se obtiene añadiendo el éter ozónico á una mezcla de orina (dos gotas) y de tintura de guayaco (una gota).

Cuando la albúmina es ya muy abundante, deja de producirse la coloracion azul.

Estos hechos han sido estudiados en sujetos convalecientes de escarlatina, y el autor refiere siete observaciones, acompañadas de los gráficos correspondientes para apoyar las conclusiones de su trabajo.

Al principio de ciertas intoxicaciones (saturnismo, alcoholismo, etc.), y en un período avanzado de la gestacion, se observa la elevada tension arterial y algunas veces la coloracion azul, cuando se ensaya la orina por la tintura de guayaco: como es sabido, estos estados predisponen á la albuminuria.

Los dos signos en cuestion pueden, por consiguiente, considerarse como característicos del estadio prealbuminúrico en cierto número de enfermedades.

En un trabajo recientemente publicado por el doctor Fothergill, da á conocer este práctico el resultado de sus estudios acerca de las indicaciones suministradas por el estado general para el diagnóstico de la enfermedad de Bright crónica. En los casos en que la orina no contiene albúmina, dice este autor, ó cuando no puede ser examinada, hay cierto número de síntomas que dan importantes indicaciones: la tension arterial se eleva y el corazon se hipertrofia; las arterias intermedias se distienden y ponen ateromatosas: en ciertos enfermos, las mujeres en particular, el corazon se dilata mas bien que se hipertrofia; en estas condiciones la piel se infiltra ligeramente, sobre todo en los párpados y las manos.

A la imperfeccion de la depuracion urinaria y á la alteracion de la sangre, deben atribuirse las múltiples modificaciones de los diversos sistemas ó aparatos. El pelo blanquea y se cae antes de tiempo; la vista se altera; se dibuja el arco senil, frecuentemente limitado á la mitad superior de la córnea; la oreja está con frecuencia abultada, roja y reluciente; mas raras veces la piel se encuen-

tra arrugada, pálida y elevada por pequeños depósitos calcáreos.

De la reunion de estos diversos signos resultan muchos tipos: tal enfermo está bastante grueso, tiene la cara encendida, el lóbulo de las orejas reluciente, los cabellos grises: tal otro se encuentra delgado, con la cara igualmente encendida, tiene el arco senil, está calvo; en uno y otro se presentan las temporales visiblemente tortuosas. Un tercero se presenta pálido, tiene el cabello blanco y raro, sus párpados y sus manos están infiltradas; se observa tremulacion muscular y la mirada es vaga; en fin, el enfermo tiene la conciencia de un estado general malo.

En todos existe una alteracion mental característica, casi constante; es una irritabilidad mas ó menos grande, que en el pleórico se demuestra por la irascibilidad, y en los otros por un estado de ansiedad, ó simplemente por una susceptibilidad exagerada y por una disposicion caprichosa.

El insomnio, sin fenómenos dolorosos, con un estado de excitacion cerebral, reducida á un círculo limitado de ideas, es otro de los síntomas mas frecuentes y penosos. En fin, el enfermo tiene necesidad de levantarse varias veces durante la noche para orinar; las orinas son abundantes y tardan mucho en hacerse escasas. A esto deben añadirse los caracteres del pulso, las afecciones de la piel (eczema sobre todo), de las mucosas (bronquitis, dispepsias), de las serosas, de las articulaciones (manifestaciones gotosas ó reumatismo crónico), y se tiene un conjunto de signos que, agrupados en mayor ó menor número, pueden conducir á un diagnóstico preciso.

Alteraciones digestivas: compresion del pneumogástrico como medio de tratamiento. (*The Britihss méd. journ.*).

Recordando el doctor H. C. Haud que el pneumogástrico tiene sobre los pequeños vasos del tubo digestivo una accion vaso-motriz diferente de la del gran simpático, pero tan incontestable como ella, aconseja obrar mecánicamente sobre este nervio en ciertos casos de accidentes gástricos ó intestinales. Comprime al efecto el pneumogástrico á lo largo del cuello, hácia el ángulo de

la mandíbula inferior, sirviéndose de la carótida como punto de gafa. En los casos en que es imposible la compresion, hace aplicaciones de conos de hielo. De esta manera contiene los vómitos rebeldes, y cree que se podrian curar tambien por el mismo procedimiento ciertas diarreas serosas. Pero como el pneumogástrico derecho se distribuye especialmente en el intestino delgado, mientras que el izquierdo inerva con particularidad el estómago, el autor aconseja obrar sobre uno de estos nervios con preferencia al otro, segun que se quieran modificar las condiciones de los intestinos ó del estómago.

Angina diftérica : tratamiento. (Lo Sperimentale).

El doctor Loli, que ha hecho un estudio especial de esta angina, y particularmente de su tratamiento, proscribe las cauterizaciones, las evacuaciones sanguíneas, los vomitivos y los purgantes, salvo en algunos casos excepcionales, y alimenta á los enfermos, cuidando de favorecer al mismo tiempo las funciones de la piel. Localmente emplea para hacer aplicaciones sobre las amígdalas, y si es necesario inhalaciones en la laringe, en caso de propagarse la enfermedad á este órgano, una mixtura que denomina antidiftérica, y se compone de agua de cal de 125 á 500 gramos; licor de percloruro de hierro, de 1,25 á 4 gramos; ácido fénico, de 0,50 á 1,30; miel rosada, 125. Se barniza cada dos horas la garganta con esta mixtura, y se administran en el mismo espacio de tiempo dos cucharadas de una mezcla de este líquido con tres ó cuatro veces su volúmen de agua ó de té. El resultado de este tratamiento ha sido, segun el autor, hacer bajar á 2 por 100 la mortalidad de la angina diftérica; reducir su duracion media á unos ocho ó diez dias, hacer rara y ligera la propagacion del padecimiento á las vías respiratorias, así como tambien las enfermedades diftéricas secundarias.

Angina membranosa : tratamiento por medio de los balsámicos. (Lyon méd.).

El doctor Trideau aconseja las fórmulas siguientes: Para un niño de seis años, desde 12 hasta 20 gramos de cubebas en las veinte y cuatro horas, segun la gravedad

del padecimiento. La cubeba debe estar fina y recientemente pulverizada en el momento de usarla, y el polvo se suspende en un julepe fuertemente dulcificado.

Pimienta cubeba.	12 gramos.
Jarabe simple.	100 —
Agua.	20 —
Vino de Málaga.	20 —

Si sobreviene diarrea, lo cual es raro, se administran algunas cucharadas de las de café de jarabe diacodion. Como alimentacion, café y mucha leche.

Para los adultos, 25 á 30 gramos de cubeba en las veinte y cuatro horas; y si la enfermedad es grave, se prescriben además en el mismo espacio de tiempo 20 ó 30 píldoras, conforme á la fórmula siguiente:

Copaiba solidificada.	50 centigramos.
Pimienta cubeba.	20 —

Para una píldora.

Pueden administrarse tambien algunas cucharaditas de jarabe de opio para oponerse á la diarrea.

La duracion del tratamiento es en general de cinco á seis dias, y desde el primero, segun el autor, dejan ordinariamente de producirse las falsas membranas.

Angina superficial escrofulosa crónica. (*Journ. de méd.*).

Con este nombre describe el doctor Lemaistre una afeccion de la garganta poco conocida aun, y caracterizada por la presencia de costras secas, duras, delgadas sobre la pared posterior de la faringe. Esta forma de angina, que no se observa hasta la edad de veinte y cinco años, empieza generalmente por la faringe, determinando alteraciones funcionales de poca importancia, puesto que apenas suelen sentir los enfermos mas que un poco de sequedad y de cosquilleo. Examinando la faringe, se ve que su parte superior está cubierta de pequeñas costras secas, pardas, que ocupan toda la extension de esta cara; tienen la forma de un pequeño rodete y el aspecto de las gotitas de estearina, que se dejan caer de una vela en el agua á muy poca altura. Se detienen casi siempre

bruscamente en el sitio en que el velo del paladar viene á aplicarse, en los movimientos de deglucion, sobre la pared posterior de la faringe. Debajo de estas costras, la mucosa está roja y tumefacta, pero no ulcerada. Se encuentran tambien las costras en los esputos, á los que dan un aspecto característico. Aun cuando estas lesiones puedan existir en otros sitios y debajo del límite que acabamos de indicar, su asiento ordinario es en la parte nasal de la faringe, en su porcion mas elevada, sobre la cara superior del velo del paladar. De aquí la afeccion se extiende frecuentemente á las fosas nasales, determinando un coriza crónico, que tiene de particular el no ser nunca ulceroso y no interesar el aparato auditivo, al contrario de lo que se observa en las otras variedades de coriza, que producen tan á menudo la inflamacion de la trompa. En muchas ocasiones los signos del coriza dominan á los de la angina, y entonces se descuida el exámen de la faringe, falta tanto mas fácil de cometer, cuanto que de la misma manera que las otras lesiones escrófulosas mas graves de la garganta, esta forma de angina tiene un carácter de indolencia notable.

Siendo esta afeccion de naturaleza esencialmente escrófulosa, hay necesidad de establecer un tratamiento general, del que no nos ocuparemos aquí. El tratamiento local consta de dos procedimientos: para las lesiones situadas debajo del velo del paladar bastarán los barnizamientos y los toques por medio de pinceles; para las que se encuentran encima y que se acompañan además casi siempre de coriza con ozena, son indispensables los chorros nasales. Deben practicarse con soluciones de alumbre (1 á 5 gramos por 1,000 de agua), de permanganato de potasa (20 á 50 centígramos por 1,000 de agua), de tannino (2 á 4 gramos por 1,000 de agua), de agua de Barreses ó de clorato de potasa (2 á 6 gramos por 1,000): los gargarismos serán de alumbre ó de clorato de potasa, y los barnizamientos pueden hacerse con una solucion muy diluida de nitrato de plata.

Aortitis crónica: sintomatología. (Union méd.).

En una Memoria presentada por el doctor Fousset á la Academia de ciencias de Paris, divide este autor la aor-

titis crónica en dos formas: una dolorosa, conocida bajo el nombre de angina de pecho, y otra poco ó nada dolorosa, y acerca de la cual formula las proposiciones siguientes:

La aortitis crónica es una enfermedad frecuente; de ordinario se la desconoce, confundiéndola con una afección del corazón ó con una nefritis intersticial.

La aortitis crónica sucede algunas veces á una aortitis aguda. Las causas son entonces las mismas: los alcohólicos, el tabaco, el café y el té son las circunstancias etiológicas que favorecen el desarrollo de la aortitis crónica. Todos los enfermos en quienes ha observado el autor este padecimiento, eran gotosos ó hemorroidarios.

Los síntomas principales son una disnea habitual, y de tiempo en tiempo grandes accesos de sofocación, los cuales tienen los caracteres de la disnea cardíaca. El pulso se acelera á la par que se pone pequeño, y acaba por desaparecer. Estado lipotímico, sudores fríos y algunas veces síncope completo. Durante los accesos, la inspiración es convulsiva y prolongada. El insomnio, la pérdida de fuerzas, la anemia, son los demás síntomas que acompañan á la aortitis y conducen á la caquexia caracterizada por el edema, las orinas albuminosas y el subdelirio. La muerte se verifica por asfixia, síncope ó accidentes urémicos.

Los signos físicos son diversas modificaciones en los ruidos aórticos, la formación constante de un plano en la línea esfigmográfica, y en un período avanzado el aumento del sonido á macizo en la región aórtica.

Aparato cuenta glóbulos. (Bull. de Thér.).

La numeración de los glóbulos de la sangre hecha por medio del microscopio, es un problema de grande importancia, tanto bajo el punto de vista fisiológico, como bajo el punto de vista clínico.

Ya ha sido objeto este asunto de ingeniosas investigaciones; pero los procedimientos que hasta ahora se han empleado les han parecido á los señores Hayem y Nacet poco prácticos ó incorrectos, según manifiestan en una nota presentada á la Academia de Ciencias de París. Estudiando con cuidado estos autores los diferentes ele-

mentos del problema, y comprendiendo la necesidad de evitar los errores debidos á los fenómenos de capilaridad que se producen en ciertos aparatos, han imaginado un método nuevo.

Hacen, como todos los observadores que les han precedido, una mezcla de sangre y suero todo lo mas homogénea posible, es decir, en la que puede admitirse que están repartidos por igual los elementos globulares. Pero como es imposible, ó al menos poco práctico contar los elementos contenidos en la masa total de la mezcla, era preciso encontrar un medio sencillo y correcto á la vez de circunscribir una parte matemáticamente determinada de esta mezcla, sin alterar por las maniobras de la operacion la reparticion de los glóbulos. Los autores creen haber conseguido este objeto con el aparato presentado á la Academia, y que se compone esencialmente de una célula formada por una laminilla delgada de cristal, perforada en su centro y pegada á otra lámina, tambien de cristal, porta-objeto perfectamente plano. La lámina perforada ha sido desgastada con el esmeril fino sobre un plano metálico para reducirla á un espesor determinado. Es bien sabido que vigilando esta operacion con el esférómetro, se puede obtener este espesor con una exactitud absoluta.

Se logra, pues, así una excavacion, cuya profundidad es matemáticamente conocida. Depositando en el centro de ella una gota de la mezcla sanguínea, y cubriéndola inmediatamente con una lámina de cristal muy plana que descansa sobre los bordes de la célula, se obtiene una capa de líquido de superficies paralelas y cuyo espesor es perfectamente conocido.

Si se tiene cuidado de colocar bien la gota del líquido que se va á examinar en medio de la célula y de no tomarla demasiado voluminosa para que llene por completo toda la cavidad, se evitará que levante la pequeña lámina que ha de cubrirla, y la gota se aplastará sin que se altere la diseminación regular de los glóbulos. Poniendo en los ángulos de la hojita de cristal que cubre la preparacion un poco de líquido viscoso, saliva, por ejemplo, se impide que esta lámina resbale y que se evapore la gota líquida.

Suponiendo ahora que la altura de la célula sea de $\frac{1}{3}$ de milímetro (es la que les ha parecido á los autores mas conveniente), es fácil por medio de un ocular cuadrulado contar los glóbulos de sangre en la extension de $\frac{1}{3}$ de milímetro cuadrado. Se obtiene de este modo el número de los glóbulos contenidos en un cubo de un $\frac{1}{3}$ de milímetro de lado, y una simple multiplicacion da los que encierra un milímetro cúbico de sangre pura. El cristal del ocular cuadrulado tiene un cuadro, cuyo lado adquiere en la línea de nivel marcada sobre el tubo del microscopio el valor de $\frac{1}{3}$ de milímetro. Este gran cuadrado está dividido en otros 46 cuadros iguales, y en medio de cada uno de ellos hay trazadas líneas recíprocamente perpendiculares que no llegan hasta los bordes. Esta disposicion hace fácil y rápida la numeracion de los glóbulos.

Esta debe comprobarse en cuatro, cinco ó seis puntos diferentes de la preparacion, evitando elegir los bordes, al nivel de los cuales se modifica á veces ligeramente la reparticion de los glóbulos.

Para hacer la mezcla sanguínea, emplean los autores simplemente dos pipetas perfectamente graduadas: una destinada á tomar la sangre y otra el suero.

Como líquido adicional, prefieren á los sueros artificiales las serosidades naturales, como la de la cavidad amniótica de la vaca, y sobre todo la serosidad de los derrames hidrópicos, que se producen en el hombre en ciertos casos patológicos. Puesto el suero y luego la sangre en una pequeña probeta de cristal, se verifica la mezcla por medio de un agitador de lo mismo en forma de paleta, al que se imprime con los dedos un movimiento rápido de vaiven que, batiendo el líquido, no tarda en diseminar los glóbulos de sangre de un modo uniforme.

Aplicando este método sobre cierto número de personas adultas y sanas, para tener desde luego una base de comparacion, el doctor Hayem ha encontrado, segun sus primeros ensayos, que el término medio fisiológico seria de 5 millones de glóbulos rojos por milímetro cúbico de sangre. Luego ha practicado observaciones clínicas, de las que indicaremos un solo ejemplo para fijar las ideas. Una clorótica presentaba al entrar en el hospital la cifra sumamente reducida de 3.425,000 glóbulos, que bajo la

influencia del tratamiento ferruginoso se vió elevar al tercer día á 3.208,750, y al noveno á 3.593,750, lo que hace un aumento de 500,000 glóbulos próximamente á los pocos días de esta medicación.

Auscultacion pleximétrica. (France méd.).

El distinguido clínico doctor Gueneau de Mussy ha publicado recientemente un artículo, dando á conocer este medio exploratorio. Cuando se aplica el oído, dice el autor, sobre la parte anterior del pecho, mientras que se percuten con uno ó muchos dedos doblados las apófisis espinosas dorsales ó lumbares, se oye un ruido vibrante, metálico, que es como el eco del ruido producido por la percusión; puede compararse al que se obtiene golpeando sobre la rodilla las dos manos reunidas por su cara palmar. El doctor Gueneau de Mussy designa este ruido bajo el nombre de consonancia pleximétrica; resulta, en efecto, de la consonancia de las partes que se exploran con las percutidas; el mismo fenómeno se produce cuando se percute la parte superior ó media del esternon, mientras que se exploran con el oído las regiones torácicas posteriores.

Si sobreviene alguna modificación en la densidad, la permeabilidad del tejido pulmonar, en la tensión del aire que le distiende, se modifica esta consonancia; en lugar de ser vibrante, como metálica, se debilita, se hace más oscura ó maciza, al mismo tiempo que se eleva á veces la tonalidad. Es un fenómeno correlativo á las modificaciones de sonoridad que se observan percutiendo directamente al nivel de las partes enfermas.

Este último modo de percusión, unido á la auscultación, basta sin duda alguna para resolver la mayor parte de los problemas clínicos, que presentan al médico las enfermedades de los órganos torácicos, y sin embargo, la percusión á distancia puede en ciertos casos confirmar, completar, corregir los datos suministrados por la percusión directa. Para no citar mas que un ejemplo conocido, diremos que en el pneumotorax la percusión del esternon hace que perciba el oído que ausculta la parte posterior del pecho ese ruido observado por Trousseau el primero,

y que designa con el nombre de ruido de bronce: en el caso en que el pneumotorax no comunique con los bronquios, este ruido puede ser uno de los signos mas importantes de esta afeccion. No hay entonces ni los anófrica, ni retintin metálico. El silencio del ruido respiratorio es el único fenómeno que se revela á la auscultacion, fenómeno importante sin duda, porque la falta de este murmullo vesicular no se encuentra ordinariamente en este grado, ni en el enfisema, ni en la adenopatía bronquial, y si, bajo la influencia de una tension excesiva del aire derramado, se puede ver á veces cambiarse en sonido á macizo el tímpanico que acompaña siempre al pneumotorax, no es nunca tan completo, y en ningun caso ofrece esa resistencia al dedo que se encuentra en el derrame pleurítico, el cual puede abolir tambien del todo el murmullo respiratorio. Sin embargo, estas presunciones, por bien fundadas que quieran ser, no tienen el valor patognómico del ruido de bronce.

En los enfermos inconscientes, ya á causa de su edad, ya por efecto de su estado cerebral, como, por ejemplo, los que se encuentran sumidos en el coma apoplético ó el estupor tífico, cuando no se pueden dirigir los movimientos respiratorios, para obtener un ruido vesicular apreciable, ó tambien cuando los estertores bronquiales ocultan este, en todas estas circunstancias la percusion suministra al diagnóstico sus principales elementos. Debe procurarse, por consiguiente, obtener de ella todo lo que puede dar: si las indicaciones de la percusion directa son mas decididas, mas marcadas respecto al estado de las partes superficiales, la percusion á distancia, cree el doctor de Mussy, que traduce mejor á veces las induraciones centrales del pulmon, por lo mismo que el origen del sonido está mas distante del oido que ausculta, y que las vibraciones sonoras, atravesando todo el espesor del órgano, revelan mejor las propiedades conductrices y las consonancias.

Esta condicion, útil en ciertos casos, es en otros inconveniente. En la mitad superior del pulmon puede permitir reconocer las induraciones centrales, siempre que tengan un volumen suficiente: en la mitad inferior, el hígado en el lado derecho y el corazon en el izquierdo, detienen

las ondulaciones sonoras, y no puede percibirse el signo de que acabamos de hablar, exceptuando las partes laterales extremas para las regiones pericardiacas y para la parte superior de la peri-hepática. En cambio, si hay un obstáculo á la apreciacion de las lesiones profundas del pulmon, dice el autor que no conoce mejor procedimiento para determinar el límite superior del hígado; cuando percutiendo las apófisis espinosas dorsales se pasea el oído de arriba abajo, partiendo de la clavícula, hay un sitio en que se detiene bruscamente la vibracion y el sonido se hace macizo. Este punto es notablemente mas elevado que el que se asignaria á la parte superior del hígado por la percusion directa, es la parte culminante de la superficie convexa. El cambio repentino de sonoridad se parece al que produce la brusca suspension de las vibraciones de un cuerpo sonoro por el contacto del dedo.

El mismo fenómeno se observa al nivel del corazon, y esta modificacion de la resonancia pleximétrica se percibe por delante y por detrás.

Examinando el autor recientemente por este método á una mujer en quien existia un derrame considerable en el lado izquierdo del pecho, se quedó admirado de oír una resonancia maciza muy por encima del punto á que llega el hígado ordinariamente, aun cuando la percusion directa daba en esta region un sonido claro y aun un poco timpánico: la exploracion de la region anterior demostró al doctor de Mussy que desde la vispera el corazon habia pasado al lado derecho del torax por un aumento repentino de la coleccion pleurítica y que latia debajo de la mama derecha.

En los casos dudosos de infarto del tejido pulmonar, la auscultacion pleximétrica ha suministrado al autor útiles enseñanzas. Así, recientemente ha observado á una mujer que se quejaba de disnea, de dolor en el lado izquierdo, con congestion característica de la cara, y en quien la sonoridad del pecho era normal, aunque en la mitad inferior el ruido respiratorio fuese muy débil y mezclado de estertor subcrepitante y se oyese la broncofonía. La percusion del esternon dió una resonancia maciza fuera de la que correspondia á la region cardíaca.

El mismo fenómeno ha percibido en dos casos de indu-

racion tuberculosa probable en el vértice del pulmon derecho.

Las induraciones de cierta extension dan un sonido macizo, no vibrante y de una tonalidad mas elevada que el sonido normal. Si la induracion no ocupa una extensa superficie, es necesario, para que el oido perciba este carácter, que esté colocado al nivel de aquella, de suerte que las ondas sonoras la atraviesen para llegar al tímpano que ausculta.

Es bastante curioso que la induracion pulmonar, que aumenta la resonancia de la voz, disminuye la vibracion pleximétrica; es fácil encontrar una explicacion de estos hechos contradictorios en la apariencia en la broncofonia; el sonido se produce en los tubos bronquiales, estos se hallan rodeados, en el estado sano, de un tejido esponjoso, de células llenas de aire, que trasmiten mal las vibraciones sonoras á las paredes torácicas. Si este tejido se indura, se hace mejor conductor del sonido, y el ruido bronquial llega al oido aplicado sobre las paredes. En el caso que nos ocupa, el foco de vibracion está en la periferia, en el esqueleto: si las ondas vibrantes deben atravesar el pecho para llegar al punto opuesto, se concibe que un medio alternativamente blando y duro, flexible y rígido, modifique su trasmision; pero si se trasmiten por las paredes, es preciso que la elasticidad subyacente de estas no altere su movimiento ondulatorio.

En la primera hipótesis podria admitirse que la generalizacion de la induracion á todo el espesor de un lóbulo, que las relaciones de la parte indurada con la region de la pared torácica que sostiene el oido hiciesen posible esta trasmision de las vibraciones.

Una tension considerable del torax como la que acompaña al enfisema, apaga el sonido y disminuye la vibracion. Al nivel de las cavernas la consonancia pleximétrica varia segun la extension de la cavidad, la posicion mas ó menos superficial que ocupa, el espesor de sus paredes. En muchos casos la vibracion es nula, el sonido que se percibe macizo y agudo.

Si la caverna es vasta y superficial, el sonido puede ser fuerte, resonante, pero es *muy agudo*; recuerda á veces el sonido cavernoso obtenido por la percusion directa: en

estos casos muy raros hay esa tremulacion especial, á que se ha dado el nombre de *olla cascada*. La agudeza del sonido le ha parecido al autor ser el carácter general de la consonancia percibida al nivel de las cavernas.

En resúmen: la investigacion de la consonancia pleximétrica es útil en dos circunstancias: 1.^a para reconocer el límite superior del hígado: este modo de exploracion le determina con una precision y una facilidad que no puede dar ningun otro método; 2.^a es tambien útil para comprobar la existencia de induraciones centrales en la parte superior de ambos pulmones, cuando la percusion directa no da ningun resultado positivo.

Este modo de auscultacion ha sido empleado desde Trousseau en el pneumotorax. Para concluir, añadiremos que á fin de obtener una consonancia bien distinta, es preciso, en cuanto sea posible, percutir sobre la piel desnuda en las regiones esternal y vertebral, y es bueno, cuando se sospecha una induracion central, percutir sucesivamente por delante y por detrás para comprobar uno por otro los resultados positivos.

Bocio exoftálmico: tratamiento por medio de la belladona.
(*The Lancet*).

Despues de haber ensayado en vano los diversos tratamientos preconizados por Trousseau, Stoker, Walshe, etc. contra esta efeccion, el doctor Smith, médico del dispensario de San Pancraccio, de Lóndres, se decidió á emplear la belladona, fundándose para ello: primero, en que la enfermedad ha sido considerada por algunos autores como dependiente esencialmente de una parálisis de la porcion cervical del gran simpático; segundo, porque, segun las investigaciones de ciertos prácticos, y sobre todo de los doctores Harley y Meryon, la belladona es un estimulante de este nervio.

Dos enfermas fueron tratadas por este medicamento: la primera, una mujer de veinte y cuatro años, que en el espacio de nueve meses habia hecho uso sucesivamente y sin resultado del hierro, la digital, la nuez vómica, la veratrina y las corrientes constantes débiles.

En julio de 1873, á los catorce meses de haber empe-

zado la afeccion, la triada sintomática era acentuadísima: ojos prominentes, como si se quisiesen salir de las órbitas, palpitaciones dolorosas al menor ejercicio, cuerpo tiróides muy desarrollado, y además de esto anemia y debilidad profunda, y de tiempo en tiempo accesos de calores urentes, que terminaban por sudores profusos, dejando á la enferma como moribunda. Habiendo sido inútil el acónito, que se administró en dósís de una gota cada dos horas, se recurrió á la belladona, dando cinco gotas de su tintura de hora en hora. Este tratamiento, comparado á los anteriores, produjo un efecto sorprendente. Al tercer dia habia disminuido el número de las pulsaciones, y se habian calmado las palpitaciones y los sudores al quinto dia: la enferma, condenada antes á la inaccion y el reposo, pudo pasearse. A los diez dias sobrevino una diarrea que obligó á suspender el medicamento, cuyo uso volvió á comenzarse pasado este accidente, pero reduciéndose la dósís á 15 gotas cuatro veces al dia con adición del hierro. Todos los síntomas se aliviaron gradualmente, desapareciendo en el espacio de seis semanas la diplopia, y necesitándose dos meses para producir un alivio notable en la exoftalmía. En mayo de 1874 los ojos estaban anchamente abiertos; no se veia la esclerótica por encima de la córnea; la hipertrofia del cuerpo tiróides habia casi desaparecido, y la enferma se hallaba en excelentes condiciones de salud y de fuerza.

En el segundo caso se trataba de una mujer de veinte y seis años, pero menos gravemente afectada que la anterior, cuando se la sometió al tratamiento por la belladona. Se siguió el mismo método, y al cabo de un mes podia considerársela como curada. Pero el volúmen del cuerpo tiróides habia disminuido muy poco, poniéndose duro y consistente por trasformacion fibrosa.

Es muy notable que en estas dos enfermas, despues del alivio producido por la belladona, hubo un desarrollo considerable de tejido adiposo.

En ambos casos se observaron recrudescencias de los síntomas, que cedieron muy pronto al mismo tratamiento.

No se administraba el medicamento durante la noche, y es de notar que se podian disminuir las dósís sin incon-

veniente, cuando se seguía la medicación de un modo continuo.

Habiendo establecido Harley que las dosis moderadas determinan la contracción, y las altas la dilatación de las arterias, importa mucho tener presente en la prescripción del medicamento la susceptibilidad individual, tan variable en cada sujeto.

En fin, como hay casos de palpitaciones completamente independientes de la exoftalmía y de la hipertrofia del cuerpo tiroideo en que la belladona ha sido muy eficaz, es posible que en los dos casos precedentes el alivio producido se verificase por intermedio del corazón obrando la belladona como sedante.

Bulimia de causa probablemente nerviosa. (*Bull. de Ther.*).

El doctor Lubelski, de Varsovia, ha comunicado á la Academia de Medicina de París un hecho curioso de *bulimia*, observada en una mujer de veinte y seis años, que gozaba ordinariamente de buena salud. Estaba casada hacia dos meses, cuando fué acometida de repente de accidentes nerviosos, que se atribuyeron al principio á un embarazo, por haber desaparecido la menstruación hacia algún tiempo. A la vez que estos fenómenos se presentó un apetito insaciable, un hambre devoradora. La enferma comía hasta catorce y diez y seis libras diarias de carne. No se encontró nada de particular en las orinas; ni albúmina, ni glucosa; la mujer engruesaba de una manera extraordinaria, en términos que á los pocos meses la fué imposible andar; pesaba doscientas cincuenta libras próximamente. Se ensayaron en vano todos los medios terapéuticos conocidos, los mas debilitantes, sin que se consiguiera resultado alguno: solo se observó una tolerancia absolutamente anormal para las sustancias tóxicas.

El doctor Lubelski se pregunta á qué causa puede referirse este estado patológico: no es la bulimia que se observa en ciertos enajenados; la enferma conservaba toda su inteligencia; no tenía ni ténia ni ningún otro helminto intestinal. Los accidentes convulsivos que presentaba, sobre todo cuando no había comido, hacían pensar en una neurose; ¿pero de qué naturaleza era esta? El autor propone la cuestión sin resolverla, y consulta á la Aca-

demia qué tratamiento hay que seguir, habiendo sido inútiles todos los empleados.

Catarro bronquial con enfisema: tratamiento por medio de la estricnina. (*Journ. de méd.*).

El doctor Siredey emplea en los casos de catarro bronquial con enfisema una medicacion que M. Barthez ha preconizado en los niños, cuando la acumulacion de mucosidades en los bronquios depende de la insuficiencia de los músculos pulmonares. Cita este práctico el caso de un niño que, despues de una escarlatina y una angina diftérica, se asfixiaba bajo la influencia de la acumulacion de las mucosidades. La administracion repetida de la tintura de nuez vómica al interior hizo desaparecer estos accidentes.

El doctor Siredey prescribe esta medicacion con especialidad en los viejos que padecen enfisema, catarro, que espectoran difícilmente y se asfixian sin poder arrancar sus esputos. La fórmula que generalmente emplea es la siguiente:

Jarabe simple.	100	gramos.
Sulfato de estricnina.	0,05	centigramos.

Se administran dos á cuatro cucharadas de las de café al dia. Bajo la influencia de este tratamiento, todo el aparato muscular de los bronquios y del pulmon parece que adquiere mayor fuerza, se rehace, la expectoracion se verifica con mucha mas facilidad, es abundante y va seguida de un alivio completo. El medicamento obra en este caso como expectorante, pero produce unos efectos que en vano se hubieran tratado de obtener con las prescripciones habituales.

Como siempre que se da la estricnina, su uso no deberá prolongarse demasiado tiempo, y de todos modos convenirá vigilar su accion.

Ciática: atrofia muscular que puede complicarla. (*Archiv. gen. de méd.*).

El curso de muchas ciáticas, la forma de los dolores, la atrofia muscular, en fin, que á veces las acompaña,

constituyen pruebas bastante sólidas para que pueda eliminarse una parte al menos de las ciáticas del grupo de las afecciones puramente funcionales, colocándolas en el de las *neuritis*. Este hecho, que ya se presumía por algunos autores, ha sido bastante bien demostrado por M. Landouzy en una extensa é interesante Memoria publicada en los *Arch. gén. de méd.*, y que termina con las siguientes conclusiones:

1.^a La atrofia muscular complica á la ciática con mas frecuencia de lo que generalmente se cree; es el resultado, no de la duracion ó de la intensidad de la enfermedad dolorosa, sino de la naturaleza de esta.

2.^a La causa de la distrofia, que no puede encontrarse ni en la inmovilidad del miembro ni en la accion refleja, se debe buscar en la supresion de la influencia trófica, ejercida normalmente por la médula sobre los nervios y sobre los músculos

3.^a Esta supresion es la consecuencia fatal de alteraciones de los nervios, sean estas las que quieran. Estas alteraciones se afirmarán por la atrofia muscular.

4.^a La atrofia muscular no se manifiesta indistintamente en todas las ciáticas: las seguidas de distrofia, no tienen el mismo aspecto que las que están exentas de alteraciones nutritivas. Las primeras, por los caractéres de sus dolores, recuerdan la sintomatología de la neuritis subaguda. Las segundas se parecen á las neuralgias por la agudeza de los dolores en accesos.

5.^a Estableciendo un paralelo entre las ciáticas atróficas y las neuritis clásicas, se pone de manifiesto la semejanza, si ya no es la identidad de las dos afecciones. Neuritis por sus caractéres sintomatológicos, neuritis por su aspecto y por su curso, estas ciáticas lo son tambien por las alteraciones tróficas que las acompañan.

6.^a El interés de la atrofia muscular en las ciáticas consiste todo en que al menos en un gran número de estas afecciones revela una alteracion material, una enfermedad del nervio. Esta es la consecuencia del reumatismo, del frio, de una compresion ó de una inflamacion en las partes inmediatas; resulta, en una palabra, de todas las causas que se han admitido para la neuritis propiamente dicha.

7.^a Si la neuritis se manifiesta en las afecciones dolorosas del ciático con mas frecuencia y mas decididamente que en otros nervios, es probable que dependa de la posicion superficial y del volúmen de este gran tronco así como de la facilidad con que puede inflamarse por contigüidad (afecciones pelvianas), ó sufrir compresiones por la misma causa.

8.^a No siendo la ciática una afeccion unívoca, el médico deberá investigar, por el estudio atento de las manifestaciones dolorosas, si se trata de una neuralgia ó de una neuritis.

No obstante, creemos que no hay mas que dar un paso para caer del dominio de la neuralgia en el de la neuritis. Existen en ambos casos alteraciones, pasajeras y poco profundas (¿congestion del nervio?) en el primero, durables y sérias (distrofia nerviosa) en los casos de neuritis.

9.^a El alivio y aun la curacion que pueden obtenerse en las ciáticas complicadas de atrofia muscular, no prueban nada contra las lesiones del nervio; es bien sabido que puede verificarse la regeneracion completa de estos cordones, y que una vez que han vuelto á hacerse permeables desaparece toda distrofia muscular.

10. La distincion de las ciáticas en neuralgias y neuritis, no interesa solo á su fisiología patológica, sino que importa mucho á su terapéutica. Se luchará sin tregua contra la enfermedad del nervio, y sus consecuencias (distrofias) que deberán tratarse por las corrientes continuas.

Cinesialgia, especialmente en la diástasis muscular: su curacion instantánea por la faradizacion local. (Journ. de Thér.).

Bajo el nombre de *cinesialgia* ó *dolores de contraccion*, designa el profesor Gubler el estado de un músculo cuya contractilidad no puede ponerse en juego sin determinar localmente un dolor de ordinario muy intenso, á veces intolerable y siempre mas ó menos incompatible con el ejercicio regular de la funcion motriz.

Bien disuntos de los dolores musculares reumatoídeos que se designan frecuentemente bajo la denominacion de *mialgias*, los *dolores de contraccion* se presentan del mismo modo en los aparatos contráctiles pertenecientes á la vida interior que en los de la vida de relacion.

En cierto número de casos la inflamacion parece desempeñar un papel en la produccion de estos fenómenos, como sucede en el reumatismo muscular, en las miositis, en las contusiones y en los accidentes traumáticos. Probablemente á esta clase de hechos deben referirse los dolores de contraccion que se observan en ciertos órganos provistos casi exclusivamente de fibras lisas; tales son: el tenesmo, la disentería, la disuria de la cistitis, etc., etc.

Pero en otros casos quizá mas numerosos, la cinesialgia no puede atribuirse á una alteracion inflamatoria de la fibra carnosa: los calambres de las pantorrillas, bastante agudos á veces para determinar el síncope, son un tipo de cinesialgia fugaz, sin lesion probable, inflamatoria ni de otro género de la fibra muscular. Segun el profesor Gubler, á esta categoría podrian tambien referirse ciertas afecciones muy dolorosas, constituyendo verdaderos accesos de cinesialgia, en que el sufrimiento provendria de la convulsion excitada en la region muscular por el filete motor que la anima, al contrario de lo que sucede en las neuralgias convulsivas propiamente dichas en que la iniciativa pertenece al nervio de la sensibilidad. En esta interpretacion, la neuralgia que complica frecuentemente la fisura de ano, seria una especie de cinesialgia. Igualmente habria de considerarse la contractura como el fenómeno primordial en los cólicos hepáticos, nefríticos, intestinales; el dolor no seria aquí mas que un fenómeno secundario asociado á la contraccion desordenada de la túnica muscular de los conductos biliares, urinarios ó del intestino, provocada ella á su vez por la presencia de un cuerpo extraño.

Pero los ejemplos mas comunes de cinesialgia no inflamatoria se encuentran en los estados morbosos nacidos de una contraccion anormal, irregular ó exagerada, producida, ya por un esfuerzo, ya por un *movimiento falso*.

Este fenómeno extraño, de un dolor intenso, á veces atroz, producido por el acto de la contraccion de un músculo indoloro en estado de reposo, insensible á la presion y que no presenta ningun signo de inflamacion, no se habia explicado aun. El doctor Gubler expone una teoría fisiológica que vamos á reproducir textualmente:

El músculo, dice, es una máquina que se carga por sí

misma á expensas de la fuerza creada por la oxidacion de la sangre que le baña; no recibe del nervio motor mas que la señal de la accion. En otros términos, el mecanismo está dispuesto, preparado; el influjo nervioso solo sirve para ponerle en juego, y cuando la fibra muscular se contrae, no hace mas que transformar su fuerza latente en fuerza de cohesion, haciendo aproximar bruscamente sus partículas integrantes.

En estado normal, es decir, en buenas condiciones de estructura, con una estimulacion nerviosa conveniente, con un músculo que responde bien á su excitante fisiológico, y cuyas moléculas son libres de obedecer al movimiento de condensacion, toda la fuerza puesta en juego se emplea en acortar activamente el músculo, en aproximar sus inserciones y producir un efecto mecánico proporcionado á su potencia. En semejante caso, los instrumentos de precision no permiten descubrir en el seno de la masa contráctil ni desarrollo de electricidad, ni elevacion de temperatura. Nada se ha perdido, nada se ha transformado.

Por el contrario, si la separacion entre los puntos de insercion permanece fija é invariable, y si, por consiguiente, las moléculas de la fibra motriz están inmovilizadas en el momento de la descarga nerviosa que conmueve el aparato, entonces se observa, como en los curiosos experimentos del profesor Beclard, un desarrollo de calor y de electricidad en relacion con la falta de trabajo efectivo.

A estas modificaciones fisiológicas se unen, segun el autor, alteraciones funcionales desconocidas ó poco apreciadas hasta ahora. Siempre que se impide la contraccion muscular, y que la fuerza que debia transformarse en cohesion y luego en accion mecánica encuentra un obstáculo para el cumplimiento de esta metamorfosis, el excedente disponible, recogido por el nervio isodico, se transforma en corriente sensitiva, pudiendo, segun su modo y su intensidad, engendrar dolores mas ó menos vivos, casi como una corriente eléctrica, cuya via de salida se encuentra de pronto fuertemente estrechada, da lugar á una evolucion mas ó menos considerable de calor y de luz.

Abordando en seguida el autor el estudio de los dolores

de contraccion en los esfuerzos ó falsos movimientos, mas propiamente llamados *miodiastasis* ó *diastasis muscular*, demuestra que la afeccion, á pesar de su frecuencia, ha sido casi completamente pasada en silencio por la mayor parte de los autores. Entre los músculos mas expuestos á esta lesion, deben citarse los largo-dorsales y los de la region lumbo-sacra, por efecto sin duda del trabajo considerable que tienen que ejecutar estas masas musculares, ya en la estacion vertical, ya en los esfuerzos para levantar pesos. Estos dolores no existen solo en un músculo, sino que pueden extenderse á los inmediatos, irradiándose de un punto central. Dos veces ha observado el autor la diastasis muscular en la base del pecho. Pero despues de la region lumbo-sacra, el cuello y la parte superior del dorso son las mas comunmente atacadas del padecimiento. En fin, este afecta con bastante frecuencia regiones circunscritas de los miembros, como el hombro y sobre todo la pantorrilla.

Entre los hechos de diastasis muscular, hay muchos que parecen abogar en favor de la idea de una rotura muscular, resultado de un esfuerzo considerable. Pero al lado de estos existen otros, en los que es absolutamente imposible explicar la dislaceracion de un músculo. El doctor Gubler cita en particular el caso de una diastasis del deltóides, ocurrida en una mujer que estaba lavando; la de una diastasis de la region dorsal en un hombre que se paseaba tranquilamente.

En estos casos, es necesario evidentemente tener menos en cuenta la intensidad de la contraccion que el modo como se verifica y las condiciones anatómicas en que se encuentra el aparato contráctil cuando entra en funcion. El autor demuestra, respecto al modo cómo se efectúa la contraccion, que la diastasis muscular se manifiesta especialmente cuando la coordinacion voluntaria ó automática no está suficientemente reglada durante los golpes de tos, el estornudo, en medio de los movimientos bruscos determinados por un susto, etc. La frecuencia extrema de esta diastasis en la pantorrilla ó en la region lumbo-dorsal en el momento de bajarse de la cama, permite suponer que la lesion muscular es quizá facilitada por la persistencia parcial de un cierto grado de entorpecimiento

del sistema neuro-motor, del que resultaria una reparacion desigual de las órdenes de la voluntad y del influjo nervioso.

Por otra parte, ciertas alteraciones de estructura de los músculos, consecutivas á una diástasis anterior ó sintomáticas de una afeccion presente, tales como la inercia muscular, el reumatismo, constituyen verdaderas predisposiciones. En estos últimos casos, el menor esfuerzo, aunque sea inconsciente, basta para modificar la fibra contráctil, y la cinesialgia es, por decirlo así, espontánea.

Un dolor mas ó menos vivo, á veces bastante agudo para determinar el síncope, sobreviniendo á cada movimiento; una sensacion dolorosa que persiste despues de estos paroxismos; la falta constante de dolor á la pression; á veces un poco de hinchazon y de edema de la region; tales son los síntomas ordinarios que se observarán en la diástasis muscular, cuyo diagnóstico es en general fácil. El doctor Gubler refiere, sin embargo, un caso muy interesante de arrancamiento de la apósis espínosa de la segunda vértebra dorsal, producido en una violenta contraccion muscular, y que se habria desconocido seguramente, tomándola por una simple diástasis sin un exámen muy detenido y minucioso.

Todo el mundo conoce los diversos medios aconsejados contra la diástasis muscular: el reposo, la calefaccion local, las fricciones, los sinapismos, las aplicaciones narcóticas, los baños, el amasamiento; todo esto, segun el autor, son recursos mas ó menos ilusorios ó paliativos. El solo agente seguro de curacion es la electricidad, que tiene además la ventaja de ser de una accion instantánea. Aun cuando cree que los diferentes modos de electrizacion darian buenos resultados, hasta ahora no ha empleado M. Gubler mas que la faradizacion, prefiriendo la extra-corriente. Recomienda empezar siempre por una corriente débil ó media, cuya intensidad se aumenta poco á poco; ordinariamente bastan dos á tres sesiones de 10^m á 15 minutos de duracion para hacer desaparecer radicalmente las cinesialgias mas violentas. Esta eficacia constante y esta maravillosa rapidez de accion de las corrientes de induccion, prueban que los dolores de las miodías-

tasis, extrañas á la rotura de los músculos, dependen únicamente de un estado molecular especial de la fibra contráctil, estirada y distendida por el esfuerzo.

La electricidad produce tambien buenos efectos en las otras cinesialgias determinadas por contraccion muscular, en las afecciones *à frigore* ó reumáticas de los músculos, en fin, en las pleurodinias. En cuanto á las cinesialgias viscerales, que se conocen mas bien con los nombres de cólicos, se modifican mejor por el calor.

En fin, M. Gubler termina su importante trabajo, emitiendo la idea de que el dolor de la fisura de ano, que es verosímilmente una cinesialgia refleja, cederá quizá, como los otros, á la accion de las corrientes farádicas.

Apenas publicada la Memoria que acabamos de analizar, el doctor Sieffermann ha dado á conocer en la *Gaceta médica de Strasburgo* dos casos de cinesialgia consecutiva á diástasis musculares curados por las corrientes continuas. El uno era un lumbago, y el otro una diástasis del muslo. Estos dos hechos confirman los resultados obtenidos por el profesor de terapéutica de Paris, y justifican sus previsiones respecto á la accion de las corrientes continuas.

Cistitis: tratamiento por medio del ácido salicílico. (*Berl. Klin Woch.*)

Sabiendo que el ácido salicílico es eliminado en sustancia por las orinas, y teniendo en cuenta por otra parte que pequeñísimas cantidades de él bastan para impedir la fermentacion alcalina de la orina y suspender la produccion de bacterias, el doctor Fürbringer (de Heidelberg) ha tenido la idea de administrar al interior esta sustancia en los casos de cistitis, de pielitis ó de retencion de orina, á fin de impedir la fermentacion intra-vesical del líquido urinario. El resultado ha sido completamente satisfactorio, y para apoyar esta práctica refiere el autor cuatro casos que resumiremos aquí brevísimamente.

1.º Tísis avanzada con parálisis espinal. Orinas fétidas y alcalinas; depósito conteniendo cristales, corpúsculos purulentos y bacterias. La orina perdió su olor despues de la ingestion de 4 gramos próximamente de ácido salicílico en dosis fraccionadas.

2.º Enfermedad de Bright crónica con catarro de las vías urinarias. Orinas albuminosas, muy alcalinas, fétidas y conteniendo bacterias y corpúsculos purulentos. Ácido salicílico en cantidad de 75 centigramos diarios. Al noveno día la orina había perdido sus caracteres anormales, conservando solamente la albúmina y algunos corpúsculos de pus.

3.º Cistitis que contaba muchos años de fecha y hacia necesario el uso de la sonda. Ácido salicílico en cantidad cotidiana de 75 centigramos á 1 50 centigramos. No habiéndose producido resultado alguno al cabo de doce días, se lavó la vejiga con gran cantidad de agua para limpiar sus paredes de la capa moco-purulenta que se suponía debía obrar como fermento. Continuado el uso del remedio, no tardó en restablecer la orina á su estado normal.

4.º Cistitis aguda. Orinas alcalinas, purulentas y fétidas, que volvieron rápidamente á su aspecto normal por el uso interno del ácido salicílico.

El doctor Fürbringer hace notar que en todos estos casos el medicamento ha suspendido los fenómenos de fermentación urinaria, sin impedir la formación de las células de pus sobre la mucosa vesical ni el estado purulento de la orina.

Cólera: tratamiento por las inyecciones subcutáneas de hidrato de cloral y el sulfato de quinina. (*Brit. méd. journ.—Rev. des Scienc. méd.*).

En el momento en que el mundo médico estudia á la vez la acción curativa del hidrato de cloral en el tétanos y la acción anestésica del mismo medicamento en inyecciones intravenosas, parécenos oportuno dar á conocer los resultados obtenidos con el hidrato de cloral en el tratamiento del cólera por los prácticos que ejercen en la India.

En la *Gaceta de las Indias* de 14 de febrero se inserta un trabajo del doctor Higginson, médico civil de Kheri, en el reino de Ouda, y una carta del doctor Hall, elogiando la eficacia de este modo de tratamiento. El último de estos prácticos recuerda que en 1870 ya estableció el principio de que en el período de colapso del cólera existe irrita-

cion interna de ciertos ramos nerviosos, y está, por consiguiente, indicado el uso de los sedantes, los cuales deben administrarse por el método hipodérmico, porque la absorcion gástrica es nula ó muy débil en este período de la enfermedad. Fundándose en estos datos, y de acuerdo con el doctor Collins, prescribió el hidrato de cloral á un soldado que se hallaba en el último período del cólera, consiguiendo por este medio la curacion en el espacio de cinco horas.

El autor da grandísima importancia al grado de fuerza de la solucion, y prefiere la preparada á $\frac{1}{10}$ (cloral, una parte; agua, 10). Demasiado fuerte, la solucion no es absorbida y produce ulceraciones de la piel. El tratamiento que este práctico sigue en los tres períodos del cólera, consiste en administrar de hora en hora durante la diarrea premonitoria (que es casi siempre indolente) 30 gotas de ácido sulfúrico, diluido en un gran vaso de agua fuertemente alcanforada. Si la diarrea no se calma y sobrevienen vómitos, practica una primera inyeccion subcutánea. Cuando es llamado á ver al enfermo en el período álgido, inyecta 10 granos de cloral, disueltos en 100 gotas de agua en cuatro ó cinco sitios diferentes, segun la capacidad de la jeringa. En general basta esta dosis; pero si no se produce la reaccion en el espacio de una hora, debe repetirse la operacion. Los enfermos piden de ordinario con insistencia agua fria, que no hay inconveniente en darles á voluntad, pero no debe administrarse opio ni estimulantes.

Si despues de la reaccion sobreviene una fiebre secundaria, se dará el sulfato de quinina á dosis variadas de hora en hora ó cada dos horas, al mismo tiempo que leche, caldos y ligeros estimulantes.

El doctor Higginson refiere haber tratado por este método diez y nueve casos de cólera, de los que no ha perdido mas que dos enfermos; en uno de ellos el tratamiento estuvo mal dirigido; en el otro, el curso de la enfermedad era fulminante. Los diez y siete sujetos restantes, todos habian llegado al período álgido cuando se empezaron las inyecciones. Segun el autor, estas deben hacerse en los brazos ó las piernas, introduciendo atrevidamente la cá- nula en el espesor de las carnes.

La mayor dosis de cloral empleada ha sido de 46 gramos en ocho inyecciones. Cuando el caso es muy grave, se hacen cuatro inyecciones á la vez; y si pasada una hora no han producido efecto, se practican otras cuatro. Ordinariamente los enfermos se duermen á las dos horas. El autor no ha empleado ningun otro remedio, administrando solo un poco de agua fria despues de haberla sometido á la ebullicion.

Mucho tememos que este medio corra parejas con tantos otros como se han preconizado en el tratamiento de esta terrible dolencia. Sin embargo, no vemos inconveniente grave en su ensayo.

Sulfato de quinina.—En un trabajo publicado por el doctor Huberwald, en 1869, acerca de la diarrea del cólera observado en Munich, habia ya recomendado este práctico el sulfato de quinina como uno de los mejores medios que pueden emplearse en todos los estadios del cólera epidémico, y describia detalladamente los felices resultados que habia obtenido con este tratamiento en 1855 y 56 en Nueva Orleans.

La epidemia colérica que ha reinado en Munich en 1873 y 74, le ha proporcionado una nueva ocasion de experimentar la eficacia de este medicamento.

Aunque el número de los casos observados es bastante reducido, los resultados han sido de nuevo muy favorables.

El doctor Huberwald empieza haciendo notar que entre los enfermos que ha tenido que tratar, figuran algunos de catarros gastro-intestinales, que tiene cuidado de excluir de su estadística.

Estas afecciones pueden á veces confundirse con el cólera, pero se distinguen por los caracteres siguientes: el pulso permanece normal ó presenta ligerísimas modificaciones; no hay colapso ni postracion extrema. Estos pseudo-cóleras ó enteritis coleriformes no se trasforman nunca en cólera verdadero, aun cuando ocurran recaidas por efecto de alguna imprudencia.

Apenas es posible, añade el autor, confundir estos catarros intestinales con la diarrea prodrómica del cólera; en los casos dudosos, los gorgoteos, los borborignos, la abundancia de las deposiciones y su carácter acuoso, su

frecuente repeticion, la debilidad profunda del enfermo, la cefalalgia, la constriccion epigástrica pondrán en el camino del diagnóstico.

Mas difícil es establecer el límite entre la colerina y el cólera; la albuminuria, que se ha dado como el signo patognomónico de esta última afeccion, no constituye un criterio suficiente.

Conforme á las observaciones del doctor Mühlhäuser (de Espira), el autor ha notado la albuminuria á consecuencia de simples catarros gastro-intestinales. Los signos diagnósticos mas seguros les revela la diferente intensidad de los síntomas:

Cólera. — Deyecciones alvinas acuosas, parecidas al cocimiento de arroz; anuria, frialdad de las extremidades, debilidad extrema del pulso; en un período mas avanzado: cianosis, algidez completa, pulso filiforme y casi imperceptible, muerte en el espacio de doce á cuarenta y ocho horas.

Colerina. — Deyecciones aun coloreadas, pero sumamente profusas y frecuentes; vómitos biliosos, colapso, muerte por extenuacion ó curacion lenta y difícil. Tal es el cuadro general de los síntomas propios á las dos afecciones.

Los casos tratados por el autor han sido: veinte y dos de diarrea coleriforme ó de colerina simple; doce de colerina grave y diez de cólera; ocho de ellos con cianosis.

Los enfermos de las dos primeras categorías curaron todos sin recidivas ni complicaciones. De los diez coléricos siete se salvaron y murieron tres. El tratamiento ha durado en todos los casos por término medio de cuatro á siete dias. El principal medicamento usado fué el sulfato de quinina á dosis variables, segun el período y el grado de la enfermedad.

En la *colerina*, el autor administra esta sal en polvo, ordinariamente en cantidad de 80 centígramos en 8 dosis, una cada dos horas. Esta cantidad se reduce á 20 ó 50 centígramos diarios para los niños. Segun las observaciones del doctor Huberwald, la diarrea se contenia por lo comun en el espacio de veinte y cuatro horas; algunas veces no cedió hasta el segundo dia de tratamiento. En todos

los casos los enfermos se sentian aliviados, y la curacion era la regla.

En los casos de *colerina grave sin vómitos* se empleó el mismo medicamento, pero á dosis mas frecuentemente repetidas (una toma de hora en hora y luego cada dos horas de la misma cantidad anteriormente dicha). Bajo la influencia de este medio las deposiciones se hacian menos copiosas y mas raras, y á menudo desde los primeros dias se presentaban sólidas.

Colerina con vómitos.— El autor en estos casos ordenaba en primer lugar á sus enfermos la mixtura siguiente: licor amoniacal anisado y tintura de capsicum, 3 gramos; agua destilada, 180 gramos. Los vómitos cesaban con bastante prontitud bajo la influencia de esta preparacion, y entonces es cuando administraba el sulfato de quinina, ya exclusivamente, ya al mismo tiempo que la mixtura anterior, si persistian las náuseas. En estos casos se producía el efecto á los dos dias, y no se hacia esperar mucho tiempo la curacion. Por lo comun bastaba el uso interno del sulfato de quinina; pero si los vómitos y la diarrea eran muy intensos ó iban acompañados de colapso, recurria el autor á las inyecciones hipodérmicas de esta misma sal como en los casos de cólera. En cuanto al régimen, recomienda el doctor Huberwald al principio la dieta absoluta, y en cuanto fuese posible la abstencion de bebidas, apagando la sed por la ingestion de pequeños fragmentos de hielo. Luego que cesaban los vómitos, ordenaba una infusion de café puro, con ó sin coñac; mas adelante caldo y vino de Burdeos mezclado con agua. Pasados dos ó tres dias, cuando habia cesado completamente la diarrea y empezaba á reaparecer el apetito, hacia tomar á sus enfermos huevos pasados por agua y carnes ligeras.

De los casos de *cólera* tratados por el autor, dos eran ligeros (vómitos, deposiciones líquidas, inco'oras y repetidas, ojos profundamente hundidos, pulso muy débil, secrecion urinaria suprimida). El tratamiento fué el mismo que el de las colerinas graves.

Despues de haber concluido los ocho primeros papeles de sulfato de quinina, se continuaba el medicamento en dosis de un papel cada dos horas. Uno de los enfermos

(hombre de cuarenta y dos años) se alivió desde el segundo día; cesó la diarrea, la piel se puso mas caliente, el pulso mas fuerte, se restableció la secrecion urinaria, y desde el tercer día se levantaron las fuerzas, renació el apetito, y el sujeto pudo levantarse de la cama á los pocos días.

El segundo caso se refiere á una mujer de quince años que, bajo el influjo de la misma medicacion, entró en convalecencia á partir del cuarto día.

En los otros ocho casos de cólera se administró el sulfato de quinina por la via subcutánea desde el principio de la enfermedad. La mixtura amoniacal compuesta no bastó siempre para contener los vómitos, y hubo necesidad, para combatir este síntoma, de hacer uso de la preparacion siguiente:

Amoniaco liquido.	20 gotas.
Agua.	180 gramos.

En la mayor parte de los casos el alivio se hacia sentir desde el segundo día; por lo comun tres ó cuatro despues era completo el restablecimiento. El autor termina dando algunos detalles útiles acerca del modo de administracion del sulfato de quinina.

La fórmula de la solucion que emplea es la siguiente:

Sulfato de quinina.	1 gramo.
Ácido sulfúrico diluido.	(c. s.) 8 gotas.
Agua destilada.	4 gramos.

En algunos casos ha recurrido al clorhidrato de quinina, cuyos efectos no parecen tan ventajosos como los del sulfato.

Para los adultos, dice, la inyeccion no debe contener menos de 0,70 á 0,80 centígramos de sulfato de quinina. En los niños menores de seis años, inyecciones de 20 á 30 centígramos; y pasando de esta edad, de 30 á 50 centígramos.

Pareceria, pues, á juzgar por la estadística precedente, que el tratamiento empleado por el doctor Huberwald es preferible á todos los demás, puesto que en realidad da un 70 por 100 de curaciones, mientras que hasta ahora la cifra de la mortalidad se elevaba á 80 por 100.

Quizá, añade el autor, los resultados serán mas brillantes aún si se tiene cuidado de recurrir desde luego á las inyecciones subcutáneas de sulfato de quinina, porque este método es á la vez mas rápido y mas seguro. En algunos casos sumamente intensos no se obtienen efectos de la quinina porque no es absorbida.

Nunca debe asociarse esta sal á los otros agentes que generalmente se usan en el cólera (opio, calomelanos, amargos y astringentes), porque con ello no se consigue mas que disminuir la eficacia de este precioso medicamento. Se ignora aun el modo de obrar la quinina en semejante caso. Esta accion parece consistir, dice, en una tumefaccion y en una contraccion durable de los capilares intestinales y de los músculos del abdómen. Gracias á este efecto, la quinina combate la diarrea, y constituye por esto mismo un agente curativo precioso del cólera.

El doctor Budge ha comprobado en sus experimentos que la extirpacion del plexo solar es seguida de diarrea profusa; el doctor Pinque ha observado los mismos resultados por la extirpacion del plexo meseráico. Se puede, pues, considerar, segun el autor, la diarrea como la consecuencia obligada de una afeccion del plexo meseráico y como uno de los elementos primordiales de la enfermedad, que se puede combatir eficazmente por el sulfato de quinina. Haciendo desaparecer este fenómeno, se llegaria á curar la enfermedad misma, que tan á menudo termina de una manera fatal.

Aunque estemos muy lejos de aceptar sin reserva las conclusiones de esta Memoria, los hechos en que se apoya su autor nos parecen dignos de ser tomados en consideracion.

Colesteremia. (Giornale ven. d. sc. mediche).

Desde 1862 viene ocupándose el doctor Flint, en el estudio de la génesis, composicion química y efectos fisiológicos de la colessterina y de la relacion que existe entre las funciones nerviosas y la presencia de esta sustancia en la bilis. Nuevos experimentos le han demostrado con certidumbre la presencia de la colessterina en la sangre, los nervios y la bilis. Al atravesar el cerebro, la sangre

se carga de colessterina y la deposita en su paso por el hígado. El autor ha comprobado también, según dice, que en los casos de hemiplejía, la *sangre que recorre el lado enfermo no contiene colessterina, mientras que en el lado sano se encuentra esta en cantidad normal*. Estos experimentos prueban que la colessterina se forma en la sustancia nerviosa, y que es eliminada por el hígado. Según Flint, es una sustancia excrementicia que se acumula en la sangre cuando no puede ser eliminada por el hígado degenerado, y produce entonces un estado morboso, que el autor denomina *colessteremia*.

En un caso grave de degeneración hepática con estupor, coma y convulsiones, encontró el doctor Flint en la sangre una cantidad de colessterina triple de la que existe en los hechos ordinarios de ictericia.

En otro caso de cirrosis en que sucumbió el enfermo con accidentes nerviosos muy marcados se demostró también una grandísima cantidad de colessterina en el líquido sanguíneo.

La colessterina, pues, sería, en resumen, un producto del trabajo de la sustancia cerebral y nerviosa, producto arrastrado por la sangre y separado de esta por el hígado. De aquí penetraría en el intestino con la bilis, siendo eliminada en la cantidad de unos 10 gramos en cada veinte y cuatro horas.

Cuando el hígado está enfermo ó cuando por una causa cualquiera, la colessterina no es separada de la sangre, sobrevienen graves perturbaciones nerviosas, las cuales caracterizan la *colessteremia*, que no debe confundirse con la *colemia*.

Congestion cerebral: efectos terapéuticos del oxígeno.
(Gaz. méd.).

El doctor Tamin Despalle ha llamado la atención de la Academia de Ciencias de París, acerca de los efectos obtenidos por medio del oxígeno en un caso de congestión cerebral grave con caída y parálisis de todo el lado derecho del cuerpo, de que fué acometido el día 18 de abril un diputado de la Cámara legislativa. La cara estaba vultuosa, el pulso á 82, y el estómago contenía una notable cantidad de alimentos, porque el enfermo había

comido media hora antes del accidente. El doctor Despalle no creyó deber sangrar, aplicar sanguijuelas, ni administrar vomitivos, y prescribió las inhalaciones de oxígeno puro por medio de un inhalador que facilitó M. Limousin. Desde las primeras inhalaciones, dijo el enfermo que se sentía mucho mejor. El movimiento y la sensibilidad fueron restableciéndose poco á poco en el lado paralizado. El ataque tuvo lugar á las dos de la tarde. A las seis se presentaron algunos escalofrios, seguidos de una abundante emision de orina, bostezos repetidos y eructos. A las siete, el enfermo podia tenerse de pié; el mal estaba conjurado. Se habian consumido unos 10 litros de oxígeno puro. El autor cree que este medio terapéutico merece llamar la atencion de los prácticos. En la Sociedad de Terapéutica, donde se ha discutido el valor terapéutico del oxígeno en la congestion cerebral, manifestó el doctor C. Paul su opinion respecto á los servicios que pueden prestar las inhalaciones de este gas en la congestion con accidentes asfíxicos, pero solo contra estos accidentes, porque es de toda evidencia á su juicio que el oxígeno no tiene poder alguno para combatir la apoplejía misma. Tal es tambien la opinion de Dujardin Beaumez y Bucquoy. Este último préfiere la sangría al oxígeno, y *a priori* le parece que la sangre cargada de este gas se hace estimulante y muy capaz por consiguiente de aumentar la hemorragia si se trata de una apoplejía verdadera. Sin embargo de esto, invoca á la experimentacion para juzgar del medio preconizado; pero en tanto dará la preferencia á las emisiones locales ó generales cuando tenga que combatir accidentes de hiperemia cerebral. Nos parece por todo extremo prudente la conducta del doctor Bucquoy.

Conmocion y contusion cerebral; signos oftalmoscópicos diferenciales. (*Gaz. des hop.*).

Quando á consecuencia de un golpe en la cabeza, un sujeto pierde el conocimiento y parece paralizado, hay siempre motivo para dudar si se trata sencillamente de un aturdimiento pasajero debido á la conmocion del cerebro, ó si por el contrario existe contusion de la sustan-

cia nervosa ó compresion de ella por un derrame seroso ó sanguíneo.

Segun una nota presentada por el doctor Bouchut á la Academia de Ciencias de Paris, el oftálmoscopio presenta datos importantísimos para aclarar este diagnóstico.

Si no hay mas que conmocion del cerebro, el nervio óptico conserva su forma y sus colores habituales; las venas retinianas, así como la retina, no presentan ninguna modificacion.

Si existe contusion del cerebro, con ó sin inflamacion consecutiva, ó bien si hay derrame seroso ó sanguíneo, con ó sin fractura del cráneo, el nervio óptico y la retina están enfermos. El primero se encuentra abultado, como aplastado, de un color de rosa uniforme, á veces mas vascular; sus contornos son menos decididos y perceptibles y es asiento de una sufusion serosa, parcial ó general que se extiende á la retina inmediata bajo la forma de un tinte opalino, transparente, que vela mas ó menos el borde papilar.

Las arterias disminuyen algunas veces de volúmen si la sufusion se ha extendido á la vaina del nervio óptico y las venas retinianas mas ó menos dilatadas, indican por la dificultad de su circulacion que esta es tambien dificil en el interior del cráneo.

Convulsiones: tratamiento por medio del cloral. (*Gaz. med. de Lisboa*).

Segun el doctor Darin, una de las propiedades mas preciosas y mas constantes del cloral es su accion contra las convulsiones. En los tres años que hace emplea este medicamento con frecuencia, le ha faltado alguna vez como anestésico ó como somnífero, pero nunca como anticonvulsivo, á excepcion de dos casos de tétanos traumático que terminaron fatalmente en pocos dias á pesar de las fuertes dosis de cloral que se administraron. En todos los demás casos de accidentes convulsivos, el cloral ha sido siempre un remedio heróico, manifestando sus poderosos efectos en los ataques epileptiformes del reblandecimiento cerebral, del alcoholismo crónico, de la eclampsia, etc. En las convulsiones de los niños, es donde principalmente

ha comprobado el doctor Darin, por experiencias repetidas, la eficacia del medicamento. Cuando la causa que produce la excitacion no es una enfermedad grave, la curacion es inmediata y definitiva, y hasta en los casos en que la causa de la eclampsia infantil es una afeccion seria, como la meningitis, la escarlatina, la bronquitis capilar, el cloral hace cesar los movimientos convulsivos.

La fórmula ordinaria es la siguiente: hidrato de cloral, 6 gramos; esencia de menta piperita, una gota; jarabe simple, 100 gramos. Se administra una cucharada grande á los adultos, y de las de café á los niños menores de dos años, de media en media hora, ó de cuarto en cuarto de hora, en los casos urgentes, hasta que hayan cesado los movimientos convulsivos.

En los adultos, cuando se trata de obtener los efectos sedantes ó el sueño, aconseja el doctor Darin que se añadan á esta pocion 5 centigramos de sulfato de morfina.

El doctor Davreux confirma por su experiencia propia las aserciones de este autor, llamando la atencion acerca del uso del cloral en lavativas, que es á su juicio el mejor modo de administracion, sobre todo en los casos de eclampsia, en que los niños, habiendo perdido el conocimiento, no pueden verificar la deglucion. De ordinario prescribe 4 á 6 lavativas diarias compuestas de 30 á 60 gramos de agua gomosa ó cocimiento de linaza, y 10 á 30 centigramos de cloral y aun más, segun la edad del niño. En los muy pequeños, de seis meses por ejemplo, se limita á emplear 25 centigramos de cloral en 2 ó 3 lavativas puestas á cortos intervalos. Con este medio ha visto cesar muchas veces las convulsiones de la primera denticion.

Coriza : tratamiento por medio del tanino y del peroloruro de hierro. (*Tribun. méd.—Gaz. des hop.*).

El autor de un artículo, publicado en la *Tribune méd.*, recomienda contra el coriza un procedimiento que, sin ser bastante poderoso para hacerle desaparecer rápidamente, puede, sin embargo, disminuir sus principales molestias. En el momento en que el enfermo experimenta los primeros síntomas de coriza ó la cefalalgia, la sequedad de la boca y los fenómenos dependientes de la con-

gestion pituitaria son ya muy incómodos, la indicacion principal consiste en provocar una enérgica contraccion de la mucosa y disminuir su volúmen. Este resultado se obtiene por el uso del tanino, mezclado á un polvo inerte, segun esta fórmula :

Tanino.	0,05
Polvo de raíz de lirio.	} aa. 1 gramo.
Idem id. de malvavisco.	
Tintura de vainilla.	4 gotas.

Para aspirar á pequeñas dosis por la nariz tres ó cuatro veces al dia ó más si fuese necesario.

En los niños, en quienes el coriza constituye una enfermedad mucho más séria, es preciso modificar el procedimiento. Despues de haber hecho preparar la pomada siguiente :

Tanino.	0,05
Manteca.	5 gramos.
Tintura de vainilla.	5 gotas.

Se arrolla entre el pulgar y el índice un pequeño cuadrado de papel, de manera que forme un cilindro sólido, pero tan poco rígido, que se doble al menor movimiento lateral que haga el niño cuando se le introduzca en la nariz; se le cubre bien con la pomada y se le hace penetrar bastante profundamente en las fosas nasales.

De esta manera se provocan uno ó dos accesos de estornudo, y siempre, especialmente en los adultos, se consigue la desingurgitacion de la mucosa.

Percloruro de hierro.—A las inhalaciones de agua fresca pura ó asociada á un poco de amoníaco, que se emplean con mucha frecuencia en Inglaterra, cree el doctor Proust, que debe sustituirse la tintura de percloruro de hierro. La siguiente fórmula, completamente inofensiva, puede prestar verdaderos servicios en este caso.

Tintura de percloruro de hierro.	} aa. partes iguales.
Glicerina pura.	

Una cucharada de las de café en un vaso de agua, para inhalaciones.

Coriza crónico : tratamiento. (*Journ. de med. et chir. prat.*).

El coriza crónico ó catarro crónico de las fosas nasales pasa por diferentes fases. Después de numerosas recidivas de catarro agudo se produce el crónico con engrosamiento, luego ulceraciones de la mucosa, á veces producciones polipiformes, lesiones óseas, etc.

El doctor Manné recomienda en estos casos la aplicación de la rinoscopia para descubrir los puntos lesionados y poder proceder eficazmente al tratamiento local. Al efecto, se lava exactamente la cavidad nasal por medio del chorro, con una solución salina caliente que contenga 4 gramos de sal común por medio litro de agua. En seguida se aplica con un pincel sobre la mucosa nasal, para disminuir su congestión y su engrosamiento, una solución compuesta de 3 gramos y 60 centigramos de nitrato de plata por 30 gramos de glicerina. Esta aplicación debe ser seguida de la propulsión de vapores de tintura de yodo en las fosas nasales. Se emplea para esto un aparato que consiste en una esponja impregnada de tintura de yodo colocada en una envoltura de guttapercha; á una de las extremidades se adapta un tubo que se introduce en la nariz; á la otra otro tubo el cual termina en una ampolla de cautchouc que hace oficio de fuelle. Comprimiendo esta, se impulsa el vapor de yodo á las fosas nasales; esta maniobra debe durar quince minutos cada vez y repetirse todos los días. Además de esto, prescribe el doctor Manné que se tome como rapé un polvo compuesto de partes iguales de alcanfor finamente pulverizado y azúcar blanca. Las otras aplicaciones locales son inyecciones y lociones con solutos de sulfato de zinc y de cobre. Cuando existen úlceras en la mucosa y cáries en los huesos, se aplicará sobre las partes enfermas una solución de yodo y de yoduro de potasio (yodo, 10 centigramos; yoduro de potasio, 8 decigramos; glicerina, 60 gramos). A este tratamiento local debe agregarse siempre el general, que consiste en la administración del hierro, la quina, el aceite de hígado de bacalao, etc., según los casos.

Cuerpos extraños del esófago ; posicion declive como medio auxiliar de extraccion. (Gaz. hebdom.).

La extraccion de los cuerpos extraños del esófago ofrece en ocasiones dificultades tan considerables que no debe descuidarse nada de lo que pueda contribuir á facilitarla. Recientemente se han expuesto ante la Sociedad de Cirugía de Paris tres casos desgraciados de cuerpos extraños en el esófago (huesos y monedas) que fué imposible extraer y que produjeron la muerte por perforacion de este conducto y formacion de abscesos. Ante hechos de este género, nos parece útil dar á conocer el medio empleado por el doctor Mignot para extraer del esófago de una niña de tres años una moneda equivalente á nuestras piezas de dos cuartos. Se hallaba esta detenida en la primera porcion del conducto, y todas las tentativas empleadas para cogerla con pinzas de diferentes formas, fueron inútiles. Entonces se le ocurrió al autor la idea de hacer colocar á la niña cabeza abajo con las piernas sostenidas en los hombros de un ayudante, juzgando que en esta posicion la moneda tenderia, por su propio peso, á descender hácia la faringe, mientras que antes por la misma causa se dirigia al estómago. El resultado justificó muy pronto esta presuncion, puesto que pasado un instante, se tocó el cuerpo extraño encima de la base de la lengua, extrayéndole con facilidad por medio del dedo y de una espátula.

Ya se habia empleado este método para los cuerpos extraños de la laringe, pero no creemos que se hubiese aplicado á los del esófago. Sin embargo, nos parece que su utilidad ha de limitarse á los cuerpos que tengan cierto peso y una superficie lisa que pueda resbalar sobre la pared húmeda del conducto esofágico.

Derrame pleurítico: puncion aspiradora: muerte. (Gaz des Hopit.).

Se ha asegurado tanto la inocuidad de la puncion del torax por medio de los aspiradores en la pleuresía aguda, que conviene, á nuestro juicio, dar á conocer un hecho desgraciado, publicado por el doctor Legendre (le Bie-

neau) en la *Gaz. des Hopit.*, á fin de que una confianza demasiado absoluta no nos haga olvidar los accidentes graves que pueden seguir á esta operacion, si ya no ser consecuencia de ella.

El enfermo del doctor Legendre era un hombre en quien se observaron todos los signos de un derrame considerable en el lado izquierdo, desarrollado en el espacio de unos quince dias á consecuencia de un enfriamiento estando sudando.

Los vomitivos y la aplicacion sucesiva de muchos grandes vejigatorios no produjeron alivio alguno; tampoco fueron mas eficaces la digital asociada á los calomelanos y á la escila y los barnizamientos con la tintura de yodo. Despues de un estado estacionario que duró mas de ocho dias, el derrame acabó por invadir la totalidad del lado izquierdo, aumentando mucho la intensidad de la disnea. El autor propuso entonces la toracentesis, asegurando á la familia que esta operacion aliviaria rápidamente al enfermo sin hacerle correr ningun peligro. Para practicarla introdujo la aguja núm. 2 del aspirador Dieulafoy entre el sétimo y el octavo espacio intercostal, en el sitio de eleccion, y por medio de este instrumento, sin que penetrase una sola burbuja de aire en la pleura, extrajo de su cavidad tres litros de un líquido fuertemente rosado y turbio. La operacion duró una media hora. El enfermo se sentia notablemente aliviado: durante la salida sobrevinieron algunos golpes de tos, como sucede de ordinario. La sonoridad habia reaparecido en todo el pecho. Se hizo echar al paciente para que descansase, y se le administraron algunas cucharadas de vino bueno.

A los pocos instantes el enfermo dijo que se sentia mal; se presentó de nuevo la disnea, aumentando con rapidez; una espuma bronquial espesa, poco aireada, obstruia la tráquea y llegaba á la boca; la cara y las manos se cianosaron, y el pulso se debilitó. El doctor Legendre intentó administrar inmediatamente el polvo de ipecacuana; pero no tuvo tiempo para nada, porque el enfermo sucumbió asfixiado en menos de cinco minutos.

Tratando de indagar la causa de esta asfixia tan rápida, cree el autor que han podido contribuir á ella una hipersecrecion bronquial; la dificultad que el pulmon, largo

tiempo comprimido ó sujeto por falsas membranas, ha encontrado para recobrar su volumen normal y quizá tambien una parálisis del diafragma.

Lo mas probable nos parece que sea este un nuevo ejemplo de expectoracion albuminosa despues de la toracentesis, de que se han observado tantos casos en estos últimos tiempos desde que se llamó la atencion acerca de este fenómeno. Como quiera que sea, este hecho demuestra los peligros de una confianza exagerada, y la necesidad de ser prudentes, para no anunciar una curacion próxima y sin riesgos.

Derrames pleuríticos: tratamiento por medio de la compresion del lado sano. (*Rivista clinica di Bologna*).

Bajo la direccion y los auspicios del doctor Concato, profesor de clinica médica de Bolonia, ha publicado el doctor Alberto Riva, jefe de dicha clinica, una interesante Memoria sobre el tratamiento de los derrames pleuríticos por la compresion del lado sano del torax. La racionalidad de este tratamiento, dice el autor, es tan seductora, y los resultados obtenidos tan halagüenos, que está seguro de prestar un servicio á los clínicos dándoles publicidad. Este tratamiento se ha empleado en los casos de pleuresía con derrame serofibrinoso; pero puede aplicarse tambien en otras circunstancias, salvo, sin embargo, los casos en que la pleuresía es sintomática de otras enfermedades intra-torácicas, ó cuando es la manifestacion local de un proceso morboso general. El doctor Riva menciona en seguida las principales alteraciones que se encuentran en el derrame, á saber: primero, compresion del pulmon del lado enfermo y dilatacion del torax correspondiente; segundo, dislocacion de las vísceras inmediatas; tercero, hiperemia activa y enfisema en el pulmon sano. Es claro que en el periodo de éstasis el objeto del médico es favorecer la reabsorcion del exudato, y examinando los diferentes medios propuestos, dice que si se exceptúa la toracentesis, cuyas indicaciones han sido formuladas con mucha precision por el profesor Trousseau, es decir, cuando la formacion del exudato es tan rápida que amenaza la vida del enfermo, todos estos medios tie-

nen el inconveniente de exigir mucho tiempo para producir algun resultado y no es segura la curacion. Por el contrario, el tratamiento propuesto por el doctor Concato se opone muy fácilmente á todas las consecuencias de la pleuresía sin producir alteraciones gastro-intestinales, sin fatigar órgano ninguno importante. Debe añadirse aun, que es muy económico, lo cual no deja de tener interés cuando se trata de enfermos pobres.

El autor describe el tratamiento del modo siguiente: Se echa al paciente sobre una cama bastante dura; luego un hombre robusto extiende sus dos manos sobre el torax sano, y ejerce una fuerte presion, apoyando todo el peso del cuerpo sobre sus brazos. La duracion de la compresion varia de cinco minutos á un cuarto de hora, y se repite dos veces al dia. El objeto inmediato de este tratamiento es limitar la expansion del torax sano, y forzar de este modo al pulmon enfermo á dilatarse mas ampliamente. De esta manera se le obliga á ejercer una fuerte presion sobre el líquido que le rodea, lo que favorece notablemente, segun el profesor Concato, la reabsorcion del exudato. Esta compresion tiene tambien otra ventaja; evita el enfisema pulmonar del lado bueno. Habiendo practicado experimentos el doctor Riva en hombres sanos, ha podido comprobar los hechos siguientes: el torax sobre que se practica la compresion, pierde 4 centímetros en periferia, mientras que el otro gana 3; en el diámetro antero-posterior, el primero pierde 4 centímetros y gana dos en el lateral, en tanto que el segundo gana medio en el antero-posterior y uno en el lateral; así, el torax comprimido pierde 480 centímetros cúbicos en capacidad, mientras que el lado opuesto gana 380. El autor ha observado siempre en los enfermos una disminucion de sonoridad en el torax comprimido y un aumento en el que contiene el exudato; el ruido respiratorio se encuentra disminuido en el primero y aumentado en el segundo.

No debe emplearse este método cuando hay fiebre, porque en estas condiciones no se consiguen jamás buenos resultados; y en el caso en que este tratamiento produzca un poco de movimiento febril, bastará dejar algunos dias de descanso al enfermo, pasados los cuales se podrá continuar su uso. Durante la compresion la res, i-

racion se hace un poco-frecuente y algunas veces opri-mida, pero nunca se manifiestan alteraciones graves en la funcion respiratoria ni accesos de sofocacion.

El doctor Riva asegura haber empleado este método con buenos resultados en muchos casos, no solo de la clínica, sino de la práctica particular.

Diarrea vaso-paralítica de los caquéticos: tratamiento por el clorato de potasa. (Il Movimento).

El doctor Boufigli designa, bajo el nombre de diarrea vaso-paralítica, la que se observa en las personas caquéticas afectadas de un padecimiento del sistema nervioso, y la cual está caracterizada por frecuentes evacuaciones alvinas formadas de materias serosas: es generalmente rebelde al uso de los astringentes, de los narcóticos, etc., y no va acompañada de aumento de sensibilidad en el abdómen á la palpacion.

En las quince observaciones clínicas que el autor refiere, el clorato de potasa ejerció siempre una accion favorable sobre la diarrea. La dosis varia de 2 á 10 gramos en las veinte y cuatro horas, segun la gravedad del caso, y debe continuarse el uso del medicamento durante muchos dias.

El autor ve aquí una consecuencia de la accion de esta sal sobre el sistema vaso-motor; pero estaria mas en relacion con los conocimientos actuales acerca de este medicamento atribuir sus efectos á una accion por eliminacion.

Difteria: tratamiento por medio de los parasiticidas y desinfectantes, el cloral, el ácido salicílico, el clorato de potasa, el ácido oxálico, el sulfito neutro de magnesia y los ácidos sulfúrico y sulfuroso. (Lyon méd.—Annali univ. di med. e chir.—Bos'on. med. and surg.—Archiv. d'Heilk.—Ann. de chim.ca.—The Hamilton.—Gaz. méd. italiana prov. Venete).

Partidario convencido un médico italiano, el doctor Castrucci, de la teoría parasitaria de la difteritis, aconseja el tratamiento siguiente: primero, tocar dos veces al dia las falsas membranas accesibles con una solucion compuesta de una parte de nitrato de plata por 20 de agua; segundo, combatir la infeccion diftérica por el uso

cotidiano de 40 á 30 centígramos de sulfuro negro de mercurio; tercero, sostener las fuerzas del enfermo con caldo y vino. En la epidemia que ha reinado en los alrededores de Roma en 1872, ha tenido el autor ocasion de observar ochenta y tres enfermos de dos á diez años de edad. Las falsas membranas existian en las mucosas del paladar, de la faringe y de las amígdalas; casi siempre invadian las partes posteriores de las fosas nasales, dando lugar á la salida de materias fétidas por la nariz. En ochenta de los enfermos antes indicados se consiguió la curacion, falleciendo solo dos de ellos.

Los prácticos franceses, Henry Roger y Michel Peter, aconsejan para disolver las concreciones diftéricas la asociacion de la sosa cáustica con la glicerina en la proporcion de 25 por 100. Un toque de algunos segundos con un pincel desembaraza á la mucosa de la falsa membrana; pero como todos los otros cáusticos, no impide la reproduccion.

Cloral.—El doctor Ferrini proscribe tambien la cauterizacion, y considerando la difteria como una enfermedad infecciosa y quizá parasitaria, cree que debe recurrirse para su tratamiento á los antisépticos y á los parasiticidas, teniendo cuidado de sostener las fuerzas del enfermo sometiéndole al uso de diversos tónicos. En los casos ligeros puede bastar un tratamiento antiséptico externo, pero en los graves es necesario administrar los antisépticos *intus et extra*.

Guiado por estos principios, el doctor Ferrini ha ensayado localmente el alcohol fenicado, el agua de cal, el sulfito de sosa, administrando al interior los mismos medicamentos disueltos en jarabe ó en cocimiento de quina, al mismo tiempo que prescribia ámpliamente leche, caldo y otros analépticos. Estos medios le dieron buenos resultados; pero el hidrato de cloral los produjo aun mejores.

Las propiedades antisépticas, desinfectantes y antifermentescibles de este cuerpo son bien conocidas desde las investigaciones de Pavesi, Morini, Personne, Dajardin, Byasson, Follet, Beaumetz, Verneuil, etc. Se le ha empleado con ventaja en la cura de las heridas de mala naturaleza. El doctor Luidgi Amici, de Roma, ha comprobado que en solucion diluida destruye los *acarus* de la

sarna. Este remedio le parece por tanto al doctor Ferrini indicado para neutralizar el veneno diftérico, impedir la reabsorción, y, por consiguiente, prevenir la infección general ó aun para destruir el veneno reabsorbido y curar dicha infección cuando ha llegado á producirse. Tales son las consideraciones que han impulsado al autor á ensayar el hidrato de cloral. Ha creído deber asociarle á la glicerina, cuya benéfica acción en las heridas de mala naturaleza es bien conocida, y que por su densidad puede asegurar un contacto mas fácil y mas prolongado del medicamento con las partes enfermas.

Localmente hace el doctor Ferrari que se barnicen cada dos horas las partes enfermas por medio de un pincel con la mezcla siguiente:

Hidrato de cloral.	2 á 3 gramos.
Glicerina purificada.	15 á 20 —

Al interior aconseja el hidrato de cloral, pero á dosis fraccionadas, á fin de que no se produzcan los efectos ipnóticos del medicamento, sino solo los antisépticos. Le prescribe, por ejemplo, en cantidad de 30 centigramos en 60 gramos de jarabe de quina, para tomar una cucharada de hora en hora.

Siguiendo el doctor Cotton los consejos de Ferrini, ha administrado el hidrato de cloral conforme á este método á treinta y seis diftéricos, obteniendo los resultados siguientes: Veinte y cuatro casos ligeros curaron todos en un tiempo mas ó menos largo. De doce casos graves, seis curaron en el espacio de diez á quince dias. De los seis muertos, tres lo fueron de croup. De estos hechos deduce el doctor Cotton que, como tópico, el hidrato de cloral es superior á los otros medicamentos, parece mas eficaz, y los enfermos le toleran mejor. Como medicamento interno no cree que tiene tanto valor.

Los doctores Beusason y Acetella han empleado tambien la glicerina cloralada al exterior y hacen de ella grandes elogios; pero su experiencia respecto al uso interno como antiséptico no es suficiente para formar juicio.

Acido salicílico.—El doctor Wagner (de Friburgo) preconiza este medicamento, que administra á los niños que no saben aun gargarizarse, en polvo, suspendido en agua

o en vino y á dosis de 10 á 30 centigramos cada dos horas. En los de mas edad le usa en gargarismos, segun la fórmula siguiente :

Acido salicílico.	1,50	gramos.
Alcohol (para disolver).	15	—
Agua destilada.	150	—

Si esta disolucion dejase depositar algunos cristales, se les disolveria calentándola. Debe hacerse un gargarismo cada dos horas.

El doctor Wagner dice haber curado por este medio quince casos de difteria muy grave.

Clorato de potasa y agua fria.— El doctor Mayer recomienda el clorato de potasa al interior y el agua fria *intus et extra*. El primero debe administrarse á dosis elevadas y frecuentemente repetidas. La fórmula mas conveniente para un niño de cinco años se compone de :

Clorato de potasa.	8	partes.
Agua destilada.	225	—
Jarabe de frambuesa	25	—

Para tomar una cucharada de las de postre noche y dia de hora en hora.

El hielo tiene una accion mas marcada aun que el clorato de potasa: se le debe aplicar sobre el cuello, en saquillos en forma de corbata, en los casos en que el infarto de los gánglios cervicales y submaxilares es agudo y muy pronunciado. Al mismo tiempo tendrá el enfermo en la boca pequeños pedazos de hielo, que dejará fundir, tomando tambien todo lo mas frecuentemente que sea posible cucharadas de agua de hielo, que podrá hacerse mas agradable aromatizándola con el jarabe de frambuesa de limon ó aun con unas gotas de vino.

La administracion de las bebidas heladas debe continuarse sin interrupcion noche y dia durante los dos ó tres primeros, y aun por mas tiempo en los casos malignos. Esta es la parte penosa del tratamiento, porque los niños oponen gran resistencia á tomar tan frecuentemente bebidas frias (una cucharada de las de café cada dos ó tres minutos), sobre todo durante la noche.

Bajo la influencia de esta práctica, no es raro ver ali-

viarse los accidentes locales desde el segundo día, y remitir la fiebre, en los casos graves, del quinto al sétimo. Cuando ha empezado á producirse el alivio, lo que sucede en general en el espacio de dos á tres días, puede dejarse á los niños descansar durante la noche, pero dándoles el hielo siempre que se despierten.

Este tratamiento, según el autor, ofrece la gran ventaja de contener la extension de la inflamacion diftérica, preservar así á la laringe, disminuir el espesor de las falsas membranas y facilitar su caída, rebajando la fiebre y evitando la intoxicacion de la sangre; mientras que la cauterizacion aumenta la fiebre y los accidentes inflamatorios locales, favorece la infeccion de la sangre por las dislaceraciones que ocasiona en los vasos sanguíneos, y tiende á provocar la extension del padecimiento á la laringe.

Acido oxálico.—El doctor Cinni (de Montefolimo) ha propuesto recientemente, pretendiendo que es un remedio seguro contra la difteria, los barnizamientos de la cámara posterior de la boca con el ácido oxálico disuelto en agua destilada. Los doctores Prota Guirleo y Francesco, de Nápoles, han ensayado este medicamento, según dicen, con buenos resultados, y recomiendan que se asocie á él la administracion del sulfo-fenato de quinina al interior. Su manera de proceder en los casos de angina diftérica es la siguiente:

1.º Abstenerse de toda cauterizacion, siempre mucho mas peligrosa que útil.

2.º Desde el principio de la enfermedad, gargarismos frecuentes y barnizamientos de las partes enfermas con una solucion de ácido oxálico. El doctor Francesco emplea la fórmula siguiente:

Acido oxálico.	1 parte.
Agua destilada.	20 —

El doctor Prota-Guirleo prefiere disolver el ácido en la glicerina:

Acido oxálico.	15 partes.
Glicerina	100 —

A la temperatura ordinaria el ácido no obra sobre la

glicerina, y no da lugar á la formacion de ácido fórmico, etc., como habria podido temerse.

3.º Al mismo tiempo que se emplean estos medios externos, conviene administrar al interior el sulfonato de quinina en dosis de 5 á 20 centígr, cuatro veces al dia.

4.º Alimentacion tónica, caldo, vino generoso.

5.º Aereacion bien ordenada de la habitacion de los enfermos, y todas las demás medidas higiénicas que reclaman las enfermedades infecciosas.

Sulfito neutro de magnesia.—Esta sal se obtiene haciendo pasar una fuerte corriente de ácido sulfuroso sobre el sulfito amorfo diluido en agua; es un cuerpo cristalino, soluble en 100 partes de agua, y que no posee ni el olor del azufre ni los efectos del sulfato de magnesia. El profesor Polli recomienda el sulfito de magnesia en las enfermedades infectivas; pero hasta ahora se empleaba el amorfo, cuya accion es menos favorable.

Aplicado á la difteria el sulfito neutro, ha producido, segun dice Schottin, resultados de tal manera notables en los casos esporádicos, que la curacion es segura en el espacio de tres ó cuatro dias, mientras que las falsas membranas reaparecen cuando se suspende el uso del medicamento demasiado pronto.

Cuando las falsas membranas se presentan al exterior, se las barniza con una solucion de sulfito en la glicerina, y los resultados serán muy superiores á los que se obtienen por medio de los cáusticos.

En los casos muy graves recomienda el autor las fricciones mercuriales alrededor del cuello, y el uso de los calomelanos como purgantes cada tres dias durante el curso de la enfermedad. La fórmula del doctor Schottin es de 5 gramos de sulfito en 120 de vehículo, para administrar una cucharada cada dos horas.

Acidos sulfúrico y sulfuroso.—El periódico *The Hamilton*, de la Australia meridional, preconiza la limonada sulfúrica con objeto de destruir los micro-organismos que supone ser los agentes principales de la difteria. Bastarian 4 gotas de ácido sulfúrico en tres cuartas partes de una botella de agua, para destruir el parásito y determinar rápidamente el desprendimiento de las falsas membranas.

Este medio es tan sencillo, que hemos creído no deber dejar de citarle, abrigando, sin embargo, las mismas dudas que el doctor Polli, que cree que en tan pequeñas dosis el ácido sulfúrico debe ser completamente impotente, y que en la cantidad necesaria para que obrase como parasiticida sería peligroso, al menos para los dientes.

El ácido sulfuroso le parece á este práctico mas eficaz. El doctor Sabbata le preconiza como profiláctico, con objeto de purificar las alcobas, las casas y las localidades impregnadas del contagio diftérico. Hace notar este autor que donde quiera que existen emanaciones sulfurosas se observa una inmunidad marcada para la difteria. Haciendo quemar azufre en la habitacion contaminada despues de haber cerrado perfectamente las puertas y ventanas, no solo se desinfectan todos los objetos que contiene, sino que se produce sobre el revestimiento calcáreo de las paredes una capa de sulfito de cal que es ella misma durante cierto tiempo una causa permanente de desinfeccion.

Las emanaciones sulfurosas desprendidas á dosis moderadas en la alcoba de los enfermos, podrian tambien contribuir á la curacion, unidas á los toques con los preparados de ácido fénico ó creosota.

Difteria local y general. (*Revue des Sc. méd.*).

No basta, segun el doctor Letzerich, conocer el contagio diftérico, cuyos caractéres botánico-químicos se han expuesto ya anteriormente, sino que es necesario estudiar cómo puede producir el micrófito las diversas formas ó únicas de la enfermedad; la difteria local y la difteria general.

Este autor distingue dos formas de difteria local. La primera es la que todo el mundo conoce; el croup de los niños, caracterizado por extensos exudatos primitivos.

El parásito penetra en la capa de Malpigio y provoca rápidamente placas de exudatos. Estas son blandas, cremosas, féidas ó duras y de aspecto fibrinoso, segun que el trabajo exudativo excede ó no excede á la multiplicacion de los esporos. Como consecuencia práctica, los exudatos

consistentes son de un pronóstico menos grave. La exudacion debe considerarse como un esfuerzo de la naturaleza para eliminar el cuerpo extraño, nocivo al organismo.

El tejido celular está infiltrado de organismos inferiores, de leucocitos y de exudatos. Los vasos linfáticos y sanguíneos que le recorren son desgastados por los esporos que penetran en ellos y forman verdaderas embolias parasitarias. Estos esporos, despues de caminar por el interior del vaso algun tiempo, pueden salir de él para difundirse en cierto modo por diapedesis en el tejido ambiente, dando lugar á un nuevo foco. Así es como se forman las metástasis diftéricas y la infeccion general. Basta este hecho para que se comprenda que el tratamiento local del croup debe ser extraordinariamente enérgico, y que no debe retrocederse ante ningun procedimiento para detener el desarrollo del contagio.

El tejido propio de las amígdalas es mucho menos favorable que el de la faringe á la extension del padecimiento á la circulacion general: por el contrario, la infeccion se verifica fácilmente por la laringe á causa de la delicadeza de los epitelios y de la generalidad de los tejidos que la componen.

Los experimentos producen buen resultado en la mucosa vaginal de los conejos. El doctor Letzerich se ha servido, ya de hongos suministrados por el cultivo (*Tilletia diphtherica*), ya de micrococos obtenidos de enfermos afectados de difteria general grave.

Segunda forma de difteria local.—En la primera forma los fenómenos generales siguen siempre á los locales, despues de un tiempo mas ó menos largo. En la segunda forma sucede lo contrario, y el exudato de la faringe no se verifica hasta las veinte y cuatro ó las cuarenta y ocho horas despues de la intoxicacion general. Hay epidemias en que solo se observa esta segunda forma.

Los exudatos son menos extensos, mas delgados, íntimamente adheridos á la mucosa, y por consecuencia difíciles de arrancar. Con el microscopio se observan capas enteras de epitelio estratificado, levantadas por las masas de microsporos que han hecho irrupcion en un punto determinado. En el tejido profundo se presentan los mis-

mos fenómenos que en la primera forma; los capilares están quizá un poco mas llenos.

El autor ha obtenido resultados experimentales positivos por medio de la aposicion de micrococos filtrados sobre la faringe de conejos jóvenes.

En la primera forma, los esporos depositados en la superficie destruyen poco á poco el tejido subyacente, propagándose al mismo tiempo en extension y en profundidad; en la segunda, penetran por los conductos glandulares de la mucosa, se difunden en el tejido celular que rodea la glándula, y vuelven á la superficie despues de haber destruido los tejidos profundos é infectado la sangre.

No se sabe nada acerca de las circunstancias que determinan la aparicion de una ú otra de estas dos formas. En el conejo se observa que la primera se presenta de preferencia en las mucosas delicadas (vagina), y la otra en las partes en que la dureza del epitelio no permite una penetracion rápida del contagio. Desgraciadamente estos resultados experimentales no son enteramente análogos á lo que pasa en la difteria humana.

Difteria general.—Es bien sabido cómo aparece esta afeccion. De la sangre intoxicada los microsporos pasan á diversos órganos que el autor ha estudiado en detalle.

Los riñones son los primeros que se afectan. Se puede dividir el proceso en tres estadios: primero, paso de los esporos de la sangre al epitelio renal; segundo, rotura de las células: los esporos son vertidos en los conductos uriníferos, donde se forma un exudato; tercero, destruccion completa de los epitelios, quedando la membrana propia denudada.

En el corazon se encuentra una multiplicacion enorme de los parásitos; las fibras musculares están destruidas; ofrecen un aspecto friable especial que tiene alguna analogía con la degeneracion de Zenker.

En el hígado y el bazo las lesiones son muy pronunciadas.

Los cambios que estas bacterias, granulaciones plasmáticas, micrococos, determinan en los órganos, varían en cuanto á sus detalles, pero derivan todas del mismo principio. Son, en primer lugar, alteraciones de nutrición de los tejidos, ocasionadas por las embolias parasitarias.

No llegando la sangre á los órganos, los parásitos se multiplican con una rapidez asombrosa, principalmente bajo la forma de micrococos.

En segundo lugar, se verifica, bajo la influencia de esta proliferacion, una destruccion de los elementos celulares y de los tejidos que de ellos se derivan; así desaparecen las células renales, hepáticas, la sustancia contráctil del miocardio y de los demás músculos, y de este modo, sin que haya destruccion completa, estos organismos provocan alteraciones considerables. En fin, puede atribuirse al mismo proceso el efecto tóxico que determinan en la economía los productos de descomposicion; pero esta última parte del estudio está aun en la infancia.

Disenteria: tratamiento cloruro-opiáceo, por medio del nitrato de sosa y el ácido salicílico. (*Archiv. de méd.—Bull. de théér.—Revue des Sc. méd.*).

Proponiéndose el doctor Toulmouche neutralizar ó modificar los efectos del principio deletéreo, causa de la disenteria, estableció un tratamiento especial en una epidemia de este padecimiento, teniendo la satisfaccion de no perder ninguno de los once disentéricos que sometió á su uso. El método de este autor consiste en aplicar medias lavativas con un líquido compuesto de 30 gramos de hipoclorito de sosa (licor de Labarraque) en 500 gramos de agua, administrando tambien al interior 4 gramos del mismo medicamento en un litro de agua; además prescribe por la noche 5 ó 10 centigramos de extracto gomoso de opio en píldoras.

A pesar de los felices resultados obtenidos con este método, en un apéndice á la Memoria publicada en los *Archiv. gén. de Méd.*, da á conocer el doctor Toulmouche otro tratamiento, que asegura ser superior al que ha empleado; es la medicacion establecida por los hermanos Monard, médicos de los hospitales militares de Argel, para combatir la disenteria. La base de este método consiste en las siguientes píldoras:

Protocloruro de mercurio.	30 centigramos.
Ipecacuana.	6 —
Extracto gomoso de opio.	10 —
Goma arábica.	9 —

Para nueve píldoras.

El primer día se administran 8 píldoras, 4 por la mañana y 4 por la tarde, á intervalos de una hora. El segundo día se dan las mismas dosis; el tercero y cuarto se reducen á 4 píldoras; el quinto á 2, suprimiéndose las de la noche. Esta medicacion se continúa cuando más seis ú ocho días. Alivia prontamente los dolores, disminuye el número de las deposiciones, hace desaparecer la sangre ó las mucosidades sanguinolentas.

El tercero y el cuarto día no hay ya ordinariamente mas que una ó dos evacuaciones alvinas, y algunas veces al quinto faltan por completo, restableciéndose el estado normal.

Por lo comun se administra por la noche una pocion calmante con 15 gramos de jarabe de diacodion en cuatro veces, á intervalos de media hora.

Los hermanos Monard combatian primero los síntomas inflamatorios por las sanguijuelas y la dieta, y variaban á veces la proporcion de la ipecacuana y de los calomelanos. El doctor Toulmouche ha notado, en efecto, que en algunos casos estas píldoras provocan náuseas y aun vómitos en algunas mujeres. Cuando esto sucede, hay necesidad de disminuir la cantidad de ipecacuana.

Nitrato de sosa.—Segun el doctor Caspari, entre los medios que se han preconizado contra la disentería hay uno que merece llamar de un modo particular la atencion de los médicos; es el *nitrato de sosa ó salitre de Chile*. Este medicamento es conocido de antiguo en la terapéutica de la disentería, puesto que Velsen le recomendaba ya en 1819 en una Memoria publicada en los *Archiv. de méd. prat.* El doctor Rademacher ha insistido particularmente en sus lecciones de patología, en demostrar la superioridad del nitrato de sosa sobre los otros medicamentos. Pero atribuye grande importancia bajo el punto de vista terapéutico al sitio de la disentería. En efecto, las lesiones ocupan unas veces toda la longitud del intestino, y en este caso se extienden desde el estómago hasta el ano. En otros, por el contrario, están limitadas al recto.

No obstante, al principio de la primera forma parecen predominar los síntomas de una flégmasía rectal.

Existen entonces deposiciones líquidas, sanguinolentas, acompañadas de un tenesmo mas ó menos doloroso. Mas adelante los materiales que se expulsan son como cenagosos, y tienen además un color grisáceo á causa de la proximidad de la vejiga de la bilis. En este caso la enfermedad presenta grandísima analogía con una enteritis ordinaria, de la cual difiere, no obstante, por su gravedad, puesto que puede matar al paciente en cuatro dias. Es raro que esta forma se propague, habiéndosela observado muy pocas veces en los tiempos de epidemia disenterica.

En la disentería rectal las lesiones permanecen limitadas á esta parte del intestino. Clínicamente es muy difícil distinguir estas dos formas entre sí. El signo mas probable de la disentería intestinal es la existencia de deposiciones cenagosas en el curso del padecimiento. Cuando, por el contrario, el enfermo arroja, en medio de un tenesmo violento, mucosidades sanguinolentas, debe admitirse de preferencia una disentería rectal. En los casos dudosos se puede, segun Rademacher, administrar durante uno ó dos dias el nitrato de sosa.

Las dosis y el modo de administracion del medicamento varian segun el sitio del mal, conforme ha podido observar el doctor Caspari; pero en ambas formas es igualmente útil el nitrato de sosa, debiendo variar únicamente las dosis en relacion con el grado de la flegmasía.

En los casos de disentería rectal, sobre todo si se trata de un hombre bien constituido, se pueden administrar en las veinte y cuatro horas, á dosis fraccionadas, 25 gramos de nitrato de sosa. La cantidad media oscila entre 15 y 25 gramos cuando existe una complicacion inflamatoria por parte del intestino delgado. El medicamento, disuelto en agua, se administra en una pocion gomosa. En los casos ligeros, desde el dia siguiente se marca el alivio; en los graves se hace esperar dos ó tres dias. Si á las veinte y cuatro horas la enfermedad no ha cambiado de aspecto, no debe titubearse en elevar la dosis del nitrato. Pero luego que ha cesado el tenesmo, persistiendo especialmente los síntomas de flegmasía en el intestino delgado, la cantidad diaria del medicamento debe disminuirse hasta 8 y aun 5 gramos.

Cuando la enfermedad predomina en el intestino delgado, es importante administrar el nitrato de sosa á dosis moderadas. Una cantidad demasiado fuerte, exageraria los síntomas inflamatorios y las demás manifestaciones morbosas. El doctor Caspari prescribe habitualmente en estos casos 6 gramos de nitrato de sosa en una emulsion oleosa. Esta dosis debe variar segun los enfermos: sin embargo, puede decirse de un modo general, que es demasiado alta cuando exagera la diarrea. La pocion debe calentarse para administrarla, porque las bebidas frias aumentan las deposiciones y el dolor. Importa ayudar la accion del medicamento con un régimen dietético conveniente y una higiene severa.

Acido salicilico. — El doctor Stepesanides ha administrado al interior el ácido saliclico en un caso de disentería en que habia fracasado la medicacion habitual. Considerando esta afeccion como de naturaleza diftérica y parasitaria, creyó que estaban naturalmente indicados los desinfectantes. Despues de haber comprobado en si mismo la inocuidad del ácido salicilico ingerido á pequeña dosis le prescribió á dos enfermos afectados de disentería grave, con un éxito completo. El autor asoció el ácido saliclico á la tintura de opio en una pocion, y le administró á pequenísimas dosis (no determina exactamente la cantidad); al mismo tiempo se ponian lavativas con este ácido y algunas gotas de tintura de opio.

Enfermedad del sueño del Africa occidental. (*Brithiss méd. journ.*).

Segun una nota publicada por el doctor Gore, esta afeccion, comun entre los africanos del Congo y de la Senegambia, está caracterizada por una tendencia irresistible al sueño, una imposibilidad completa de permanecer despiertos: el sujeto enfermo se duerme comiendo, estando de pié, en medio de la reunion mas bulliciosa, etc. El sueño va á veces acompañado de alucinaciones. La piel se pone seca, las fuerzas decrecen hasta la muerte. A veces se marca el principio del mal por una tumefaccion insólita de los gínglios cervicales.

Una sola autópsia que se refiere en la nota de Gore,

dió resultados negativos, exceptuándose una congestión intensa de las meninges.

Todo tratamiento parece inútil.

Enfermedades del corazón: forma hemoptóica. (*France méd.*).

En un excelente artículo publicado por el doctor See acerca de la forma hemoptóica de las enfermedades del corazón, insiste este práctico de una manera especial en el hecho de que en muchas circunstancias la hemoptisis es el primer síntoma que indica una afección cardíaca que no se había revelado hasta entonces por ningún otro signo. En las lesiones del orificio mitral es donde más frecuentemente se produce la hemoptisis, que reconoce entonces muchas causas ocasionales; la formación de concreciones fibrosas en las cavidades derechas, que son lanzadas en las arterias pulmonares y producen fluxiones colaterales, la alteración de los vasos, la congestión pasiva de los pulmones, etc. Estas hemorragias son algunas veces fulminantes, pero más á menudo moderadas y se continúan durante muchos días disminuyendo poco á poco: esta continuidad de la hemorragia, unida á la falta de aire en los esputos y á la viscosidad de estos, permite distinguirla de las otras hemoptisis, pudiéndose en muchos casos, por medio de este diagnóstico, reconocer una enfermedad del corazón hasta entonces latente.

Enfermedades del corazón: estrechez de la pupila como signo pronóstico. (*Annali universali*).

El doctor Giovanni ha observado una disminución notable en el diámetro de la pupila en muchos sujetos afectados de enfermedades del corazón. Este fenómeno, que no se observa siempre, aparece en un período bastante avanzado y cuando otros síntomas muy graves absorben toda la atención del médico.

Segun el doctor Giovanni, esta miosis sería una miosis paralítica. Las fibras radiadas del iris, que se encuentran, segun los experimentos de Budge, Schiff, etc., bajo la dependencia del filete del gran simpático que del gánglio cervical superior se dirige al gánglio oftálmico y de aquí

á la pupila por el intermedio de los nervios ciliares, estas fibras radiadas, repetimos, estarían paralizadas, y no hallándose contrabalanceada la acción del esfínter, se produciría la contracción. Las investigaciones del autor le han inducido á pensar que debe referirse este fenómeno á una lesión del gánglio cervical superior, y mas particularmente al *éstasis venoso*, provocado en él por consecuencia de los desórdenes de la circulación en estos enfermos. El autor ha podido demostrar ejemplos de este *éstasis venoso*.

Si es así, se conciben las modificaciones observadas en la actividad cardiaca y la mayor dificultad de la circulación pulmonar.

La conclusión del doctor italiano es la siguiente:

La miosis parálitica en los cardiacos es un síntoma de un pronóstico bastante grave, porque denota una complicación morbosa por parte de los gánghios cervicales del simpático, bajo cuya influencia se encuentran colocados el corazón y los pulmones.

Enfermedades del corazón: tratamiento por la administración combinada de la digital, el sulfato de quinina y el hierro. (*Journ. de méd.*).

En todos los casos de enfermedad del corazón en que está indicada la digital, es frecuentemente difícil hacer soportar su acción largo tiempo continuada. Se emplean en estas circunstancias dosis elevadas que fatigan los órganos digestivos, agotan las fuerzas del corazón y perjudican á todo el organismo. Con el fin de obviar estos inconvenientes, el práctico ruso, doctor Roumini, emplea un método, por cuyo medio puede tolerarse durante largo tiempo la acción de la digital sin ningun inconveniente para las fuerzas del enfermo y sin temor de accidente alguno. En lugar de prescribir la digital de un modo continuo, la administra solo algunos dias, cinco á siete seguidos; se suspende por espacio de tres ó cuatro, durante los cuales administra el sulfato de quinina y el hierro á pequeñas dosis. Esta alternativa de medicamentos puede continuarse por un tiempo indeterminado, soportándola los enfermos admirablemente, y calmándose

los síntomas de la lesion orgánica que motiva el tratamiento.

Debe prescribirse, según las indicaciones, el extracto ó el polvo de digital ó la digitalina á dosis media. La del sulfato de quinina no debe exceder de 12 á 18 centigramos cada día en dos veces. En cuanto á la preparacion de hierro, el autor da la preferencia al cloruro de hierro y amoniaco. En las personas muy debilitadas le parece mejor el lactato de hierro. Mientras los enfermos toman la digital, sin obligarles á una dieta láctea absoluta, les aconseja que beban mucha leche. Por el contrario, cuando toman el hierro recomienda una alimentacion tónica y reparadora.

Enfermedades del corazon : indicaciones de la digital.
(*Rev. med. de l'Est.*)

La digital no debe administrarse inconsideradamente contra todas las palpitations de corazon, según el doctor Bernheim, que ha leído una interesante memoria acerca de este asunto á la Sociedad de Medicina de Nancy. Puede ser perjudicial en ciertos casos, pero el conocimiento del mecanismo de su accion fisiológica y la observacion crítica permiten precisar las indicaciones terapéuticas.

La digital á dosis media ó terapéutica disminuye el número de los latidos cardiacos, excitando el nervio vago. Pero la excitacion del sistema moderador del corazon no explica toda la accion de la digital; porque implicaria un descenso de la tension arterial, mientras que está demostrado sobre todo desde los experimentos de Traube, que la digital á dosis media aumenta la tension de este sistema. Es preciso, pues, admitir que á esta dosis, la digital obra simultáneamente sobre el nervio vago y sobre el sistema nervioso músculo-motor del corazon, de manera que domina la excitacion músculo-motriz; hay entonces aumento de tension arterial, con y á pesar de la lentitud del pulso. La digital obra seguramente de un modo directo sobre la contractilidad cardíaca. Orfila habia demostrado ya en 1818, que el corazon digitalizado se detiene en contraccion, y no es irritable. Dybkow-ki y Pelikan han probado que cuando el corazon es detenido por

la digital, sus músculos no son excitables, mientras que el nervio vago funciona aun; que cuando el ventrículo no es excitable por las corrientes mas intensas, basta galvanizar el nervio vago ó el seno del corazon para relajarle y que se llene de sangre. Los experimentos del doctor Gourvat prueban que cuando en una rana curarizada han desaparecido los movimientos voluntarios, y los del corazon se hacen cada vez mas débiles, basta inyectar cierta dosis de digitalina para que los latidos cardiacos recobren su energía.

El corazon paralizado por la aconitina entra de nuevo en contraccion por la accion de la digitalina. La muscarina suspende los movimientos cardiacos en diástole; la digitalina le pone en movimiento, y recíprocamente cuando este órgano digitalizado se encuentra suspendido en sístole, la muscarina restablece el diástole. Está, pues, demostrado por todos estos hechos, que la digital á dosis media, terapéutica, tienen una accion especial sobre la contractilidad cardíaca; que refuerza las contracciones, que aumenta el trabajo mecánico del corazon. Esta accion fisiológica, estas propiedades importantes son las que debe utilizar el clínico en el tratamiento de las afecciones del corazon.

La clínica demuestra, en efecto, la utilidad de la digital en las enfermedades cardiacas que disminuyen la cantidad de sangre en el sistema arterial. Cuando por consecuencia de una lesion valvular la sangre no pasa fácilmente á la aorta, hay débil tension arterial y éstasis venoso. De aquí infarto pulmonar, cianosis, edema, hidropesía. El choque del corazon es débil, el pulso pequeño y depresible, la débil tension arterial es demostrada sobre todo por la escasez de las orinas, que se presentan coloreadas, densas y con abundante depósito. Si entonces se administra la digital en infusion, tres dosis de 75 centigramos á un gramo en tres dias, segun el método de Hirtz, se verá al cabo de este tiempo que el pulso se hace mas lento, se pone mas desarrollado; la orina mas abundante, pálida y clara, demostrándose de este modo el aumento de la tension arterial; el edema se reabsorberá y podrá restablecerse el equilibrio de la circulacion. En la asistolia, cuando muchos médicos temen administrar

la digital, á la que atribuyen una accion debilitante sobre el corazon. es cuando la digital presta mayores servicios. El doctor Bernheim refiere muchas observaciones en apoyo de esta asercion. Hay, sin embargo, casos en que este medicamento no obra, y aun podria ser perjudicial. Así sucede en la degeneracion grasosa del corazon en la cual puede producirse la accion sobre el nervio vago (disminucion en el número de los latidos), pero es imposible que tenga lugar la accion sobre el músculo cardíaco que apenas existe; la digital no puede aumentar el trabajo del corazon degenerado; es entonces ineficaz, y esta ineficacia puede servir para diagnosticar la degeneracion grasa-sienta del corazon.

La digital puede ser tambien inútil cuando el éstasis venoso es muy considerable, y hay un edema excesivo que comprime las venas y capilares de los tejidos hasta el punto de detener casi la circulacion venosa. Es á veces igualmente impotente, á pesar del aumento de accion que imprime al corazon, para luchar contra esta resistencia muy considerable; en estos casos, se suele conseguir el resultado apetecido, desingurgitando préviamente el sistema venoso por medio de escarificaciones del tejido celular, que dan salida á la serosidad y disminuyen la compresion de las venas y los capilares, que dificultaban la circulacion.

En fin, la digital, no ha producido resultado en un caso en que la estrechez mitral era excesiva. Como se concibe muy bien, en tales circunstancias, aunque el corazon se contraiga con energia, el orificio por el que arroja la sangre solo permite el paso á ondas muy débiles y la tension arterial permanece siempre muy baja.

Si pues, en general, salvo estos casos excepcionales, la digital está indicada siempre que existe asistolia con débil tension arterial, está formalmente contraindicada siempre que el sistema arterial recibe demasiada sangre. Cuando hay signos de plétora artificial, la cara está encendida, las arterias del cuello laten con fuerza, los ojos se encuentran inyectados, el choque del corazon es vivo, el pulso ancho, fuerte, vibrante; las orinas son abundantes, entonces es preciso guardarse mucho de administrar la digital. En la hipertrofia activa del corazon,

como la que acompaña á la nefritis intersticial y algunas veces la insuficiencia aórtica, en las palpitaciones nerviosas de este órgano, la digital administrada de una manera intempestiva puede ser peligrosa; aumenta aun más la cantidad de sangre arterial. Traube asegura haber visto cinco veces sobrevenir hemorragias cerebrales á consecuencia de haber administrado erróneamente este medicamento en tales casos.

En fin, para terminar insiste el doctor Bernheim en la utilidad de la digital en las pirexias de larga duracion, que tienden siempre á producir la degeneracion adiposa del músculo cardíaco; esta sustancia aumentando el trabajo muscular del corazon, previene en cierta medida, su desnutricion y los accidentes que de ella resultan.

Enfermedades del estómago: aplicaciones de la bomba estomacal. (*Deutsche Klin.*)

Las lociones del estómago y la aspiracion de los líquidos que puede segregar, van haciéndose de un uso bastante general en Alemania, desde que Kussmaul recomendó este medio, que hasta ahora no ha sido adoptado en nuestro pais ni en la vecina Francia.

El doctor Schliep emplea en casi todas las afecciones del estómago la locion de esta víscera por medio de la bomba estomacal, aplicándola principalmente al tratamiento de la gastritis crónica idiopática ó sintomática, acompañada ó no de dilatacion. La curacion del catarro crónico solo exige un corto número de aplicaciones del instrumento, bastando de ordinario nueve sesiones. Cuando la gastritis es deutoropática se necesita un número mas considerable; pero tambien en este caso son satisfactorios los resultados. Hasta en la dispepsia de los tísicos se mejoran las digestiones y la aplicacion de la bomba va casi constantemente seguida del aumento del peso del cuerpo. En la dilatacion del estómago debe emplearse la bomba lo mas pronto y lo mas regularmente posible, vaciando el estómago por completo todos los dias. En el cáncer este método constituye un paliativo precioso.

El doctor Schliep usa para la locion del estómago el agua pura un poco caliente ó cargada de ciertas sus-

tancias medicinales: primero, el bicarbonato de sosa, cuando la reaccion de los líquidos estomacales es muy ácida; segundo, el permanganato de potasa, cuando estos líquidos presentan señales de descomposicion; tercero, el ácido fénico, cuando el estómago contiene parásitos vegetales; cuarto, el ácido bórico como desinfectante; quinto, la tintura de mirra en la dispépsia atónica, con produccion abundante de moco.

Enfermedades del sistema nervioso: tratamiento por la nuez vómica á altas dosis. (Il Morgagni).

Siguiendo el doctor Ferretti Gisberto las ideas de Stefani, ha hecho uso de la siguiente fórmula en varias enfermedades de los centros nerviosos:

Extracto alcohólico de nuez vómica.	6 centigramos.
Rhus radicans.	6 —
Extracto de beleño.	30 —

Para 4 píldoras, de las que se administrará una cada seis horas. Las cuatro observaciones publicadas por el autor eran:

1.º Meningitis espinal: ineficacia de las sanguijuelas al ano y en la region lumbar, de los vejigatorios, de las fricciones estimulantes, de los drásticos y de la nuez vómica. Estos medios empleados durante tres meses no produjeron efecto alguno; la enferma presentaba una fiebre lenta que la consumia. El autor recurrió entonces á la medicacion precedente, y el alivio fué progresando, en términos de hallarse curada á los tres meses.

2.º Signos de conmocion cerebral á consecuencia de una caída: uso infructuoso durante dos meses de sanguijuelas, vejigatorios, sedales á la nuca y aplicaciones frias. Por la fórmula indicada se consiguió la curacion en un mes.

3.º Epilepsia muy intensa en una mujer que habia llegado á tener hasta veinte y cinco accesos diarios: ineficacia de diversas medicaciones; alivio considerable por la fórmula indicada.

4.º Paraplegia que databa de dos años en una niña de siete: grandísimo alivio con las píldoras dichas, cuyo uso

fué necesario suspender por algun tiempo por falta de tolerancia de la enferma.

Debe advertirse que en todos estos hechos se trata de mujeres, y que el autor ha tenido cuidado de aumentar progresivamente y con cuidado las dosis.

Epilepsia: tratamiento por la picrotoxina. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

En una Memoria sobre la picrotoxina, presentada por el doctor Planat á la Academia de Ciencias, propone esta sustancia, principio activo de la coca de Levante, no como un específico, sino como un medicamento verdaderamente útil en la epilepsia. La fórmula y el modo de administracion son como sigue:

Coca de Levante.	200 gramos.
Alcohol.	1000 —

Se tiene en maceracion durante tres semanas. Se administran 2 á 3 gotas de la tintura alcohólica, aumentando 2 gotas diarias, y disminuyendo luego progresivamente. El tratamiento debe continuarse durante muchos meses y aun un año.

Epilepsia: tratamiento por el bromuro de potasio. (*Rev. des. Scienc. méd.*).

Aun cuando sea ya conocido de nuestros lectores el uso del bromuro potásico en la epilepsia, no carecen de interés algunos de los datos contenidos en un trabajo recientemente publicado por el doctor Ouo. Fúndase en la respetable cifra de treinta observaciones muy completas, é ilustra algunos puntos hasta ahora oscuros en el conocimiento de la accion del bromuro de potasio y de las preparaciones brómicas en la epilepsia.

Los sujetos en quienes el autor ha experimentado la accion de este medicamento, eran epilépticos verdaderos. En el establecimiento en que se han recogido estas observaciones, no se admiten mas que enfermos en quienes los ataques son sumamente frecuentes ó que presentan al mismo tiempo alteraciones psíquicas.

En catorce enfermos cesó todo ataque, á contar del dia

en que se administró el bromuro, y este estado de calma se sostuvo en la mayor parte durante un período de ocho meses por término medio.

Dos enfermos presentaron aun en los primeros días ligeros ataques de véruigo, pero no accesos convulsivos completos. En los otros diez y seis casos el resultado fué menos decisivo; los accesos se hicieron solo mas raros; en tres enfermos, sin embargo, desaparecieron, pasado algun tiempo, cuando se elevó la dosis; en otro se consiguió este mismo resultado con las dosis iniciales.

Así, el medicamento ha tenido siempre una accion eficaz en todas las variedades de epilepsia. Además los síntomas psíquicos se aliviaron al mismo tiempo que las convulsiones epilépticas: en todos los maniacos y melancólicos desaparecieron los paróximos; los idiotas mejoraron tambien. El estado habitual de los enfermos se hizo mas satisfactorio; la indocilidad, la desconfianza, la irritabilidad, calmaron ó desaparecieron. Despues de la suspension del tratamiento, contando solo los enfermos con que el autor ha conservado relaciones, 40 por 100 no volvieron á tener mas ataques (curacion), y en 60 por 100 disminuyeron estos mucho en número é intensidad (alivio).

La experiencia le ha enseñado que la menor cantidad de bromuro de que puede esperarse resultado es la de 8 gramos; no debe pasarse de 12 sino con gran precaucion; jamás ha administrado el doctor Otto mas de 15 gramos en veinte y cuatro horas. En cantidad menor de 6 gramos el bromuro no tiene accion en la epilepsia. Se puede sin peligro empezar administrando 40 gramos en 4 dosis.

Erisipela de la cara: manifestaciones cardiacas. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

En una interesante tesis publicada por el doctor Sewestre, procura este clínico estudiar si se observan en el curso de la erisipela de la cara las manifestaciones cardiacas que algunos trabajos recientes han demostrado existir en ciertas afecciones febriles y particularmente en la viruela. De los numerosos hechos reunidos por el autor, ha podido deducir que estas manifestaciones existen. Las

unas se caracterizan por alteraciones que tienen su asiento en el endocardio y el pericardio; las otras constituyen lesiones del miocardio más ó menos análogas á las que se observan en las fiebres graves y en los casos en que la temperatura febril sube á un grado elevado. Estas manifestaciones, sin ser muy frecuentes, lo son, sin embargo, bastante para que no se las pueda considerar como el resultado de coincidencias, y puede decirse que se observan una ó dos veces en cada diez casos de erisipela. La endocarditis que se observa en estas condiciones no presenta signos que la distinguan de las otras endocarditis; se desarrolla por lo comun en el orificio ventricular; es, pues, necesario estar prevenido respecto á la existencia anterior de una lesion cardiaca, y si el ruido de fuelle es en la base, acerca de la posibilidad de un soplo anémico ó febril. El momento de su aparicion es variable; puede manifestarse desde el principio de la erisipela; puede desarrollarse cuando esta ha terminado; en un caso se ha creído observarla aun antes de que apareciese la erupcion; pero por lo comun sobreviene cuando se encuentra en actividad. Su principio es casi siempre insidioso, como el de la endocarditis en general, y para observarla es preciso recordar, como ha dicho Jaccoud, que es del número de las enfermedades que no se denuncian por sí mismas, sino que es preciso buscarlas por la exploracion directa.

La endocarditis desaparece ordinariamente casi al mismo tiempo que la erisipela; pero en ciertos casos puede dejar una lesion persistente. La pericarditis es mas rara, y por lo comun va asociada á la endocarditis. En fin, pueden observarse, como en la viruela; la fiebre tifóidea y otras afecciones análogas, la miocarditis y la degeneracion adiposa de las fibras musculares de corazon. Todas estas lesiones se derivan directamente de la alteracion general del organismo, y su conocimiento confirma la analogía que puede establecerse entre la erisipela y las enfermedades infecciosas.

Erisipela : tratamiento por el éter alcanforado, el láudano y el alcanfor, la tintura de yodo y el colodion. (*Gazzeta médica italiana.*—*Pabellon Médico.*—*L'indépendente.*—*Union méd.*).

Respondiendo á una comunicacion del doctor Guibout, sobre el tratamiento de la erisipela, el profesor Cavazzani ha publicado una nota en la *Gaceta médica italiana* en la que establece la dosis de la solucion alcanforada de que se debe hacer uso en la erisipela. Difiere de la empleada por Trousseau; además extiende su uso á casi todos los casos, aun á la erisipela flegmonosa y á la de la cara. La fórmula de este autor es la siguiente:

Alcanfor.	1 gramo.
Tanino.	1 —
Eter.	8 gramos.

Se barnizan cada tres horas las partes atacadas pasando un poco sus límites. El autor dice que con esta práctica siempre ha obtenido buenos resultados aun en los casos mas graves, en que se manifestaban ya fenómenos de ataxia y de adinamia. La fiebre remite á las pocas horas y el proceso local erisipelatoso se detiene á los dos ó tres dias. Algunos casos de erisipela flegmonosa tratados por el doctor Cavazzani con este método se curaron tambien muy pronto. Es bien sabido que Trousseau preconizaba este medicamento solo en los casos de erisipela periumbilical de los recién nacidos, y Guibout no emplea esta solucion en las erisipelas flegmonosas y en las de la cara, porque ha temido en este último caso complicaciones por parte de las meninges. Tratando luego de explicar el modo de accion del medicamento, cree que la erisipela no es otra cosa que una linfítis, y que el tanino ejerce su accion astringente sobre los vasos capilares.

El autor añade que esta solución es muy eficaz en las quemaduras de primero y segundo grado, porque calma casi instantáneamente el dolor é impide la formacion de flictenas, que, como es sabido, pueden ser luego muy dolorosas.

Láudano y alcanfor—El señor Vazquez y Mon, con motivo de haber ejercido en un pueblo en que es muy frecuente la erisipela, ha tenido ocasion de ensayar todos los

medios que se han empleado contra esta enfermedad, y dice que de ninguno ha obtenido tan buenos resultados como de la fórmula siguiente:

De yema de huevo.	Núm. 1.
De láudano líquido de Sydenham.	2 gramos.
De alcanfor.	1 —
De harina de almidon.	C. S.

Se hace una masa suficientemente blanda para extenderla con una pluma sobre la parte afecta.

Esta fórmula se prepara, tomando la yema de huevo, el láudano y la harina y mezclándolo exactamente en un mortero, y despues se añade el alcanfor disuelto en un poco de alcohol.

Es necesario no adicionar el alcanfor hasta que se hayan mezclado exactamente los otros tres cuerpos, porque de lo contrario, el alcohol que ha servido para disolverle coagula la albúmina del huevo produciendo un precipitado blanco.

El huevo y la harina disminuyen la inflamacion; por una parte, por su accion emoliente, y por otra, impidiendo el contacto del aire con la superficie enferma; el láudano rebaja el dolor, y el alcanfor hace que descienda la temperatura.

Dos veces al dia se ha de cubrir la parte inflamada con esta mezcla é inmediatamente despues de la primera untura, así como de todas las demás, encuentra el enfermo un bienestar, una frescura y una disminucion de la tension tal que solicita se repita con frecuencia.

Desde el primer momento empieza á descender la enfermedad y al cabo de dos ó tres dias ha terminado completamente.

Tintura de yodo.—En consecuencia de experimentos numerosos y variados acerca de la erisipela, se ha convenido el doctor Renzi que es un remedio excelente contra esta enfermedad el barnizamiento de la parte afecta, así como de la piel sana que la rodea, con la tintura de yodo. La curacion se obtiene en dos, tres ó cuatro dias cuando más.

Colodion.—Para detener la marcha invasora de la enfermedad, el doctor Broca hace aplicar una capa de co-

lodon de 6 á 8 centímetros de ancha, encima de la parte enferma, sobre la piel sana y los límites de la erisipela. Es indispensable examinar dos veces al día el colodion para reparar las fisuras tan pronto como se producen.

El doctor Lubeuskí dice que emplea este medio hace mas de treinta años, desde las primeras comunicaciones del doctor Roberto de Latour acerca del uso médico del colodion, y no recuerda haber recurrido á él una sola vez sin éxito. En el invierno último ha tenido ocasion de observar ocho nuevos casos de erisipela de la cara en una pequeña epidemia que ha reinado en Niza, y en todos ellos el colodion elástico impidió á la enfermedad franquear los límites en que estaba circunscrita.

En un caso de zona, en una señora de sesenta y cinco años, el colodion aplicado sobre la erupcion misma hizo cesar inmediatamente el dolor y disminuyó mucho la reaccion febril.

Erisipela: tratamiento por medio de la brea, el silicato de potasa y las inyecciones de ácido fénico. (*New. York. méd. jour.—Bull. de théér.—Central Blatt*).

La teoría de los gérmenes sépticos aplicada á la erisipela, ha conducido á emplear la brea, en el tratamiento de esta enfermedad, dadas las propiedades anti-sépticas de dicha sustancia. Basta, segun los partidarios de este método, cubrir simplemente de brea la parte erisipelatosa en toda su extension, obteniéndose segun se dice resultados tan satisfactorios, que en algunos hospitales de New-York es esta una práctica corriente y no se emplea otro medio.

Debemos hacer notar que á esta misma teoría se deben las aplicaciones de esencia de trementina, calurosamente recomendadas contra la erisipela por la antigua escuela de Strasburgo y á las cuales se han atribuido tambien muy buenos efectos.

Silicato de potasa.—En una larga memoria presentada á la Academia de Ciencias de Lisboa, ha reunido el doctor Alvarenga 48 observaciones clínicas y un grán número de experimentos que ponen fuera de duda la accion terapéutica del vídrio soluble. Se usa casi exclusivamente al exterior en los casos de erisipela. La solucion contiene

una parte de silicato de potasa por una á diez partes de agua. El silicato se compone de una parte de ácido silícico por cuatro de solución potásica. La curación parece haber sido tanto mas rápida cuanto mas concentrado era el soluto.

El autor ha repetido sus experimentos en el Brasil y ha tenido siete ocasiones de tratar erisipelas con una solución á $\frac{1}{3}$ ó á $\frac{1}{4}$; la curación no se hizo esperar nunca mas de tres dias.

Inyecciones de ácido fénico.—La terminación funesta de cuatro casos de erisipela en viejos, movió al doctor Auffercht á ensayar las inyecciones de ácido fénico, fundado en la idea de que se trata en estas circunstancias de la penetración de productos orgánicos en el tejido celular subcutáneo y de su aumento, y que el ácido fénico serviría para destruir estos productos é impedir su reproducción. A fin de comprobar en sí mismo la inocuidad de tales inyecciones, se las hizo el autor con 6 decigramos de una solución á 1 por 100 de ácido, y no sufrió accidente alguno. Habiendo tenido á su cuidado dos casos de erisipela, del antebrazo la una, en una mujer de cincuenta y seis años, y de la pierna la otra, en un hombre de ochenta y cuatro, practicó cinco inyecciones en tres dias en la primera, y cuatro en dos dias en el segundo, eligiendo para esto la parte de la erisipela mas próxima al tronco. La erupción no se extendió mas lejos, repitiéndose las inyecciones á causa de algunas vesículas erisipelatosas que se habian producido por encima de la primera inyección. Los resultados fueron notables: descenso de la fiebre, de la frecuencia de las pulsaciones, y alivio del estado general, con disminución de los fenómenos locales; en ambos enfermos fué muy rápida la convalecencia.

Escrofulides graves de la mucosa buco-faringea. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

Las afecciones escrofulosas graves de la garganta han servido al doctor Homolle de asunto de una tesis notable, en la que aprovechándose de los trabajos recientes de Isambert, Fougere, y sobre todo de numerosas observaciones personales, á las que ha añadido muchas de-

bidas al doctor Lailler, ha podido exponer de una manera completa la historia de estas lesiones de un diagnóstico frecuentemente tan difícil. El doctor Homolle ha dividido estas escrofulides graves en dos grupos, comprendiendo en uno las que acompañan al lupus de la cara, y en el otro las que se desarrollan primitivamente. Las lesiones del primer grupo se refieren á diferentes tipos; en ciertos casos hay simplemente un eritema lívido; otras veces es un estado granuloso: se ve también un estado hipertrófico con tumefacción y eminencias de la mucosa, comparable entonces al aspecto casi el efantiásico que produce á veces el lupus en la cara; la atrofia intersticial puede alterar, mas ó menos profundamente, la estructura de las partes enfermas, sin producir su destrucción; en fin, se encuentran en la garganta todas las formas ulcerosas que pueden presentarse en la cara, desde el lupus *vora*, de marcha rápida, hasta el lupus cuya evolución lenta no determina la destrucción sino despues de largo tiempo. Esta forma se parece á la canceroidal, cuyas producciones exuberantes presentan un verdadero carácter de malignidad. Las diferentes partes de la boca, los labios, encías, mejillas, faringe, se encuentran afectadas mas ó menos frecuentemente por estas diversas formas; pero es notable que casi nunca atacan á la lengua. Todas estas afecciones escrofulosas tienen un carácter sumamente importante, que es su indolencia casi absoluta; pueden encontrarse desarrolladas las lesiones mas graves sin que el enfermo haya tenido conciencia de lo que sucedia. Así, no debe descuidarse nunca el explorar atentamente la boca de un sujeto que padezca lupus de la cara.

Cuando se desarrollan primitivamente en la garganta las afecciones escrofulosas, aunque presentando las mismas lesiones elementales que las precedentes, revisten, sin embargo, dos formas distintas, que Homolle ha designado bajo los nombres de *lupus primitivo* y *escrofulides ulcerosas primitivas*. Estas dos formas difieren sobre todo por su curso: la primera altera las partes, las atrofia antes de destruirlas; la segunda produce la destrucción de un modo mas evidente y menos insidioso. Presentando caracteres objetivos muy análogos á los de las escrofuli-

des secundarias, estas lesiones difieren notablemente de ellas porque determinan alteraciones funcionales mas marcadas. Su desarrollo va frecuentemente acompañado de dolores vivos, espontáneos ó que se producen por el contacto de sustancias irritantes: hay además disfagia aun cuando no exista pérdida de sustancia. Bajo el punto de vista del diagnóstico las dificultades son numerosas. En efecto, mientras que en la escrofulide secundaria la coincidencia de un lupus de la cara permite de un modo general diagnosticar un lupus de la garganta, los elementos de diagnóstico para la escrofulide primitiva serán mucho mas inciertos; habrá que atenerse á los antecedentes del enfermo, á menudo difíciles de comprobar, pero sobre todo á los caracteres objetivos de la afeccion. En cuanto al tratamiento, que ha sido considerado por algunos médicos como el criterio del diagnóstico, no cree el doctor Homolle que se le deba conceder demasiada importancia, porque ciertas escrofulides se modifican algunas veces bajo la influencia del yoduro potásico, mientras que hay sífilides que no presentan ningun alivio y otras que se curan espontáneamente. Este tratamiento está constituido especialmente por los antiescrofulosos, el yoduro de potasio asociado al de hierro y el aceite de hígado de bacalao, cuya dosis es necesario saber elevar hasta 100 y aun 200 gramos diarios. Como tópicos se emplearán la tintura de yodo, el ácido crómico, las soluciones de cloruro de zinc ($\frac{1}{2}$ á $\frac{1}{10}$), de nitrato de plata (2,1 á 1,1), el clorato de potasa pulverulento, y en los casos de grandes dolores el yodoforno suspendido en la glicerina. A estos se añadirán los chorros locales con el agua glicerinada ó las soluciones astringentes. Si los enfermos pueden seguir un tratamiento termo-mineral, estarán particularmente indicadas las aguas cloro-bromo-yoduradas fuertes.

Estreñimiento habitual: tratamiento por la podofilina. (*Bull. de Thér.*).

En los casos de estreñimiento habitual, que tantas molestias produce, predisponiendo por otra parte á variadas enfermedades, recomienda el doctor Marchan la podofi-

lina en la siguiente forma, como preferible á todas las que hasta ahora se han empleado :

Resina de podofilina.	0,05
Extracto de beleño.	0,02
Jabon medicinal.	0,02

Para una píldora.

El extracto de beleño impide los cólicos que algunas veces provoca la podofilina pura.

Se administra una píldora el primer día á las ocho de la mañana; si no ha habido deposiciones, otra píldora al día siguiente á la misma hora; si aun así no se hubiesen conseguido, á las doce horas se da la tercera píldora, continuando su uso de doce en doce horas, hasta que se produzcan deposiciones fáciles. En el caso de que aun así no se lograsen, se prescribirán las píldoras cada ocho ó cada seis horas; pero nunca muchas á la vez, por temor á los accidentes que se han atribuido á la podofilina, como vértigos, sudores, anorexia, náuseas, vómitos, dolores estomacales y disentería.

Debe hacerse comprender al enfermo, para que no le parezca la medicacion demasiado lenta, que la podofilina no tanto es un purgante como un remedio contra el estreñimiento. Y en efecto, las deposiciones que determina no son diarréicas; son algunas veces semifluidas, mas comunmente amoldadas, normales, en ocasiones biliosas, lo que ha valido á este medicamento su reputacion de perfecto colagogo.

Desde el momento en que se produzca el efecto ecoprótico, se tratará de regularizar las deposiciones, administrando entonces la podofilina á las mismas horas. Generalmente se mueve el vientre á las doce horas, y se debe encargar á los enfermos rigurosamente que procuren hacerlo todos los días á hora determinada.

A los quince días del uso de la podofilina se ha *contraído ya el hábito de las deposiciones*; no obstante, no debe suspenderse de pronto el medicamento, sino simplemente alejar las dosis para volver de nuevo al sistema primitivo en el caso de reproducirse el estreñimiento. La medicacion no ha de cesar por completo hasta que se hayan regularizado de una manera perfecta y segura las eva-

cuaciones. En los casos de recidiva, el organismo no es menos sensible á la podofilina porque haya estado sometido á su uso anteriormente; antes al contrario, la victoria es entonces mas fácil.

En cuanto á la hora mas conveniente para la administracion del remedio, aun cuando el autor cree que obra con mas seguridad tomado por la mañana, dice que es mas cómodo prescribirle por la noche, teniendo en cuenta que la deposicion se verifica por lo comun á las doce horas.

Fermentacion intra-estomacal con produccion de gas inflamable con llama amarilla. (Rev. des Scienc. méd.).

En 1870 publicaron los doctores Carius y Popoff un caso cada uno de eructo gaseoso que ardia con una llama azul (hidrógeno); pero hasta ahora no existian observaciones de eructos de gas que diese una llama amarilla (hidrocarburos). El doctor Ewald ha publicado un hecho de este género. El doctor Frerichs fué consultado por un enfermo que sufría gastritis crónica, y que al ir á encender un cigarro en el momento mismo en que exhalaba gas por la boca, se quedó sorprendido al ver que este se encendia, ardiendo con una llama amarilla. Repetia á voluntad el experimento, teniendo cuidado, para no quemar su barba, de hacer pasar el gas al través de un cilindro de papel arrollado. Ewald recogió cierta cantidad de gas por medio de la bomba de Kussmaul, adaptada á una bomba de mercurio, y procedió á su análisis cualitativo y cuantitativo. Este gas se componia de HO , Az y CO^2 , y en fin, de una porcion bastante notable (hasta 10 por 100) de gas de los pantanos (CH^4). Es la primera vez que se ha observado la existencia de este producto en los gases estomacales. Magendie y Chevreul, Vauquelin, Leuret y Lassaigne, habian indicado la presencia de hidrocarburos en los gases de los intestinos delgados, y sobre todo de los gruesos, y habian admitido que por regurgitacion podian pasar al estómago; pero Planer y Rugé han negado esta emigracion. En el caso que acabamos de indicar, los hidrocarburos se formaban seguramente en el estómago. Las tentativas repetidas por el autor para obtener artifi-

cialmente hidrocarburos haciendo fermentar en una estufa una mezcla de carne, de fécula, de jugo gástrico alterado y de moco, no le han dado resultado alguno.

Fiebres intermitentes: tratamiento por medio del alcohol asociado al sulfato de quinina. (*Bull. de Thér.*).

En un trabajo recientemente publicado, da cuenta el doctor Dorville de los hechos que ha observado en el servicio del profesor Herard, y dice que se tienen todas las probabilidades posibles de cortar un acceso de fiebre intermitente, cuando al principio del frío se administra una solución alcohólica de sulfato de quinina, y esto con tanta mas ventaja, cuanto que no se da mas que una corta cantidad del medicamento (50 centigramos á 1 gramo de sulfato de quinina en una pequeña copa de aguardiente), y que una dosis basta generalmente, no solo para conjurar los accesos futuros, sino tambien para hacer abortar el presente.

En resúmen: el doctor Dorville encuentra las siguientes ventajas en este método de administracion del sulfato de quinina:

1.º La acción curativa es generalmente pronta, lo que puede ser de una grande utilidad tratándose de una fiebre perniciosa.

2.º Una vez cortada la fiebre, no tiene tendencia á reproducirse, como sucede con frecuencia cuando se administra el medicamento por los otros métodos. Esto sería muy ventajoso, sobre todo en las poblaciones rurales, donde el alto precio del sulfato de quinina puede impedir al médico administrar las dosis necesarias.

3.º Inocuidad absoluta, á dosis terapéutica, de la asociación de los dos elementos. En ninguno de los casos que el autor refiere hubo accidentes cerebrales que pudieran atribuirse al sulfato, vómitos, ni ningun otro fenómeno extraño.

Fiebres intermitentes: tratamiento por medio del yodo.
(*Bordeaux medical*).

El yodo ha sido preconizado por Willebrand en 1869 contra las fiebres intermitentes, y administrado en forma

de tintura en cantidad de 30 gotas en una infusion de manzanilla durante muchos dias seguidos (Barilleau), ó en el cocimiento de achicorias (Barbas). Recientemente le ha usado el doctor Donamd, bajo la siguiente forma:

Yoduro de potasio.	2 á 5	gramos.
Yodo.	1	—
Agua.	10	—

Se administran 4 á 5 gotas cada dos horas en agua viscosa. Este autor ha publicado cinco observaciones de curacion por este medio en niños y en adultos, pero de cuyos detalles creemos conveniente prescindir porque no ofrecen nada de particular ni de notable.

Fiebres intermitentes de forma ictero-hematórica : su tratamiento por medio de las inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina. (Gaz. hebá.).

La forma ictero-hematórica en las intermitentes debe considerarse en general como perniciosa, especialmente en los países cálidos. Los síntomas que la acompañan, oponiéndose á la medicacion ordinaria, constituyen un grave peligro para el paciente. El doctor Vinson, de la isla Mauricio, donde son endémicas las fiebres palúdicas, ha observado algunos de estos casos, teniendo la desgracia de perder varios enfermos, hasta que ha ensayado en los tres últimos que se presentaron á su observacion las inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina.

Los accesos ictero-hematóricos están caracterizados por un frio mas ó menos violento, por la excrecion de una orina que contiene en proporciones diversas bilis y sangre, por la ictericia general, náuseas, frecuentemente vómitos y espasmos; despues del estadio de frio cuya duracion varía, viene el de calor, faltando por lo comun el de sudor. A menudo las orinas se modifican de un modo espontáneo, cargadas de mayor ó menor cantidad de bilis, aunque conteniendo poca ó ninguna sangre. Pero en el momento en que aparece el nuevo escalofrio, que casi siempre se reproduce, las orinas vuelven á hacerse mas sanguinolentas. Con la repeticion de los accesos y las pérdidas de sangre, se manifiestan muy rápidamente la anemia, el estado febril continuo, la forma atá-

xica ó adinámica de las fiebres graves. La intervencion del sulfato de quinina es de absoluta necesidad para impedir la repeticion de los escalofrios, pero desgraciadamente su absorcion por las vías digestivas es con mucha frecuencia imposible.

La primera indicacion consiste en desembarazar el estómago de la bilis y todos los médicos, segun el autor, están de acuerdo en usar ámpliamente la ipecacuana. La segunda indicacion es oponerse á la invasion de un nuevo acceso, lo cual se debe hacer practicando lo *mas pronto* posible la inyeccion hipodérmica de sulfato de quinina, porque el estómago y los intestinos son rebeldes á la absorcion. El doctor Vinson ha examinado las orinas de enfermos que tomaban grandes dosis de sulfato de quinina en las mejores condiciones aparentes y apenas ha hallado en ellas indicios de esta sal. Así, estos sujetos estaban constantemente bajo la influencia de la fiebre, teniendo suspendido sobre su cabeza como la espada de Damocles, el escalofrio seguido de hematuria.

La solucion empleada por el autor con excelentes resultados es la siguiente:

Sulfato de quinina.	1 gramo.
Agua.	10 gramos.
Agua de rabel.	1 gramo.

O en su lugar :

Acido tártrico. 50 centigramos.

Veinte á veinte y cinco centigramos de sulfato de quinina así disuelto, bastan para producir la embriaguez química.

La inyeccion es poco dolorosa y deja un abultamiento secundario, con dolor mas ó menos marcado y cuya duracion es de tres á cinco dias. Al mismo tiempo que este tratamiento dirigido á evitar la reproduccion de los accesos, deben emplearse los demás medios propios como los evacuantes, los vejigatorios al epigastrio y á los riñones, para contener los vómitos y modificar la orina, etc.

Fiebres intermitentes: inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina. (*The Practitioner*).

Hace dos años que el doctor Lente, de New-York, viene trabajando para vencer algunas de las dificultades que se encuentran en la aplicación práctica de las inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina al tratamiento de las fiebres intermitentes.

Entre los accidentes que pueden sobrevenir, se encuentran una inflamación circunscrita, abscesos, escaras, y aun el tétanos. Algunos de ellos se han presentado en la práctica del doctor Lente, cuando era todavía novicio en este método, que experimentaba con soluciones de composición variada. Estudiando el autor las diferentes soluciones que se han propuesto, hace notar que algunas son completamente impracticables, y dice, que después de muchas investigaciones y tanteos ha adoptado la fórmula siguiente:

Bisulfato de quinina.	5	gramos.
Acido sulfúrico diluido.	6	—
Agua de fuente.	70	—
Acido fénico.	0,30	—

Se pone la quinina y el agua en una cápsula de porcelana sobre una lámpara de alcohol; se calienta hasta la ebullición y se añade el ácido sulfúrico, agitando la mezcla con una espátula de madera, se filtra en un frasco y se adiciona el ácido fénico.

Esta solución contiene 0,30 de sulfato de quinina por cada 4 gramos. El doctor Lente dice que puede recomendarla con toda confianza, porque la ha empleado más de 150 veces, haciendo dos inyecciones en cada una, sin que se hayan presentado nunca accidentes serios.

En un solo caso hubo una inflamación celular difusa del brazo, que cedió lentamente á la aplicación de agua fresca, y en otro hecho excepcional se observó la anestesia de la parte, seguida de una gangrena seca de una pequeña masa de tejido celular. Con frecuencia advierten los enfermos una especie de entumecimiento de la cabeza que dura á veces muchas semanas y que quizá deba atribuirse al ácido fénico.

Es importante emplear una aguja de oro, y no simplemente dorada, así como también untar de aceite con frecuencia el piston, porque esta solución le seca y le corroe.

El mejor tiempo de hacer la inyección es aquel en que debe presentarse el paroxismo ó durante el ataque.

En los casos benignos, deberán inyectarse de 40 á 12 centigramos; pero en los rebeldes es preciso elevar la dosis á 30 centigramos. En los tiempos de epidemia conviene repetir la dosis cada catorce ó veinte días, algunas veces cada seis.

Este método parece, según el autor, particularmente aplicable á esos casos fatales de la enfermedad llamada fiebre perniciosa congestiva, ó cuando los vómitos impiden la absorción del medicamento. El doctor Lente refiere á continuación un número considerable de hechos que demuestran los beneficiosos resultados obtenidos con su método. La estadística es notable por el pequeño número de inyecciones que han sido necesarias para conseguir la curación. En 134 casos bastó con una sola; 47 necesitaron dos; en 12 fué preciso practicar tres; á 3 enfermos se les hicieron cuatro; 6 exigieron cinco para su curación; y solo en 4 sujetos fué preciso elevar á diez el número de las inyecciones.

Fiebre perniciosa de forma hidrofóbica. (*Montp. méd.*).

Bajo este título refiere el doctor Baltus en el *Montp. méd.* el hecho siguiente que ofrece grande interés por la particularidad de los síntomas presentados, y por el éxito del tratamiento.

Un hombre de cuarenta y un años, convaleciente de una ligera saburra gástrica, fué acometido bruscamente á mitad de la noche del 17 de febrero de un delirio violento, seguido muy luego de colapso. El autor encontró al enfermo en decúbito dorsal, la cara térrea, ojos fijos y entreabiertos, pupilas contraídas, pulso sumamente frecuente, calor urente en la piel, se conservaba la sensibilidad y la motilidad. Después de muchas preguntas infructuosas el enfermo dijo que sentía oscurecida su inteligencia y no sabía dónde estaba. La respiración era estertorosa, con estertor traqueal, sin que nada indicase

una lesion de los órganos respiratorios. Habiendo tratado de darle á beber una tisana, no pudo conseguirse que la tragase ni aun á cucharadas; el líquido era devuelto inmediatamente, sin pasar de la cámara posterior de la boca. El doctor Baltus comprobó la existencia de un espasmo faríngeo, y muchas veces, y á diversas horas de la mañana intentó hacer tragar al enfermo algunas gotas de líquido, oponiéndose á las tentativas de expuicion, pero hubo de renunciar á ello por la imposibilidad absoluta de la deglucion.

Fundándose en la violencia é instantaneidad de los síntomas, la constitucion especial del pais, y recordando algunos casos de muerte casi repentina que habian ocurrido en dias anteriores, se fijó en la idea de un acceso pernicioso, é inmediatamente prescribió una lavativa con gramo y medio de sulfato de quinina, cubriendo al mismo tiempo de sinapismos las extremidades superiores é inferiores y la region precordial. A las dos de la tarde se repitió la lavativa, y poco despues empezó á restablecerse el conocimiento, poniéndose la piel halituesa. A la mañana siguiente tuvo el enfermo una diaforesis bastante abundante y desapareció todo vestigio del acceso de la víspera. Se continuó aun por dos dias el uso del sulfato de quinina en cantidad de 75 centígramos y no se repitieron los accesos.

El autor hace notar que este caso de fiebre perniciosa es insólito por la época de su aparicion, en una estacion en que las fiebres intermitentes son relativamente raras, y tambien por la existencia de la contraccion espasmódica de la faringe, que no existe de ordinario en el coma de las fiebres palúdicas y que justifica en este caso la denominacion de hidrofóbica que la ha dado el doctor Baltus. La terminacion feliz de la enfermedad, bajo la influencia del tratamiento, demuestra la conveniencia de una intervencion enérgica aun en los casos que parecen desesperados.

Fiebre tifoídea: tratamiento por medio de los baños de aire, las lavativas de agua fría, el cornezuelo de centeno y las inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina. (*Union méd. —Lyon-méd.—Revue de Thér.—Rivista clinica di Bologna*).

Segun el doctor Miramont, de Saboya, se puede dirigir el calor del febricitante y obtener los mismos resultados ventajosos que por el método de Brand, sustituyendo los *baños de aire* á los de agua fría. Las observaciones hechas por el autor le autorizarian aun, segun dice, á apropiarse el famoso aforismo de Brand: *toda fiebre tifoídea tratada desde el principio por los baños de aire, curará*. Aun cuando no participemos de este optimismo, ni respecto al método del médico de Stettin, ni al del práctico de Saboya, indicaremos en qué consisten los baños de aire:

1.º En acostar al febricitante en un colchon de crin ó mejor en un jergon, y cubrirle solo con una sábana, dejándole expuesto al aire libre sin cortinas en la cama.

2.º En cambiarle frecuentemente de cama, cuatro ó seis veces al dia.

3.º En fin, en casos de delirio ó de accesos de fiebre, en hacerle pasear en camisa hasta que, quedándose frío, recobre el conocimiento.

Lavativas de agua fría.—El uso del agua fría en la terapéutica, y sobre todo en el tratamiento de la fiebre tifoídea, es una cuestion de actualidad á la que ya hemos consagrado no pocas páginas en nuestros *Anuarios*. Esto mismo nos obliga á no pasar en silencio el interesante trabajo publicado por el profesor Foltz de Lyon, acerca de las lavativas de agua fría, aunque limitándonos á las conclusiones establecidas por el autor despues de los numerosos ensayos y estudios prácticos que al efecto ha hecho.

La lavativa fría tiene una doble accion local y general.

La accion local consiste en una sensacion de frescura acompañada de contracciones intestinales.

La accion general determina disminucion en la frecuencia del pulso, disminucion notable de la temperatura y sedacion del sistema nervioso. Apaga la sed, excita el apetito y aumenta las secreciones.

Esta accion refrescante, sedante y tónica es siempre la

misma en cuanto á su naturaleza para toda lavativa cuya temperatura no llegue á 38°; pero es tanto mas intensa y durable, cuanto menor sea esta temperatura, mas abundante el líquido, ó se la repita con mayor frecuencia. De un gran número de experimentos hechos por el autor en sí mismo y en varios enfermos, resulta que una lavativa de un litro de agua á una temperatura que puede variar de 0° á 10°, hace disminuir 12 pulsaciones por término medio; de 10 á 20°, bajan 6 pulsaciones; de 20 á 30°, 3; en fin, de 30 á 38°, pueden disminuir aun una ó dos pulsaciones. Una lavativa de $\frac{1}{2}$ litro en un adulto solo produciria la mitad de estos resultados. Si se administrasen muchas lavativas sucesivamente, se obtendrian los efectos acumulados, pero con tanta mas resistencia por parte del corazon, cuanto mayor fuera el espacio que mediase de la primera.

Las indicaciones terapéuticas de la lavativa fria son muy numerosas; conviene por su accion local en las enfermedades abdominales, y por su accion general en las febriles. Con este doble título está indicada y produce gran resultado como remedio principal en la fiebre tifoídea.

El método por que se ha decidido el autor despues de algunos tanteos consiste en aplicar las lavativas frias de 10 á 15° cada dos, tres ó cuatro horas, alejando los intervalos cuando el enfermo duerme y cuando la temperatura se aproxima al estado fisiológico. Algunas veces ha necesitado emplear las lavativas una tras de otra; ya para producir evacuaciones abundantes, ya para combatir las exacerbaciones febriles. El uso de este medio no excluye el de los demás que pueden prescribirse en el tratamiento de la fiebre tifoídea, incluso el baño frio. El doctor Foltz ha empleado á veces simultáneamente con las lavativas, la digital, la quina, los laxantes, los antimoniales, etc., segun las indicaciones; pero aquella ha constituido desde el principio el remedio principal. En 27 casos de fiebres tifoídeas, tratados de esta manera, y 15 de los cuales eran graves, solo se ha observado una defuncion.

Cornezuelo de centeno.—Desde hace algun tiempo usa el doctor Hayen el cornezuelo de centeno, para disminuir

la temperatura de los enfermos afectado; de fiebre tifoidea, habiendo obtenido por esta medicacion resultados mucho mas favorables que los conseguidos anteriormente con el sulfato de quinina y la digital. Bajo la influencia del cornezuelo de centeno, el descenso de la fiebre es mucho mas rápido, y en el período de *acmé* la curva térmica en lugar de exacerbaciones presenta líneas horizontales. Con este medicamento administrado solo de dia, la temperatura de la noche ha sido menos elevada que la de la mañana. La cantidad de cornezuelo de centeno, recientemente pulverizado, que el autor administra, es de 2 á 3 $\frac{1}{2}$ gramos y en tres dosis durante el dia.

Inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina.—El doctor Revicin emplea en el tratamiento de la fiebre tifoidea las inyecciones hipodérmicas con el líquido siguiente:

Sulfato de quinina.	5 gramos.
Agua destilada	50 —

Se disuelve y se añade:

Clorhidrato de morfina.	10 centigramos.
---------------------------------	-----------------

Seis veces al dia se inyectan con una jeringa de Pravaz 85 centigramos de esta mezcla, sea el que quiera el período de la enfermedad. Bajo la influencia de esta medicacion, se limpia la boca, disminuye la cefalalgia, el meteorismo, el gorgoteo de la fosa iliaca, el volúmen del bazo, y, en fin, el paciente se pone de mejor aspecto.

El autor no quiere decir que la quinina haga abortar la enfermedad; pero cree que favorece su desaparicion, porque ha visto empezar la convalecencia al fin de la segunda semana ó cuando mas tarde de la tercera. No obstante, si no se ha establecido el tratamiento desde el principio de la fiebre, el padecimiento se prolonga mas allá del tercer septenario.

El autor asocia la morfina á la quinina, para moderar los síntomas nerviosos tan comunes en la fiebre tifoidea.

Fonometria. (*Union méd.*).

Los primeros trabajos publicados acerca de la fonometria son los del doctor Hermann Baas y de Guttmann, que

vieron la luz pública en 1872. Los autores alemanes deducen de sus observaciones que la fonometría no suministra mas datos que la percusion. La fonometría es el estudio de las modificaciones de los sonidos que se producen en un diapason, vibrando apoyado sobre diferentes puntos del cuerpo segun el órgano donde se aplica ó las enfermedades de cada órgano. El doctor Hermann Baas distingue tres especies de resonancias: la fuerte, la débil y la nula, que corresponden á las tres designaciones pleximétricas: sonoridad fuerte, débil ó nula.

Segun las investigaciones y estudios del doctor Grasset los resultados del exámen fonométrico no son paralelos á los de la percusion. Así, en un caso que el autor refiere, esta no indicaba ninguna diferencia entre la parte inferior y la superior de un lado del pecho, mientras que el exámen fonométrico la reveló muy marcada, puesto que en la parte inferior no existia resonancia, y sí en la superior.

Respecto á los derrames pleuríticos, el autor ha comprobado que hay sonidos macizos con resonancia del diapason, y otros en que esta no existe, lo cual depende de la causa que les produzca. Si el sonido á macizo es debido al derrame mismo, no existe resonancia; pero si el líquido es reabsorbido y aquel sonido reconoce por causa una acumulacion de falsas membranas en la pleura, resonará el diapason. En el primer caso faltan las vibraciones torácicas que se conservan en el segundo. Por consiguiente existe una verdadera relacion y un paralelismo marcado entre el restablecimiento de las vibraciones torácicas y las resonancias.

En las pulmonías se observa el sonido á macizo conservándose las vibraciones, se mantiene la resonancia fonométrica, mientras que cuando aquellas faltan desaparece esta por completo. Los mismos resultados se han obtenido en los diversos períodos de la tuberculosis pulmonar.

Si la fonometría hubiera de suministrar datos idénticos á los de la percusion, como creen los autores alemanes, seria un procedimiento inútil. Pero tiene cierto valor y puede ocupar un lugar entre los medios de investigacion del pecho, puesto que permite darse cuenta del estado de las vibraciones torácicas en sujetos en que estas son poco acentuadas por diversas causas (afonía, debilidad gene-

ral extrema, etc.). En fin, el fenómeno de las vibraciones torácicas es completamente subjetivo, mientras que el de la fonometría pueden percibirle simultáneamente varias personas, lo cual no carece de utilidad en la clínica.

Gangrena pulmonar: tratamiento por la tintura de eucaliptus.
(*Bull. de Thér.*).

En una Memoria presentada por el doctor Bucquoy á la Sociedad de los hospitales de Paris, acerca de la *pleuresia en la gangrena pulmonar*, llama este autor la atencion de un modo particular acerca de un remedio, con el que ha conseguido en un gran número de casos notabilísimos resultados; nos referimos al eucaliptus. En las afecciones en que mas se le ha preconizado y donde encuentra sus principales aplicaciones, no ha respondido el medicamento á las esperanzas del doctor Bucquoy, puesto que su eficacia no ha sido superior á la de las otras preparaciones balsámicas. No puede, pues, tachársele de parcialidad al preconizar este remedio en la única afeccion en que dice haberle dado excelentes resultados: la gangrena pulmonar. La horrible fetidez del aliento y de los esputos ha suministrado siempre al tratamiento de esta enfermedad una de sus indicaciones mas apremiantes. Importa, en tanto que se desinfecta por los medios externos la atmósfera que rodea al enfermo, tratar de destruir en el sitio mismo de su produccion los miasmas pútridos que de él emanan. Para obtener este efecto se ha recurrido al uso externo é interno de las soluciones desinfectantes, los cloruros, unidos á los tónicos; mas adelante el ácido fénico, bajo diferentes formas, ha venido á destronar á los cloruros produciendo cierto número de curaciones.

El eucaliptus, como medicamento balsámico, y en razon de sus propiedades estimulantes y desinfectantes, encuentra perfectamente su indicacion en la gangrena pulmonar. A este agente es al que con mas frecuencia ha recurrido el doctor Bucquoy, y en los hechos ya numerosos que ha observado, sus efectos fueron muy superiores á los que se obtienen con todas las demás medicaciones. De los 10 ó 12 casos de gangrena pulmonar que ha tenido ocasion de tratar en el hospital Cochin, cuenta 5 de cu-

racion, en los cuales el eucaliptus ha ejercido una benéfica y feliz influencia. Aun en los mismos que terminaron funestamente, este medicamento produjo un efecto favorable; en dos enfermos que habian usado inútilmente el ácido fénico, el eucaliptus modificó el olor del aliento y los esputos, y la tos perdió una buena parte de su violencia y tenacidad, que se reproducia al suspender el medicamento.

La preparacion empleada fué siempre el alcoholaturo de eucaliptus, en cantidad de 2 gramos, rara vez más, en una pocion gomosa simple ó con jarabe diacodion; cuando la depresion de las fuerzas es muy marcada, el autor alterna con esta pocion, la de Todd, á la que hace añadir 2 á 4 gramos de extracto de quina. Esta medicacion ha producido en muchos casos de gangrena pulmonar resultados inesperados.

Gastralgia: tratamiento por el nitrito de amilo y las gotas blancas. (*Deutsche. archiv. — Union méd.*).

El doctor Fúckel recomienda el nitrito de amilo en las gastralgias que no están complicadas con afeccion orgánica del estómago. En todos los casos en que le ha empleado, la inhalacion de algunas gotas produjo, segun dice, un efecto sorprendente, haciendo cesar casi en el momento los dolores que contaban ya muchas horas de duracion. Ha usado igualmente este medicamento con éxito en inhalaciones, en las neuralgias que acompañan á la dismenorrea y tambien en el cólico saturnino. En fin, en un caso de tétanos espontáneo las crisis cesaron, segun el autor, despues de la inhalacion de 2 gotas de nitrito de amilo repetida tres veces al dia.

Gotas blancas.—El doctor Gallard prescribe con buen éxito contra el elemento dolor de la gastralgia simple y de la dispépsia gastrálgica la preparacion siguiente, que designa bajo la denominacion de *gotas blancas*:

Agua destilada de laurel cerezo. 10 gramos.
Acetato de morfina. 15 centigramos.

D. s. a.

Se toman una ó dos gotas en un terron de azúcar antes de cada comida.

Glucosuria: reactivo para dosificar la glucosa. (*Abeille méd.*).

El doctor Lagrange insiste, en un trabajo recientemente publicado, en la poca estabilidad de los licores de Fehling y Barreswill. No puede tenerse confianza, según el autor, en los datos que se obtienen con estos dos reactivos. Si se quiere conseguir resultados serios y de importancia, es preciso evitar dos escollos en la composición del reactivo: introducir una cantidad demasiado considerable de álcali, ó dejar este en proporción insuficiente. En el primer caso, en efecto, el álcali en exceso obra sobre el azúcar cristalizante y produce en él modificaciones que hacen inexacto el análisis. En el segundo, no existiendo el álcali en la proporción necesaria, el reactivo se descompone á la ebullición, dando un precipitado de protóxido rojo de cobre.

La experiencia ha demostrado á M. Lagrange que la fórmula que debe emplearse en la composición del licor cupro-potásico es de 10 gramos de tartrato neutro de cobre seco por 400 gramos de sosa cáustica pura y 500 de agua destilada.

Antes de hacer el ensayo de los líquidos en que se sospeche la existencia de la glucosa, es siempre bueno practicar una experiencia preparatoria sometiendo á la ebullición el licor cupro-potásico solo. En el caso de que estuviese alterado y no contuviera la cantidad de sosa conveniente, este pequeño ensayo preliminar, haciendo producir á vista del operador la precipitación del óxido de cobre, le pondría á cubierto de una causa de error que habría podido hacerle creer en la existencia de glucosa en un líquido que realmente no la contuviera.

Glucosuria: tratamiento por medio de la glicerina y del ácido fénico. (*Gaz. méd. de Paris.—Rev. des Sc. méd.*).

El doctor Schultzen, de Dorpat, aconseja la fórmula siguiente en el tratamiento de la diabetes sacarina como un auxiliar poderoso del régimen alimenticio especial adoptado en este padecimiento :

Glicerina pura.	20 á 50 gramos.
Agua.	700 —
Acido cítrico ó tártrico.	5 —

Para beber en el día.

Esta dosis puede continuarse durante un mes próximamente sin peligro alguno. Si se administrase mayor cantidad de glicerina podría provocar diarrea.

El doctor Harnack, que ha ensayado este medicamento, deduce de sus observaciones: 1.º que la glicerina administrada durante algunas semanas sin interrupción en cantidad de 180 á 360 gramos diarios, no ha ejercido sobre la organización del enfermo ningún efecto nocivo apreciable; 2.º que este agente no tiene ninguna influencia sobre la cantidad de orina y de azúcar excretadas; 3.º que con su uso coincide un alivio evidente del estado general.

Acido fénico.—Continuando los doctores Ebstein y Müller sus investigaciones acerca de los efectos del ácido fénico en la glucosuria, de que ya dimos cuenta en nuestro anterior ANUARIO, refieren nueve hechos de diabetes tratados por este ácido con resultados variables, en vista de los cuales establecen las siguientes conclusiones:

En ciertos casos de diabetes sacarina, que es imposible fijar de antemano, el ácido fénico suprime la glucosuria y los demás síntomas morbosos.

Este medicamento parece que obra de preferencia en los diabéticos gruesos, en que un régimen apropiado es bastante por sí solo para atenuar las síntomas.

El ácido fénico solo tiene, por consiguiente, acción en los casos mas ligeros, en aquellos contra los cuales son tan eficaces las aguas de Carlsbad; el efecto de aquel medicamento no es tan constante como el de estas, y del mismo modo que el agua mineral, no evita las recidivas.

Cuando el Carlsbad es impotente, el ácido fénico lo es también. Los autores administran por lo común el medicamento en cantidad de 0,3 diarios en solución acuosa á que se adiciona el agua de menta. Nunca ha producido alteraciones gástricas.

El ácido salicílico empleado como sucedáneo no ha dado resultado alguno.

El doctor Balfour, de Edimburgo, prescribe como régimen en la diabetes sacarina la crema de leche, la carne y las fuertes dosis de ácido láctico, de 10 á 20 gramos al día. De 6 casos sometidos á este tratamiento, 2 curaron completamente; 2 murieron de tisis pulmonar y 2 salieron del hospital con grandísimo alivio.

Hemoptisis: tratamiento por medio de los vapores de trementina. (*Union méd.*).

En todos los casos de hemorragia interna, es un poderoso hemostático la esencia de trementina. Se la puede administrar en dosis de 10 gotas cada dos horas. Para combatir la hemoptisis, los médicos de los hospitales de Nueva-York se contentan con emplear la esencia de trementina en inhalaciones. En una vasija apropiada que contenga agua caliente se pone un platillo, en el que se echan 4 gramos de esencia de trementina, y se deja al enfermo respirar este vapor á medida que se produce. Como la volatilizacion de la esencia se verifica lentamente, las vias aéreas no sufren nada por su accion. Estas inhalaciones pueden repetirse tres, cuatro y aun más veces en las veinte y cuatro horas. Son útiles principalmente contra las hemoptisis poco abundantes, que se prolongan muchos días. Cuando la hemorragia es mas grave, es preciso recurrir á las ventosas secas y á la ligadura de los miembros.

Hemorragia cerebral: modificaciones de la secrecion urinaria. (*Gaz. hebdom.—Rev. des Scienc. méd.*).

Es bien sabido que se produce poliuria, albuminuria y glucosuria cuando una hemorragia cerebral ataca inmediatamente ó se encuentra sumamente próxima á las partes del encéfalo, cuya lesion experimental da lugar á las mismas alteraciones de la secrecion urinaria. Se sabe igualmente que este orden de síntomas puede ayudar á los clínicos para hacer el diagnóstico del sitio preciso de la lesion. El doctor Ollivier, en un trabajo fundado en doce observaciones, demuestra que la aparicion de la poliuria, albuminuria y glucosuria se verifica ordinariamente en la hemorragia cerebral, cualquiera que sea su asiento. De suerte que para evitar un error de diagnóstico, basado en la comprobacion de estos síntomas, importa saber cómo se presentan y cuánto tiempo duran.

Son fenómenos pasajeros. La poliuria y la albuminuria aparecen muy pronto, á veces desde la primera media hora que sigue al ataque de apoplejía.

En un enfermo se sacaron en dos horas 2 litros de

orina. Esta es ácida, y puede convertirse en alcalina en el momento en que desaparecen la albúmina y el azúcar. La densidad del líquido se encuentra también disminuida.

La poliuria se presenta primero; luego viene la albuminuria, que generalmente no es muy abundante, y cesa á las veinte y cuatro horas.

La glucosuria no se manifiesta hasta después de la albuminuria, y la abundancia de azúcar y de albúmina parecen hallarse en relación con el volumen del foco hemorrágico cerebral.

Estas alteraciones de la función urinaria coinciden con el descenso de la temperatura, cuya constancia ha demostrado Charcot en la apoplejía cerebral.

Si no tienen la importancia que se las había atribuido para el diagnóstico del sitio del mal, la tienen, por el contrario, muy grande para el pronóstico. Siempre que se observe en la orina en *grado notable* la poliuria, albuminuria y glucosuria, se deberá formar un pronóstico funesto.

El autor refiere estos síntomas á una parálisis vaso-motriz de los riñones y del hígado, producida por la conmoción del bulbo en el momento de la hemorragia.

Hidrofobia: tratamiento por el extracto alcohólico de nuez vómica. (*Correspondencia Médica*).

Declarada la hidrofobia con todos sus síntomas característicos, á los treinta y tantos días de haber sido mordido un hombre por un perro, y confirmado el diagnóstico por los profesores, inmediatos al pueblo de Horcajo de Santiago (Cuenca), donde tuvo lugar el suceso, y sin esperanza alguna de curación, se recurrió al extracto alcohólico de nuez vómica en forma de píldoras y en cantidad de 4 á 8 granos cada veinte y cuatro horas, repartidos en varias dosis durante el período de remisión de los accesos; siendo tan completo el éxito que á las primeras tomas empezaron á ceder estos en número é intensidad, obteniéndose una curación completa en menos de doce días.

El autor de esta nota no ha vuelto á tener ocasión de

ensayar de nuevo este remedio, pero recomienda que se experimente, puesto que se trata de un medicamento para el caso en que la enfermedad, á pesar de todas las precauciones profilácticas tomadas á su tiempo, llega á declararse; cuando la ciencia se reconoce impotente y cuando el desgraciado enfermo se ve abandonado de cuantos le rodean. En circunstancias tales, no puede haber inconveniente sério en emplear un medicamento al que parece haberse debido una curacion.

Hipertrofias esplénicas consecutivas á la intoxicacion palúdica: tratamiento por el bromuro potásico. (*Gaz. méd. de l'Algerie*).

El doctor Bernard, médico de colonizacion en Bordj Menaiel (Argelia), elogia mucho el bromuro de potasio en el tratamiento de las hipertrofias esplénicas consecutivas á la intoxicacion palúdica. Asegura que en casos en que el bazo habia adquirido proporciones mas ó menos considerables y á veces enormes, ha obtenido la resolucion completa administrando durante quince ó treinta dias el bromuro de potasio en cantidad de un gramo diario. De treinta y ocho observaciones que el autor refiere, solo en una dejó de conseguirse el objeto apetecido.

Incontinencia nocturna de orina: tratamiento por medio del bromuro de potasio. (*Lyon méd.*).

El doctor Blanchard (de Génova) recomienda el bromuro de potasio, segun ya lo habian hecho otros autores, para el tratamiento de la incontinencia nocturna de orina, y refiere, en comprobacion de la eficacia de este medio, el caso de un jóven de veinte y cuatro años que padecia esta enfermedad desde la primera infancia, sin que hubiera podido lograrse la curacion con los muchos tratamientos empleados, entre ellos la belladona, segun el método de Trousseau, la hidroterapia, la estricnina, etc., etc. En este caso, prescribió el autor un gramo de bromuro de potasio al dia, haciéndose menos frecuente la incontinencia desde la primera dosis: á los diez dias cesó por completo y no se reprodujo durante los tres meses que se prolongó el tratamiento. Suspendido este, en el espacio de diez meses, solo se presentó la inconti-

nencia dos ó tres veces, siempre á largos intervalos y bajo la influencia de excesos considerables en el régimen.

Infarto crónico de las amígdalas: tratamiento por el zumo de limon. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

El volúmen que adquieren las amígdalas en ciertos estados de inflamacion subaguda, hace que muchos sujetos pretendan la extirpacion para librarse de las molestias que aquel infarto determina. El doctor Saint-Germain cree que en muchos casos puede evitarse esta operacion por un medio muy sencillo, y que consiste solo en lavar la boca y hacer gargarizar á los enfermos, que suelen ser especialmente niños, con partes iguales de zumo de limon y agua, frecuentemente y por espacio de ocho á quince dias. El volúmen de las amígdalas disminuye, y no es necesaria su extirpacion; si por el contrario, se hallasen verdaderamente hipertrofiadas, apenas sufren cambio alguno, y no queda otro recurso que la operacion, que puede practicarse desde luego.

Infeccion palúdica é intoxicacion quínica: relaciones entre estos dos estados (*Gaz. hebd.*).

El profesor Thomaselli, de Catana, ha publicado un trabajo esencialmente clínico acerca de este asunto, y fundado en el estudio atento de gran número de casos. Observando en Sicilia, empieza por establecer que la elevada temperatura de esta isla, las frecuentes variaciones atmosféricas, y sobre todo el considerable número de canales de riego que la atraviesan, la hacen mas expuesta á la malaria que ninguna otra parte de Italia. Resulta de aquí que el profesor Thomaselli ha tenido que tratar, tanto en su práctica civil como en el hospital, un gran número de fiebres palúdicas.

El frecuente uso que hace del sulfato de quinina, le ha permitido notar que en ciertos sujetos afectos de paludismo, las preparaciones quínicas tienen una accion verdaderamente funesta, producen síntomas graves y obran como sustancias febrígenas. Vamos á resumir, siguiendo al autor, los fenómenos que entonces se manifiestan. Los accidentes empiezan dos horas despues de la ingestion de

la primera dosis de quinina. La calma en que se encontraba anteriormente el enfermo es alterada de pronto por un violento escalofrío, acompañado de un notable descenso de la temperatura. La vista se altera, la cara se pone pálida y expresa el sufrimiento y el temor; casi al mismo tiempo el cuerpo se cubre de un sudor frío. Entonces aparece un dolor intenso en la region lumbar, que se extiende á las nalgas y aun á lo largo de los muslos con una fuerte elevacion del calor central; luego sobrevienen vómitos biliosos. Este primer estadio de los accidentes dura, por término medio, de una á tres horas, y le sucede una gran elevacion de la temperatura periférica. Al mismo tiempo las orinas se hacen sanguinolentas y mas ó menos abundantes; se repiten los vómitos á intervalos variables, y el enfermo es acometido de una diarrea sero-biliosa; frecuentemente entonces se ven cesar de pronto estos accidentes, ó bien, como sucede en muchos casos, los accesos son seguidos de una ictericia intensa y generalizada.

El autor entra luego en el análisis detallado de cada uno de los fenómenos, en el que desgraciadamente no podemos seguirle, porque el análisis de cada síntoma va acompañado de largas observaciones.

Despues de haber referido algunos hechos de los mas decisivos é interesantes, el doctor Thomaselli hace notar que, aunque bastante raros, los casos de intoxicacion quínica tienen grande importancia bajo el punto de vista semiológico y terapéutico; por esto se cree obligado á emprender un estudio de las circunstancias en que se manifiestan estos accidentes.

En primer lugar, la intoxicacion no se produce nunca sino por fuertes dosis de quinina, que exceden á las cantidades ordinariamente prescritas.

En segundo lugar, el poder tóxico de las preparaciones quínicas es independiente de las dosis repetidas y del hábito del enfermo; está solo en relacion con la cantidad que se toma de una vez. Producida ya la intoxicacion, si se administran nuevas dosis, se agravan los accidentes. El autor termina, en fin, con las interrogaciones siguientes:

¿La accion tóxica de la quinina se encuentra exclusi-

vamente bajo la dependencia de la susceptibilidad individual?

¿Qué relacion existe entre la accion tóxica de la quinina y la intoxicacion palúdica?

Estas son las dos cuestiones que importaria resolver, pero acerca de las cuales no poseemos aun bastantes datos para hacerlo.

Como quiera que sea, dice el autor, es lo cierto que hay que buscar un sucedáneo de la quinina, que en las mismas condiciones pueda producir iguales efectos terapéuticos, pero que no tenga esta accion febrígena que se ha observado en las preparaciones quínicas, ó mejor aun, un agente capaz de neutralizar los efectos tóxicos de la quinina.

Insuficiencia de las válvulas de la vena crural. (*Berlin Klin Wochens*).

En una nota presentada por el doctor Friedreich á la Reunion de naturalistas y médicos alemanes, considera el autor la insuficiencia de las válvulas de la vena crural como una lesion frecuente, y dice que para reconocerla basta volver el muslo del enfermo hácia afuera y aplicar ligeramente el dedo sobre la extremidad superior de la vena femoral, un poco por debajo del ligamento de Poupert. Cuando existe una insuficiencia valvular venosa, se percibe, durante las breves sacudidas de la tos, y siempre que los músculos abdominales ejecutan contracciones bruscas, un estremecimiento muy marcado que se traduce al esteteoscopio por un ruido de bordon grave. Esta insuficiencia es efecto de frecuentes esfuerzos de la masa muscular del abdómen, y tiene su importancia práctica porque favorece en los miembros inferiores la produccion de las varices y del edema, y facilita las hemorragias venosas profusas en las operaciones que se hacen en la extremidad superior del miembro.

Invaginacion intestinal: tratamiento por medio de la laparotomía ó seccion abdominal. (*American Journ.*).

El doctor John Ashurst da el nombre de laparotomía á la operacion que consiste en practicar, en los casos de intus-suscepcion, una incision en la pared abdominal,

yendo á buscar por esta via el sitio de la invaginacion para reducirla. Despues de haber reunido 13 casos tratados de esta manera el doctor Ashurst, establece las conclusiones siguientes:

La experiencia del pasado no debe animar á los cirujanos á intervenir en los casos de intus-suscepcion en niños menores de un año.

Cuando los síntomas observados, y particularmente la hemorragia, hacen suponer que la porcion invaginada se halla gangrenada, no debe hacerse la operacion, que, como se comprende bien, no puede tener utilidad alguna en este caso; por lo demás, esta terminacion por gangrena deja aun alguna esperanza de curacion espontánea.

Solo quedan, pues, algunos casos excepcionales en que puede agitarse la cuestion de intervencion quirúrgica; estos son cuando no se espera la terminacion por gangrena, cuando han fracasado todos los remedios ordinarios, cuando el enfermo está amenazado de sucumbir por estenuacion, y, en fin, cuando se halla en condiciones generales relativamente satisfactorias.

Una vez decidida la operacion, debe preferirse siempre la laparotomía á la enterotomía y á la colotomía. Estas dos últimas operaciones, que encuentran su aplicacion en las oclusiones congénitas y en las obstrucciones crónicas, podrian emplearse cuando se trata de una invaginacion ó de otra variedad de obstruccion intestinal aguda.

En las oclusiones intestinales agudas que reconocen causas distintas de la invaginacion, y cuando el tratamiento médico no haya producido alivio en el espacio de tres ó cuatro dias, podrá practicarse la laparotomía con algunas probabilidades de éxito.

El doctor Hutchinson ha publicado recientemente la observacion de una niña de dos años, curada de una invaginacion intestinal por medio de la gastrotomía. Cuando se presentó la enferma en el hospital, salia fuera del ano una porcion de intestino muy congestionado, de 2 pulgadas de longitud, que se reconoció ser el ciego con la válvula ileo-cecal. El dedo no podia alcanzar al límite superior de la invaginacion. El principio de los accidentes se remontaba á un mes, y habia habido vómitos y deposi-

ciones sanguinolentas. Al principio se pudo reducir el intestino y sostenerle con una pelota de corcho; pero desde hacia tres días la reduccion era muy difícil. No existia verdadera obstruccion intestinal, pero sí grande estreñimiento. El estado general era muy malo. Las tentativas de reduccion, colocando á la enferma cabeza abajo é inyectando agua caliente, fueron inútiles, porque luego que se vaciaba el recto se reproducia la invaginacion.

El estado general de la niña, que parecia iba á sucumbir, legitimaba la intervencion quirúrgica. Despues de haberla cloroformizado el doctor Hutchinson, hizo en la línea media, debajo del ombligo, una incision, por la que podian introducirse dos ó tres dedos. La masa invaginada, que tenia próximamente 45 centímetros de longitud, fué atraida fuera del abdómen. No habia adherencias ni signos de peritonitis, notándose solo una congestion moderada, y en el momento en que se terminó la reduccion, se vió desprender el apéndice cecal, lo que confirmó el diagnóstico en cuanto al asiento de la invaginacion. Se cerró la herida abdominal con alfileres de labio leporino y puntos de sutura entrecortada y se cubrió el abdómen con algodón y un vendaje de franela.

Se prescribieron lavativas de leche cada tres horas, adicionando á veces algunas gotas de tintura de opio. La operacion no duró mas que dos ó tres minutos y la curacion fué muy rápida, saliendo la enferma del hospital á las tres semanas perfectamente curada.

Hutchinson cita tres casos análogos que ha tenido ocasion de observar; pero que terminaron por la muerte, sin que se intentase ninguna operacion.

El autor insiste en la necesidad de practicar el tacto rectal, siempre que se sospeche alguna invaginacion. La palpacion abdominal, dejando percibir una masa prolongada ú oval mas ó menos consistente, suministra tambien un dato precioso. Pero bajo el punto de vista de la operacion, es preciso distinguir bien los casos en que hay una simple invaginacion y aquellos en que existe al mismo tiempo estrangulacion. Estos últimos presentan síntomas mucho mas graves y tienen un curso mas rápido. No les es aplicable la operacion en general, porque la única esperanza de curacion consiste en la gangrena con elimina-

cion de la porcion invaginada. Pero cuando hay solo invaginacion, sin obstruccion intestinal absoluta y despues de probar la inutilidad de los medios ordinarios de reduccion, está indicada la operacion y ofrece probabilidades de éxito.

Jaqueca: tratamiento preventivo por el bromuro potásico.
(*Tribune méd.*).

Al lado de las jaquecas sintomáticas de una afeccion cerebral y en las que solo puede emplearse un tratamiento mas ó menos paliativo, hay una jaqueca verdaderamente idiopática, constitucional, cuyos caracteres consisten en ser periódica (esta periodicidad varía, pero es muy frecuente la mensual), haber empezado en la segunda infancia ó en la adolescencia, siendo á menudo hereditaria. Esta jaqueca es siempre hemisferiana al principio, y se anuncia por una sensacion particular de peso en uno de los globos oculares ó encima de la órbita. Esta sensacion prodrómica constituye el momento verdaderamente oportuno de una intervencion eficaz. Administrado entonces y á dosis suficiente el bromuro de potasio, detiene, y por consecuencia evita la jaqueca. Mas tarde, es decir, cuando ya se ha determinado el acceso, apenas si atenúa la intensidad del dolor. Por no haberse tenido en cuenta este dato en las indicaciones y aplicacion de este medicamento, es por lo que se han sufrido tantas decepciones.

Debe administrarse el bromuro de potasio del siguiente modo : bromuro de potasio químicamente puro, 5 á 6 gramos para un adulto, 4 para una mujer, y 2 á 3 para un niño, en una taza de infusion de flor de tilo bien dulcificada y aromatizada con una ó dos gotas de esencia de menta, para tomarlo en dos ó tres veces en el espacio de un cuarto de hora á veinte minutos.

Jaqueca: tratamiento por medio del sulfato de quinina, el tanino y la aconitina, el ácido carbónico y el crotoncloral.
(*Bull. de Théor.—Gaz. méd.—Brithis méd.*).

Despues de haber comprobado el doctor Hervez de Chegoin la dilatacion de los vasos arteriales del encéfalo y

de la cara durante los accesos de jaqueca, considera á esta como una neurose arterial. Su punto de partida seria el gran simpático, su asiento preciso, los filetes nerviosos que acompañan á las arterias, sus fenómenos materiales, la dilatacion de estos vasos y la compresion que determinan sobre el cerebro y los demás órganos; porque en un verdadero acceso de jaqueca intensa, los enfermos sufren de todas partes; las manos están hinchadas, los músculos dolorosos y el juego de las articulaciones es difícil.

Del estudio que ha hecho el doctor Hervez de Chegoin de esta enfermedad, deduce que el tratamiento debe dirigirse contra el sufrimiento del sistema nervioso del gran simpático y contra la dilatacion arterial que es su consecuencia, y que para el autor constituye el carácter esencial de la enfermedad, en la que es necesario distinguir tres cosas: la intermitencia, el dolor y la dilatacion arterial. Una medicacion especial fundada en la apreciacion rigurosa y razonada de estos elementos produce satisfactorios resultados que el autor asegura haber conseguido con la administracion de unas píldoras compuestas de:

Sulfato de quinina.	0,05
Tanino.	0,05
Aconitina.	0,001

Para una píldora.

Solo prescribe una cada dia. Habiendo muchos enfermos pasado por sí mismos estas dosis, han llegado á tomar hasta tres y cuatro, obteniendo un éxito muy marcado.

El tanino, sobre todo, parece que tiene una accion especial, lo que explica el alivio que se consigue con el uso de ciertas sustancias que, como la *paulinia*, le contienen; pero esta medicacion es incompleta, puesto que no se dirige ni á la intermitencia ni al dolor, que son combatidos por las sustancias contenidas en las píldoras que el autor recomienda.

Acido carbónico.—Hace dos años que el doctor Brown-Séquard descubrió la posibilidad de suspender inmediatamente un ataque de epilepsia en los conejos, haciendo llegar en forma de chorro bastante fuerte á la mu-

cosa de la laringe de estos animales el gas ácido carbónico. Este hecho se encontraba naturalmente indicado por el resultado de un experimento del mismo autor emprendido con objeto de hallar la explicacion verdadera del fenómeno descubierto por Rosenthal, segun el que, en los conejos envenenados con la estricnina, la insuflacion de oxígeno por la tráquea suspende las convulsiones; experimento que ha demostrado que esta explicacion debe buscarse en la influencia que ejerce sobre los nervios de la laringe un gas no inerte, por el simple hecho de su paso y su contacto con este órgano. En efecto, si en un conejo intoxicado con la estricnina se descubre la tráquea y se adapta á ella un tubo, una de cuyas extremidades se dirige hácia los pulmones, quedando libre la otra, de modo que permita la entrada del aire atmosférico ó aun del oxígeno no impulsado por la presion, se ven sobrevenir las convulsiones habituales; pero si se adapta otro tubo dirigiendo una de sus extremidades hácia la laringe, mientras que la otra permite lanzar sobre la mucosa un chorro de oxígeno, pero sobre todo de ácido carbónico, se ven suspenderse inmediatamente las convulsiones estrícnicas.

Este resultado demuestra la influencia irritativa que ejerce el ácido carbónico sobre el sistema nervioso (influencia indicada hace ya muchos años por el doctor Brown-Séguard), y que es capaz por accion refleja de detener un ataque convulsivo.

Este gas, como todo el mundo sabe, ha sido colocado entre los anestésicos por un gran número de prácticos y siempre que con él se ha conseguido hacer desaparecer el dolor, se ha atribuido este buen resultado á su virtud anestésica ó bien á la asfixia que produce cuando se le introduce en la sangre, pero nunca á su accion irritativa á pesar de las aplicaciones que Scanzoni ha hecho á la obstetricia. Recientemente la *Gaz. méd. de Paris* ha dado á conocer el partido ventajoso que de este gas se puede sacar para la curacion de una neurose tan dolorosa como desagradable; la jaqueca.

Si durante un acceso de ella se lanza sobre la mucosa nasal por medio de un pequeño aparato especial, un chorro de ácido carbónico bastante fuerte, cuatro veces de

cada cinco se ve desaparecer el dolor en menos de dos minutos. Desde el primer contacto del gas con la mucosa, el enfermo se queja de un dolor un poco vivo en la insercion occipital de los músculos de la nuca, dolor que precede muy poco tiempo á la cesacion de la jaqueca. Por este medio se ha conseguido la curacion de neuralgias dependientes de una cáries dentaria y aun de cefalalgias, efecto de algunas lesiones orgánicas. El dolor de cabeza, consecuencia de un estado febril cualquiera, es absolutamente refractario.

Croton-cloral.—Despues de trazar el doctor Sydney Ringer un cuadro sintomatológico muy exacto de los accesos de jaqueca, hace notar que en esta afeccion se ven coincidir frecuentemente dos especies de dolor, uno de los cuales predomina á veces sobre el otro.

Una de estas cefalalgias parece tener por asiento los nervios cutáneos: es un dolor que ofrece los caracteres del neurálgico y que se exaspera frecuentemente con la presion. El otro no es tan marcado y decidido, los enfermos se quejan al mismo tiempo de una sensacion de extravío en las ideas con tendencia á la estupidez; dicen que no son bien dueños de su inteligencia y que van á perder la cabeza.

Estas dos clases de dolor exigen medicamentos diferentes. El hidrato de croton-cloral, que tan buenos resultados produce en las neuralgias faciales, es muy eficaz contra el primero de ellos, le calma y le hace cesar rápidamente; pero con frecuencia entonces persiste la segunda cefalalgia, la que se acompaña de las alteraciones intelectuales indicadas. Entonces es el caso de emplear el bromuro de potasio.

Así, el tratamiento del acceso de jaqueca debe ser mixto. El hidrato de croton-cloral se administrará en dosis de 25 centigramos cada tres horas, y aun mas á menudo. Cuando haya náuseas y vómitos repetidos se le sustituirá con el bromuro de potasio.

Pasados los accesos habrá que combatir las causas determinantes de los ataques y prevenir estos últimos modificando el estado del sistema nervioso central.

Locura: tratamiento por medio de las inyecciones subcutáneas de acetato y de clorhidrato de morfina. (*Bull. de théér.*).

El doctor Augusto Voisin, que ya habia dado á conocer anteriormente los resultados obtenidos en su práctica por medio de las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina en muchos casos de enajenacion mental, ha publicado una nota en el *Bull. de théér.*, en que expone la manera como emplean este medio los doctores Roller y Hergt, en el gran manicomio de Illenau (Gran Ducado de Baden).

Guiados estos prácticos por la idea de que el enajenado sufre, empezaron hace ya quince años á emplear las inyecciones subcutáneas de morfina. Despues de haber ensayado primero el acetato, le han abandonado por parecerles que este medicamento producía, mas que el clorhidrato, los fenómenos reflejos dependientes del pneumogástrico y de los vaso-motores, y en la actualidad no usan ya mas que la segunda de estas sales.

Practican las inyecciones en el cuello, el hombro y el brazo, en número de dos á cuatro al dia y á intervalos iguales. La cantidad máxima inyectada en veinte y cuatro horas es habitualmente 24 centígramos, pero se han visto enfermos que han recibido hasta 72. Por lo comun se administra la morfina al mismo tiempo interiormente, de modo que la accion sea casi continúa. Los doctores Roller y Hergt empiezan por dosis pequeñísimas que aumentan gradualmente; cuando la enfermedad está dominada sostienen la dosis curativa durante cierto tiempo y no la disminuyen sino con mucha lentitud.

Las formas de locura tratadas de este modo son numerosas, pero casi todas se refieren al estado de neuropatía; tales son, la melancolía y la histero-melancolía, acompañadas ó no de alucinaciones, de agitacion, de furor, de ideas de suicidio, la locura general con alucinaciones ó no, la monomanía religiosa, y todas las variedades de locura parcial y aun la demencia consecutiva á la locura, agitada ó lipemaníaca.

La duracion del tratamiento varía de tres meses á un año y más, segun los casos y el estado de debilitacion física. En efecto, estos autores han observado, segun hace

notar el doctor Voisin, en su anterior memoria, que la anemia, la caquexia de los enajenados constituyen dificultades y obstáculos á veces insuperables para la curacion. Las recaidas son raras en los enfermos curados por la morfina, y dichos prácticos llaman *curado* á todo sujeto que no ha tenido alteracion alguna durante un año.

Los doctores Roller y Hergt administran la morfina, no solo en los estados neuropáticos, sino que la emplean tambien, pero como paliativo y en pequeñas dósís, en los estados congestivos y hasta en la parálisis general. Segun Hergt, la morfina administrada á los neuropáticos determina una accion tónica sobre los elementos nerviosos.

El entusiasmo del doctor Voisin por esta medicacion le lleva hasta decir que la palabra *incurables* con aplicacion á los enajenados debe borrarse de la ciencia.

Concluye su nota presentando el resúmen de 58 observaciones de mujeres locas, tratadas por las inyecciones subcutáneas de morfina, y en las que se encuentran los casos mas difíciles de los que se han presentado á los doctores Roller y Hergt. En este número se ha obtenido la curacion en 20 casos de locura lipemaniaca con alucinaciones, ideas de suicidio; en 16 de demencia consecutiva á la locura, en 12 de locura general con alucinaciones y agitacion, en 5 de locura histórica con alucinaciones, en 2 de locura ninfomaniaca erótica, con catalepsia, y en otros 2 de locura complicada con ideas de grandeza, etc. Las curaciones datan de uno á catorce años.

Mareo: tratamiento preventivo por medio del hidrato de cloral.
(*Journ. de Thér.—Journ. de méd.*.)

Un médico inglés, el doctor Pritchard, dió á conocer, en 1871, en el periódico *The Lancet*, los buenos efectos del hidrato de cloral en dósís de 15 granos solamente, como medio preventivo del mareo de mar. El Dr. Giralés, que ha observado en sí mismo los resultados de este remedio, ha creido deber llamar la atencion de los prácticos acerca de él. El autor, muy propenso al mareo, ha atravesado cuatro veces el Canal de la Mancha, tres de ellas estando la mar muy mala sin haber sufrido esta

molesta indisposicion. La cantidad del medicamento ingerido ha variado de 0,30 á 1,50. En los dos viajes en que el mar se encontraba mas agitado, tomó al ponerse en movimiento el buque la mitad de una pocion compuesta de : cloral, 3 gramos; agua destilada, 50 gramos; jarabe de grosellas, 60 gramos; esencia de menta, 2 gotas. Llegó al término de su viaje perfectamente bien, mientras que todos sus demás compañeros estaban mareados. Después de esta prueba le parece difícil no creer en la eficacia del cloral para precaver, al menos en algunos casos, los desagradables efectos del mareo.

El doctor Obet, que desde hace cuatro años asiste á los pasajeros de los vapores trasatlánticos, y tiene por consiguiente una extensa práctica en todas las formas de mareo marítimo, dice tambien, que de todos los tratamientos que se han empleado, no hay ninguno mejor que el cloral. El ópio tiene graves inconvenientes, y el bromuro de potasio seria de alguna utilidad si no necesitase la ingestion de una cantidad de líquido considerable. El cloral, por el contrario, tomado en forma de jarabe en cantidad de 1 á 2 gramos, proporciona al enfermo un sueño tranquilo, al salir del cual se encuentra, si no completamente curado, al menos con grande alivio.

Es preciso prescribir desde el primer dia, 1 gramo de una sola vez, de manera que se dé al enfermo un sueño reparador. Los dias siguientes 1 á 2 gramos en jarabe, administrando una cucharada de hora en hora. Bajo esta influencia, á los dos ó tres dias se ha establecido la costumbre para el balanceo.

En las mujeres embarazadas se evita de este modo todo peligro de aborto.

El cloral debe ser seco y bien conservado. Es necesario combatir el estreñimiento, aconsejar al enfermo que tome el aire, y que ande si le es posible. Para apagar la sed, los enfermos toman hielo, limonada ó aguardiente; pero á todos estos líquidos es preferible el champagne, si es posible helado, tomándole á cucharadas cada quince ó veinte minutos.

Neuralgia ciática: tratamiento por medio de las compresas de cloroformo, de la electricidad y las inyecciones de nitrato de plata. (*Revue de théér.—The Clinic.—Independencia médica*).

En muchos casos de esta neuralgia en que los baños sulfurosos y las inyecciones de morfina habian sido ineficaces, y las cauterizaciones transcurrentes solo proporcionaban un alivio pasajero, ha hecho aplicar el doctor Peter sobre los puntos dolorosos una compresa empapada en cloroformo, obteniendo por este medio un éxito completo á la segunda ó tercera aplicacion. A los pocos minutos de estar puesta la compresa siente el enfermo un escozor bastante intenso, pero es necesario dejarla aplicada hasta que se seque y aun tener cuidado de apoyarla con cierta fuerza sobre la parte delorida. Es inútil añadir que cuando la ciática dependa de la existencia de un tumor en la pequeña pélvis, tanto éste, como todos los demas medios terapéuticos que se emplean son impotentes, no consiguiéndose con ellos mas que calmar momentáneamente los dolores.

Electricidad.—El doctor Oscar Berger refiere, que de 73 casos de ciática llamada reumática, tratados por medio de la electricidad, ha obtenido 62 curaciones permanentes, y que muchos de estos enfermos habian resistido á diversas medicaciones durante un tiempo mas ó menos largo.

El procedimiento del autor consiste en aplicar el polo positivo húmedo sobre las vértebras lumbares, mientras que pasea el negativo por los puntos dolorosos. Emplea una corriente farádica todo lo intensa que el enfermo pueda resistirla, y hace que dure cada sesion de tres á ocho minutos. Este medio no obra como un simple irritante de la piel; su accion parece doble. Por la excesiva excitacion que determina disminuye la sensibilidad de las partes y produce además por accion refleja modificaciones en la circulacion local y general. Cuando la faradizacion así empleada es insuficiente, no debe esperarse nada de la electricidad galvánica.

El doctor Berger usa al mismo tiempo que la electricidad el crotoncloral, ya para disminuir el dolor durante el dia, ya para provocar el sueño por la noche.

Inyecciones del nitrato de plata.—Estas inyecciones recomendadas por el doctor Luton, han producido excelentes resultados en manos del práctico catalán, D. Rafael Forn, en dos casos de neuralgia ciática, rebeldes á muchos de los otros medios. Se hizo la inyeccion con una disolucion compuesta de 2 granos de nitrato de plata cristalizado en media dracma de agua, introduciendo cada vez la mitad de este soluto; se elegia de preferencia el punto glúteo, donde la presion digital exasperaba el dolor. El alivio fué muy rápido sin necesidad de repetir la operacion, en términos que al tercer dia, la enferma que antes no podia moverse se ocupaba ya en las faenas de la casa. La inyeccion fué seguida de un dolor muy vivo que se dispó antes de un cuarto de hora. A los doce dias se formó un flegmon que se abrió espontáneamente, no impidiendo á la mujer continuar en sus quehaceres. El resultado no fué menos satisfactorio en el segundo enfermo, en el que sin embargo se formó tambien un flegmon en el sitio de la picadura.

Neuralgias faciales: tratamiento por el crotoncloral.
(*Journ. de thér.*).

Segun el doctor Liebreich, autor del descubrimiento del crotoncloral, es esta sustancia hipnótica en menor grado que el cloral, pero tendria la ventaja de producir el sueño sin hacer mas lentos los latidos cardíacos y los movimientos de la respiracion. El principal papel del crotoncloral parece ser el de agente anestésico. Pero la anestesia que produce, en lugar de ser general, seria electiva y circunscrita á los ramos del quinto par. Es un hecho que ha sido empleado especialmente en terapéutica en el tratamiento de la jaqueca (Gray, Benson-Barker), y las neuralgias de la cara, así como la odontalgia (Liebreich). Gray le asocia al bromuro de potasio. Liebreich le prescribe solo en dosis de medio á un gramo como hipnótico. Benson-Barker le da como anestésico á la dosis de 2 gramos cada dos horas. A la cuarta dosis considera la neuralgia como curada. Pero Worms le ha visto producir á la dosis de medio gramo alteraciones de la vista y vómitos, dice que no tiene por qué felicitarse del uso de este medicamento en diversas neuralgias, y añade que

las inyecciones subcutáneas han dado lugar á accidentes locales al nivel de la picadura.

Neuralgias (lumbago, torticolis, etc.): tratamiento por medio del colodion. (Revue med.).

El doctor Demarquette ha tratado recientemente, por medio del colodion, cierto número de enfermedades que en razon de su frecuencia y poca gravedad son miradas como poco importantes. Tales son: los dolores bruscos é intensos en la region lumbar que sobrevienen en algunas personas en el momento de levantar un peso.

El torticolis, que se atribuye por lo comun á una corriente de aire ó á una mala postura en la cama.

Las neuralgias faciales, cuyo dolor es á veces intolerable.

El autor refiere varios ejemplos de estas afecciones, rápidamente curadas por los barnizamientos con el colodion elástico que hace repetir tres veces al dia, encargando mucho que se respete la película delgada que se forma sobre la piel despues de la aplicacion.

Neuralgias: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de agua. (Lyon med.).

El doctor Laffite ha dado á conocer al Congreso de la Asociacion francesa para el progreso de las Ciencias, los buenos efectos que ha obtenido de las inyecciones subcutáneas de agua en el tratamiento del *lumbago*, del *reumatismo articular*, la *pleurodinia*, la *ciática*, *neuralgia facial*, etc. Dolores violentísimos se calman frecuentemente por la inyeccion de tres ó cuatro jeringas de Pravaz llenas de agua pura. Si los resultados que el autor ha conseguido son constantes, la terapéutica se habrá enriquecido con un nuevo agente tan eficaz como la morfina y que no tiene sus inconvenientes y peligros.

Neuralgias: tratamiento por medio del fósforo. (Revue de Thér.).

Segun el doctor Thompson, el fósforo es específico de las neuralgias, como el mercurio lo es de la sífilis y la quinina de las fiebres intermitentes. Los peligros que

puede presentar y que se han exagerado hasta el punto de renunciar casi á su uso, y la dificultad de administrar el medicamento de una manera que le haga tolerable, no deben impedir que se repitan experiencias análogas á las del citado autor, que en un primer artículo refiere 18 casos de neuralgias tratadas con éxito por este medio. Además le ha visto producir excelentes efectos en la jaqueca y la epilepsia, en ciertas afecciones dependientes de extenuacion, como algunas diarreas crónicas, en la convalecencia de la fiebre tifoidea y en algunos casos de dispépsia. Las fórmulas aconsejadas por Thompson son las siguientes: 1.^a Aceite fosforado, 6 gramos; goma arábiga en polvo, 12; espíritu de menta, 4; agua destilada, 200.—2.^a Tintura de fósforo, 6 gramos; alcohol rectificado, 4; espíritu de menta, 4; agua destilada, 200 (preparacion poco estable).—3.^a Fósforo, 0,06; alcohol absoluto, 20 gramos; glicerina, 45; espíritu de vino, 8; espíritu de menta, 2,50. Aconseja tambien el fosforo de zinc á la dosis de 0,04 y el hipofosfito de sodio á la de 0,3 decigramos á 4,8 decigramos cada tres horas. La fórmula que empleaba el doctor Tempi para combatir la paresia cerebral, se componia : de fósforo, 5 centigramos disueltos en el éter sulfúrico; extracto y polvo de regaliz, cantidad suficiente para hacer 50 píldoras, de las cuales tomaba el enfermo al principio una cada dia, y luego de 2 á 5. Nos parece preferible la fórmula del doctor Tavignot, que ya hemos dado á conocer anteriormente: fósforo, 5 centigramos, disueltos al baño de maría en 4 gramos de aceite de almendras; jabon amigdalino, 4 gramos; polvo inerte, cantidad suficiente para 50 píldoras.

Neuralgias viscerales y del quinto par: tratamiento por las inhalaciones del nitrito de amilo. (*Deutsche Archiv.—Annali Univ. di med.*).

El doctor Fuckel utiliza la accion anestésica del nitrito de amilo para hacer cesar los dolores en los accesos de neuralgias, principalmente en las viscerales (gastralgia, histeralgia, etc.). La inhalacion de algunas gotas de este líquido basta para producir rápidamente la calma. El autor le ha empleado con el mismo éxito en el trata-

miento del cólico saturnino y aun en un caso de tétanos espontáneo: las crisis, según dice, cesaron después de una inhalación, repetida tres veces al día, de 2 gotas de nitrato de amilo.

El doctor Manzoni (de Crémone) refiere la observación de una señora que sufría desde hacía dos años una neuralgia del quinto par atrozmente dolorosa, que había resistido á todos los medios empleados (vejigatorio, morfina, sanguijuelas, electricidad), y se curó definitivamente después de 8 ó 10 sesiones de inhalación. Se empezó por 3 gotas, que se fueron aumentando progresivamente hasta llegar á 8 ó 10.

En cada sesión la cara se ponía encendida, los miembros eran acometidos de temblor, pero el pulso permanecía normal; no había vértigos, vahidos, ni pérdida de conocimiento. Al poco tiempo cesaba el estado convulsivo, pero quedando la enferma aplanada.

Neurose cardíaca de origen telúrico y de forma perniciosa.
(*Gaz. méd. — Montp. méd.*).

El trabajo presentado á la Academia de Medicina de París acerca de esta enfermedad por el doctor Bardel (de Vierzom), se funda en muchas observaciones de neurose cardíaca perniciosa por intoxicación telúrica que ha estudiado el autor de un modo particular. Hace notar que esta forma no es sin duda nueva; pero dice que no la ha encontrado descrita en ninguna parte, siendo esta la causa por la que ha creído que debía llamar la atención acerca de este punto particular de la patología de las fiebres perniciosas.

Esta afección, que ataca principalmente á los nervios cardíacos y los vaso-motores, puede confundirse fácilmente con la angina de pecho ó una embolia del corazón. La aparición es repentina, el curso rápido y frecuentemente sin periodicidad. Se revela solo por una precipitación extrema de los latidos del corazón, que comunican á la mano y al oído la sensación de una vibración sorda y continua. La respiración es precipitada, pero con menos ansiedad que en la angina de pecho; la piel seca y urente en unos casos, cubierta de un sudor profuso y frío en

otros. Estos fenómenos afectan á veces el tipo intermitente, y es el caso mas feliz, porque entonces llaman la atencion del práctico. Otras son continuas, faltando en absoluto el carácter de periodicidad, y la muerte sobreviene rápidamente, si no se ha recurrido sin pérdida de tiempo á una medicacion enérgica por la quinina.

El curso insólito de esta forma puede hacer que se desconozca, y M. Burdel cita ejemplos en que prácticos distinguidos vieron sucumbir en algunas horas á enfermos atacados de esta neurose perniciosa, cuyos caracteres no habian sabido reconocer. Concluye apoyándose en la opinion de Vigla, quien dice que en una comarca de reputacion palúdica se debe estar siempre en guardia contra el elemento pernicioso, sea el que quiera el papel que desempeñe ó la forma que afecte. Nunca se ha arrepentido de haber administrado la quinina aun intempestivamente, mientras que, por el contrario, ha lamentado algunas veces amargamente la incertidumbre que haya podido tener.

Para dar una idea de este padecimiento, parécenos oportuno extractar la observacion mas desgraciada de la série, y que es tambien la que leyó el doctor Burdel á la Academia, porque por ella fué por la que llegó á diagnosticar esta especie de perniciosidad, cuando no habia nada que hiciese prever tan grave peligro.

Tratábase en este caso de una señora que habitaba en una casa construida en medio de una extensa pradera, la que, inundada en el invierno y en la primavera, presentaba marcadísimas condiciones palúdicas: esta señora se encontró acometida al sexto mes del embarazo de malestar, que atribuyó á su estado y al parto que se preparaba. El doctor Burdel la vió cuarenta y ocho horas antes de que este tuviese lugar; llamado, no por el malestar que la señora advertia, sino para asistirle en el caso de que se verificase el parto, iba ya á retirarse, cuando, tomando el pulso á la enferma, sospechó inmediatamente que algo grave se ocultaba detrás de aquella situacion. El pulso era tan frecuente, que apenas podian contarse los latidos arteriales, y auscultando el corazón, no se oia mas que un murmullo continuo; y sin embargo, la enferma no atribuia el malestar que experimentaba mas

que á los fenómenos propios de un parto inminente. El doctor Burdel estaba inquieto, no pudiendo creer que lo que acababa de observar fuese debido simplemente al fin del embarazo. El alumbramiento se verificó al dia siguiente con tanta rapidez y felicidad, que el autor no llegó á tiempo de prestar sus auxilios. Antes de retirarse quiso observar si habia desaparecido el estado de la víspera, y se quedó aterrado en presencia del mismo fenómeno y aun quizá mas intenso: el corazon y el pulso ofrecian iguales caracteres; el último parecia una cuerda vibrante, y la enferma, casi sonriéndose, no tenia la menor sospecha del peligro que la amenazaba. El doctor Burdel anunció al marido sus temores, y pasó la noche cerca de la paciente contra la voluntad de esta, proponiéndose administrar una fuerte dosis de quinina, si los accidentes se exasperaban. Sobrevinieron unos vómitos y una diarrea terribles; y no teniendo allí una jeringuilla hipodérmica, el doctor Burdel se encontró en la imposibilidad de obrar contra esta perniciosidad aterradora. Dos médicos distinguidos de Paris, uno de ellos individuo de la Academia, presenciaron estos fenómenos últimos, sin atreverse á diagnosticar la afeccion, y la paciente sucumbió casi á su vista, sin que se la hubiese podido prestar ningun auxilio eficaz ni definir su terrible enfermedad. Hubiese continuado siendo un enigma si en un corto espacio de tiempo no se hubiesen presentado á la observacion del autor otros tres hechos semejantes. En todos ellos la quinina, administrada á altas dosis por el método endérmico, triunfó felizmente de esta especie de perniciosidad.

Segun hace notar el doctor Bertin en el *Montp. medical*, esta afeccion no es efectivamente nueva, puesto que Alibert y Maillot la han descrito ya bajo los nombres de *fièvre disnéica ó carditica*.

Pero siempre es conveniente, á causa de su oscuridad y del peligro que encierra, llamar la atencion acerca de ella y de su específico.

Neurose de la motilidad del corazon. (Berlin Klin Wochens).

Debemos al doctor Huppert la observacion de una singular neurose cardíaca, recogida en un hombre de cua-

renta años, demente, y á quien el autor ha asistido en los tres últimos años. La afeccion se presenta por accesos á intervalos muy irregulares. Algunas veces las fatigas físicas y las emociones morales han parecido ejercer alguna influencia en la repeticion de los paroxismos, pero excepcionalmente.

El mal empieza de pronto, sin prodromo alguno, de preferencia por la noche. Desde el principio hay un aumento considerable en la frecuencia de los latidos cardíacos, cuyo número va creciendo hasta llegar á 204 ó 220; su ritmo permanece regular. Toda la mitad izquierda del torax es asiento de una ondulacion manifiesta; el sonido á macizo de la region cardíaca está aumentado uniformemente en todos sentidos. Por la auscultacion no se percibe ruido anormal ninguno en el corazon, advirtiéndose solo una exageracion del segundo ruido, que es mas claro que el primero.

Nótase un contraste chocante: el pulso radial falta, y está reemplazado por un hormigueo indistinto y continuo; no hay pulso mas que en las carótidas, la aorta y la arteria pulmonar.

Las yugulares están tumefactas y ondulosas; la cianosis de la cara es muy marcada.

Respiracion apenas acelerada, un poco de tos y algunos estertores bronquiales.

Temperatura normal al principio, pero que se eleva 1 ó 2 grados, á medida que aumenta el número de los latidos cardíacos.

La orina, modificada desde el principio, es escasa, muy densa; contiene mucha albúmina, glóbulos rojos y algunos cilindros hialinos. Al mismo tiempo el sujeto experimenta una postracion general con sensacion de frio y dolor en el epigastrio.

Si el acceso dura algunas horas, se ve sobrevenir edema en los tobillos y en el escroto; si se prolonga hasta el dia siguiente, ascitis: en fin, si persiste por mas tiempo, aumento de volúmen del bazo y del higado y deposiciones diarréicas.

Las crísis mas largas duran una semana.

Este cuadro sintomático desaparece como ha venido, por lo comun tambien por la noche, ya espontáneamente,

ya despues del uso de una infusion de digital, único medicamento eficaz; el fin de la crisis va acompañado de sudores profusos.

En los intervalos libres salud perfecta, ninguna lesion visceral, ningun síntoma subjetivo apreciable.

Neuroses : tratamiento por medio del fósforo.
(*Brithis méd. journ.*).

El doctor Sanger ha dado á conocer en este periódico algunas observaciones prácticas sobre el tratamiento de las neuroses por el fósforo.

Las preparaciones que emplea son las siguientes :

1.º Una tintura etérea hecha con 20 centigramos de fósforo en 100 gramos de éter; 2.º una solucion alcoholica al $\frac{1}{100}$. La dosis de la primera, de 2 á 4 gotas, y de la segunda, de 5 á 10.

Habiendo administrado estas preparaciones con un éxito constante en cuarenta casos de neuralgia, este resultado le animó á emplear el mismo medio en los casos en que el estado morbozo es debido á una desnutricion del nervio. Así ha obtenido grandes ventajas con este tratamiento : 1.º en un caso de parálisis agitante. Era una mujer de cuarenta y cinco años, enferma desde los cuarenta y uno, y curada en dos meses. 2.º En un caso de neuralgia ciática en una vieja de ochenta y tres años. La morfina no habia producido ningun alivio, y con el fósforo se consiguió la curacion en diez dias.

Obstrucciones intestinales : tratamiento por la inyeccion de cantidades enormes de liquido, las lavativas de agua gaseosa y la insuflacion. (*Atlanta med. journ.—Med. record.—Journ. de med. et chir. prat.—Anfiteatro Anatómico Español.—Gaz. des hop.*).

El doctor Battey aconseja contra las obstrucciones intestinales la inyeccion de grandes cantidades de liquido por el ano. Colocando al paciente apoyado sobre las rodillas y los codos, y manteniéndole en esta posicion, se pueden introducir cantidades enormes de liquido en el conducto intestinal. Se deben preparar diez y ocho litros próximamente de agua caliente á la temperatura del cuerpo. Cuando el enfermo se queja de distension, se suspende

por algunos momentos, y luego que ha pasado el tenesmo, vuelve á inyectarse de nuevo el líquido con suavidad. El autor publica una série de curaciones conseguidas por este medio. En uno de estos casos, un niño de doce años recibió seis litros de líquido, y en otro, un hombre de cincuenta y cinco años, más de doce. Ambos enfermos curaron.

El doctor Bautey asegura, que el agua inyectada de este modo franquea la válvula íleo-cecal, y puede llegar hasta la boca. Una mujer de veinte y tres años, á quien se inyectaba suavemente agua jabonosa en el intestino, fué acometida de vómitos abundantes cuando habian penetrado nueve á diez litros de líquido, y advirtió marcadamente el sabor de jabon en la boca.

El líquido obra desplegando el intestino ó disgregando las materias en él contenidas. El autor cree haber sido el primero en demostrar que pueden introducirse sin peligro por el ano doce á quince litros de agua, la cual es posible que llegue hasta la boca. Prefiere esta inyeccion á la de aire, que es irritante, y á la de materias gasógenas, cuya accion no puede medirse. Aconseja que se la emplee lo mas pronto posible, antes de que haya alteraciones profundas en las paredes del intestino. Este método solo podria ser peligroso, si se usase una bomba demasiado fuerte.

Lavativas de agua gaseosa.— Recordando sin duda el doctor F. Guyon, el procedimiento de Sebur, que consiste en inyectar en el recto, primero una disolucion de bicarbonato de sosa y luego otra de ácido tártrico para producir un gran desprendimiento de ácido carbónico, se le ocurrió la idea de inyectar el agua gaseosa en un enfermo de sesenta y dos años, que presentaba todos los síntomas de una obstruccion intestinal, hallándose en un estado gravísimo. Al efecto, introdujo en el recto, todo lo mas arriba posible, una sonda esofágica, á la que adaptó el tubo de una botella de sifon de agua de Seltz, cuyo chorro es impulsado con mucho mas vigor que el de una jeringa ordinaria. El contenido de la primera botella salió en parte por la sonda sin haber producido grande efecto. Inmediatamente se hizo una segunda tentativa con otra botella, sintiendo el enfermo poco á poco que la inyeccion subia mas arriba; la distension del vientre aumentó al

principio ; se practicaron fricciones enérgicas y repetidas sobre el abdomen con un linimento amoniacal alcanforado ; á poco rato se presentaron violentos dolores cólicos, seguidos inmediatamente de evacuaciones alvinas, primero líquidas, negras y sumamente fétidas, y luego mezcladas con bolas de materias fecales, duras y compactas. Al mismo tiempo empezó á desarrollarse el pulso y cesaron los vómitos. Transcurridas dos horas, el enfermo se hallaba fuera de peligro.

El señor Santos Torres ha publicado, en el *Anfiteatro anatómico Español*, la historia de un hombre de cuarenta y cinco años, que padecía dos hernias inguinales, una de ellas estrangulada. Al tercer dia hizo el autor una primera inyeccion rectal con una solucion de bicarbonato de sosa, compuesta de 30 gramos de esta sal en 500 de agua, y despues otra de 24 gramos de ácido tártrico en la misma cantidad de líquido : esta última se aplicaba inmediatamente despues de la primera, comprimiendo el ano, para evitar la salida del líquido y de los gases. No habiéndose conseguido resultado, se hizo el cuarto dia una nueva inyeccion que produjo un poco de alivio ; el quinto, otra mas abundante que disminuyó el volumen del tumor, y el sexto dia, despues de una nueva inyeccion, se redujo, evacuándose gran cantidad de materias fecales ; la curacion fué rápida.

La observacion de M. Guyon es mas notable aun, tanto por la sencillez del medio empleado, como porque puede medirse el efecto que se desee producir. No deja de ofrecer inconvenientes el inyectar materias gasíferas, las cuales dan lugar á un desprendimiento de gases que no puede regularse, mientras que con el sifon es fácil graduarle á voluntad. Creemos que no dejará de repetirse la práctica inaugurada por el doctor Guyon, en toda obstruccion intestinal y quizá tambien en ciertos casos de estrangulacion externa.

Insuflacion.—El doctor Gilée, de Nantes, recomienda la insuflacion en los casos de invaginaciones intestinales, por haber obtenido con ella inmejorables resultados en los dos únicos casos en que ha podido emplearla. La práctica por medio de una cánula de cautchouc y un fuelle ordinario ó un insuflador. Este medio ya ha sido aconsejado

antes de ahora por Itood, Mitchel, Barth y Rilliet, David Greig, y mas recientemente (1873) por el doctor Trastour, quien ha publicado dos operaciones interesantes, cuyo feliz desenlace fué debido á la insuflacion.

Oclusiones intestinales : su tratamiento por medio del opio á altas dosis y por las aspiraciones de los gases. (*Bull. de thér.*).

El doctor Tariote ha publicado una Tesis que tiene por base dos observaciones recogidas en el servicio de M. Moutard Martin, en las que los fenómenos de oclusion intestinal que se habian presentado bruscamente, desaparecieron con mucha rapidez por el uso del opio á dosis elevada. En estos casos se prescribió la siguiente pocion.

Extracto tebáico.	10 ó 15 centigramos.
Looc blanco	125 gramos.
Jarabe simple.	50 —

Para tomar una cucharada de hora en hora, suspendiéndola cuando aparezcan los síntomas de narcotismo.

M. Moutard-Martin ha llegado á dar hasta 30 centigramos de extracto de opio en las veinte y cuatro horas.

Se cesa en la medicacion cuando se produce la primera deposicion.

El doctor Tariot termina su trabajo con las siguientes conclusiones :

I. Las oclusiones intestinales pueden dividirse en dos categorías muy distintas : 1.º unas que empiezan lentamente reconociendo por causa, ya la acumulacion pura y simple de las materias fecales, ya la parálisis del intestino, ya la disminucion de su calibre por la presencia de cuerpos extraños, estrechez ó compresion ; 2.º que aparecen rápida, bruscamente, reconociendo por causa la estrangulacion interna propiamente dicha, la invaginacion, el entortillamiento del intestino.

II. En las oclusiones intestinales de principio lento, no puede emplearse el opio mas que para combatir el dolor ó las angustias del moribundo.

III. En las oclusiones intestinales de marcha rápida, á menos que no se trate de una estrangulacion interna bien confirmada, el opio empleado desde el principio, al mismo tiempo que las aplicaciones de hielo al vientre ó las

emisiones sanguíneas tópicas, calma la irritacion local y el espasmo que es su consecuencia; modera igualmente los accidentes de la irritacion general, ansiedad, pequeñez de pulso, enfriamiento, etc. Esta medicacion puede por sí sola restablecer la circulacion de los gases; la de las materias fecales puede acelerarse por medio de un purgante.

Aspiracion de los gases.—El doctor Demarquay recomienda este medio en una nota presentada á la Academia de Ciencias de Paris, de la que vamos á hacer un ligero extracto.

La obstruccion intestinal es una enfermedad bastante comun, contra la cual el cirujano y el médico son á menudo impotentes. M. Nélaton habia recurrido con éxito en cierto número de casos á la gastrotomía; pero esta operacion es muy grave por sí misma, y su práctica no está al alcance de todos los cirujanos; añadamos que frecuentemente tuvo un resultado funesto. El objeto de este eminente cirujano al practicarla, era hacer cesar la timpanitis y restablecer el curso de las materias intestinales. Una vez excitado el movimiento peristáltico del intestino, se ha visto en algunas ocasiones cesar la obstruccion intestinal y curarse el enfermo.

El doctor Demarquay ha creido que podria conseguirse el mismo resultado recurriendo á un procedimiento operatorio mas fácil y al alcance de todos los médicos. Lo que sucede cuando un obstáculo viene á oponerse bruscamente al curso de las materias intestinales, es que los gases se acumulan en la parte superior del intestino y se manifiesta una timpanitis; al mismo tiempo que sobrevienen náuseas y vómitos, las asas intestinales se paralizan por exceso de distension. Si, pues, al principio del mal, cuando no ha sobrevenido aun la peritonitis local ó general, se extraen artificialmente los gases, se ve en algunos casos restablecerse los movimientos del intestino y con ellos desaparecer el obstáculo. Tres veces, en el espacio de algunos años, ha empleado el doctor Demarquay este procedimiento, teniendo la satisfaccion de curar por su medio á los enfermos.

Resumiendo, el último hecho que ha observado en el hospital indica el procedimiento operatorio que ha seguido.

Un hombre de veinte años entró en la sala el 25 de febrero, con todos los signos de una obstrucción intestinal, cuyo principio databa del día 23: náuseas, vómitos mucosos, timpanismo considerable, insomnio, sofocación por ascenso del diafragma. El 26, en la visita de la mañana, se encontró al enfermo mas grave. El doctor Demarquay, sin vacilar, practicó con el trócar capilar del aparato de Potain cuatro punciones intestinales, dos á la derecha y dos á la izquierda, y haciendo la aspiración de los gases intestinales por medio del vacío en un gran recipiente, extrajo de este modo una inmensa cantidad de gases; el vientre se aplanó al momento, encontrándose aliviado el enfermo; inmediatamente despues de esta operación, se oyeron los movimientos de los gases en los intestinos, gracias al restablecimiento de los movimientos peristálticos de este conducto. El enfermo pasó mejor el día; no pudo soportar la aplicación del hielo al abdomen, pero tomó sin vomitar un poco de caldo y los calomelanos á dosis fraccionada. La noche del 26 al 27 fué menos mala que las anteriores. El 27 por la mañana persistia la timpanitis y se dibujaban las asas intestinales debajo de las paredes del abdomen; se practicaron cuatro nuevas punciones, extrayéndose como la vez primera una gran cantidad de gases y de materias intestinales líquidas: á las dos de tarde habian cesado todos los accidentes.

No hay médico que al principio del mal no pueda recurrir á este procedimiento operatorio y detener en su marcha una enfermedad frecuentemente mortal.

En el hecho que acabamos de referir, es indudable que habia un obstáculo al curso de las materias, y que desapareció despues de vivos sufrimientos. ¿Pero cuál ha sido la causa de esta obstrucción? No se puede admitir que sea el estreñimiento, por que este sujeto movia cada dos dias el vientre; habia hecho una deposición el lunes y los accidentes aparecieron el miércoles, adquiriendo el vientre desde el principio un volumen considerable, que no es la marcha habitual del estreñimiento; además, en las deposiciones que luego se verificaron, no se encontró ninguna materia sólida dura; no pudiendo admitir el estreñimiento como origen de la interrupción del curso de las materias, es preciso necesariamente fijarse en una

de las numerosas causas que pueden interceptar el paso de estas materias, sin precisar cuál sea; por otra parte, esto es lo que sucede en todas las obstrucciones intestinales. Las combatimos por lo comun sin saber la clase del obstáculo que detiene la accion del intestino. El medio que propongo al principio de la obstruccion intestinal, dice el doctor Demarquay, no es una panacea, pero sí un procedimiento racional, fácil en su aplicacion; si con él no se consigue resultado, un cirujano hábil podrá recurrir á la gastrotomía á pesar de su gravedad y sus incertidumbres. El médico prudente que haya apelado á este medio, podrá estar seguro de no haber comprometido la vida de su enfermo.

Odontalgia: tratamiento por medio del bicarbonato de sosa.
(*The practitioner*).

Cree el doctor Duckworth que la odontalgia es producida frecuentemente por el contacto de una saliva ácida sobre un diente cariado, y que seria importante en estos casos ensayar la reaccion del líquido salival, á fin de establecer con mas seguridad la terapéutica. En efecto; cuando la saliva es ácida, se podrian muy á menudo obtener de una simple aplicacion alcalina efectos que no dan otros medios en apariencia mas poderosos. En prueba de esto, refiere el autor el hecho de un jóven que sufria intensísimos dolores procedentes de una muela cariada, sin encontrar alivio con el cloroformo usado al exterior, en instilaciones en el oido, y aplicado sobre la misma muela por medio de un algodón, y que se calmó rápidamente introduciendo en el agujero de la cáries una bolita de algodón empapada en una solucion de 2 gramos de bicarbonato de sosa en 30 de agua.

Palpitaciones nerviosas: modo de detenerlas instantáneamente.
(*Union méd.*).

En una interesante comunicacion dirigida á la *Union médicale*, da á conocer el doctor Lardier, entre otros hechos, la manera de detener casi instantáneamente las palpitations de corazon, cuando no dependen de ninguna lesion material de este órgano ó de los centros nerviosos.

Hay pocas personas, dice el autor, á quienes las emociones morales, un susto, una excitabilidad nerviosa exagerada ó tambien una anemia mas ó menos profunda, no hayan hecho experimentar alguna vez estas palpitaciones. Si bien es cierto que por lo comun no ofrecen gravedad, no es menos exacto que se acompañan de una sensacion penosa de angustia y de un malestar general que puede durar á veces una ó dos horas.

Estando un dia de pié el doctor Lardier, bajó por casualidad fuertemente la cabeza, y notó en el momento que habian cesado sus palpitaciones. Desde entonces ha aconsejado á muchos enfermos afectados de esta misma indisposicion que doblen fuertemente el cuerpo, poniendo la cabeza todo lo mas baja posible y los brazos pendientes, de modo que se congestione momentáneamente la porcion superior del cuerpo; en todos los sujetos afectados de palpitaciones nerviosas ó anémicas, el corazon ha recobrado inmediatamente su funcionamiento normal. Reteniendo en la posicion que acabamos de describir, durante algunos segundos solamente, el movimiento respiratorio, el efecto que se produce es aun mas rápido. El autor confiesa que no es fácil la explicacion satisfactoria de este fenómeno, porque aun no es bien conocido el papel de los nervios del corazon, tanto de los que le son propios como de los que tienen su origen en los centros superiores; emite, sin embargo, dos hipótesis: segun la primera, podria atribuirse el hecho al éstasis sanguíneo venoso que se verifica en el cerebro y porcion superior de la médula, y que priva de la excitacion normal de la sangre arterial al origen de los ramos cardio-medulares, cuya excitacion determina la aceleracion de los movimientos cardíacos, y cuya existencia ha sido demostrada por Bezold.

Conforme á la segunda hipótesis, podrian considerarse estos fenómenos como dependientes de un principio de asfixia. Es notorio que en la asfixia incipiente los latidos cardíacos disminuyen en número y en intensidad. El ácido carbónico en proporcion exagerada, obraria como un verdadero estupefaciente del corazon. Sea lo que quiera de estas explicaciones, resulta que el éstasis venoso sanguíneo en las partes superiores del cuerpo, suspende casi

instantáneamente las palpitations de corazon de índole nerviosa.

Parálisis general: tratamiento por medio del haba del Calabar.
(*The Britith méd. journ.*).

La tenacidad y rebeldía de la parálisis general prestan indudable interés á las dos observaciones publicadas por el doctor Crichton Browne.

Era el primer enfermo un hombre de cuarenta años, admitido en el asilo de West Riding, como afectado de una parálisis general. Se le prescribió $\frac{1}{4}$ de grano de extracto de haba del Calabar tres veces al dia. Pasado un mes, el enfermo, que á su entrada presentaba una excitacion cerebral muy intensa, era turbulento y no dormia, estaba mucho mas calmado, aunque conservando siempre sus ideas ambiciosas. Se continuó el tratamiento durante muchos meses, y no se tardó en ver desaparecer los temblores de los músculos de la cara, la irregularidad de las pupilas, al mismo tiempo que se observaba mayor lucidez en la inteligencia. A los seis meses de estar tomando el medicamento, el enfermo habia recobrado su razon, y dos meses mas tarde salió del hospital en excelente estado.

En el segundo caso se trataba de una mujer de setenta y siete años, afectada de parálisis general. Despues de haber usado inútilmente otros medios, se la prescribieron 16 miligramos de extracto de haba del Calabar tres veces al dia. A los dos meses estaba mejor, cuando de pronto se puso afásica y hemipléjica del lado izquierdo, lo que obligó á interrumpir el tratamiento durante tres semanas. Trascorridos dos meses, se hallaba mas tranquila; pero conservaba la desigualdad pupilar y el temblor de los músculos de la cara. Habiendo sobrevenido vómitos, se suprimió el medicamento por muchos dias; en fin, se le prescribió de nuevo sin interrupcion, y á los once meses de haber empezado el tratamiento, tuvo el autor la satisfaccion de comprobar un grande alivio; pero la curacion completa no se obtuvo hasta pasados dos años y medio.

Dadas las condiciones de la enfermedad á que se re-

fieren estos casos, nos parecen dignos de la atención de los prácticos, y creemos que deben repetirse los ensayos.

Parálisis motriz pasajera, provocada por el simple tacto de la cabeza. (*Gaz. heb.*).

El doctor Dunsmure ha publicado recientemente la curiosa observación de un niño de cinco años, hijo de un padre de temperamento nervioso, pero no epiléptico. Hasta la edad de dos años y medio este niño no había sufrido ningún accidente convulsivo. En esta época notó la madre que se caía inmediatamente al recibir un choque, por muy ligero que fuese, en la cabeza. Estos accidentes se fueron repitiendo con más facilidad y de una manera cada vez más marcada, pero sin producir, según se dice, pérdida de conocimiento.

En la actualidad se nota, en efecto, que si se toca á este niño en un sitio cualquiera de la cabeza ó se la toca él mismo, sea con un instrumento (como una cuchara), sea con su mano, cae inmediatamente incapaz de movimiento, conservando íntegra la sensibilidad, y permanece uno ó dos minutos sin poderse levantar; no obstante, puede resistir á la caída, *cuando sabe y espera que se le va á tocar*. No tiene convulsiones; solamente una ó dos veces se ha notado un ligero grado de rigidez en los miembros izquierdos, y de este mismo lado se verifica casi siempre la caída en el momento del accidente. La cara está pálida, y no parece que el niño pierda el conocimiento. No obstante, el autor añade que sería difícil afirmar que en el momento de la palidez inicial no haya una verdadera inconsciencia.

El bromuro de potasio produjo poco efecto sobre este estado patológico. Algo más se consiguió con el arsénico, pero sobre todo con la belladona, por cuyo medio se han hecho los accesos sensiblemente más raros.

Los redactores de la *Gazette hebdomadaire* no vacilan en considerar este hecho como un caso de epilepsia ligera, en la que el tacto de la cabeza determina en el punto tocado una especie de *aura*. La circunstancia de que el enfermo, cuando sabe que se le va á tocar puede resistir á la caída, no es decisiva contra la existencia de la epilepsia.

El simple vértigo epiléptico permite algunas veces á los sujetos ejercer contra el acceso una fuerza de resistencia que comprenden perfectamente y que no carece de utilidad. Solo hay en el caso referido por el doctor Dunsmore, una circunstancia bastante singular; es la falta de proporcion entre el desórden psíquico, bastante débil para que pueda dudarse de la pérdida de conocimiento y el desórden de la motilidad, llevado hasta el punto de determinar una caída inmediata.

Parálisis de los dos músculos dilatadores de la glotis.
(*Rev. des Scienc. méd.*).

Hasta ahora no registraban los anales de la Ciencia mas que tres observaciones un poco detalladas de esta afeccion, una de Gerhardt; la segunda de Riegel; y la tercera de Pentzoldt.

El síntoma mas característico es una inspiracion disnéica, prolongada, sibilante, perceptible á distancia y que contrasta con una expiracion relativamente fácil y corta; al mismo tiempo la voz está completamente íntegra. Por el laringoscopio se observa que aun durante la respiracion conservan las cuerdas vocales casi la misma posicion que tienen en la fonacion, es decir, que no dejan entre sí mas que una hendidura muy estrecha para el paso del aire; nada mas se observa de anormal en la laringe.

El doctor Feith refiere un nuevo ejemplo de esta parálisis que ha visto en una mujer de sesenta y ocho años, afectada sucesivamente de erisipela de la cara, de pulmonía izquierda y derecha, y de disfagia por parálisis del velo palatino. Cinco semanas despues de la erisipela aparecieron los signos de la parálisis de los músculos crico-aritenoídeos posteriores. Los accidentes laríngeos hicieron necesaria al tercer dia la traqueotomía. Desde entonces no ha sido posible quitar la cánula; ni la faradizacion, ni las inyecciones de estriquina, han conseguido modificar la parálisis de los músculos de la glotis.

Pericarditis con derrame: puncion aspiradora del pericardio; curacion. (*The Lancet.—Marseille méd.*).

El doctor Bartleet, cirujano del hospital de Birmingham, ha publicado recientemente la observacion de un enfermo de veinte años, afectado de un reumatismo agudo desde hacia catorce dias, pero que no entró en el hospital hasta los diez de padecimiento. El doctor Haley comprobó desde la primera visita los síntomas de pericarditis, que fueron acentuándose más en los cuatro dias siguientes, durante los cuales se manifestó una disnea sumamente intensa; la extension del sonido macizo de la region cardiaca aumentó considerablemente, el pulso estaba muy débil y muy frecuente, los ruidos del corazon eran débiles y se oian á gran profundidad; no existia ruido de roce, pero se percibia un ligero ruido mitral. Estos y algunos otros síntomas de que no hacemos mérito en obsequio á la brevedad, demostraban de un modo indudable la existencia de una pericarditis con derrame.

En vista de la situacion del enfermo se decidió practicar la puncion del pericardio, y al efecto, se introdujo la aguja del aspirador en el espacio intercostal, entre la cuarta y quinta costilla, 5 centímetros á la izquierda de la línea media del esternon, y penetró directamente en la cavidad pericardiaca, demostrándolo así el paso del líquido al aspirador. Salieron libremente unos 420 gramos de serosidad, fuertemente teñida de sangre y que dejó depositado muy pronto un coágulo poco voluminoso, y pasado mas tiempo una capa de detritus sanguíneo.

Durante la última parte de la operacion, todos los asistentes vieron que los latidos del corazon se comunicaban á la aguja. Por espacio de una media hora el enfermo se quejó de un dolor intenso que cesó despues de la administracion de 15 gotas de licor de opio. Terminada la operacion se notó que los limites del sonido macizo se habian reducido extraordinariamente. No hubo accidente ninguno consecutivo, el alivio continuó acentuándose cada vez más hasta conseguirse una curacion completa.

Este caso, demuestra segun el doctor Bartleet, la facilidad y poco peligro con que puede practicarse la paracen-

tesis del pericardio para combatir síntomas apremiantes que resultan directa ó indirectamente de un derrame de esta serosa. Hace notar tambien, que no debe darse importancia especial ó desfavorable á la mezcla de una cantidad mayor ó menor de sangre con el líquido extraido por la puncion aspiradora.

El doctor Villeneuve, hijo, de Marsella, ha publicado tambien la observacion de un niño afectado de pericarditis, y al que encontró en un estado gravísimo: la cara vultuosa y con manchas marmóreas, los párpados edematosos, los labios violados y frios, el pulso muy débil y tan frecuente que apenas se podia contar; las extremidades inferiores frias y con una infiltracion que llegaba hasta los muslos. En la region precordial habia una prominencia muy marcada del diámetro de la palma de la mano y con una fluctuacion evidente. La respiracion era corta y muy sibilante; por la auscultacion de la parte anterior del pecho, no podia percibirse ni el murmullo respiratorio, ni los ruidos del corazon. En vista de este estado y habiendo sido hasta entonces infructuoso el tratamiento médico que se venia usando, diuréticos, vejigatorios, etc., el doctor Villeneuve, se resolvió á intervenir quirúrgicamente aunque temiendo que un síncope arrebatase al enfermo durante la operacion. Introduciendo la aguja del aparato de Dieulafoy en el punto mas elevado y fluctuante del tumor, extrajo dos jeringuillas de un líquido transparente, pero de un color cetrino pronunciado. Los síntomas de asfixia calmaron en el momento; los accidentes fueron desapareciendo poco á poco; auscultado el pecho al terminar la operacion, se percibieron los latidos cardíacos que eran aun confusos y tumultuosos; se fué restableciendo el apetito, y se regularizó el pulso. Pero la picadura hecha por el trócar no se cerró y la serosidad pericardíaca continuó fluyendo con abundancia y aun á chorro siempre que se curaba al enfermo, lo que tenia lugar dos veces al dia. La serosidad se hizo luego mas turbia, mas espesa, y en fin, enteramente purulenta y continuó saliendo por la herida durante cinco meses. Sin embargo, el paciente se levantaba, andaba y tenia buen apetito. Por esta época se formó un absceso al nivel de la quinta costilla, que fué abierto, saliendo de él pus loa-

ble. Este absceso se cicatrizó, y á los diez meses la fístula misma se cerró definitivamente. Desde esta época, el niño ha gozado de excelente salud y no se nota por la auscultacion alteracion alguna en el centro circulatorio.

Pleuresía con derrame: toracentesis; muerte repentina durante la operacion. (*Gaz. des Hop.*).

El doctor Ernesto Vesnier ha comunicado, á la Sociedad médica de los hospitales de Paris, un hecho, que no por ser desgraciado ofrece menos interés práctico. El autor fué llamado por los doctores Matry y Dupony para ver á una señora de cuarenta y tres años, acometida en los primeros dias de junio de una pleuresía del lado derecho, acompañada de síntomas generales graves. El derrame cuyos primeros signos se comprobaron el 9 de junio aumentó gradualmente, decidiéndose el 21 á practicar la toracentesis. El doctor Vesnier creia haberlo previsto todo, llevando hasta el exceso las precauciones; el trócar elegido era de pequeñísimo calibre (núm. 2 del aparato Mathieu), debiendo dejar salir el líquido con lentitud; se aseguró que se verificaba bien la respiracion en el pulmon del lado sano y que las funciones del corazon eran regulares, aun cuando habian presentado la vispera algunas perturbaciones marcadas por intermitencias pasajeras. El operador hizo renovar el aire de la habitacion y tener abierta la ventana de la pieza inmediata para asegurar la calidad del aire respirado; tenia tambien preparada una bebida cordial caliente. La enferma estaba casi completamente sentada en la cama y el brazo sostenido por un ayudante; manifestó una sensibilidad bastante viva á la presion del dedo que buscaba el espacio intercostal á través de una pared adiposa muy gruesa; pero no se quejó en el momento de la penetracion del trócar. El líquido no apareció hasta pasados algunos segundos, y despues que se hubo desobstruido la cánula; pero hecho esto, salió con facilidad un líquido sanioso horriblemente fétido. Habian pasado algunos minutos desde la puncion y existian unos 300 ó 400 gramos de líquido en el frasco receptor, cuando la atencion del doctor Vesnier, fija hasta entonces en los detalles de la operacion, se dirigió á la

enferma cuya calma é inmovilidad le admiraron; se encontraba en la misma posición en que había muy poco se había colocado ella misma; los ojos estaban abiertos, pero la cara horriblemente pálida. No había movimientos respiratorios, pulso, ni latidos cardíacos. Las flagelaciones enérgicas hechas con toallas mojadas en agua fría, la aplicación del martillo de Mayor y todas las demás tentativas posibles en este caso fueron infructuosas: la muerte era indudable é irremisible.

La muerte, en este caso, ha sido, pues, repentina en toda la acepción de la palabra, y el doctor Vesnier no cree que hubiese simple coincidencia entre la punción y el síncope, por más que algunos pleuríticos sucumban de este modo. En ciertas condiciones, que la fisiología experimental ha precisado, solo el dolor producido por la punción da lugar á una suspensión en las funciones cardíacas que puede ser definitiva. En los sujetos debilitados y fuertemente deprimidos, las causas más ligeras pueden determinar un síncope mortal, exista ó no alteración anatómica de la fibra muscular del corazón. El doctor Vesnier, recuerda con este motivo los decisivos experimentos de Cl. Bernard, Chossat y Tarchanof, sobre la suspensión de las contracciones cardíacas, producida de este modo en los animales por una excitación aunque sea muy ligera.

Durante la operación de la toracentesis se ha determinado una irritación manifiesta en una región que es asiento á veces de una hiperestesia positiva, y no sería imposible, en ciertos casos de debilidad nerviosa excepcional, que esta irritación pudiese ser el punto de partida de una suspensión de los latidos cardíacos que se hiciese mortal por efecto de una lesión preexistente del órgano, ó por la gran debilidad del operado. Es la única explicación aplicable á los casos de síncope producido por la punción de los quistes abdominales, y en el tórax hay aún más razones para admitirlo así.

El síncope es, pues, una eventualidad con la que debe contarse durante la toracentesis en los sujetos debilitados, siendo necesario por lo tanto estar prevenidos en semejante circunstancia para aplicar los agentes terapéuticos más enérgicos, y en particular las corrientes continuas.

Aunque en este caso no se haya podido confirmar el

diagnóstico por la autopsia, es para M. Vesnier indudable que la enferma tenía una pleuresía gangrenosa primitiva; el olor incontestablemente gangrenoso del líquido evacuado, la gravedad del estado general desde el principio, el ataque inferido á la vitalidad del sistema nervioso, lo demuestran suficientemente; se trataba, pues, á su juicio, de una pleuresía gangrenosa propiamente dicha, y no solo de una gangrena de la pleura consecutiva á una lesion pulmonar, simple ó gangrenosa. El autor entra en algunas consideraciones acerca de esta afeccion, aun poco estudiada y mal conocida. Se ha observado la extrema fetidez de ciertos derrames purulentos, sin buscar otra explicacion que la accion del aire sobre el líquido derramado. De sus estudios é investigaciones deduce el doctor Vesnier:

Que existe una forma de pleuresía que se debe estudiar y describir aparte á causa de los síntomas especiales que la acompañan, de la fetidez horrible que presenta el líquido desde el principio y de las lesiones gangrenosas que la son propias. Esta forma de pleuresía, excepcionalmente grave, tiene una sintomatología particular, una anatomía patológica propia, y reclama procedimientos terapéuticos especiales. El autor espera que la observacion ulterior ilustrará los diferentes puntos de la historia de esta afeccion.

Pulmonía: tratamiento por medio de las inyecciones hipodérmicas de calomelanos. (*Gaz. méd. Italiana Lombardia*).

El doctor Salvador Arigo, médico del primer hospital de Lody, ha publicado en la *Gaz. méd. Italiana* un trabajo interesante acerca de una nueva manera de administrar los calomelanos en la pulmonía. Sus observaciones son bastante numerosas, porque hace dos años que emplea este método de tratamiento, ensayado ya en unos 90 enfermos.

A principios de diciembre de 1872, habia en las salas del doctor Arigo 11 individuos afectados de pulmonía, 3 de los cuales presentaban los síntomas mas alarmantes. En estos desgraciados, á quienes no se esperaba salvar, hizo uso de las inyecciones de calomelanos, siguiendo

el consejo del doctor Fiorani, que habia conseguido la curacion por este medio en un caso muy grave de pulmonía extensa. Los dos primeros curaron rápidamente; el último murió; la pulmonía de este enfermo era del lado derecho y estaba ya en supuracion.

Desde esta época ha repetido el ensayo en 87 pulmoníacos, practicando las inyecciones cualquiera que fuese el estado del padecimiento; los resultados obtenidos fueron satisfactorios.

Dejando aparte por un momento la relacion de sus propias observaciones, cita el autor al doctor Rosetti que ha empleado el mismo tratamiento en 23 enfermos. Despues de haber ensayado, dice este práctico, el medio que aconseja el doctor Arigo, he hecho practicar la inyeccion en cuatro casos de pulmonía, en la parte media del brazo y en dosis de 10 centigramos; en dos de estos sujetos la enfermedad estaba en el lado derecho; en otro en el izquierdo, y en el cuarto ocupaba ambos á la vez. El último enfermo sucumbió; los otros curaron.

Añade que cuando están mas indicados los calomelanos es en la pneumonía parenquimatosa; que la época en que debe hacerse la inyeccion corresponde al sétimo y octavo dia, y hasta el décimo, en el momento en que se prescribirian los polvos de Plummer ó los calomelanos tomados por la boca, en los casos en que no lo contraindica el estado de las mucosas; que en las mujeres puede limitarse la dosis de la inyeccion á 5 centigramos en agua gomosa, y que así se obtiene un abatimiento que sucede inmediatamente á la inyeccion, y dura un dia y aun más.

Rosetti considera como inútil, si no peligroso, emplear este medio en los casos de pleuroneumonía con derrame seroso ó sero-membranoso en la pleura. Concluye asegurando que estas inyecciones van seguidas de una desaparicion casi completa de los síntomas agudos que se ven persistir en las pulmonías abandonadas á sí mismas ó tratadas por los calomelanos al interior.

Despues de haber añadido así á su propia autoridad la del práctico nombrado, continúa el doctor Arigo exponiendo en resúmen la manera como ha tratado sus 87 enfermos. Eligiendo primero aquellos en quienes era imposible todo otro tratamiento y que presentaban los síntomas

mas graves, aplicó despues las inyecciones indistintamente á todos los sujetos afectados de pulmonía, experimentando luego esta medicacion en todos los grados de la enfermedad.

Al principio empleaba la dosis de 10 centígramos, que bajó muy luego á 5, para disminuir los fenómenos de postracion que las inyecciones determinan.

En la mitad de los casos ha repetido la inyeccion dos ó tres veces; en muy pocos ha prescrito la cuarta: entre cada inyeccion dejaba trascurrir un intervalo de cuarenta y ocho á setenta y dos horas. En 11 casos solamente, entre todos los que ha observado, no pudo obtener modificacion en el curso del padecimiento.

Dice que no es posible establecer una estadística de algun valor respecto al número de los curados y de los fallecidos, porque de los enfermos que sometió á este tratamiento, unos se hallaban en un estado desesperado, y otros salieron del hospital antes de su completa curacion. Puede decir, sin embargo, con certidumbre, que cinco ó seis horas despues de la inyeccion hipodérmica, la temperatura disminuye sensiblemente (un grado á grado y medio), el pulso se pone mas blando y menos frecuente, la piel mas húmeda y la respiracion menos breve. El exámen esteteoscópico denota un alivio en el proceso morbo-so, y frecuentemente una porcion extensa del pulmon, que presentaba el soplo característico de la hepatizacion, no ofrece, pasadas treinta y ocho ó cuarenta horas, mas que el *estertor* llamado de *retorno*.

Sin entrar en disertaciones bio-químicas acerca de la accion de los calomelanos sobre las hiperemias del organismo en las enfermedades en general y en particular en la pulmonía, asegura que este medicamento así empleado produce mas rápidamente sus efectos, y no ocasiona casi nunca los accidentes que acompañan á su absorcion por la mucosa del aparato digestivo.

Los enfermos á quienes ha sometido á este método se han encontrado bien con él, y en muchos de ellos habria sido imposible todo otro tratamiento; era necesario abandonarles á los solos esfuerzos de la naturaleza. Las inyecciones hipodérmicas les procuraron un alivio manifiesto, poniéndoles en via de curacion.

El doctor Arigo, que tiene este medio por bueno y eficaz, aconseja á los clínicos que le experimenten.

Púrpura hemorrágica: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de ergotina. (*L'Independente.—Union méd.*).

La gravedad que generalmente ofrece la púrpura hemorrágica, y lo necesario que es en muchos casos disponer de un tratamiento de accion rápida y eficaz, presta indudable interés á la observacion publicada por el doctor Angelo Cianciosi. Tratábase de un niño de seis años, de buena constitucion, que no habia estado nunca enfermo, pero que presentaba, sin embargo, de tiempo en tiempo algunas alteraciones intestinales. Una tarde del mes de febrero fué acometido repentinamente de una cefalalgia intensa con fiebre. Una hora despues tuvo una hemorragia abundante por la nariz y por la boca, que se repitió cuatro ó cinco veces en el trascurso de la noche, durando en cada una de ellas de diez á doce minutos. A la mañana siguiente continuaba la pérdida de sangre, y se observaron manchas del tamaño de una cabeza de alfiler y una lenteja en la mucosa bucal, y otras mas confluentes y de diversas dimensiones en el tronco, el pecho, la espalda, el abdómen y los miembros. Estas manchas no elevaban la piel ni desaparecian por la presion; formaban placas equimóticas en la parte superior del hombro izquierdo, y un poco mas abajo otras que simulaban una contusion de primer grado. Los latidos del corazon iban haciéndose cada vez mas débiles, las fuerzas disminuian por momentos, y era urgente detener la pérdida de sangre. Con este objeto se prescribió el ácido gálico á dosis elevadas: la hemorragia se contuvo muy pronto; pero á las cinco ó seis horas apareció de nuevo con mayor violencia. El pulso estaba muy débil y el enfermo sumamente abatido. En estas condiciones, el doctor Cianciosi se decidió á practicar las inyecciones hipodérmicas de ergotina, repitiéndolas cada hora y media. Hizo la primera en la region deltoidea; la segunda en el hombro; á la tercera estaba vencida la hemorragia, que no volvió á presentarse. La enfermedad marchó rápidamente hácia la curacion, que se verificó mas pronto de lo que acostumbra en tales casos.

El doctor Lané ha obtenido también excelente resultado con estas inyecciones en una muchacha de diez y seis años, afectada de fiebre tifoidea desde hacia tres semanas, y cuyo estado iba mejorando progresivamente, cuando sobrevino una violenta hemorragia nasal, que se repitió muchas veces en el espacio de algunas horas. A los dos días se presentaron manchas de púrpura en todo el cuerpo, verificándose al mismo tiempo hemoptisis, hematuria y hematémesis. Se administraron inmediatamente astringentes de todas clases, sin que fueran bastantes para cohibir las hemorragias: la enferma tuvo algunos síncofes. Entonces se resolvió el doctor Lané á practicar una inyeccion hipodérmica de ergotina, cuya utilidad habia visto en la hemoptisis y la hematémesis. La primera inyeccion, compuesta de 4 grano de extracto líquido de cornezuelo de centeno, disminuyó considerablemente las hemorragias de la nariz, del estómago, del intestino y de la vejiga, notándose también que aparecian menor cantidad de manchas purpúricas. La segunda inyeccion suprimió completamente las hemorragias, y la enferma, gracias á un buen régimen, recobró las fuerzas y la salud.

Aunque estas observaciones sean aisladas, debe tenérselas muy en cuenta para imitar en casos semejantes la conducta de estos dos prácticos.

Quistes hidatídicos del hígado: inocuidad de la puncion aspiradora. (*Union méd.—Bull. de théér.*).

Desde hace largo tiempo han llamado la atencion de los médicos y de los cirujanos, los graves accidentes producidos por la existencia de una bolsa hidatídica en el hígado, tratando de conjurarlos por medio de diversas operaciones cuyos resultados dejan mucho que desear. Los instrumentos llamados *aspiradores*, introducidos desde hace pocos años en la práctica, permiten que se vayan á buscar á profundidades hasta ahora inaccesibles, líquidos cuya naturaleza se determina de este modo de una manera precisa. Habiéndose penetrado muchas veces con ellos en órganos importantes, en los quistes y los abscesos del hígado, del ovario, en las colecciones acuosas ó purulentas de las grandes serosas, es decir, en la pleura, el perito-

neo, las articulaciones, se ha establecido de una manera casi indiscutible la inocuidad, ó al menos la poca gravedad de semejantes punciones. A juicio del doctor Berenger Feraud, es probable que la puncion, aunque sea muy extensa, del órgano hepático por el trócar aspirador esté exenta de peligro y pueda practicarse sin que haya que temer de ordinario la menor reaccion. Fúndase para pensar así en los hechos experimentales y clínicos bastante numerosos que hoy registra la ciencia. Prescindiendo de los casos de heridas accidentales, abertura de abscesos, etcétera, y limitándose á las punciones que se han ejecutado con instrumentos comparables á los aspiradores, recuerda el doctor Feraud los hechos de punciones experimentales practicadas en perros y conejos que se refieren en la tésis del doctor Laviguerie, sin que se presentase el menor accidente consecutivo. Los que cita el doctor Castro en su notable trabajo sobre los abscesos del hígado, en los cuales se puncionó esta víscera multitud de veces en perros, gatos y conejos, sin que se presentase nunca la mas pequeña reaccion. Y ya en la especie humana no puede menos de recordarse el caso que refiere el mismo doctor Castro, quien creyendo en la existencia de un absceso hepático hizo una puncion que reveló su error de diagnóstico, sin que resultase accidente alguno. El mismo autor cita en su trabajo otros tres hechos análogos. El doctor Navaretti, en una tésis publicada en 1872, dice, que el doctor Damaschino ha visto hacer á Velpeau una doble puncion exploradora en el hígado con un trócar, sin consecuencia alguna. El doctor Berenger Feraud refiere algunos hechos propios de esta misma naturaleza debidos tambien á errores ó mas bien á inexactitudes de diagnóstico. Tratábase en el primer caso de un enfermo del hospital militar de San Luis del Senegal, en quien existia evidentemente un absceso del hígado, que con efecto fué demostrado ulteriormente en la autopsia. Pareciéndole al autor que notaba un poco de fluctuacion y queriendo evacuar el pus pronto, introdujo un trócar explorador en el hígado hasta una profundidad de 11 centímetros sin encontrar el líquido que buscaba. En la idea de que la primera direccion del trócar habia sido defectuosa, practicó acto continuo una segunda puncion de 15

centímetros de profundidad y en la que no fué mas feliz. Contra lo que el doctor Berenger temia, considerando la operacion como temeridad extrema por su parte, el sujeto no experimentó absolutamente accidente de ninguna clase, hasta tal punto que tres semanas despues se hizo una tercera puncion. El foco del absceso estaba demasiado profundo, y se abrió en los bronquios en lugar de salir al exterior por la pared costal. El sujeto sucumbió un mes despues de la última exploracion á consecuencia de los progresos de su enfermedad.

El segundo hecho se refiere á un oficial que se hallaba en un triste estado de anemia palúdica; el volúmen del hígado era tan considerable que deformaba la base de la caja costal en el lado derecho. Tambien en este caso creyó en la existencia de un absceso del hígado é introdujo un trócar explorador á 5 centímetros de profundidad en este órgano; no encontrando el pus, le empujó sucesivamente hasta 15 centímetros, y tampoco salió mas que sangre. Creyendo entonces que quizá el hígado no estaba mas que hiperemiado, se decidió el doctor Berenger á hacer una experiencia que á su juicio no debia aumentar notablemente el peligro, extrajo cierta cantidad de sangre por la aspiracion, haciendo en una palabra una sangría hepática de unos 80 gramos. No se manifestó ningun accidente, antes por el contrario desaparecieron los fenómenos de flegmasía de la glándula sin otra medicacion, con notable facilidad, y pocos dias despues, este sujeto salió del hospital muy aliviado en su estado general, continuando en buen estado pasados tres meses, cuando el autor le perdió de vista.

A los pocos dias de este ensayo de sangría hepática, se le presentó al doctor Feraud un nuevo caso á propósito para repetir la experiencia: era un inglés de la isla Mauricio, residente hacia tres años en la costa de Africa, que habia tenido el año antes la fiebre biliosa en Sierra Leona y que entró en el hospital de San Luis con una hepatitis aguda en su primer período. Esta vez introdujo el autor atrevidamente el trócar en el hígado, extrajo unos 100 gramos de sangre y no prescribió medicacion interna á fin de no oscurecer la significacion de los hechos. No solo no hubo ningun accidente, sino que como en el caso

anterior, la flegmasía terminó tan rápidamente por resolución, que hubiera podido aplicársele el *Post hoc, ergo protergo*.

A principios del verano de 1874, el doctor Adolfo Dumas hizo ver á M. Berenger Feraud, un enfermo á quien asistia en union del doctor Jacquemet, profesor agregado de la Facultad de Montpellier. Se trataba de un tumor mal determinado del abdómen, que producía edema de las extremidades inferiores y ascitis. El volúmen del hígado estaba manifiestamente aumentado, y una especie de tremulacion que se percibia al tacto, podia hacer admitir la posibilidad de un quiste hidatídico. Los tres profesores citados convinieron en que debia hacerse una puncion exploradora que con efecto practicó el profesor Jacquemet. Introdujéronse sucesivamente los aspiradores Dieulafoy y Potain, sin que saliese mas que una pequeña cantidad de sangre. Se hizo acto contínuo una segunda puncion hepática en otra direccion, la cual dió salida á unos 80 á 100 gramos de sangre pura; la aspiracion se verificaba de tal manera, que los autores creyeron que el instrumento habia penetrado en el eje de una venilla de cierto calibre y que se habrian podido extraer sin dificultad 500 gramos de sangre si hubiese querido.

Esta vez hubo un ligero derrame de sangre en el peritoneo, demostrada por la presencia de los glóbulos en el líquido ascítico á que se dió salida un momento despues practicando la paracentesis. A pesar de todo esto, no ocurrió accidente alguno.

Trascurrido un mes, el doctor Jacquemet practicó delante del autor otra puncion hepática que no dió salida á ningun líquido, pero que no provocó tampoco reaccion alguna grande ó pequeña, local ó general. De estos hechos se deducen, segun el doctor Feraud, diversas enseñanzas, y aun cuando podria fundarse en ellos para estudiar el valor de la sangría hepática directa en las flegmasias del hígado, como tal trabajo exige datos y observaciones mas numerosas, prescinde de él por ahora, limitándose á establecer que las punciones del hígado están muy á menudo exentas de peligro, y la prueba es, que contando los hechos de Velpeau, de Castro y los que el autor ha observado, diez y seis individuos cuyo hígado se puncio-

nó con un trócar aspirador, no experimentaron accidentes ni consecuencia alguna. Esta inocuidad debe alentar á los prácticos para usar el aspirador, ya como medio de diagnóstico, ya como agente terapéutico, en ciertas enfermedades del abdomen, sin que el temor de atravesar una porcion del tejido propio del hígado sano ó congestionado, sea una razon absoluta para prescindir de este medio.

El doctor Lancereaux, en una nota leida á la Sociedad médica de los hospitales de Paris, ha dado á conocer la historia de dos enfermos con quistes hidatídicos del hígado, tratados por medio de la puncion aspiradora. Era el primero un jornalero de cincuenta y cinco años, que el 12 de mayo de 1871 entró en el hospital de San Luis, presentando en la region del hipocondrio derecho una prominencia bastante considerable, para que, al decir del enfermo, se creyese conveniente practicar, por medio de un trócar capilar, una puncion exploradora que solo dió salida á algunas gotas de sangre. Los primeros dias de agosto vió el doctor Lancereaux por primera vez á este hombre, cuya salud general parecia buena, pero que tenia un hígado voluminoso que formaba prominencia en el epigastrio descendiendo hasta el nivel de una línea transversal que partiese del ombligo. La parte prominente era elástica y no fluctuante, el borde del órgano estaba muy duro. El yoduro potásico empleado en diferentes ocasiones no produjo resultado alguno. Habiendo aumentado considerablemente el volúmen del hígado pasados algunos meses, se diagnosticó un quiste hidatídico, practicándose el 26 de julio una puncion con el aspirador de Dieulafoy, trócar núm. 2. Desgraciadamente una abertura que existia en el cuerpo de bomba del instrumento, no permitió que se consiguiera un vacío completo, lo que hizo la operacion mas larga y mas penosa para el enfermo. No obstante, se extrajeron del quiste dos litros de un líquido transparente y ligeramente cetrino. Examinado al microscopio no se observaron en él ganchos de equinococos. No precipitó por el calor, por el ácido nítrico, ni por el licor de Fehling. Los dos primeros dias siguientes á la operacion, el enfermo experimentó dolores poco intensos, limitados á las inmediaciones de la puncion. El tercer

dia el vientre estaba mas abultado y el pulso mas frecuente, la region supra-umbilical tensa y dolorosa, la respiracion frecuente y alta; se presentaron vómitos porráceos abundantes. Se aplicó un vejigatorio, y á los diez dias todos los síntomas fueron remitiendo hasta desaparecer por completo, sin que quedase mas que un poco de disnea debida probablemente á las adherencias verificadas entre el hígado y el diafragma. Transcurrido un año, el autor volvió á ver á este enfermo, observando que su salud general era bastante buena; el hígado pasaba un poco el reborde costal, y el sujeto podia andar y trabajar.

El segundo enfermo era un hombre de cuarenta y siete años, robusto, que presentaba los signos evidentes de un quiste voluminoso, tumor elástico, liso, no indurado y sin adherencias con la pared abdominal. Como los quistes tan voluminosos no son nunca simples, el doctor Lancereaux diagnosticó un quiste hidatídico y se decidió á practicar una puncion que hizo el 26 de setiembre con el aparato Dieulafoy (cánula núm. 1) á unos 3 centímetros del borde de las costillas y al nivel del borde externo del músculo recto mayor del abdomen. En el primer momento salió una pequeña cantidad de sangre, y en seguida cuatro litros de un líquido claro y transparente, que se enturbió ligeramente tratándole por el ácido nítrico. Calentado hasta la ebullicion no perdió nada de su transparencia tomando solo un ligero tinte rosado. Algunas películas membranosas que se escaparon en los últimos momentos de la operacion, le parecieron al autor fragmentos de hidátides; sin embargo, no descubrió gancho alguno.

No hubo reaccion de ningun género; disminuyó notablemente el volúmen del vientre; el enfermo tenia buen apetito y sus digestiones eran fáciles. Reconocido de nuevo un mes despues de la operacion, el hígado no pasaba del reborde costal por su parte inferior, y por la superior empezaba un centímetro debajo de la tetilla. A los cuatro meses de la operacion el sujeto se hallaba en excelentes condiciones, sin que se hubiera reproducido el tumor.

El doctor Lancereaux no tiene la pretension de haber curado completamente una afeccion tan grave como las hidátides del hígado; pero ha creido deber publicar el resultado de sus observaciones, á fin de que se reunan

nuevos hechos que permitan juzgar definitivamente esta cuestion.

El doctor Massart, de Honfleur, ha comunicado á su vez á la Sociedad Médica de los hospitales de Paris, la historia de un enfermo que, despues de haber tenido síntomas de dispépsia, presentó todos los signos de un derrame pleurítico del lado derecho. Despues de haber aplicado una série de vejigatorios y establecido el diagnóstico de quiste hidatídico del hígado, se propuso una puncion aspiradora, que fué rechazada por el enfermo y por los médicos á quienes se consultó. Habiendo aumentado la disnea algun tiempo despues, se convino al fin en esta operacion, que fué practicada con el trócar núm. 2 de Potain á 6 centímetros debajo de la tetilla, introduciendo con toda seguridad el trócar hasta 5 centímetros de profundidad. De esta manera se dió salida á unos $\frac{3}{4}$ de litro de un líquido ligeramente cetrino, no albuminoso, y que contenia restos de bolsas hidatídicas. Ocho meses despues de la operacion se sostenia una curacion completa.

El doctor Desnós ha publicado tambien, en el *Bull. de thér.*, una observacion de un doble quiste hidatídico del hígado, tratado por las punciones capilares con aspiracion, habiendo sido necesario practicar hasta el número de seis, que determinaron la supuracion del quiste sin accidentes graves, curándose al fin sin la intervencion de ningun otro procedimiento operatorio.

Al lado de estos hechos felices, justo es que mencionemos uno desgraciado, recogido por el doctor Martineau en el hospital Lariboissiere. Era el enfermo un hombre de treinta y un años, afectado de un quiste hidatídico del hígado, que el autor se decidió á vaciar, tanto para proporcionar alivio al enfermo, como para ver si se conseguia la curacion. Valiéndose del trócar capilar del aparato de Potain, practicó una puncion, que dió salida á algunas gotas de un líquido seroso primero, y luego serosanguinolento; pero apenas habian salido algunos gramos cuando cesó de fluir, é inmediatamente fué acometido el enfermo de un malestar repentino, de disnea, náuseas, vómitos y una espucion abundante de mucosidades espumosas. El pulso se debilitó, se hizo imperceptible, así como los movimientos del corazon. A pesar del uso de los

revulsivos, del martillo de Mayor, de la respiracion artificial y de la electrizacion del diafragma, este enfermo sucumbió en el espacio de veinte minutos.

En la autopsia se encontraron las lesiones caracteristicas de una pulmonia caseosa, de un enfisema reciente, de una pericarditis antigua; en el hígado existian dos quistes hidatídicos, uno en el lóbulo derecho y otro en el izquierdo.

El autor atribuye la muerte en este caso, muy semejante al que hemos referido de toracentesis, á una parálisis del pneumogástrico, probablemente de origen reflejo, por consecuencia de la irritacion de las fibras que se dirigen al hígado, y cree que debe tenerse presente este hecho desgraciado, siempre que se trate de obrar sobre un órgano que recibe su inervacion de un nervio que desempeña un papel tan importante en la economía.

A juicio del doctor Gesin-Roze, este es un hecho completamente excepcional y que de ninguna manera debe hacer disminuir la confianza en las punciones del hígado por el trócar aspirador. En prueba de ello, refiere este autor dos casos de quistes hidatídicos hepáticos curados por este medio, y otro tercer hecho en que el enfermo no sufrió menos de siete punciones sucesivas; despues de la sétima, se dejó una cánula permanente: pasado cierto tiempo, cesó de fluir por ella el líquido, se la retiró, y á los tres dias se paseaba la enferma por la sala completamente curada.

El concienzudo estudio publicado por el doctor Desnos en el *Bulletin gén. de thérapeutique* termina con las siguientes conclusiones:

1.^a Cuando los accidentes no son urgentes, puede tener utilidad tantear el uso del yoduro potásico.

2.^a Pasadas algunas semanas, uno ó dos meses, si este tratamiento no produce resultado favorable, es preciso intervenir por una operacion.

3.^a La que me parece preferible es la puncion capilar aspiradora, única ó repetida mayor ó menor número de veces y con las precauciones convenientes. Esta puncion es no solo un hecho de exploracion, sino que puede tener tambien una accion curativa.

4.^a La supuracion primitiva ó consecutiva del quiste

disminuye las probabilidades de curacion por la puncion aspiradora; pero existen cuando menos dos observaciones, que permiten establecer que no es un obstáculo absoluto.

5.^a Sin embargo, cuando se desvanecen las esperanzas de curacion, y sobre todo cuando se desarrollan accidentes locales ó generales, no debe vacilarse en abrir ampliamente el quiste por el método de Recamier, ó mejor por la puncion con un grueso trócar y aun la permanente.

6.^a Los efectos de esta abertura deben ser secundados por el uso de lociones, irrigaciones del quiste con líquidos de naturaleza variada (agua simple, líquidos desinfectantes, y modificadores como el agua alcoholizada, la solucion de cloral, la esencia de eucaliptus, la solucion fenicada, tintura de yodo, permanganato de potasa), á los que podrá ser útil asociar las inyecciones de bilis, cuyas propiedades tóxicas para las hidátides han sido demostradas por el profesor Dolbeau.

7.^a Debe continuarse experimentando el uso de la electricidad. Si este agente es positivamente eficaz, su aplicacion realizaria el mejor modo de tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado.

Los profesores ingleses Fagge y Durham aseguran haber obtenido 8 curaciones de 8 casos en que han empleado este medio. Consiste en introducir en el tumor dos agujas doradas, á pequeña distancia una de otra, de modo que en el quiste puedan ponerse las puntas en contacto, á fin de poder estar seguros que ambas han penetrado en el líquido. Las cabezas de las dos agujas se ponen en relacion con el polo negativo de una pila de Daniell de 10 elementos, mientras que el positivo, terminado por una esponja húmeda, se aplica sobre la pared abdominal, haciendo pasar la corriente por diez ó veinte minutos.

Quistes hidatídicos del pulmon y de la pleura: diagnóstico.
(*Revue. des Sc. méd.*).

El doctor Hearn ha reunido 144 observaciones de quistes hidatídicos del pulmon y de la pleura, y con auxilio de estos materiales ha estudiado con cuidado los caracteres de dicha enfermedad, á fin de distinguirla de las otras afecciones con que se la puede confundir.

El principio de los quistes hidatídicos intratorácicos es generalmente insidioso, y los síntomas durante largo tiempo muy poco marcados. Estos síntomas son los siguientes: 1.º una pequeña tos seca, por accesos y espasmódica al principio, que se acompaña mas adelante de una expectoracion de naturaleza variable; 2.º casi constantemente hemoptisis; primero ligeras, pero repetidas, y que mas tarde se hacen abundantes, y anuncian generalmente entonces la rotura del quiste; 3.º un dolor persistente en el punto correspondiente al quiste, que puede presentar irradiaciones y á veces una sensacion de cuerpo extraño en el pecho; 4.º una disnea en los primeros tiempos ligera y apreciable solo en las circunstancias que aceleran la respiracion, luego continúa y proporcionada al desarrollo del quiste y á la existencia de complicaciones, tales como la bronquitis; 5.º una depresion de las fuerzas, una sensacion de aplanamiento mas ó menos marcada, que contrasta con la integridad de la fisonomía y la conservacion de la nutricion y del sistema muscular; no obstante, los fenómenos generales nó son nunca comparables á los que se observan en la tisis tuberculosa; la fiebre es poco pronunciada; las funciones digestivas se encuentran íntegras; 6.º cuando es voluminoso, el quiste eleva la pared torácica y determina un abombamiento globuloso característico; con ó sin elevacion, hay generalmente una disminucion de las expansiones torácicas; 7.º las vibraciones de las paredes del tórax están disminuidas ó abolidas, y la percusion demuestra un sonido á macizo, cuyos límites dibujan los contornos del quiste, si este se encuentra muy próximo á la pared torácica; 8.º la auscultacion revela, segun la situacion del quiste, falta ó disminucion del ruido respiratorio á su nivel, ó bien los caractéres del estado normal; en la inmediacion se observa una inspiracion pueril ó bronquial, una trasmision exagerada de la voz, á veces la egofonía, pero solamente en los quistes de la pleura; 9.º los síntomas de inmediacion varian segun los órganos afectados; los vasos y los bronquios pueden hallarse ulcerados, y no es rara la gangrena del pulmon.

El curso de los quistes intratorácicos es lento y su duracion difícil de determinar.

El quiste adventicio falta frecuentemente, y cuando

existe, sus paredes son de ordinario delgadas; pueden ser excepcionalmente duras y gruesas, y aun calcificadas y ósteo-cartilaginosas. Los quistes de la pleura carecen generalmente de bolsa adventicia.

Las observaciones dan 82 casos de muerte y 60 curaciones. La muerte puede tener lugar por extenuacion, ó ser consecuencia de un acceso de sofocacion, de una pulmonía, de una hemoptísis, de una gangrena del pulmon, de la abertura del quiste en la pleura ó el pericardio.

La curacion se verifica por la evacuacion del quiste, y quizás en algunos casos por la muerte de la hidátide.

La evacuacion se efectúa ordinariamente por los bronquios, y se anuncia por una hemoptísis, accesos de tos, un dolor vivo, comparado por los enfermos á una sensacion de dislaceracion; una disnea repentina, que determina á veces la muerte inmediata; la expulsion de las vesículas, llenas ó arrugadas, y del líquido característico fijan el diagnóstico.

La expectoracion puede ser única ó repetirse muchos dias consecutivos. En otros casos el quiste se vacía á través de la pared torácica ó en las vísceras abdominales; en fin, con bastante frecuencia se ha obtenido la curacion por una intervencion quirúrgica.

DIAGNÓSTICO.—Los quistes hidatídicos intra-torácicos se confunden especialmente con la tuberculosis y los derrames pleuríticos. Se distinguen de la primera por la lentitud de su curso, la conservacion de un estado general satisfactorio, el asiento de los fenómenos locales (de un solo lado y tan frecuentemente en la base como en el vértice) y lo determinado de sus límites, la forma de las hemoptísis, la intensidad creciente de la disnea, el carácter de la tos por accesos y espasmódica, la existencia de quistes semejantes en otros órganos, y, en fin, por la expectoracion de hidátides.

Se distinguen de los derrames pleuríticos por el modo de empezar, por la forma del sonido macizo, la persistencia del dolor, la intensidad creciente de la disnea, el abombamiento globuloso, la falta de egofonía.

El **TRATAMIENTO** médico no tiene influencia sobre el quiste mismo. El tratamiento quirúrgico debe emplearse inmediatamente que es probable el diagnóstico; consistirá ya

en las punciones capilares, que son absolutamente inofensivas, ya en la aplicacion de las corrientes continuas.

Retencion de orina: tratamiento por el hidrato de cloral
(*The Clinic.*)

El doctor Tidd, de Middleport (Ohio), ha publicado la observacion de un caso de retencion de orina en una mujer que se decia embarazada de ocho meses. La vejiga estaba enormemente distendida, formando una gran prominencia por encima del pubis. Los órganos genitales externos se hallaban muy tumefactos. El autor trató de practicar el cateterismo, pero la hinchazon y la desviacion de la uretra no permitieron la introduccion de la sonda ordinaria ni la del núm. 1 de la escala. Como la paciente sufría mucho, se administró la morfina, y se hubiera practicado la puncion de la vejiga sin la enérgica oposicion del marido de la enferma, que obligó al doctor Tidd á recurrir al hidrato de cloral, que Curtis Smith habia empleado ya con éxito en un caso grave de retencion de orina. Prescribió, pues, la solucion siguiente:

Hidrato de cloral.	8 gramos.
Agua.	60 —

Para tomar primero dos cucharadas de las comunes con treinta minutos de intervalo, y luego una cucharada de las de café cada dos horas.

La enferma expulsó entonces, sin tener conciencia de ello, una enorme cantidad de orina. La excrecion comenzó cinco minutos despues de la segunda dosis de la pocion, vaciándose completamente la vejiga. A los siete dias parió esta mujer espontáneamente un feto vivo y en buen estado. La retencion de orina no se reproduce.

El autor llama la atencion sobre este hecho, que es, despues del de Smith, el único ejemplo del uso del hidrato de cloral contra el espasmo muscular que produce la retencion de orina.

Reumatismo articular agudo: tratamiento por medio de la alcachofa. (*Brit. Med. Journal*).

El doctor Copeman publicó ya en 1863 en el *Medical Gazette* algunos casos de reumatismo tratados por la alcachofa comun en forma de tintura y de extracto. En un nuevo trabajo que ha dado á luz recientemente, asegura este autor que desde entonces ha hecho uso constante de este tratamiento con satisfactorios resultados. La violencia de los dolores y la duracion de la enfermedad le parece que son menores que cuando se emplean los métodos generalmente seguidos. Si otros prácticos no han obtenido un éxito tan satisfactorio, consiste á su juicio en la manera de preparar el medicamento. Es importante que las hojas que se emplean se hayan cogido justamente en el momento en que la alcachofa estaria buena para comerse, cuando se encuentran llenas de jugos. Mas tarde pierden su actividad.

El doctor Copeman refiere dos casos, entre otros muchos que posee, como ejemplo de la eficacia de su método y de la manera de usarle. Era el primer enfermo un hombre de veinte y cuatro años que habia sufrido ya tres ataques de reumatismo de siete y diez semanas de duracion. El último se presentó en marzo de 1874, ocupando la mayor parte de las articulaciones é imposibilitando toda clase de movimientos, con fiebre intensa y sudores abundantes.

El autor prescribió segun su costumbre: bicarbonato de potasa, 4 gramos; agua alcanforada, 240 gramos; tintura de alcachofa, 4 gramos. Para tomar dos cucharadas cada cuatro horas, al mismo tiempo que dos píldoras de tamaño medio de extracto de alcachofa. La curacion fué muy rápida, pues no pasó de ocho á diez dias.

El segundo enfermo era una muchacha de diez y nueve años que entró en el hospital el 20 de junio de 1874, atacada de reumatismo articular agudo, mas intenso en los miembros inferiores que en los superiores; no podia andar ni mover las rodillas y presentaba todos los demás síntomas del reumatismo agudo.

Se administraron la pocion y las píldoras antes indicadas, y á los cuatro dias habian desaparecido los dolores.

En los casos graves y tenaces el doctor Copeman no teme elevar la cantidad de tintura de 4 á 16 gramos.

Al hablar Merat y Delens de la alcachofa, dicen que las hojas están dotadas de una amargura excesiva, superior quizá á la de todas nuestras plantas indígenas, y que á su juicio parece indicar cualidades desconocidas y que merecerían ser estudiadas.

El reumatismo articular agudo es una enfermedad bastante comun para que á todos los prácticos les sea fácil experimentar el medio propuesto por el doctor Copeman.

Reumatismo articular agudo: tratamiento por medio de los cianuros. (*Bull. de thér.*).

Las maravillas atribuidas á la propilamina y la trimetilamina, no deben, á juicio del doctor Luton (de Reims), hacer olvidar otros medios tan eficaces por no decir más que pueden presentarse al observador.

Las sustancias que acabamos de nombrar tienen el inconveniente, además de su acción no siempre segura, de ser repugnantes y no prestarse á ninguna forma medicamentosa que disimule su mal gusto y detestable olor.

Entre los otros remedios antireumáticos, el que más confianza inspira al doctor Luton es el cólchico, pero este solo obra de una manera verdaderamente eficaz, á condicion de elevar sus dosis hasta un grado casi tóxico. Era el tratamiento de predilección de este práctico antes de que conociese la medicación ciánica, y aun ahora á falta de esta recurre al cólchico, considerando que la provocación terapéutica de un catarro gastro-intestinal no es nada en comparación de una enfermedad que amenaza la existencia del enfermo en el presente y en el porvenir. Por lo demás, la manera de emplear el doctor Luton este agente constituye un método especial: administra desde el primer día por ejemplo, una fuerte dosis de tintura de semilla de cólchico, como 5 gramos en una poción gomosa, dando una cucharada de hora en hora, hasta que se declare una diacrisis intestinal muy enérgica. Según los sujetos se necesitan uno, dos ó tres días, es decir, una, dos ó tres pociones de cólchico para obtener el efecto. Luego, cuando está bien establecido, se suprime

toda medicacion, sometiendo al enfermo á la dieta hídrica hasta que cesen los accidentes entéricos: esto puede durar tres ó cuatro dias, pasados los cuales todo está ordinariamente terminado, tanto la enfermedad facticia como la principal. Algunas veces es necesario repetir el mismo tratamiento una segunda vez, casi nunca una tercera. En caso de que no dé resultado desde el principio, es preferible recurrir á cualquier otro medio.

La intensidad misma del esfuerzo que es necesario hacer con este agente ha obligado al doctor Luton á buscar alguna cosa mejor y mas exenta de peligro.

El remedio que para el autor ha reemplazado al cólico es el *cianuro de zinc* en particular, y los medicamentos *ciánicos* en general. Da la preferencia al primero de estos agentes por la comodidad de su uso y su composicion definida y constante. La casualidad, hasta cierto punto, fué quien condujo al doctor Luton á elegir su tratamiento antireumático en este órden de compuestos.

La primera vez que administró los cianuros fué en un hombre atacado de accidentes cerebrales que hacían concebir la idea de una enajenacion mental. Sin embargo, lo reciente de la afeccion, su marcha aguda, la fiebre, el estado saburral de la lengua, le inclinaron á pensar que se trataba de un delirio sintomático. No queriendo emplear el opio y habiendo fracasado el bromuro de potasio, acudió á las preparaciones ciánicas, que le parecían injustamente olvidadas, y deseando administrar el remedio sin que el enfermo se apercibiese, prescribió el cianuro de zinc, que se presenta bajo la apariencia de un polvo inerte, insoluble en el agua y fácil de administrar en un vehículo cualquiera. El efecto que se produjo fué mágico: con 10 centigramos de cianuro de zinc se obtuvo un sueño reparador desde la noche siguiente, y administrada esta dosis todos los dias, desaparecieron los accidentes como por encanto. Otras muchas crisis iguales se combatieron con el mismo éxito.

Un dia, en lugar de accidentes cerebrales, este hombre se quejó de dolores en una rodilla, luego en varias articulaciones. Otra vez el mal se tradujo por una erupcion eritematosa de anchas placas sobre la frente, en la nuca y hasta el cuello. Estas diversas manifestaciones obede-

cieron á un solo y mismo remedio, el cianuro de zinc, y siempre con idéntica rapidez que implica una relacion de causa ó efecto. En la actualidad este hombre reclama el cianuro para la menor alteracion de su salud.

Para el autor los caractéres de esta afeccion no eran precisamente los del reumatismo, sino mas bien los de la gota, porque á los síntomas enunciados se unian dolores lumbares, y en varias ocasiones indicio de arenillas úricas.

En otro caso se trataba de un verdadero gotoso. Era un hombre de sesenta años, pletórico, obeso, que habia abusado de la vida: sufría una hinchazon dolorosa periódica de la articulacion metatarso-falangiana del dedo gordo del pié, tan pronto en un lado como en otro. Algunas veces se extendía á otras articulaciones y hasta la rodilla. Había dolores nefríticos á la derecha y un eczema seco en la parte inferior de la pierna. Un dia se declararon accidentes cerebrales en el curso de un estado saburral: delirio furioso, insomnio, fiebre; las articulaciones estaban ilesas. Despues de varias tentativas inútiles, el autor recurrió á su cianuro de zinc en cantidad de 10 centigramos al dia, en polvo, en un vehículo cualquiera; se reprodujeron los mismos efectos maravillosos que ya conocemos por el caso anterior; disminuyó el delirio, reapareció el sueño, se limpió la lengua, cesó la fiebre, y en poco tiempo todas las funciones entraron en órden.

Este admirable resultado se confirmó varias veces en el mismo sujeto, porque durante largo tiempo la gota atacó de preferencia al cerebro. Sin embargo, de cuando en cuando el pié se ponía tumefacto y doloroso, como para recordar la verdadera naturaleza del mal. Así, el cianuro de zinc, entrado en la práctica del autor para combatir accidentes cerebrales en que estaba mas ó menos indicado, se convirtió para él en un antiartrítico casi específico.

Durante bastante tiempo se mantuvo en estos límites, y tuvo la fortuna de curar ó aliviar un cierto número de gotosos, aun en sus manifestaciones nefríticas. Hubo un momento en que creyó haber encontrado un remedio soberano contra la gota; pero algunos resultados incompletos y verdaderos fracasos le hicieron prudente, y satisfecho de haber conseguido en muchas circunstancias un

éxito superior á sus esperanzas, no trató de extender el campo de sus observaciones, dirigiéndose á una afeccion que ofrece tanta semejanza con la gota, es decir, al reumatismo. Pero llegó un dia en que los cianuros fueron puestos en presencia de este nuevo enemigo, y con él se mostraron aun mas poderosos. El éxito fué completo y tanto mas brillante, cuanto que se trataba de un reumatismo muy agudo.

El autor refiere en seguida diez observaciones detalladas de reumatismo articular curado en pocos dias por medio del cianuro de zinc ó de potasio en cantidad de 40 centigramos al dia en una pocion gomosa, para administrarla á cucharadas de hora en hora.

Dice que podria acumular un gran número de hechos para demostrar las virtudes de los cianuros contra el reumatismo articular agudo; pero lo dicho debe bastar para poner á los prácticos en condiciones de emplear la medicacion tan preconizada: no quiere, sin embargo, prescindir de algunas indicaciones respecto á la materia médica de los cianuros y sus efectos fisiológicos, porque son medicamentos de poquísimo uso; así es que se encuentran escasas noticias acerca de ellos en la literatura médica.

Entre los agentes de la medicacion ciánica, los dos de que ha hecho uso especial el doctor Luton son el *cianuro de zinc* y el de *potasio*. El primero es un polvo blanco, insoluble en el agua, fácil de tomar en píldoras, y aun suspendido en una pocion gomosa; no tiene olor ni sabor. A pesar de esto, sus propiedades fisiológicas y terapéuticas son indudables; se disuelve sin duda en el jugo gástrico. Las cantidades administradas por el autor han variado desde 5 hasta 10, 15 y aun 20 centigramos en un dia, sin producir otros efectos que los que referiremos mas adelante.

El cianuro de potasio, puro y bien preparado, mereceria quizá la preferencia, en razon de su actividad mas evidente. El doctor Luton le ha dado en pocion en cantidad de 10 centigramos al dia y en píldoras de 5 centigramos en número de 1 á 2 en el mismo tiempo. A causa del sabor desagradable del medicamento y de su fácil alterabilidad, la forma pilular es preferible, pero á condi-

cion de que estén las píldoras recién preparadas. No ha pasado de la cantidad de 45 centígramos diarios, y aun en esta dosis se han presentado algunos cólicos y vértigos, que obligaron á veces á disminuir la dosis. El autor aconseja emplear como vehículo en las pociones el agua destilada de laurel cerezo, que obra amplificando el poder del remedio principal.

Los efectos fisiológicos de los cianuros á dosis medicinales apenas son apreciables. Dada una cantidad de cianuro, y sabiendo la rapidez con que se extingue la accion de estas sustancias, que se eliminan en estado de ácido cianhídrico por la espiracion, se puede repetir la impresion terapéutica cuantas veces se quiera en el trascurso de un mismo dia. Se harán pasar así dosis relativamente enormes al través del organismo, como si se tratase de una inhalacion de éter ó cloroformo. No habrá que temer aquí eso que se llama la *acumulacion de accion*, como se produce con la nuez vómica y la estriquina. En este concepto, los cianuros no son venenos tan temibles como podria creerse, siempre que se les dé á dosis convenientemente refractas.

Sin embargo, á cierto límite aparecen los síntomas fisiológicos; estos son: cefalalgia frontal, vértigos, náuseas, cólicos; á veces un poco de diarrea; por lo comun se aumenta el apetito y las digestiones se hacen bien. Los cianuros pueden por esta causa administrarse al tiempo mismo de las comidas, ó inmediatamente despues si se considera conveniente. Por fin, como ya puede concebirse, estos medicamentos determinan cierta sedacion general é inclinan al sueño.

Bajo el punto de vista terapéutico, el dolor es el primer síntoma que manifiesta su influencia, disminuyendo muy luego, y con él la rubicundez y tumefaccion de las partes enfermas.

El efecto sobre el corazon y sobre el pulso ha sido bastante marcado, traduciéndose por una atenuacion en la fuerza del sistole y por un descenso en el número de las pulsaciones. En un caso llegó el pulso á bajar hasta 48, como si se tratase de la digital; pero no puede contarse con un resultado tan constante como con este último agente.

El autor no ha consultado el termómetro mas que en un caso, y ha visto descender la temperatura poco á poco desde 39° á 37°,2, á medida que se manifestaba el alivio en todos los demás síntomas. De suerte que no habria aquí relacion de causa ó efecto bien establecida.

Excepcionalmente se ha producido diarrea, pero no en un grado terapéutico.

La secrecion urinaria ha parecido modificarse de una manera notable, y con una significacion verdaderamente crítica con respecto á la enfermedad. Al mismo tiempo que se manifestaba un alivio visible en las articulaciones, las orinas se presentaban siempre sumamente turbias; eran verdaderamente las *orinas jumentosas* de los tratados de semeiología. Segun esto, pregunta el autor, ¿deberia atribuirse á las preparaciones ciánicas un poder particularmente enérgico de desnutricion que arrastraria el elemento morbozo en una caída prematura, llevándole así desnaturalizado hasta el emuntorio urinario, ó bien atacando el mal indirectamente por las propiedades mal llamadas contraestimulantes ó hipostenizantes, no harian mas que preparar una crisis saludable? El doctor Luton confiesa su preferencia por las explicaciones antidóticas en el caso presente y su creencia en las acciones específicas. Lo cierto es que los cianuros curan el reumatismo articular agudo en su forma fundamental y en sus diversas transformaciones, por mas que no sea hasta ahora bien conocido el mecanismo porque lo hacen.

Reumatismo articular agudo, complicado con hiperpirexia: tratamiento por el agua fria. (*The Lancet*.—*Union méd.*)

El doctor Steward Lockie, médico de la enfermería de Cumberland, ha publicado un caso de reumatismo articular agudo con fiebre alta, notable por la rapidez con que se obtuvo la curacion por medio del agua fria. Era la enferma una mujer de treinta y siete años, que sufría un tercer ataque de reumatismo, con dolores en las articulaciones, especialmente en las rodillas, y fiebre. Los alcalinos á altas dosis, el opio y la quinina, no habian producido resultado alguno. El 3 de agosto de 1873 la temperatura era de 41,56 centígrados y el pulso latia ciento ca-

torce veces por minuto. Entonces se recurrió al agua fría, para lo cual se puso cerca de la cama de la enferma una vasija llena de agua, en la que flotaban algunos pedazos de hielo, y después de haber colocado debajo de la paciente una tela impermeable, se la envolvió en un paño, previamente mojado en el agua y exprimido. Inmediatamente que se calentaba volvía á mojarse de nuevo. Cada cinco minutos se tomaba la temperatura en la boca, y cada quince se administraba una cucharada de las de café de aguardiente. La enferma no se quejó de frío mas que á lo último, y solo advertía escalofríos y respiración superior al primer contacto de la sábana mojada. Hacia el fin de la operación, la paciente parecía inclinada á dormir. A los cincuenta minutos la temperatura habia descendido á 37°,55. Terminado el tratamiento, se puso á la enferma entre dos mantas, é inmediatamente se quedó dormida. Al despertar, la temperatura era de 35°,44, y se quejaba de frío. Pudo dormir el resto de la noche, y al día siguiente advirtió un ligero dolor en el lado derecho del pecho; las artralgias habian casi desaparecido. A los tres días, y después de haberse elevado la temperatura á 39°, hubo un ligero delirio por la noche, que se repitió al día inmediato, prolongándose por cuarenta y ocho horas, acompañado de temblores, que agitaban todo el cuerpo. Luego empezó la convalecencia, cuyo curso fué apenas alterado por algunos ligeros ataques de dolores.

El doctor Lockie hace notar la extrema rapidez con que se verificó el descenso de la temperatura mientras la enferma estaba envuelta en la sábana mojada. La envoltura no se repitió, porque el calor no volvió á ascender nunca á 40°,55. El autor estaba dispuesto á aplicarla de nuevo, porque tiene el convencimiento, de acuerdo con Fox, que es el primero que ha empleado este método de tratamiento en el reumatismo agudo en Inglaterra, que no se salva ningun reumático cuya temperatura llegue á 41,11, á no ser que se le trate por medio del frío. El doctor Murchison ha visto curar reumáticos con 40°,39; pero considera este hecho como excepcional.

Animado el doctor Mauricio Raynaud por el éxito obtenido con los baños fríos en el tratamiento del reumatismo cerebral, ha querido saber qué resultado tendria este

mismo método en el reumatismo simple, empleándole al efecto en un hombre de veinte y cuatro años, que entró en su sala del hospital el 14 de marzo último, y estaba enfermo desde el día 1.º. El padecimiento había empezado de un modo bastante insidioso; pero en esta época ya tenía todos los caracteres de un reumatismo articular franco generalizado. No se notaba fenómeno alguno en el corazón, en el cerebro ni en los pulmones. En el momento en que se hallaba en su paroxismo y la temperatura había llegado á la cifra relativamente elevada de 39º,4, se empezó el tratamiento por los baños frios. El primer día se dieron dos solamente, con intervalo de seis horas, á 22º y de veinte minutos de duración. Después del primer baño descendió la temperatura, pero luego volvió á elevarse. El segundo baño fué seguido de un alivio muy marcado, y la temperatura, pasadas diez y ocho horas, continuaba con una disminucion de 1 grado.

El alivio se acentuó de una manera muy notable después del tercer baño, é hizo rápidos progresos en cada uno de los sucesivos. La temperatura siguió, á partir de este momento, una marcha regularmente descendente, al mismo tiempo que desaparecian los dolores y los derrames articulares. Después del octavo baño la temperatura recobró su grado normal, del cual no volvió á separarse. La duración total del tratamiento fué de algo menos de tres días. El enfermo, que el 12 de marzo por la mañana presentaba todos los signos de un violento reumatismo articular, el 14 por la noche se hallaba libre de sus dolores, y el 15 por la tarde le era posible levantarse y andar.

Es notable que ni durante ni después del tratamiento se haya observado ninguna complicacion visceral. Solo la primera inmersion presentó algunas dificultades; luego la sensacion que experimentaba el enfermo en el agua fria era de bienestar, y la conciencia que tenía del alivio que había conseguido en su estado, le animaba á prestarse á esta prueba, de que no se quejó nunca. El autor no quiere deducir consecuencias que serian prematuras; pero dice que estos hechos ofrecen bastante interés para llamar la atencion de los prácticos.

El doctor Dumontpallier cree que este tratamiento puede

ser peligroso y funestísimo para los enfermos, lamentándose que clínicos de merecida autoridad entren en este camino atrevido, con el peligro de arrastrar en pos de sí á otros menos experimentados.

De todos modos, el autor no pretende que los baños frios sean el tratamiento general y aplicable á todos los casos de reumatismo; no hace mas que presentar esta observacion de resultado feliz, para que pueda servir de punto de partida á otros estudios.

Reumatismo crónico: tratamiento por medio de la guarana.
(*Philadelphia méd.*).

Sufriendo el doctor Rawson de un lumbago muy molesto, se le ocurrió la idea de tomar 15 granos de guarana en agua caliente con crema y azúcar: inmediatamente advirtió un notable alivio; pero habiéndose reproducido el dolor á las veinte y cuatro horas, continuó el uso del medicamento, con el mismo éxito que la vez primera. Durante una semana tomó diariamente 2 gramos 20 centigramos de guarana, y acabó por verse libre de su reumatismo articular. Tal es el punto de partida de los numerosos experimentos hechos ulteriormente por el autor, y de los cuales resulta que en el lumbago, cuando el dolor es agudo, el medicamento produce un efecto mágico; cuando tiene cierto carácter gravativo, su accion, aunque muy eficaz, no es tan rápida. Dedúcese de aquí que cuando la enfermedad se fija en las cubiertas fibrosas de los nervios, en las aponeuroses ó los tendones, se puede administrar la guarana en cantidad de 15 á 40 granos. El alivio es inmediato, y continuando el uso del medicamento muchos dias, se consigue la curacion.

Reumatismo crónico: tratamiento por medio de la colchicina.
(*Independencia médica*).

La rebeldía de las afecciones reumáticas hace que se acoja con gusto, pero al mismo tiempo con desconfianza, el anuncio de todo nuevo remedio que venga á aumentar el largo catálogo de los ya preconizados para combatir estas dolencias. No sabemos si deberá contarse entre los heroicos el anunciado por el doctor Valentí y Vivó en un

artículo que, según el autor, tiene por objeto dar á conocer á la colchicina como soberano remedio de los estados reumáticos crónicos, durante esos momentos de agudo dolor y de fiebre mas ó menos alta, tan comunes en las exacerbaciones del vicio reumático sin distincion de edades ni de sexos desde la pubertad en adelante.

En estos dos últimos años en que los reumáticos no han podido aprovechar el tratamiento balneario termal á consecuencia del estado de guerra de las provincias catalanas, es cuando el doctor Valentí y Vivó ha tenido ocasion de emplear la colchicina por la vía gástrica, con exclusion de los demás medios habituales y con tal éxito que escusa todo encomio. El autor refiere del siguiente modo á grandes rasgos los casos mas notables :

A. Una señora de cincuenta á sesenta años, americana, afecta hace años de reuma localizado en la region lateral derecha del cuello, con formacion casi ánuva de un tumor voluminoso, que la puso á la muerte hace cinco años, y á punto de ser operada por el mas caracterizado de nuestros cirujanos actuales, el doctor Letamendi, llamado en consulta.

Habiéndose presentado en diciembre último el tumor con los caracteres de siempre en breves horas, acompañado de fiebre y fenómenos cerebrales de congestion incipiente, no solo no progresó la afeccion, sino que se resolvió en tres dias á beneficio del alcalóide, dado en la forma y modo que diremos al final de este escrito.

B. Un marino y comerciante de nuestra costa de Levante, de treinta y ocho á cuarenta años, de buena constitucion, robusto, sanguíneo y tratado algunos años antes por el distinguido catedrático de Clínica quirúrgica doctor Giné, á causa de una afeccion asmática que reclamó revulsivos permanentes en ambos brazos, etc. ; atacado en varias épocas por una tos sofocante, refractaria á todos los medios puestos en práctica junto con los baños de Caldetas y Caldas, y siendo impotentes los antimoniales, los bromuros y yoduros alcalinos, el cólechio mismo, la digital, el opio y sus alcalóides, vino á convertirse el enfermo en individuo sano, despues de varios años de padecimientos angustiosos, como son las localizaciones del reuma en el torax, gracias al uso del alcalóide sobredicho.

C. Un joven comisionista, de veinte y nueve años, hijo del Sur de España, despues de los baños de Archena tomados para *completar* uno de tantos *gloriosos* tratamientos de la sífilis por los homeópatas; previos aquellos medios que en tales casos se usan por los verdaderos clínicos que *curan* esas dolencias, y despues de ver desaparecer los dolores osteócopos, sentia dicho enfermo grandes dificultades en los movimientos de locomocion, y un agudo dolor reumatóideo en la articulacion coxo-femoral izquierda y en el hombro derecho.

La colchicina triunfó de entrambos padecimientos, como debidos á la misma enfermedad, á la vuelta de una semana de su empleo.

D. Un joven profesor de gimnástica, de treinta y tres años, robusto, enjuto, bilioso, se sintió afecto en uno de los dias de la última quincena del próximo pasado marzo, de una imposibilidad de estar en la cama y de andar, con motivo de sentirse oprimido el pecho y sin poder respirar á voluntad; de modo que solo le era permitido guardar con alguna persistencia un decúbito caprichoso en una silla, en la cual pasó dos noches desvelado.

Despues de haber visto exacerbarse sus sufrimientos, á consecuencia de ciertos ejercicios musculares, que él creyó capaces de aliviarle y hasta curarle, tuvo la pobre idea de acceder á los ruegos de un amigo, quien le proporcionó los socorros á domicilio de un famoso curandero, el cual, ejecutándole unas friegas desde el occipital al coxis, aseguró le habian de curar en el acto.

En peor estado creciente vino á consultarme un dia despues, y diagnosticada la afeccion de reumática, amenazando la cavidad torácica, y previo un purgante oleoso, vimos ceder gradualmente y con rapidez los síntomas hasta curarse el enfermo, gracias al nuevo alcalóide en cuestion, en breves dias.

Con igual éxito lo he usado en varios casos de dolores erráticos, todos debidos al reuma crónico infébril, que castiga con igual facilidad el nervio periférico y el músculo, el aparato digestivo y el respiratorio.

La manera de usarlo, habida razon del poder tóxico de la sustancia, es, como ya puede presumirse, á dosis refractas y con observacion.

Nosotros le administramos de la manera siguiente:

De agua destilada de torongil.	de $\frac{1}{2}$ á 1 libra.
De colchicina pura.	de $\frac{1}{2}$ á 1 grano.
De jarabe simple.	de 1 á 2 onzas.

Para tomar á cucharadas de café cada cuatro, seis ú ocho horas; y luego mas adelante una ó dos al dia, separadas de los caldos y de las comidas, etc.

Como el sabor es fuertemente amargo, hay que prevenir á los enfermos acerca del particular, por mas que estén habituados y conformes con el mal sabor del yoduro potásico tomado en disolucion acuosa, porque el nuevo alcalóide es poco apetecible.

Tal vez concluye el autor, al publicar los experimentos que tenemos hechos con la colchicina en Toxicología, nos será mas fácil ocuparnos del modo de obrar especial de este alcalóide, aclarando entonces algun tanto los peligros de que pueden acompañarse las dosis ultramedicamentosas.

Como quiera que sea, la Terapéutica clásica tiene en su poder un nuevo antireumático poderoso á dosis muy pequeñas.

Reumatismo articular crónico : tratamiento por medio de los baños calientes. (Arch. gén. de méd.).

Dos solas formas de baño caliente son útiles segun el doctor Lasègue: el baño á temperatura constante, 35 ó 36°, y el baño á temperatura progresivamente creciente, siendo la inicial de 35 ó 36°, y la terminal de 40 á 46°: la elevacion debe hacerse próximamente cada cinco minutos y ser de unos 2 grados, el enfermo permanecerá en el baño veinte minutos. No debe dejarse de consultar el termómetro un solo momento, porque no hay contraindicacion posible en las sensaciones que experimenta el sujeto.

Si se ha de creer á M. Lasègue, no se puede decir cuál es el efecto fisiológico del baño; bajo el punto de vista terapéutico se contenta con asegurar que cura.

El baño á temperatura constante es esencialmente calmante; el autor rechaza enérgicamente el de temperatura decreciente, que solo deja en pos de sí cansancio y mal-estar. Pero el baño á temperatura ascendente, no es menos

calmante, si siendo la inicial 35 ó 36° se eleva el calor del agua con lentitud; lo es sobre todo para los órganos del bajo vientre. Cuando hay angustia disnéica, es este únicamente el resultado de la atmósfera de vapor que rodea al paciente, de la impresion desagradable que recibe la cara y que debe combatirse ya elevando la temperatura de la habitacion, ya pasando una esponja por la cara del enfermo, ó ya cubriendo la bañera. El efecto sudoral del baño á temperatura creciente, es completamente nulo, ni le busca M. Lasègue, que parece complacerse en rechazar toda explicacion fisiológica de la accion útil del baño caliente.

Despues de un baño de estas condiciones, se advierte un verdadero bienestar local y general, disminuye la rigidez articular, los movimientos son menos penosos y mas libres. Debe administrarse un baño cada dos dias, de veinte minutos de duracion. Aun cuando es tolerado durante la fluxion dolorosa, no tiene un efecto verdaderamente útil hasta el período de remision.

Los baños sobrecalentados, que son los que emplea M. Lasègue con preferencia, están tambien indicados en las afecciones abdominales, principalmente en las diarreas crónicas; le ha parecido igualmente que aliviaban las bronquitis crónicas rebeldes. Uno de los discípulos del autor ha publicado ya un trabajo acerca de los baños templados en los tísicos. En fin, su jefe de clínica M. Landrieux ha detenido metrorragias tenaces sin lesiones orgánicas, con baños sobrecalentados. El difunto Malgaigne ya habia recomendado este medio antimetrorrágico.

Reumatismo articular: alteraciones de la sensibilidad y uso de la electricidad en este padecimiento. (Medicinisches Cent.).

El interés clínico que ofrecen los estudios del doctor Drosdoff acerca de esta materia, nos obligarán á hacer el análisis de su trabajo con alguna extension. Todos los hechos han sido recogidos en la clínica del doctor Botkin, y en ellos ha podido el autor comprobar de un modo general, que la sensibilidad á las corrientes eléctricas disminuye notablemente en los sujetos afectados de reumatismo articular agudo, á pesar de los vivísimos dolores que sufren estos enfermos. Este hecho clínico parece

estar en contradicción con la teoría fisiológica que no admite mas que un aparato para las diversas sensaciones.

Del resúmen sumario de los hechos observados por el autor, resulta que lejos de provocar un dolor muy vivo al nivel de las articulaciones enfermas, las corrientes eléctricas no excitan en muchos casos mas que ligeras sensaciones molestas, y en otros, no existe dolor alguno. Si en tales condiciones se hace pasar al nivel de la articulación que sufre, la corriente máxima del aparato Du Bois Reymond, no se provoca ningun dolor, mientras que una presión ligera y en ciertos casos el mas pequeño contacto bastan para despertar sufrimientos intolerables; parece entonces que existe una oposición absoluta entre estas dos clases de excitación.

Este singular fenómeno, la anestesia eléctrica, solo se observa en una extensión muy limitada, reducida frecuentemente á una parte muy pequeña de la piel que tapiza la articulación. Además, entre esta parte insensible y los tegumentos inmediatos tan dolorosos, no existe zona de degradación; la transición es brusca, á un centímetro de distancia del punto en que no se ha sentido la corriente eléctrica, provoca esta misma dolores intolerables que arrancan gritos al enfermo.

Un hecho muy importante del estudio de esta anestesia es que se presenta por lo comun dos dias ó aun más, antes que los dolores articulares, y que algunas veces persiste despues que estos han desaparecido. Cuando se comprueba este último fenómeno, la observación ha demostrado á Drosdoff, que debe temerse una recidiva.

Al mismo tiempo que la sensibilidad electro-cutánea, se ve disminuir la sensibilidad absoluta á la presión; ha habido enfermos que no sentian un peso de 20 á 50 gramos. A la vez y en los mismos sitios en que la sensibilidad eléctrica está disminuida, se observa una verdadera hiperestesia en todos los otros modos de sensibilidad. La de la temperatura está aumentada, así como la sensibilidad táctil. En un caso, el enfermo, al nivel de las articulaciones de la columna vertebral que habian sido afectadas, percibia muy bien las dos puntas del estesiómetro de Weber, distantes de 2 á 3 centímetros. A veces hay perversion de la sensibilidad táctil, tomando

los enfermos una punta por dos, etc. Despues de la aplicacion de la corriente eléctrica, tienen lugar nuevos fenómenos.

Luego que se ha practicado una faradizacion de cinco á diez minutos, se nota que la sensibilidad al contacto y á la temperatura anteriormente exagerada, empieza á disminuir. Al nivel de las articulaciones enfermas, la temperatura de la piel es siempre dos ó tres grados mas elevada que en las articulaciones simétricas que no sufren. Esta elevacion de temperatura es un fenómeno tan importante que en un gran número de casos se produce antes de que la articulacion esté dolorosa, y aun puede persistir por más ó menos tiempo, luego que han desaparecido los dolores. Una aplicacion de corrientes farádicas por espacio de diez á quince minutos, basta para restablecer la temperatura á su grado normal.

Los dolores espontáneos tan vivos del reumatismo articular agudo se mejoran de tal modo por la electricidad, que las articulaciones absolutamente inmóviles, despues de una corta sesion, pueden ejecutar fácilmente movimientos bastante extensos. Estos dos últimos efectos de la faradizacion, descenso de la temperatura, disminucion del dolor, duran tres, cuatro, ó aun cinco horas, pasadas las cuales vuelven poco á poco á su estado anterior.

Bajo la influencia de este tratamiento, el curso del reumatismo es evidentemente mas rápido y menos incómodo para los enfermos, pero no se disminuye la tendencia á las recidivas. Sin embargo los periodos de la enfermedad se hacen mas cortos y menos intensos. Una faradizacion diaria de cinco á diez minutos de duracion disminuye la violencia del reumatismo articular agudo, despierta la sensibilidad de la piel destruida por esta afeccion, y produce un descenso de temperatura en las partes afectas. Algunos de los sujetos sometidos á la electricidad no siguieron ningun otro tratamiento y curaron tan pronto ó más que los otros.

Reumatismo cerebral: tratamiento por medio de los baños fríos y por el cloral. (*Gaz. hebdomadaire.—Gaz. des Hôp.—Journ. de médecine et chir. prat.—Lyon méd.*).

Entre las complicaciones que pueden amenazar á los reumáticos, no hay ninguna tan temible como las que se manifiestan por parte del cerebro y que á falta de otro nombre mejor se han designado con el de *reumatismo cerebral* ó *encefalopía reumática*. Estos accidentes no tienen siempre la misma forma ni idéntico peligro, y la curación puede verificarse en ocasiones sin necesidad de una intervención terapéutica muy activa y por el solo hecho de la evolución natural de la enfermedad. Pero estos casos favorables son poco frecuentes. En tales circunstancias la gravedad es la regla y desde el primer momento se encuentra el práctico vencido en cierto modo por una explosión de síntomas, de tal manera graves, que toda terapéutica parece á priori impotente. Entre estos fenómenos hay dos que tienen bajo el punto de vista del pronóstico un valor excepcional. Nos referimos á la elevación extrema de temperatura y la desaparición brusca y completa de los dolores. Cuando aparece el delirio en tales condiciones, no se hace esperar mucho la terminación fatal. Al delirio sucede bien pronto el coma, y el enfermo puede sucumbir en algunas horas.

Como recordarán nuestros lectores, por el extracto que hicimos en el tomo anterior de este *Anuario*, en un caso de este género obtuvo el doctor Raynaud la curación, por medio de los baños fríos, cuando el enfermo parecía destinado á una muerte segura. Este ejemplo no ha sido perdido para la práctica y hoy debemos registrar tres nuevos hechos felices debidos al mismo tratamiento.

Débase el primero al doctor Blachez, quien ha comunicado su observación á la Sociedad médica de los hospitales de París. Era la enferma una mujer de treinta años, afectada de un reumatismo articular agudo caracterizado por una invasión rápida, dolores excepcionalmente vivos, sudores abundantes y una reacción febril exagerada. La fluxión articular disminuyó bruscamente al quinto día para desaparecer por completo al sexto, al mismo tiempo que sobrevenían accidentes generales gra-

ves: agitacion primero, luego delirio, que se hizo cada vez mas violento, terminando en el espacio de dos dias en un estado cómatoso. La temperatura se elevó á un grado excepcional en el reumatismo, $41^{\circ},6$ en la axila, que equivalen á una temperatura rectal de 42° . En este momento los accidentes nerviosos eran tan sumamente graves, que no podia dudarse de la inminencia de una terminacion fatal. Entonces fué cuando el doctor Blachez se decidió á intervenir con un tratamiento cuyo único objetivo es satisfacer á la imperiosa necesidad de un descenso inmediato del calor febril. El primer baño dado á una temperatura de 21° , que se hizo luego bajar á 20° , produjo un enfriamiento de $3^{\circ},4$; la duracion del baño fué de hora y media. Dos horas despues, un nuevo baño hizo descender otro grado la temperatura.

A partir de este momento se repitieron los baños, siempre que el termómetro colocado en la axila pasaba de $38^{\circ},5$. Bajo este punto de vista, el doctor Blachez era dueño de la situacion, porque se obtenia de una manera constante el descenso de la temperatura por una inmersion mas ó menos prolongada. Pero persistian siempre los fenómenos graves: la pérdida de la inteligencia, el coma, las contracturas, los saltos de tendones. En fin, la temperatura recobraba invariablemente en el intervalo de los baños su marcha ascensional; hasta el undécimo baño, al cuarto dia de tratamiento, no empezó la enferma á dar algunas señales de inteligencia. A partir del duodécimo baño, que fué el último y se administró el mismo dia que el undécimo, el alivio fué definitivo, la temperatura no pasó de $37^{\circ},5$, y la convalecencia marchó luego con gran rapidez.

El doctor Blachez hace observar que la persistencia de los accidentes establece una diferencia notable entre este hecho y los citados por M. Raynaud, en los que el alivio era muy apreciable desde el principio. En vista de los resultados casi negativos de los primeros baños, creyó el autor que quizá seria preferible disminuir desde luego la temperatura del agua, y con esta idea prescribió dos baños á 16° . El primero fué soportado; pero el segundo produjo una horripilacion tan violenta, contracturas tetaniformes y una cianosis de las extremidades tan alar-

mantes, que fué preciso sacar á la paciente del agua á los diez minutos, necesitándose usar enérgicamente los calentadores y las fricciones para hacer entrar en reaccion á la enferma, que parecia completamente asfixiada. Piensa el autor que quizá el efecto de un baño á 16° habria sido menos marcado si se hubiese dado al principio cuando la temperatura de la enferma subia á cerca de 42°. Los baños siguientes tenian 23° como temperatura inicial, y pasado un cuarto de hora, si la horripilacion no era muy fuerte, se hacia descender á 21° añadiendo agua fria. Desde el momento en que el termómetro bajaba á menos de 38°, se llevaba á la cama á la enferma, envolviéndola en una sábana seca con la que se la friccionaba y que se mudaba pasados quince minutos.

Debemos hacer notar, que no fué el baño frio la única medicacion que se empleó en este caso, en el que, como en todas las observaciones anteriores, no se llegó á una práctica tan inusitada, sino despues de haber ensayado sin éxito los medios terapéuticos mas generalmente aconsejados. Así es, que sin hablar del sulfato de quinina, cuya cantidad ingerida no llegó en treinta y seis horas á un gramo, la enferma sufrió una aplicacion de sanguijuelas y dos vejigatorios, el segundo de grandes dimensiones, sobre la columna vertebral. Pero el efecto de estos agentes parecia completamente nulo; á pesar de ellos, los síntomas se habian agravado, y el primer indicio de alivio no apareció hasta cinco dias despues, por lo cual el doctor Blachez no cree que esta medicacion haya tenido influencia alguna en el resultado. No se atreve á decir lo mismo del bromuro de potasio, del que se administraron 40 gramos en los dos primeros dias en que se empezó á hacer uso de los baños.

Para M. Raynaud existe en estos casos un cuadro sintomatológico complejo, caracterizado principalmente por dos órdenes de alteraciones profundas: las unas de la inervacion, teniendo por asiento las partes centrales del cerebro, en particular el bulbo; las otras, alteraciones psíquicas, que se localizan en las partes periféricas del mismo órgano, las cuales, como es sabido, presiden á los fenómenos intelectuales. Parece, dice este autor, que

poseemos en la refrigeracion un medio de separar, de hacer el análisis de estos dos órdenes de fenómenos, de suprimir ó al menos de atenuar notablemente los accidentes circulatorios, respiratorios y musculares del atáxico, y de no dejar subsistir mas que el delirio. Reducimos el atáxico febricitante al estado de un simple maníaco sin fiebre. Se anulan, dice, los elementos inmediatamente graves y mortales de la enfermedad, y solo queda el delirio que no ofrece peligro, y que por otra parte cede tambien con frecuencia al mismo tiempo que los otros síntomas.

El segundo caso ha sido observado por M. Fereol.

Era el enfermo un encuadernador de treinta y cuatro años, que no abusaba de los alcohólicos, y que á consecuencia de trabajos excesivos fué acometido de un primer ataque de reumatismo articular agudo. Tratado al principio por los vomitivos, el sulfato de quinina y colchico, se presentó á los cinco dias delirio, agitacion y disnea al mismo tiempo que desaparecian los dolores articulares. Los purgantes y los sinapismos repetidos y enérgicos no produjeron resultado alguno. La ataxia se fué pronunciando cada vez más, y la temperatura ascendió á 40°. Se aplicaron sanguijuelas una á una á las apófisis mastoideas, se administraron los calomelanos á dosis fraccionadas y el bromuro de potasio (6 gramos), sin éxito. La temperatura subió á 41°; vejigatorios al cuero cabelludo é infusion de digital. La medicacion proporcionó un poco mas de calma; el delirio se transformó é hizo menos agitado, teniendo el enfermo un aspecto tífico con estupor y subdelirio contínuo, insomnio completo, agitacion fibrilar de los músculos, saltos de tendones, la lengua seca, etc. Ante este estado en que predominaba la adinamia y no habia mucha agitacion, los doctores Raynaud y Besnier, llamados en consulta, no creyeron que se debia recurrir á los baños frios; pero en la tarde de este mismo dia, habiendo aumentado la agitacion, y aun cuando la temperatura habia bajado tres décimos de grado, se decidió apelar á esta medicacion como último recurso.

Entonces, dice M. Fereol, comenzó una lucha que duró una semana entera, y durante la cual, gracias á la abne-

gacion de los dos externos Reg y Bougrand, el enfermo estuvo constantemente en observacion, teniendo el termómetro aplicado en la axila, puede decirse, de un modo continuo. Inmediatamente que la temperatura pasaba de 39°,5 se metia al sujeto en un baño frio.

Desde el 25 de febrero al 3 de marzo, se dieron diez y seis baños á una temperatura que varió entre 21 y 25°: la duracion media de cada uno fué de veinte minutos; solo dos veces se prolongó hasta treinta minutos. El enfermo hacia subir siempre la temperatura del agua 1 á 2°, y á la salida la temperatura axilar se hallaba constantemente reducida á unos 36°. El frio aparecia en general á los diez ó quince minutos, y persistia una hora despues del baño, cesando desde que la temperatura axilar pasaba de 37°. Los primeros baños produjeron muy poco alivio: el delirio continuaba á veces en el baño mismo, y en todos los casos reaparecia con los sudores. Pero era menos violento y reducido á las proporciones de una especie de enajenacion mental, con muy poca agitacion maníaca. Bajo la influencia de estos baños repetidos se produjo una especie de rigidez tetánica de todo el cuerpo con temblores y saltos de tendones casi constantes. A pesar de este estado se alimentó todo lo posible al enfermo, dándole tambien algunas cucharadas de la pocion de Todd y el bromuro de potasio en cantidad de 4, 6 y hasta 8 gramos diarios.

Aunque el estado del sujeto no se aliviaba sensiblemente, el doctor Fereol no desesperó recordando el caso de M. Blachez en que no empezó la mejoría hasta el quinto dia y despues de doce baños. Por otra parte se notaban algunos fenómenos que parecian de buen agüero. De tiempo en tiempo el enfermo respondia á algunas preguntas; parecia á veces tomar interés en lo que pasaba á su alrededor. Cuando se le ponía en el baño, decia no encontrarse mal, y en fin, se notó que transcurrían siempre siete ú ocho horas antes de que la ascension termométrica volviese á colocarle en condiciones que hiciesen necesaria la repeticion del baño. Muy luego se pudieron dejar entre uno y otro baño intervalos de doce y aun de quince horas. Este alivio se confirmó bien pronto por la facilidad con que el paciente aceptaba y digería algunos

alimentos sólidos, por el restablecimiento del sueño y la desaparición del delirio.

En este momento, al quinto día de la aplicación de los baños y cuando se habían administrado once, aunque el estado general fuese bastante grave, podía considerarse el triunfo como seguro, ó al menos muy probable; no obstante, debían continuarse los baños mientras la temperatura excediese de $38^{\circ},5$. Con los cinco baños que todavía se dieron no se adelantó nada, y hubo necesidad de suspenderlos por haberse presentado los signos de una bronquitis, y aun de un derrame pleurítico en el lado derecho: se aplicaron ventosas secas y vejigatorios á las paredes torácicas. Afortunadamente, los fenómenos del aparato respiratorio no adquirieron gravedad; pudo continuarse la alimentación, y la temperatura bajó lentamente hasta 38° . Al mismo tiempo que se manifestaban los síntomas torácicos, reaparecía la miliar y los dolores articulares, menos fuertes en verdad que al principio, pero que el enfermo localizaba perfectamente en el interior de las articulaciones. Así se pronunciaba la evolución de retorno de los accidentes primitivos, que se ha considerado siempre como un signo favorable. A partir de este momento, se declaró francamente la convalecencia.

El doctor Fereol hace notar que no se emplearon los baños hasta el último momento, cuando estaba demostrada la ineficacia de los otros medios; no obstante, no se atreve á asegurar que no se hubiera podido curar espontáneamente la enfermedad. Cree que debe tenerse también en cuenta el papel que han desempeñado en el tratamiento el cognac y el bromuro potásico. El primero, según el autor, ha obrado como tónico, como excitante; y el bromuro de potasio, en su calidad de sedante de la circulación y del sistema nervioso, ha debido ejercer su acción especialmente sobre los fenómenos de excitación bulboespinal, que tomaron poco á poco una parte considerable en el complejo morboso. Sin embargo, el bromuro no se administró hasta tres días después de haberse empezado el uso de la hidroterapia. Es imposible no atribuir á esta última una grandísima importancia en los resultados obtenidos. El doctor Fereol calcula que su enfermo

no ha perdido menos de 3,200 calorías durante el tratamiento, y esto no puede menos de tener mucha influencia en la feliz terminacion de una afeccion en que la hipertermia desempeña un papel tan considerable. No obstante, piensa el autor que no puede considerarse esta hipertermia como el principio y la causa próxima del delirio y la letalidad: en el reumatismo cerebral, segun él, las altas temperaturas y el delirio mismo no son mas que los efectos de una causa general desconocida hasta ahora para nosotros. Tenemos muy poca accion sobre los accidentes cerebrales mismos; pero poseemos en los baños frios, dice M. Fereol, un medio de influencia poderosa sobre la temperatura que seria inexcusable no aprovechar. Con su auxilio se suprimen, cuando menos, los efectos secundarios de la hipertermia, se reduce la enfermedad á su mas simple expresion y se gana tiempo.

La observacion que acabamos de extractar encierra aun otra enseñanza: que es inútil, y que puede ser peligroso continuar la refrigeracion hasta que la temperatura haya descendido á la normal de 37°. El doctor Fereol parece inclinado á atribuir á la continuacion intempestiva de los baños frios la complicacion pulmonar que se presentó en su enfermo; por esto aconseja que se suspenda la refrigeracion luego que haya desaparecido el delirio, sin esperar á que se restablezca el calor normal. El autor insiste, al concluir, en la importancia de los cuidados constantes é inteligentes que exige este método y que es una de sus mayores dificultades, porque no es posible confiar su ejecucion á un enfermero, por muy inteligente que sea. De todos modos, cree que es un medio que no debe intentarse mas que en los casos desesperados ó de una gravedad superior á los recursos ordinarios de tratamiento, y solo es lícito apelar á él cuando nos encontremos en circunstancias que permitan ponerle en práctica con todas las garantías posibles de competencia y seguridad. Fuera de estas condiciones puede ser tan peligroso y funesto, como útil nos ha parecido cuando se aplica como debe ser aplicado.

El doctor Colrat, médico de los hospitales de Lyon, ha dado á conocer tambien un caso de reumatismo cerebral curado por medio de los baños frios.

Era el enfermo un hombre de treinta y cuatro años, en

quien á los nueve días de un segundo ataque de reumatismo articular agudo se presentó delirio furioso, ascendiendo la temperatura á 41°,5. A las cuarenta y ocho horas al delirio sucedió un semi-coma, habia carfologia, lengua seca y el termómetro marcaba 41°,7. En este momento se dió el primer baño á 20°, á la salida del cual habia descendido la temperatura 1°,3. En el espacio de treinta y seis horas se administraron otros seis baños á la misma temperatura y de solo cinco minutos de duracion. Desde el último, el enfermo salió del semi-coma en que estaba sumido y que fué reemplazado por un delirio tranquilo, desapareció la carfologia, se humedeció la lengua, y la temperatura descendió á 38°,3. El alivio se fué graduando cada vez más hasta la curacion completa.

El doctor Castel, en su tesis de agregacion acerca de la temperatura elevada en las enfermedades, da la estadística siguiente: reuniendo, dice, al cuadro anejo al trabajo de Wilson todos los hechos publicados despues en Inglaterra, los de Raynaud y Blacher, resultan 33 casos de reumatismos cerebrales: diez y nueve veces se emplearon otros tratamientos que la balneacion, y los 19 enfermos murieron; catorce veces se recurrió á los baños frios, consiguiéndose 10 curaciones y resultando 4 muertos, y aun en dos de estos últimos casos el tratamiento habia sido incompleto.

Segun el doctor Colrat, en la inmensa mayoría de los casos los baños frios son absolutamente inofensivos, mucho mas que el mercurio, el antimonio ó la digital, que se han propuesto para hacer descender la temperatura.

Hidrato de cloral. — Con el título de nuevo método de tratamiento del reumatismo cerebral por el hidrato de cloral, ha presentado el doctor Bouchut á la Academia de Ciencias la observacion de tres hechos de esta enfermedad curados por dicho medicamento.

La anatomía patológica y la oftalmoscopia prueban, segun el autor citado, que esta complicacion del reumatismo articular agudo no es mas que una de las formas de la meningitis. El exámen de las membranas del cerebro revela un éstasis venoso considerable con infiltracion opalina de la pia madre, producida por la existencia de gran número de leucocitos.

El oftalmoscopio, que, á juicio del doctor Bouchut, permite seguir en el fondo del ojo el desarrollo de las alteraciones de la sustancia cerebral y de las meninges, demuestra una infiltracion serosa de la papila y de la retina inmediata, y una dilatacion de las venas retinianas que representan alteraciones semejantes de la pia madre y del cerebro.

Este padecimiento, que se anuncia por un delirio mas ó menos violento, termina por el coma y por una asfixia á veces muy rápida, pudiendo ocasionar la muerte en algunas horas.

En el primero de los hechos observados por M. Bouchut, la violencia del delirio y la intensidad de los dolores le movieron á prescribir 6 gramos de hidrato de cloral en dos dosis, con once horas de intervalo. Los síntomas calmaron, consiguiéndose aun un alivio mas marcado con otra cantidad igual del medicamento, cuyo uso se continuó, curándose la enferma en el espacio de cinco días. El mismo resultado se obtuvo en los otros dos enfermos.

El autor cree que deben distinguirse en estos casos dos formas de reumatismo cerebral ó meningitis reumática, la una con delirio mas ó menos violento, que puede llegar hasta la apariencia de la manía aguda, y la otra con subdelirio, angustia respiratoria y parálisis pulmonar ó cardíaca, debida á una lesion próxima al origen de los nervios pneumogástricos. Esta es la forma asfixiante. El hidrato de cloral está imperiosamente indicado en la primera forma, en que es necesario ante todo calmar la agitación del enfermo. En la segunda, ó sea la asfixiante, cree el doctor Bouchut, á priori, que no puede esperarse nada bueno del cloral, el que debe mas bien producir una agravacion de los síntomas.

Ténia: tratamiento por medio del kámala. (*Bull. méd. de la Suisse romande.—Lyon medical.*).

El kámala es un polvo rojo que se emplea en los tintes de la seda, y se extrae de las cápsulas de una euforbiácea, la *rottera tinctoria*. Su uso, como antihelmíntico, es vulgar en China.

El modo de administrar este remedio de una manera segura y cómoda, consiste, según el doctor Du Plessis, en dar el tenífugo con la pulpa de tamarindos en forma de electuario. Pueden administrarse, según la edad y el temperamento de los individuos, de 6 á 12 gramos en 30 á 40 de pulpa de tamarindo, cuyo sabor agrídulce y consistencia pastosa envuelve y disimula el polvo del kámala, que, tomado puro, llena la boca y la garganta de una sensación arenosa muy desagradable. Se puede aumentar ó disminuir la consistencia de este electuario añadiendo en cantidad suficiente algunos gramos de jarabe de cáscara de naranja amarga ó algunas gotas de zumo de limón.

Así preparado debe tomarse por la mañana, en ayunas, de una sola vez. Pasada una hora, puede el sujeto desayunarse como de costumbre, dedicándose luego á sus quehaceres. El medicamento no produce mas que algunos ruidos intestinales inofensivos, á los que suceden sin tenesmo, muchas deposiciones muy líquidas. Algunas veces, hácia medio día, y en todo caso por la tarde, una última evacuación termina por la expulsión de una pelota mas ó menos voluminosa que contiene la ténia. El doctor Du Plessis ha empleado este método en mas de 20 casos y siempre con éxito.

En el botriocéfalo la curación es siempre radical, y la colonia (ó las colonias) es regularmente expulsada con la cabeza. Una vez, la administración de 12 gramos de kámala con 4 de tamarindo, fué seguida, en un sujeto robusto, de la expulsión de 4 botriocéfalos completos, que median en conjunto 120 pies.

En la ténia solium se expulsa por lo común la cabeza; pero otras veces quedan algunos anillos en el intestino delgado y hay necesidad de repetir el tratamiento pasados algunos meses, cuando se ha adquirido la prueba de que la ténia habita aun en el tubo digestivo.

Siguiendo el doctor Blondeau los consejos de M. Davaine, ha empleado con éxito la tintura de kámala contra la ténia, administrando 25 gramos de tintura en una infusión de salvia, en 3 dosis, con una hora de intervalo. Pasada una hora, sin haber sufrido el menor dolor cólico, el enfermo expulsó una ténia muy voluminosa, en

la cual, desgraciadamente, no pudo encontrarse la cabeza. Este tenífugo, según Blondeau, tiene las ventajas de no ser desagradable de tomar, no producir dolores, y no ser necesario que se le asocie un purgante.

Tic doloroso: tratamiento por medio del hielo, del haba del Calabar y de las inyecciones profundas de cloroformo. (*The London méd.—Brithis. méd. journ.—The practitioner*).

El doctor Walker ha publicado recientemente la observación de una señora de sesenta años, afectada de un tic doloroso, contra el que se habían agotado todos los recursos del arte. La multitud de remedios ensayados durante cinco años, apenas habían hecho otra cosa que proporcionar á la enferma una calma de algunas semanas, cuando el doctor Walker leyó en un periódico americano que el doctor Winternitz había curado un tic doloroso por las aplicaciones locales de hielo. Inmediatamente sometió su enferma á este tratamiento, recomendándola que mantuviese el hielo sobre la region afecta todo el tiempo que pudiera soportarlo, al mismo tiempo que tenia aguardiente en la boca. Bajo la influencia del hielo el dolor se hizo durante cierto tiempo mas intolerable que lo había sido nunca; pero luego empezó á disminuir, y fué reemplazado por una calma perfecta. No reapareció á las veinte y cuatro horas, como temia el doctor Walker, consiguiéndose una curación radical y permanente con esta sola aplicación.

Haba del Calabar. — Partiendo el doctor Munso de la idea de que en el tic doloroso existe contractura de los vasos sanguíneos, creyó que el haba del Calabar, cuya acción vaso-dilatatriz ha sido demostrada por Fraser, podría prestar algunos servicios por efecto de tal propiedad, en esta neurose dolorosa. La práctica vino á confirmar sus previsiones. La instilación en el ojo del lado enfermo de algunas gotas de una solución de extracto de haba á 4 por 40, hicieron desaparecer el dolor en el espacio de ocho á doce minutos. De 11 casos, en 10 consiguió aliviar á los enfermos. De su práctica deduce, sin embargo, que si es un medio eficaz de calmar el tic doloroso, no es siempre un remedio curativo de esta enfermedad.

Inyecciones profundas de cloroformo. — El doctor Bartho-

low llama inyeccion profunda de cloroformo á la introduccion de la aguja de la jeringa de Pravaz en los tejidos hasta la inmediacion del tronco nervioso, cuyos ramos periféricos son asientos del dolor. En los casos que refiere en su trabajo, el dolor existia en la rama suborbitaria del nervio trigémino. En estas condiciones, la operacion consiste en pasar la aguja por debajo del labio superior, de modo que se la conduzca hasta la inmediacion del agujero suborbitario; entonces se inyecta una pequeña cantidad de cloroformo. En el primer momento el enfermo sufre un dolor vivísimo, que dura algunos minutos; luego una sensacion de adormecimiento y de anestesia en las partes en que se ha difundido el cloroformo, y por fin una induracion que persiste algunos dias.

El adormecimiento del labio y de las mejillas continúa por un tiempo variable, una semana y aun más. La somnolencia que sucede á la inyeccion no es nunca muy profunda, ni presenta ningun carácter alarmante; el autor no ha visto hasta ahora producirse abscesos. Ha comprobado igualmente en sí mismo que el dolor es muy soportable, y al mismo tiempo que en una zona bastante extensa habia anestesia local, que se prolongó por espacio de tres meses.

En los ejemplos que cita, y en los cuales se habian empleado inútilmente todos los medios ordinarios, dos ó tres inyecciones de cloroformo bastaron para hacer cesar el dolor, que era intolerable.

Tisis incipiente y clorosis verdadera: eliminacion de los fosfatos como medio de diagnóstico. (Lyon méd.).

Continuando el doctor Teissier, hijo (de Lyon), sus estudios acerca de la afeccion que ha denominado *poliuria ó diabetes fosfática*, ha presentado al Congreso de la Asociacion para el progreso de las ciencias, una nota cuyo objeto es investigar si el exámen de la excrecion de los fosfatos puede conducir al diagnóstico de la clorosis verdadera y de la tisis incipiente. Los resultados obtenidos y las conclusiones que le parece pueden deducirse de sus estudios son las siguientes:

1.^a Toda clorótica que, sin estar sometida á un régi-

men muy animalizado, presenta, aun cuando enflaquezca, una disminucion en la excrecion de los fosfatos, no se pondrá probablemente tísica.

2.^a Toda clorótica que, hecha abstraccion de la influencia del régimen, presente un aumento de los principios fosforados, tiene grandes probabilidades de volverse tísica.

En estado normal existen en la orina las proporciones de 2 á 3 gramos diarios de fosfatos térreos y 2 gramos de ácido fosfórico. En 250 observaciones ha comprobado M. Teissier que en las cloróticas los fosfatos térreos han oscilado desde algunos vestigios hasta 1 gramo 40 centígramos por litro, y el ácido fosfórico de 20 centígramos á 4 gramo 25 centígramos. Por otra parte, en los tísicos la excrecion de los fosfatos ha llegado á la cifra de 3 á 6 gramos por litro.

Estas observaciones han sido hechas con todo el cuidado que puede desearse; la orina se recogia por la mañana fuera del período de la digestion, se examinaba su densidad, alcalinidad ó acidez y se analizaba por procedimientos variados. El resultado fué siempre idéntico.

Para comprobar estos hechos de observacion, y para ver si el régimen alimenticio influye de cierta manera en la excrecion fosfática, el doctor Teissier se sometió durante cinco dias á un régimen exclusivamente animalizado, viendo que los fosfatos aumentaban, pero en una proporcion infinitamente menor que en los tísicos: un tísico se nutre, por decirlo así, de su propia sustancia, y aun teniendo en cuenta el régimen, se ve que hay pérdida considerable de fosfatos.

El autor termina su comunicacion presentando muchos hechos prácticos que vienen en apoyo de las proposiciones enunciadas.

Tisis: tratamiento quirúrgico de las cavernas pulmonares.
(*The American journ. of. the méd. scienc.*).

Habiendo demostrado los experimentos de Storks y de Mosler, ya referidos en el tomo anterior de este *Anuario*, la tolerancia de las cavidades pulmonares, en las que se pueden introducir cánulas é inyecciones variadas, el doctor Williams Pepper, profesor de Clínica médica en

la Universidad de Pensilvania, ha creído que no había inconveniente en practicar inyecciones medicinales en las cavernas de los tísicos. Las que ha tratado por este medio se hallaban todas en el lóbulo superior del pulmón; las inyecciones se practicaron en el primero, el segundo ó tercer espacio intercostal, en el sitio en que la caverna parecía mas superficial. En general las punciones se han hecho en la línea del pezón, aunque en dos casos el autor se haya visto obligado á operar á pulgada y media por dentro ó por fuera de este nivel. El instrumento de que se sirve es una aguja muy fina de acero de 3 pulgadas de longitud, hueca y capaz de contener 25 gotas de líquido. Despues de haber anesthesiado la region por medio del frio, introduce la aguja á la profundidad de pulgada y media ó dos pulgadas, segun los casos, y la inyección, que se hace habitualmente sin dolor, no exige mas de treinta segundos. Cuando se pica algun filete nervioso, resulta un ligero escozor que dura algunos minutos. El líquido inyectado por el doctor Pepper, ha sido siempre una solucion diluida de yodo, preparada con una parte de soluto de Lugol por 6 ó 9 partes de agua caliente, y ha inyectado cada vez de 15 centígramos hasta 1 gramo. La falta completa de signos de irritacion autorizan al autor á creer que se podria introducir en las cavernas pulmonares una solucion de yodo mas concentrada ú otros líquidos alterantes, astringentes ó antisépticos. Las inyecciones se practicaban una vez á la semana, y en el intervalo se ha continuado el tratamiento interno, vigilando con esmero la higiene y el régimen de los enfermos. En resúmen, las observaciones referidas en la Memoria del doctor Pepper, demuestran que el tratamiento de las cavernas pulmonares por las inyecciones hechas con una aguja fina, no determina dolor, hemorragia, ni irritacion traumática, ni excluye tampoco el uso de ninguna medicacion interna. Los casos mas favorables para este tratamiento local son aquellos en que la caverna es única, superficial y circunscrita por un tejido sano; pero puede esperarse tambien algun beneficio de las inyecciones cuando el resto del pulmón se encuentra ya afectado ó el del lado opuesto empieza á estarlo.

El modo de obrar de este tratamiento local consiste,

segun el autor, en una modificacion del carácter de la accion morbosa sobre las paredes de la cavidad, y una disminucion en la secrecion purulenta; al mismo tiempo disminuye el grado de la irritacion héctica y el peligro de una infeccion general; además se asegura de esta manera á las paredes de la cavidad un reposo relativo, moderando notablemente la tos. En muchos casos el estudio del curso de la enfermedad ha demostrado que el tratamiento favorecia á la cicatrizacion y la retraccion de las cavidades.

El autor se ha olvidado decir lo que sucederá cuando en lugar de penetrar la aguja en la caverna, se introduce en el parénquima pulmonar, cosa facilísima de ocurrir, y se ponga de este modo en contacto con tan delicado tejido un líquido irritante; creemos que las ventajas que el doctor Pepper atribuye á este método, no compensan de ninguna manera los peligros á que expone.

Tisis : tratamiento de la diarrea y los sudores por medio de la ipecacuana. (*Progres méd.*).

La eficacia de la ipecacuana es mas extensa de lo que generalmente se cree, á juzgar por un trabajo publicado por el doctor Choupett en el *Progres médicale*; acerca del uso y modo de accion de esta sustancia. Este práctico ha empleado no solo contra la diarrea crónica propiamente dicha, sino tambien en la de los tuberculosos, en el cólera infantil y contra los sudores de los tísicos. En el cólera de los niños, los resultados han sido muy favorables, y la conclusion del autor es que nunca parece contraindicada á no ser en casos desesperados ó en sujetos demasiado débiles. La ipecacuana se ha administrado en 17 enfermos de diarrea tomados indistintamente en adultos tuberculosos; los habia por consiguiente entre ellos, unos con catarro simple intestinal, y otros con catarro y ulceraciones. De estos 17 casos, solo en dos fracasó la ipecacuana. En fin, M. Choupett dice que en 12 tísicos en quienes existian sudores nocturnos abundantes, este medicamento ha obrado de una manera ventajosísima. En muchas observaciones se ha empleado sola la ipecacuana, en otras su uso ha sido precedido ó se-

guido de diversos medios, y aun entonces á ella parece que deben atribuirse los mejores resultados; si ademas se analizan estos hechos con cuidado, se ve que en la mayor parte de los casos en que la medicacion ha tenido buen éxito, la fiebre precedia á los sudores, mientras que en los menos favorables faltaba la calentura.

El modo de usar el autor este medicamento ha sido á veces el método brasileño, pero en la mayoría de los sujetos se prefirieron las lavativas, á causa de la facilidad de su administracion y de la ventaja que tienen de no provocar vómitos; la experiencia ha probado que puede darse la ipecacuana á altas dósís durante largo tiempo aun en niños muy pequeños, sin producir accidentes.

El cocimiento empleado se preparaba como sigue :

Raiz de ipecacuana contundida.	10 gramos.
Agua.	100 —

Se cuece hasta que se reduce á 30 gramos. Se filtra este cocimiento y luego se vuelve á hacer sufrir á la ipecacuana otro tratamiento igual. Se mezcla el producto de los dos cocimientos y se añade : láudano de Sidenham , 5 á 10 gotas. El objeto del láudano es que se retenga la lavativa todo el mas tiempo posible. Las horas escogidas por el autor en sus observaciones, para la administracion del remedio, fueron por la mañana y por la noche, dos horas por lo menos antes ó despues de las comidas, cuando se trataba de diarrea. Pero si el objeto era combatir los sudores, solo se prescribia una lavativa por la noche lo mas tarde posible. En los casos en que se ha empleado el método brasileño (sudores nocturnos), la poción se componia de :

Cocimiento de ipecacuana preparado como anteriormente, reducido á.	45 gramos.
Jarabe de éter.	15 —

Para tomar en tres veces de cuarto en cuarto de hora, por la noche.

Para los niños, la mayor parte de los cuales eran de pecho, no se ponian en cada lavativa mas que 1 ó 2 gotas de láudano, y la fórmula indicada mas arriba, que es la cantidad necesaria para una lavativa en el adulto, se dividia en dos.

Tíisis: tratamiento por medio del ácido fénico.
(*Pabellon médico*).

Recordando el señor Vazquez y Mon el buen resultado obtenido por el doctor Candelas con el ácido fénico en un caso de tíisis, ha empleado este medicamento en tres enfermos con éxito satisfactorio.

Era el primero un jóven de veinte y ocho años, linfático, enfermizo, que se constipaba fácilmente por la menor causa, y que seis meses antes habia padecido una pulmonía del lado derecho. Tratada convenientemente, el sujeto no se restableció por completo; persistia la tos, así como un resentimiento en el lado afecto que no era verdadero dolor, y todas las noches se ponía calenturiento. Pasados dos meses, y viendo que no se aliviaba, consultó al autor quien le encontró con color pálido, demacracion extraordinaria, respiracion frecuente, poco difícil, mientras permanecia en quietud; pero cuando andaba algo de prisa y particularmente cuando subia escaleras, se veia atacado de una verdadera disnea que le obligaba á sentarse tres ó cuatro veces siempre que subía á casa del doctor Vazquez y Mon. Tos húmeda con esputos purulentos redondeados, parecidos á las ostras y que nadaban en un líquido seroso; algunas veces eran sanguinolentos, y el enfermo dijo que en dos ocasiones habia echado sangre por la boca. Por la auscultacion se observó con la mayor claridad el estertor cavernoso, y por la percusion el ruido de holla cascada, con pectoriloquia en el punto que habia tenido la pulmonía. Pulso frecuente (116 pulsaciones), pequeño y blando. Habia disorepsia y dispepsia. Los demás aparatos no presentaban nada de particular. Habiendo diagnosticado el doctor Vazquez y Mon, en vista de estos síntomas, una tíisis pulmonar originada por el proceso pneumónico que habia padecido el sujeto poco tiempo antes, se resolvió á emplear el ácido fénico de la manera siguiente. Empezó por administrar 5 centígramos de este medicamento por la mañana, y la misma cantidad por la noche en forma pilular, aumentando cada dos dias 5 centígramos, hasta que el enfermo tomaba 70 centígramos entre las dos dosis. Desde los primeros dias observó que se aumentaba el apetito y se hacia mejor la di-

gestion, y como resultado de esto se desarrollaban las fuerzas, y al cabo de algunos días, aumentaba la nutrición y por ende el volúmen del cuerpo. Cuando el enfermo llegó á tomar los 70 centígramos del medicamento, daba grandes paseos sin cansarse, la tos le incomodaba mucho menos, la expectoración era mas escasa, los esputos no tan purulentos y se percibían con mas dificultad el estertor cavernoso y la pectoriloquia. Desde este momento el volúmen del cuerpo y las fuerzas aumentaron de una manera prodigiosa, y todos los demás síntomas fueron mejorando hasta que al cabo de treinta y cinco días desaparecieron por completo. Entonces se disminuyó la cantidad del medicamento, de la misma manera que se habia ido aumentando al principio, y cuando llegó á tomar solo 10 centígramos entre mañana y noche se suspendió por completo, dando por terminada la curación. El enfermo se despidió del señor Vazquez y Mon para irse á su país natal (Galicia), y aun cuando no le ha vuelto á ver, ha sabido al cabo de algun tiempo por un paisano suyo, que se encontraba en perfecto estado de salud y con intencion de volver á Madrid á dedicarse á su primitivo oficio de panadero.

Era la segunda enferma una jóven de veinte y tres años, nerviosa, que no habia estado nunca enferma hasta el mes de setiembre de 1874, en que la acometió un padecimiento agudo de pecho. Tratada por un curandero se mejoró y pudo dedicarse á sus ocupaciones aunque con algun trabajo, pues no se encontraba perfectamente buena. Habiéndose empeorado á mediados de octubre, la vió el autor observándola en el estado siguiente: Decúbito dorsal, voz débil, palabra trémula, piel caliente, seca y decolorada; inapetencia, lengua seca, astringencia pertinaz; respiración frecuente y pequeña, murmullo respiratorio exagerado en el lado derecho del pecho, y en el izquierdo estertor cavernoso y pectoriloquia, tos frecuente con expectoración moco-sero-purulenta; los latidos y ruidos del corazón apenas perceptibles, pulso á 130, muy pequeño é irregular, la orina escasa y muy encendida.

En presencia de estos síntomas y de los antecedentes que suministró la familia, diagnosticó el autor una tisis del pulmon izquierdo, efecto del proceso pneumónico que

no hacia mucho habia existido. Antes de disponer el ácido fénico fué preciso combatir el estado general y levantar las fuerzas de la enferma por medio de una alimentacion á propósito y un tratamiento tónico y febrífugo. Habiendo desaparecido la fiebre á los ocho dias, se empezó á administrar el ácido fénico, 5 centígramos mañana y tarde en forma pilular. Cada dia se aumentaron 5 centígramos por dosis. A los diez dias de la administracion del medicamento y cuando la enferma tomaba un gramo, su estado general era muy satisfactorio, aunque el estertor cavernoso y la pectoriloquia se encontraban en el mismo estado que el principio; sin embargo, se dispuso continuar con el ácido fénico sin aumentar ni disminuir su cantidad, y á los catorce dias observó el autor que el estertor cavernoso y la pectoriloquia se percibian mas difícilmente. Desde este momento, los síntomas que denotaban la existencia de una cavidad fueron desapareciendo, el estado general se hizo cada dia mas satisfactorio, y sin aumentar ni disminuir la cantidad del ácido, se llegó al dia treinta y uno de su administracion en que el autor acordó disminuir las dosis de la misma manera que se habian aumentado, por ser excelente el estado general de la enferma y no percibirse otros ruidos en la cavidad torácica que el murmullo respiratorio algo exagerado y parecido al ruido que se observa en el catarro seco cuando los bronquios pequeños se hallan estrechados; á los diez dias se suspendió el medicamento. Habiendo visto el doctor Vazquez á la enferma un mes despues, le dijo que estaba perfectamente y con muchas ganas de comer; pero que algunas veces, sobre todo por la mañana, la daba la tos, aunque la incomodaba muy poco: auscultando la cavidad torácica no pudo apreciar otro ruido que el que produce la entrada y salida del aire cuando algunos bronquios finos se hallan estrechados. Despues no ha vuelto á ver á la paciente, pero sí á un hermano suyo, quien le dijo que se encontraba completamente bien.

En el tercer caso se trataba de un hombre de cincuenta años, labrador, de temperamento sanguíneo, que habia padecido un año antes una pulmonía del lado izquierdo, á consecuencia de la cual, aunque curado al parecer, no se encontró tan apto como antes para dedicarse

á sus ocupaciones, pues todas las noches era acometido de una ligera fiebre y golpes de tos bastante frecuentes para impedir que el sueño fuera tranquilo y reparador, así como de un dolor en el punto que habia tenido la pulmonía que, aunque continuo, se exacerbaba por la noche. En algunas ocasiones habia padecido hemoptísis que desaparecieron momentáneamente. Transcurrido un año y viendo el enfermo y su familia que cada dia se agravaba la situacion, avisaron al doctor Vazquez para que se encargara de su asistencia, quien le encontró en el estado siguiente: piel seca y decolorada, con chapetas en las mejillas; inapetencia y astricción; los ruidos del corazón se percibieron con dificultad, aunque su timbre era el normal; pulso frecuente (112) y pequeño; respiracion frecuente, tos con expectoracion muco-puru sanguinolenta; por la auscultacion observó el autor con mucha claridad el estertor cavernoso con pectoriloquia y un ruido de quejido en el punto donde habia existido la pulmonía, y en el resto del pulmon izquierdo, así como en el derecho, el estertor mucoso. Atendiendo á los buenos resultados obtenidos con el ácido fénico en los casos análogos anteriormente citados, se empezó su administracion en la misma forma, es decir, 5 centígramos mañana y noche, aumentando 5 centígramos hasta que el enfermo llegó á tomar 75 centígramos en las dos dosis, sin encontrar otra mejoría que un aumento de las fuerzas y del volúmen del cuerpo, por lo que le pareció al autor conveniente aumentar 5 centígramos diarios del medicamento hasta obtener alguna disminucion de los síntomas de cavidad ó hasta la aparicion de algun fenómeno tóxico, en cuyo último caso se proponia suspender el medicamento para volver á administrarle á dosis algo menor. No fué necesario dar al enfermo más que un gramo 20 centígramos del remedio para observar que el estertor cavernoso y la pectoriloquia habian disminuido, desapareciendo el ruido de quejido, por lo que se creyó conveniente seguir con la misma cantidad del ácido hasta la terminacion de la enfermedad, pero no fué posible, porque el enfermo á los setenta y cuatro dias de tratamiento se cansó de medicinarsé, y se abandonó, bastante mejorado de su dolencia, pero sin obtener una completa curacion.

Por mas que en los hechos que acabamos de referir existen algunas lagunas que fácilmente comprenderán nuestros lectores, el resultado obtenido en estos casos, al parecer de pulmonía crónica, es bastante notable; para que deban repetirse los ensayos, mucho mas tratándose de un padecimiento rebelde de ordinario á los medios terapéuticos generalmente usados. Por otra parte, el ácido fé-nico, administrado con las precauciones debidas, no ofrece inconveniente alguno.

Tisis : tratamiento de la dispépsia por medio del éter.
(*Gaz. hebdom.*).

El distinguido práctico inglés, doctor Foster, insiste en su obra de clínica, recientemente publicada, en los buenos efectos que pueden obtenerse del éter en la dispépsia de los tísicos. No se trata aquí de la acción antiespasmódica de este medicamento, sino solamente de una acción digestiva. Uno de los grandes obstáculos á la reparación nutritiva en los tuberculosos reside en la dispépsia, de que están frecuentemente afectados. El carácter de ella es referirse principalmente á los alimentos grasos, y hacer á menudo imposible el uso prolongado del aceite de hígado de bacalao, justamente cuando este medicamento y las sustancias grasas encuentran su indicación mas formal. El doctor Foster ha procurado excitar la función del páncreas, que consiste, como es sabido, en emulsionar las grasas, y al efecto recuerda los experimentos de Cl. Bernard, en los que el eminente fisiólogo ha determinado en los perros una abundante secreción de jugo pancreático, introduciendo cierta cantidad de éter en el estómago. Haciendo aplicación el autor de este dato experimental al tratamiento de la tisis, ha administrado á 50 enfermos el éter asociado al aceite de bacalao, ya dando primero el éter en un poco de agua y el aceite inmediatamente despues, ya prescribiendo un *aceite de hígado de bacalao etéreo*, que se prepara adicionando 10 gotas al principio y luego 20 para cada 2 dracmas de aceite. De estos 50 enfermos, 16 fueron recibidos en el Dispensario del doctor Foster en el primer período de la enfermedad, 19 en el segundo y 15 en el tercero. De los del primer

grupo 7 experimentaron alivio, tanto en los síntomas generales como en los signos físicos, habiendo ganado bastante en peso; 5 quedaron en un estado estacionario y 4 declinaron. En los 19 casos de la segunda categoría, seis veces se notó alivio general y notable aumento de peso. En fin, en los 15 últimos casos hubo 7 alivios, 5 estados estacionarios, y tres veces continuó el mal su curso ascendente. El autor añade que 6 de los sujetos tratados durante un tiempo no inferior á tres meses y observados luego durante muchos meses, han conservado lo que habían ganado en peso, no presentando ningun signo físico ni ningun síntoma de lesion pulmonar.

Como quiera que sea, y haciendo todas las reservas posibles respecto á la solidez de estas aparentes curaciones, los ensayos del doctor Foster hechos en bastante escala merecen, á nuestro juicio, ser tomados en consideracion.

Tuberculosis miliar laringo-faríngea. (*Gaz. des hop.*).

Existe una forma particular de tisis laríngea de marcha rápida, análoga á la tisis galopante del pulmon, y caracterizada por el depósito sobre la mucosa faringo-laríngea de granulaciones grises idénticas á las que se encuentran en los pulmones, es decir, á la granulacion gris de Laennec, á la granulia de Empis ó á los tubérculos miliares de los histólogos.

Esta afeccion, indicada por primera vez por Isambert en 1871, ha sido estudiada bajo los diversos nombres de angina escrofulosa maligna, granulaciones grises diseminadas de la garganta, granulia faringo-laríngea, denominaciones que se prestan á cierta confusion con la angina granulosa ó glandulosa.

Anatómicamente está caracterizada por el depósito en la malla misma de la mucosa faringo-laríngea de un sin número de granulaciones grises semitransparentes, análogas por su aspecto y volúmen á los granos de sémola ó á los depósitos de fibrina granulosa que se observan en la superficie de los intestinos en los casos de peritonitis reciente ó en las anginas pultáceas, con la diferencia de que las granulaciones, fuertemente adheridas á la mu-

cosa, son subyacentes al epitelio. Estas granulaciones, generalmente confluentes, se agrupan de ordinario en placas mas ó menos numerosas, de contornos sinuosos y superficie achagrinada ó mamelonada: cuando son muy superficiales, se enuclean con facilidad y la mucosa queda cubierta de erosiones, como se observa en las ulceraciones tuberculosas de la lengua. Cuando la materia tuberculosa miliar es mas abundante, entonces las placas son mamelonadas, prominentes, de color grisáceo, y presentan grande analogía de aspecto con las placas mucosas de la sífilis faríngea, lo que ha inducido á error á muchos médicos.

Esta lesion se observa especialmente en la cara anterior del velo del paladar y sobre los pilares anteriores. A medida que la enfermedad hace progresos aumenta el número y volúmen de las granulaciones grises, pero sin pasar nunca del tamaño de un cañamon. Al mismo tiempo pierden su transparencia, se hacen mas ó menos sanguinolentas y dolorosas, y se rodean de productos pultáceos y purulentos. Continuando el trabajo de ulceracion, parece enuclear cierto número de granulaciones que dejan un alvéolo vacío ó una pérdida de sustancia mas ó menos profunda. La muerte sobreviene de ordinario antes de que hayan podido producirse grandes estragos.

Los síntomas de esta enfermedad son especialmente dolores locales, una sensacion de escozor en la garganta, dificultad de tragar, que va siempre en aumento á medida que crece la proliferacion de los tubérculos miliares y su reblandecimiento. La disfagia presenta en algunas circunstancias un grado extremo y tal como no se observa en ninguna otra enfermedad; todo alimento sólido es devuelto. Durante este tiempo los fenómenos laríngeos son nulos ó poco acentuados; la voz está ronca ó simplemente velada; no hay accidentes de sofocacion.

Se han observado ulceraciones análogas á las de la garganta en los labios y las encías.

Los pulmones, ora enfermos, ora sanos, no tardan en ser invadidos por la tuberculosis de forma rápida (tísis galopante).

El curso del padecimiento es rápido; de dos á seis meses en los hechos observados por Isambert; un poco mas

en algunos otros. Lo que hay de notable es que ningun enfermo ha muerto por consecuencia de un accidente laríngeo. Todos sucumbieron de consuncion pulmonar de forma galopante en los casos que han podido considerarse como típicos. La inanicion, resultado de la disfagia casi absoluta, ha tenido gran parte en la terminacion funesta en algunas ocasiones.

En resúmen: para M. Isambert (y esto es lo que le ha determinado á hacer una forma clínica especial) se trata de otra cosa que de la tísis laríngea vulgar. Mientras que esta no es mas que una complicacion de la tuberculosis pulmonar, á la que sigue bastante regularmente en su marcha, la lesion faringo laríngea de que tratamos, parece que domina por sí sola toda la escena, especialmente en los primeros tiempos.

El pronóstico de esta afeccion es fatal y en un término breve. Su tratamiento general es el mismo de la tísis. Las indicaciones locales se limitan á calmar el dolor, á disminuir la disfagia y á alimentar al enfermo. Los únicos medios terapéuticos locales que pueden emplearse con algun éxito son los narcóticos, la glicerina, fuertemente morfinada á 1,25 y el hielo tragado en pequeños pedazos.

Las causas son las mismas de la tuberculosis; quizá haya aquí una cuestion de terreno, ó acaso sea la escrófula la que determine la forma morbosa.

Tuberculosis miliar: tipo inverso de la temperatura del cuerpo como signo precioso de diagnóstico. (*Gaz. hebdom.*).

Desde hace largo tiempo ha observado el doctor Bruniche, de Copenhague, que el tipo cotidiano de la temperatura del cuerpo fuera de toda influencia accidental es en los tísicos completamente opuesto al que se observa de ordinario en los individuos sanos y aun en los otros enfermos.

Segun el autor, 63,5 veces de cada 100, la temperatura en los tuberculosos es mas elevada por la mañana que por la noche. Sus investigaciones necroscópicas le han probado que este tipo térmico inverso es mucho mas frecuente en los casos de tísis (pulmonía caseosa) con tubérculos que cuando no existen estos; el tipo térmico inverso es, pues,

un signo probable de tuberculosis miliar. En la tísis con tuberculosis secundaria, la temperatura es menos regular que en la pulmonía caseosa; presenta frecuentemente diferencias inesperadas; la de la mañana es, si no superior, al menos igual á la de la noche, lo cual constituye otra modalidad del tipo inverso. Apoyado en los datos numéricos contenidos en su Memoria, se cree el doctor Brunniche autorizado á concluir que: el tipo inverso de la temperatura cotidiana es un signo bastante frecuente de la tuberculosis miliar y constituye un precioso medio de diagnóstico de esta enfermedad, ya sea primitiva, ya haya sobrevenido como secundaria en el curso de una pulmonía caseosa.

El valor de este nuevo signo es tanto mayor cuanto que por una parte el diagnóstico de la tuberculosis miliar aguda ofrece grandísimas dificultades, pudiendo decirse que el único indicio positivo es la existencia de granulaciones tuberculosas en la coróides, y por otra, que el tipo térmico inverso es un fenómeno muy raro en otras enfermedades, salvo algunas excepciones, como, por ejemplo, el principio de la pioemia, donde se le observa con bastante frecuencia.

El autor concluye haciendo notar el predominio del tipo inverso en las mujeres, hecho que podría muy bien ser efecto de la mayor predisposición del sexo femenino á la tuberculosis miliar. En fin, según el mismo práctico, no debe olvidarse la inmensa importancia de este signo nuevo bajo el punto de vista del pronóstico y del tratamiento de la tísis. Mientras que esta enfermedad no pasa los límites de una pulmonía caseosa ó tisiógena, ningún clínico debe perder la esperanza de verla hacer un alto mas ó menos largo en su curso y aun de curarla. Cuando, por el contrario, un tísico se ha hecho tuberculoso, y por el exámen de la temperatura que acabamos de indicar puede reconocerse esta funesta complicación, el pronóstico será absolutamente funesto, y todos los esfuerzos de la terapéutica impotentes.

Como se ve, el autor parte de la distinción entre la pneumonía caseosa, á que con muchas escuelas alemanas denomina tísis, y la tuberculosis, y es bien sabido que no todos los clínicos admiten semejante diferencia, ha-

biendo muchos que consideran la primera de estas lesiones como tuberculosa tambien, y cuando menos puede asegurarse que es un trabajo regresivo que lo mismo puede afectar á los productos tuberculosos, que á los francamente inflamatorios.

Tuberculosis : inoculacion. (*Rev. des Scienc. méd.*).

Los experimentos del doctor Villemin, que han abierto nuevos horizontes en el estudio de la tísis tuberculosa, no han sido olvidados por completo, y en todos los países hay prácticos distinguidos que concediéndoles toda la importancia que realmente tienen, dedican sus esfuerzos á repetirles de mil maneras distintas para ilustrar esta importante cuestion, obteniendo muchas veces resultados contradictorios, segun lo demuestran los trabajos que ligeramente vamos á analizar.

El doctor Friedlander ha expuesto, ante la Reunion de naturalistas y médicos alemanes de Breslau, el resultado de sus experimentos hechos en 12 perros, inyectando en las pequeñas venas del cuello 20 á 40 centímetros cúbicos de una fina emulsion de sustancia caseosa procedente de cadáveres humanos. Ninguno de los animales presentó alteracion consecutiva ni aun en el sitio de la inoculacion; uno solo murió de una complicacion accidental.

Sacrificados diez y once semanas despues de la inyeccion, de las once autópsias en diez se encontró en el tejido hepático una erupcion abundante de pequeños tubérculos del volúmen de una cabeza de alfiler, grises, transparentes, muy semejantes á los tubérculos miliares; los mas voluminosos tenian un centro opaco. Estas producciones existian tambien en el bazo, menos frecuentemente en los riñones y el pulmon; no las habia en la pleura, la pía madre y el ojo. Solo una vez las vió el autor en el peritoneo, y eran poco numerosas y limitadas á la inmediacion del hígado. Examinadas al microscopio las granulaciones cuyo centro no estaba aun reblandecido, consistian en una acumulacion de células redondas bastante voluminosas sin sustancia intercelular; la mayor parte solo estaban vascularizadas en la periferia.

La opacidad central se hallaba formada de células en degeneracion adiposa. En los pulmones, estaban constituidas por la replecion de los alvéolos por células epiteliales muy distintas que representan para Buhl los focos lobulares de pulmonía descamativa. Se observaban tambien pequeñas hiperplasias entre los vasos y los bronquios, pero nunca tumefacciones tuberculosas en el tejido celular.

Esta afeccion era, pues, á juicio del autor, esencialmente distinta de la tuberculosis miliar aguda del hombre, no pudiendo por tanto hacer aplicacion de la tuberculosis inoculada á los animales á la de la especie humana.

En la discusion habida con motivo de este trabajo, el doctor Waldenburg demostró que Friedlander tiene una opinion particular respecto del tubérculo, y que en su Memoria no se encuentran, como era necesario, distinciones fundamentales entre la tuberculosis miliar del hombre y la que se inocular á los animales. La única diferencia de importancia es siempre la célula gigante, pero Virchow ha demostrado que no constituye un carácter específico del tubérculo; Friedlander mismo asegura, que no es raro que falte en los tubérculos del hombre, y en fin, no siempre deja de encontrársela en las tuberculosis inoculadas. No es mas justo decir que la tuberculosis inoculada no mata; segun los experimentos de Wandenburg, lo contrario es la regla general. Por otra parte, en sus fenómenos exteriores y en su distribucion en las diversas vísceras, la tuberculizacion de los animales es muy semejante á la del hombre. Waldenburg ha visto animales inoculados morir con una demacracion extrema y presentar en la autópsia grandes cavernas pulmonares con tubérculos miliares en sus contornos, y además en la pleura, el hígado, el bazo, los riñones, el peritoneo, etcétera. El que la diseminacion de los tubérculos en los animales inoculados no coincida siempre exactamente con lo que se observa en el hombre, no puede considerarse como una diferencia esencial, porque depende del sitio y del modo de infeccion, y sobre todo, del foco local primitivo. El doctor Birch-Hirschfel hizo notar que no puede darse un valor absoluto á los resultados negativos, por-

que los perros son poco á propósito para este género de experimentos.

El doctor Fleming, en una série de artículos en que hace el resúmen de todos los trabajos publicados con motivo de los experimentos de Villemin, termina con la conclusión siguiente: de la experiencia adquirida resulta, que muy probablemente la carne de animales tuberculosos, sobre todo si la enfermedad está muy avanzada, ofrece peligros en la alimentación. Pero lo que debe proscribirse de una manera absoluta, es la leche de las vacas afectadas de tuberculosis. Aun admitiendo que no tenga propiedades infectivas, su pobreza en materias azoadas, en grasa y en azúcar, su riqueza en sales térreas, hacen de ella un alimento de poco valor. Se sabe desde hace largo tiempo que produce en los niños diarrea y demacración, y como es una cosa averiguada que un gran número de los niños sometidos á este género de alimentación sucumben á la tuberculosis general ó localizada, se puede suponer que desempeña un papel mas importante de lo que generalmente se cree en la trasmision directa del principio tuberculoso.

Tuberculosis: trasmisibilidad por las vias digestivas. (*Lyon méd.—Bull. de théér.*).

Prosiguiendo M. Chauveau sus interesantes estudios experimentales acerca de la trasmisibilidad de la tuberculosis por la via gástrica, y queriendo asegurarse que la ingestion de una pequeñísima cantidad de materia tuberculosa puede determinar el contagio, ha practicado la siguiente experiencia:

Eligiendo una ternera, completamente sana bajo el punto de vista hereditario y alimentada directamente con leche en vaso, la hizo tomar 3 gramos de materia tuberculosa de un cerdo inoculado por otro experimentador. Sacrificada á las seis semanas, se encontraron dos gánglios mesentéricos tuberculosos. No habia mas que esto, pero era lo bastante. En un segundo experimento se valió de una ternera robusta, de padre desconocido, pero de madre sana, y frotó los pezones de esta con una pasta de materia tuberculosa. El animal se negó á mamar. Enton-

ces la hizo chupar los dedos con que acababa de manejar la materia tuberculosa y que estaban casi secos. Al día siguiente, aunque la ternera estaba hambrienta, continuó negándose obstinadamente á agarrar las tetas de la madre, untadas, como el día anterior, de materia tuberculosa; sin embargo, obligada por la necesidad, y despues de haber limpiado los pezones, frotándolos con la frente y con el cuello, los cogió al fin y mamó naturalmente. La cantidad ingerida fué tambien esta vez insignificante. Sin embargo, sacrificado el animal á las seis semanas, se encontraron tres ó cuatro nódulos tuberculosos en el vértice de cada pulmon, y algunos pequeños puntos gelatiniformes distribuidos en toda su extension: el exámen microscópico demostró á M. Chauveau que no eran estos, productos de inflamacion catarral, sino mas bien elementos de proliferacion de los tabiques; habia además una erupcion laringo-faríngea de granulaciones grises transparentes. Era, pues, una tuberculosis franca. El autor cree que habia sido adquirida por contagio, porque, segun dice, puede asegurar que de 400 terneras nacidas de padres sanos, no hay quizá una que presente en la autopsia lesion tuberculosa, mientras que despues de la ingestion de cierta cantidad de materia tuberculosa no se encontraria quizá una de estas mismas 400 que hubiese escapado á la tuberculosis.

Posteriormente ha presentado M. Chauveau, á la Academia de Medicina de Paris, una nota relativa á nuevos experimentos hechos el 11 de julio de 1874 por M. Viseur, veterinario de Arrás, que ha conseguido comunicar la tuberculosis á tres gatitos sometidos sucesivamente al régimen de carne fresca, dándoles al menos una vez á la semana fragmentos de pulmon de vacas tuberculosas. Los animales fueron sacrificados el 30 de agosto, obteniéndose resultados casi completamente idénticos á los que ha observado M. Chauveau en sus experimentos personales en las terneras mas gravemente afectadas.

Despues de describir las lesiones tuberculosas encontradas en los órganos digestivos y pulmonares y en los gánglios linfáticos de los gatos sometidos al experimento, deduce M. Chauveau que el gato puede ser tuberculizado por infeccion digestiva tan fácilmente como la

ternera en ciertas condiciones, que dependen ya de la eleccion de los sujetos sometidos á la infeccion, ya de la calidad y de la cantidad de la materia infectante.

El doctor Castan, crítico del *Montp. méd.*, acepta estos resultados como perfectamente demostrados, y espera las aplicaciones que de ellos puedan hacerse al hombre. ¿Será este capaz de adquirir la tuberculosis por la ingestion de materias tuberculosas? ¿Habrá necesidad de que se introduzca el tubérculo mismo en nuestro organismo, ó bastará que se use en la alimentacion la carne de animales tuberculosos? La experimentacion se detiene aquí; solo la observacion médica puede responder á estas preguntas.

Tuberculosis: su generalizacion por focos caseosos locales.
(*Berlin klin Wochens*).

Habiendo establecido las investigaciones modernas, segun el doctor Lewin, que cuando existe un foco caseoso en una parte cualquiera del cuerpo humano, puede ser reabsorbido ó ir á infectar otros puntos de la economía, y en particular los pulmones, el deber mas apremiante del clínico consiste en eliminar en cuanto sea posible estos focos del cuerpo, ó al menos procurar destruir por los desinfectantes sus propiedades infectivas.

El doctor Lewin ha dirigido con fruto un tratamiento semejante contra tres órganos, el epidídimo, la laringe y la piel.

La epididimitis, complicacion gonorréica frecuentísima, termina muy á menudo por induracion, y luego por supuracion ó fusion caseosa. La tuberculosis del testículo es tanto mas temible, cuanto que se encuentra inmediata á una region que posee un rico sistema linfático, formado de vasos anchos que favorecen el trasporte de las masas caseosas. Por esto en tales casos es lícito practicar la castracion muy pronto. La invasion del aparato pulmonar por la tuberculosis es la consecuencia de las vacilaciones del paciente ó del médico. El autor lo ha observado así en varios casos comprobando esta generalizacion en la autopsia.

En la piel sobrevienen ulceraciones escrofulosas, lupom-

matosas y tuberculosas. Segun observaciones modernas, una parte de los lupus parecen ser de naturaleza tuberculosa; los enfermos afectados de este padecimiento, mueren relativamente pronto de tuberculosis, no pasando por lo comun de la edad de cuarenta años.

Segun Volkmann, el lupus de las extremidades superiores conduce á la tuberculosis, el de los miembros inferiores á la nefritis parenquimatosa. Quizá deba interpretarse la última parte de esta proposicion en el sentido de que la nefritis encuentra su origen en la emigracion de los detritus caseosos.

Como todas estas ulceraciones cutáneas pueden dar lugar por reabsorcion á una enfermedad general, es preciso recurrir aquí tambien á un tratamiento interno muy enérgico, destruir radicalmente las ulceraciones, ya por el gálvano-cauterio, ya por otros cáusticos, y en particular el ácido fénico.

La laringe, por efecto de su situacion desfavorable, que la expone á variaciones continuas de temperatura y á toda clase de lesiones mecánicas, y á causa tambien de ciertas particularidades de estructura, se encuentra especialmente predispuesta á ulceraciones y abscesos. El producto segregado por las primeras se insinúa hácia el pulmon y provoca inflamaciones que terminan fácilmente por tuberculosis. El tratamiento tópico consiste aquí tambien, segun el autor, en tocar las superficies enfermas con el ácido fénico, y hacer inhalaciones con esta misma sustancia.

Uroscopia, como medio de diagnóstico en algunas enfermedades renales. (Lyon méd.).

En sus investigaciones sobre las *materias colorantes de la orina*, ha procurado el doctor Dagrève estudiar las modificaciones que podrian inducir los diferentes estados patológicos en la reaccion tan bien descrita por Gubler, y que, como es sabido, consiste en que vertiendo bastante ácido nítrico á lo largo de las paredes de un vaso que contenga orina normal, se determina en poco tiempo una division en dos capas colorantes, una roja y otra azulada. El doctor Dagrève ha tratado de ver si las distintas afecciones renales presentan analogías ó diferencias

marcadas. Sus estudios le han demostrado que en la nefritis parenquimatosa las orinas no ofrecen en el primer momento el color azul ordinario; es preciso esperar que la orina se repose para que presente indicios de índigo: en los casos de albuminuria, debida á la nefritis intersticial, se encuentra, por el contrario, la reaccion muy pronunciada y persistente. M. Dagrève emite la hipótesis de que estas modificaciones podrian ser debidas á una alteracion de las funciones del glomérulo renal; en todos los casos, y sea la que quiera la interpretacion que se dé á estos diferentes estados, el autor insiste en que es un medio de facilitar el diagnóstico.

Viruela: inoculacion variólica post-vacunal. (*Gaz. méd.*).

Insistiendo el doctor Luciano Papillaud en las ideas que ya ha emitido en otras ocasiones en trabajos publicados en 1856, 70 y 72, recomienda de nuevo, como medio preservativo de la viruela, la inoculacion variólica despues de la vacuna; y limitándola á aquellos sujetos rebeldes á la revacunacion ó en quienes no haya prendido nunca la vacuna. Un sujeto vacunado é inoculado gozará de una inmunidad mucho mayor de la que le habria dado la vacunacion sola. La inoculacion despues de la vacuna era la práctica de los primeros vacunadores, empezando por Jenner, y á esta doble profilaxis han debido, segun el autor, los primeros vacunados desde principios de este siglo, atravesar indemnes las diversas epidemias de viruela que se han sucedido hasta 1816 y 1818. A partir de esta época, los prácticos se han limitado á vacunar sin probar la virtud de la vacuna por la inoculacion variólica, y las epidemias de viruela han ido constantemente en aumento, atacando cada vez más á los vacunados. Durante la epidemia de 1870 á 71, el doctor Papillaud se ha inoculado siete veces la viruela, y una sola fué seguida de resultado, que consistió en una pústula única de variolóide. Ha inoculado además de 400 á 500 sujetos vacunados ó revacunados, encontrando las dos terceras partes de ellos accesibles á la viruela; todos fueron preservados.

El doctor Lombard, de Génova, se inoculó la viruela

en 1822, diez y nueve años despues de haber sido vacunado, desarrollándosele dos pústulas muy características acompañadas de un acceso de fiebre que duró veinte y cuatro horas. Desde entonces, dice, en una carta publicada en la *Gaz. méd.*, que ha estado constantemente en relacion con variolosos, y ha atravesado muchas epidemias sin haber contraído nunca la enfermedad, habiendo sucedido lo contrario á su hermano, que se negó á la inoculacion, y contrajo una fuerte viruela en Paris durante una pequeña epidemia. Así, pues, aprueba la medida propuesta por el doctor Papillaud; pero duda de la oportunidad de este método, al menos como aplicacion general, porque teme convertirse en propagador de un virus tan eminentemente contagioso como el de la viruela. Pero debe advertirse que aquel práctico reserva la inoculacion para las épocas de epidemia, cuando la infeccion y el contagio variólicos que nos rodean no pueden agravarse por las erupciones incompletas, abortadas, que siguen á la inoculacion del virus á los vacunados, las cuales, segun dice el autor, no son mas que variolóides esporádicas, cuyo poder contagioso es inferior al poder preservativo de la vacuna. En las inoculaciones practicadas en 1870 y 71, ha visto que la disminucion y la extincion de la epidemia en su clientela han marchado á la par con la multiplicacion y casi la generalizacion de estas mismas inoculaciones. En mas de 500 individuos vacunados en quienes se insertó el virus variólico, solo dió lugar á un caso de contagio, y aun este podia atribuirse del mismo modo á la epidemia que á la inoculacion.

Viruela: tratamiento por medio del agua fria y el azafran, interior y exteriormente. (*Bull. de ther.—Gaz. med. italiana*).

El método que preconiza el doctor Koenig, médico del establecimiento hidroterápico de Sternberg (Bohemia), en el tratamiento de la viruela, consiste en lociones de agua fria repetidas de hora en hora, y aun mas frecuentemente cuando la fiebre es intensa.

En los primeros dias de la enfermedad, y aun hasta el período de formacion de las pústulas, el agua debe tener una temperatura de 10°. Despues, es necesario elevarla

hasta 28°. Aparte de las lociones, el doctor Koenig recomienda los baños á 28° que repite dos ó tres veces al día, durante quince ó veinte minutos. Prescribe además al interior una bebida acídula, un purgante cuando hay indicacion para ello, y una alimentacion sustancial desde el momento en que remite la fiebre.

Las ventajas de este método, segun el autor, son las siguientes :

Disminucion de la fiebre y de los síntomas que se refieren á ella directamente : como cefalalgia, dolores musculares, calor, etc. Tambien se atenúan considerablemente bajo la influencia de este método los síntomas gástricos.

Las lociones frias producen sobre todo efectos notables en la forma de la erupcion.

El uso de estos medios disminuye, en efecto, la erupcion variolosa, y algunas veces la impide llegar á su completo desarrollo. En una de las observaciones que refiere el doctor Koenig, en que se habian repetido las lociones frias de cuarto en cuarto de hora, desaparecieron las manchas exantemáticas sin dejar vestigio. Solo un pequeño número de ellas se transformaron en vesículas. Los baños calientes deben obrar en la viruela como los fomentos á una temperatura elevada en las enfermedades quirúrgicas; aceleran el período de supuracion, así como la desecacion y la descamacion. Al final del tercer septenario, y á mas tardar á principios del cuarto, la piel recobra la igualdad de su superficie. No se advierten señales de descamacion mas que en la palma de las manos y la planta de los piés. El período de supuracion se suprime casi por completo con el método del doctor Koenig, porque apenas han adquirido las pústulas su desarrollo cuando se forma una pequeña costra en el vértice que no tarda en invadir todo el grano. No se ven en la cara ni en el pecho esas gruesas costras amarillentas que existen en las viruelas tratadas por los medios antiguos. En fin, no se producen pérdidas de sustancia que dejen señales indelebles.

Segun el doctor Koenig, las lociones frias hacen contraer los capilares de la piel, la evaporacion sustrae una parte del calor, y de este modo se disminuye la inflama-

cion y la supuracion. En fin, gracias á su método, combinado con una aereacion conveniente, dice el autor, que desaparecen en parte los peligros de infeccion.

Las lociones continuas privan á los principios contagiosos de su volatilidad, y tienen la ventaja de desinfectar incesantemente las superficies morbosas que engendran estos principios.

Este método se ha empleado del mismo modo en los sujetos raquíuticos, escrofulosos y bebedores que en los demás, y nunca ha sido seguido de muerte.

El doctor Winternitz, que ha tratado un gran número de variolosos por los medios hidroterápicos, está tambien satisfecho de los resultados; pero cree, sin embargo, que son necesarias experiencias ulteriores para juzgar definitivamente el método.

El doctor Weintraub, médico del hospital de variolosos de Viena, no está del todo conforme con las apreciaciones de los doctores Winternitz y Koenig, acerca del tratamiento de la viruela por el agua fria. El valor terapéutico de este medio en las enfermedades inflamatorias es, á su juicio, incontestable, y en esto está de acuerdo con los médicos de Bohemia, y lamenta, con razon, que las preocupaciones vulgares impidan frecuentemente en la práctica la aplicacion de este poderoso recurso.

En los muchos casos que ha observado y en que ha hecho uso del agua fria en chorros ó en compresas, renovadas muchas veces al dia, ha visto el descenso de la temperatura y la remision de los síntomas dolorosos, y nada más. Para el autor es un error completo decir que la hidroterapia influye en la forma de la erupcion variolosa, disminuyendo la eflorescencia de las pústulas, que detiene su desarrollo, haciéndolas abortar en parte, y que impide las deformidades cicatriciales, oponiéndose á las pérdidas de sustancia.

Contra lo que aseveran Koenig y Winternitz, ha notado que en muchos casos el agua fria no detiene la erupcion de las pústulas, antes bien la favorece y abrevia así los dolores y los prodromos. Koenig dice no haber perdido ninguno de los variolosos sometidos á este tratamiento; pero Weintraub ha visto un gran número de enfermos que, á pesar del agua fria, sucumbieron, presentando to-

dos los síntomas de la piohemia, despues de una erupcion confluyente y aun de una supuracion de larga duracion.

Estas divergencias en los resultados de prácticos distinguidos prueban que aun no puede juzgarse este método y que es necesario multiplicar las observaciones.

Azafran.—El doctor Franchini ha obtenido muy buenos resultados del uso del azafran en la epidemia variolosa que ha reinado en Turin, de 1870 á 1872. Habia visto emplear este medicamento en fomentos oculares en los variolosos de Bolonia, hace ya largo tiempo, y con este motivo se le ocurrió la idea de extender á todo el cuerpo las aplicaciones azafranadas en los sujetos que padecian viruela. El éxito obtenido con el uso local de este agente convenció al autor, que prescrito en forma de linimento, y aun usado al interior, está llamado á prestar preciosos servicios.

Las fórmulas de esta doble aplicacion son las siguientes:

Uso externo:

Aceite de almendras dulces ó glicerina. . .	50 gramos.
Tintura de azafran.	6 —

O bien:

Cocimiento de malvas ó altea.	50 gramos.
Azafran en polvo.	4 —

Para uso interno, el medicamento se prescribe en cantidad de 30, 40, 50 centigramos en una pocion, como por ejemplo, medio gramo de azafran infundido en 100 de agua fria. Al líquido colado se le añaden 6 gramos de goma arábica y 10 de aceite de almendras dulces, y se dulcifica con jarabe simple, el de ipecacuana ó el maná, segun los casos. Además de las propiedades excitantes y antiespasmódicas bien conocidas del azafran, por su accion *sedante local*, quita, segun el doctor Franchini, el espasmo de la parte flogoseada. Una vez calmada la irritacion y la constriccion de los tejidos, la supuracion debe ser mas pronta, fácil y regular. El doctor Franchini cree posible que la accion sedante del azafran impida que se refleje sobre los centros nerviosos la irritacion periférica ó que quizá el medicamento tenga una accion directa.

Vómitos: diarrea: tratamiento por la compresion del pneumogástrico. (*Jour. de Ther.*)

Partiendo el doctor Hand del hecho de que el pneumogástrico tiene sobre los pequeños vasos del tubo digestivo una accion vaso-motriz diferente de la del gran simpático, aconseja obrar mecánicamente sobre el primero de dichos nervios en ciertos casos de alteraciones gástricas ó intestinales. Comprime este nervio á lo largo del cuello, al nivel del ángulo de la mandíbula inferior, sirviéndose de la carótida como punto de guia. Cuando la compresion es imposible aplica á este nivel pequeños conos de hielo. De este modo suspende los vómitos incoercibles y cree que se pueden contener tambien ciertas diarreas serosas. Pero como el pneumogástrico derecho se distribuye principalmente en el intestino delgado, y el izquierdo en el estómago, aconseja comprimir sobre uno ú otro de estos nervios, segun que se trate de alteraciones del estómago ó de los intestinos.

Vómitos incoercibles: tratamiento por el valerianato de cafeina.
(*Journ. de Ther.*).

Las aserciones del doctor Paret acerca de la eficacia del valerianato de cafeina para combatir los vómitos incoercibles, han sido comprobadas de nuevo por el doctor Gubler, en sus salas del hospital Beaujon. Se trataba de vómitos pertinaces, en una histérica, que habian resistido á todos los medios ordinarios que se usan en semejantes casos: inyecciones hipodérmicas de morfina, antieméticos clásicos, etc. El valerianato de cafeina produjo un resultado inmediato deteniendo en el momento los vómitos, pero habiéndose concluido la provision de esta sal, fué preciso suspender su uso é inmediatamente reaparecieron aquellos. La nueva administracion del valerianato tuvo el mismo éxito que la vez primera.

El valerianato de cafeina es un compuesto cristalizado de color blanco, pero dotado desgraciadamente de un repugnante olor á queso podrido ó á maceracion anatómica.

No todos los vómitos se combaten tan fácilmente como los observados en el caso anterior. M. Gubler ha visto

fracasar esta sal en los tuberculosos que vomitan ; así que no cree en su influencia, mas que contra los vómitos nerviosos. En estas circunstancias piensa que podría invocarse la siguiente teoría. Se ha encontrado en las materias vomitadas por las histéricas la urea en fuerte proporción ; es por consiguiente seguro que esta sustancia pasa por las glándulas del estómago en lugar de eliminarse por los riñones, y provoca de dicha manera el vómito. Si se disminuye la proporción de esta materia excrementicia en el organismo, el riñon podrá bastar para la eliminación de la pequeña cantidad de urea que va á formarse, y entonces no tendrá la mucosa estomacal que desempeñar el papel eliminatorio.

Esta teoría respecto al mecanismo por el que el valerianato de cafeína impide los vómitos nerviosos, está justificada por el hecho siguiente, observado por M. Gubler : Una señora estaba afectada de vómitos incoercibles, encontrándose constantemente en un estado penosísimo de náusea ; al mismo tiempo las orinas eran muy escasas y formaban un depósito casi como las de los sujetos que padecen cirrosis del hígado. El doctor Gubler creyó que provocando la diuresis aliviaría á su enferma. La administró pues el nitrato de potasa ; la orina aumentó considerablemente y muy pronto cesaron los vómitos.

Existe, segun M. Gubler, una relacion de causa ó efecto entre las alteraciones renales ó la insuficiencia de los riñones en los albuminúricos y las mujeres embarazadas y los vómitos que se observan en estos enfermos.

Administrando el valerianato de cafeína se provoca por una parte la diuresis, y se disminuye por otra la cantidad de urea, lo que asegura la eliminación de esta sustancia por un emuntorio natural, el riñon. El valerianato de cafeína se prescribe en grajeas de 10 centigramos y en cantidad de 4 á 8 diarias.

Zona: tratamiento por medio de las corrientes de induccion.
(*Bull. de théér.*).

Despues de haber asentado el doctor Fauque que la zona es una enfermedad del sistema nervioso, aun mal conocida en su naturaleza y su asiento, pero que deter-

mina segun todas las probabilidades una alteracion en las funciones de los nervios sensitivos y de los tróficos, indica, fundándose en hechos observados por el doctor Picot (de Tours), y por el mismo, las corrientes de induccion como un medio terapéutico que puede dar en este caso buenos resultados. Se coloca el polo positivo en la columna vertebral, mientras que el negativo se aplica sobre las partes enfermas.

TOXICOLOGÍA Y MEDICINA LEGAL.

Cloral: intoxicación por una fuerte dosis tomada por la boca.
(*Gaz. hebd.—Gaz. des hop.*)

Muchos prácticos han admitido la inocuidad relativa de las grandes dosis de cloral, hasta el punto de que el doctor Martineau refirió, en 1873, á la Sociedad de Terapéutica de Paris, el caso de un enfermo afectado de cáncer de la oreja que se extendía hasta el plexo braquial, produciendo dolores intolerables, y á quien el autor hizo tomar, en el espacio de dos horas y sin accidentes, la dosis enorme de 16 gramos de cloral. Posteriormente el doctor Bourdon dice, que con frecuencia administra en el tratamiento de la eclampsia puerperal la cantidad de 10 y 12 gramos de este medicamento, sin producir otro fenómeno que un poco de delirio, y esto solo en algunos casos, á consecuencia de las primeras dosis. En una sesión de la misma Sociedad, M. Mialhe emitió la opinión de que le parecía difícil, si no imposible, el envenenamiento por el cloral, cuando se toma esta sustancia por la boca; porque, según este químico, la descomposición del cloral en ácido fórmico y en cloroforno solo puede verificarse en un medio alcalino, y como la sangre solo contiene cierta cantidad de materia alcalina, no puede descomponer en un momento dado mas que una porción determinada de cloral, siempre insuficiente para producir la muerte. La observación recogida por el doctor Chouppe, y presentada á la Sociedad de Biología, da un solemne mentís á estas ideas puramente teóricas.

El doctor Chouppe fué avisado á media noche para visitar á un hombre á quien se acababa de encontrar tendido en su cama sin conocimiento, sin movimientos, la cara pálida y la respiración estertorosa. Los párpados estaban cerrados, y cuando se les separaba quedaban entreabiertos, dejando ver los dos globos oculares fuertemente congestionados, pero sin ninguna clase de desviación; las pupilas se hallaban excesivamente contraídas,

puntiformes, los iris no respondian á la accion de la luz. La boca estaba entreabierta y la mandíbula inferior caía por su propio peso. No habia rigidez del cuello, la cabeza conservaba las actitudes que se la hacian tomar y no existia desviacion de las facciones. La respiracion era desigual, mezclada con grandes inspiraciones profundas y quejumbrosas. El pulso pequeño, irregular, con algunas intermitencias, latia de 100 á 108 veces por minuto.

El vientre se elevaba poco durante las inspiraciones, pareciendo que habia cierto grado de paresia del diafragma. Las extremidades estaban frias, cianosadas, así como la nariz y los labios. La temperatura rectal era de 36°,2. La primera idea que se ocurría, en vista del estado del enfermo, era la de una apoplejía ó un coma epiléptico, pero sin embargo muchas razones hacian este diagnóstico dudoso. La atresia tan considerable de las pupilas, la falta completa de parálisis facial y de hemiplegia, y el estado de la temperatura hacian desechar este diagnóstico, fijándose en la posibilidad de la intoxicacion por un narcótico, vacilando entre el opio y el cloral.

Durante este tiempo el estado del enfermo se habia agravado. La respiracion desigual se habia hecho lenta, el pulso era casi imperceptible en la crural, los miembros y el tronco se hallaban completamente frios y cubiertos de un sudor viscoso. La temperatura central habia descendido á unos 32°. Entonces se dió el tártaro estibiado, se aplicaron sinapismos y se practicó la faradizacion con el aparato de Gaiffe durante cinco minutos. Los músculos se contraian vigorosamente sin que el enfermo pareciese experimentar la menor sensacion. Estaba absolutamente inerte. Los sinapismos no produjeron rubefaccion en la piel. En este momento que era la una de la mañana, habia cesado toda respiracion espontánea, no podian percibirse los latidos del corazon ni se encontraba el pulso en la crural. La temperatura central era de 30°,6. En este estado se practicó la respiracion artificial comprimiendo alternativamente sobre la pared torácica y sobre la abdominal, durante cinco á seis minutos. Entonces se empezaron á sentir ligeras oscilaciones en la arteria crural, pero no podia decirse que fuesen verdaderos latidos. No habia, propiamente hablando, respiracion.

Recordando el doctor Chouppe un caso de intoxicacion por la morfina, publicado en *New-York méd. Journal*, en el que los autores practicaron durante muchas horas la respiracion artificial por la faradizacion del diafragma, aplicó el mismo procedimiento. Al efecto, puso un polo sobre el trayecto de un nervio frénico y paseó el otro al nivel de las inserciones del diafragma. Esta electrizacion se prolongó por espacio de treinta y cinco á cuarenta minutos, al cabo de los cuales el enfermo respiró espontáneamente aunque con lentitud y de una manera irregular. El pulso se hizo mas fuerte en la crural y perceptible en la radial. Al aplicar el pincel eléctrico alrededor de la nariz y de los labios, se manifestaron algunos signos de sensibilidad, siendo el primero la dilatacion de las pupilas mientras pasaba la corriente y que cesaba por completo cuando se interrumpia ésta; luego algunos gritos, y en fin, un despejo completo durante el paso de la corriente, reconociendo entonces á las personas que le rodeaban.

A las tres de la madrugada se durmió el enfermo con un sueño tranquilo, con un pulso regular y fuerte, latiendo 80 veces por minuto, la respiracion tambien regular, y la temperatura en el recto á 37°₄; las pupilas estaban contraídas, pero menos que al principio. El sueño duró seis horas, y el sujeto despertó perfectamente tranquilo sin recordar nada de lo que habia ocurrido durante la noche. No se presentó ningun accidente, ni sangre, ni albúmina en las orinas. Entonces refirió, que durmiendo mal hacia algunos dias, pensó tomar una pequeña dosis de cloral, y al efecto, puso un poco de agua en un frasco que habia contenido cierta cantidad de esta sustancia, y en el que creyó que no quedaban mas que 3 ó 4 gramos. No advirtió que una parte del medicamento se habia volatilizado y solidificado en la parte superior. Las investigaciones hechas por el doctor Chouppe, probaron que la cantidad deberia ser de 13 á 15 gramos. En el momento en que ingeria esta solucion, el enfermo experimentó una violenta sensacion de quemadura á lo largo del esófago y bebió un vaso de agua; empezó inmediatamente á desnudarse, y estando haciéndolo, sintió una ligera pesadez de cabeza y perdió el conocimiento.

Tal es, en resúmen, el caso observado por el doctor Chouppe, que no recuerda haber leído otro semejante, y que cree hubiese terminado fatalmente por la muerte, si no se hubiera intervenido á tiempo y con energía. Este hecho demuestra, á pesar de las ideas teóricas antes indicadas, que no es prudente administrar dosis masivas de cloral en un sujeto, cuya sensibilidad á la accion del medicamento no se conozca. Demuestra tambien, que á pesar de lo que ha dicho M. Oré, la electricidad no restablece la vida en algunos minutos en los sujetos profundamente anestesiados, sin embargo de lo cual es el mejor medio de tratamiento que puede emplearse.

El doctor Long, de Génova, ha publicado posteriormente otro caso de intoxicacion por el cloral, seguido de muerte. Era el enfermo un neurópata, que tomó voluntariamente cierta cantidad de este medicamento. Hora y media despues de la ingestion se le observó, con gran palidez del semblante, respiracion estertorosa, piel fresca, pulso fuerte, vibrante, 50 pulsaciones por minuto; resolucion completa; abolicion de la sensibilidad directa y refleja; pupilas contraidas, inmóviles, conjuntivas insensibles. Se administró una mezcla de ipecacuana y tártaro estibiado, que produjo un pequeño vómito alimenticio á los diez minutos. A pesar de las fricciones, de los grandes sinapismos que se pusieron en el tronco y los miembros, y de la aplicacion del martillo de Mayor, los latidos del corazon se fueron haciendo cada vez mas lentos, y el sujeto murió á las dos horas de la ingestion del veneno.

En la autópsia, practicada cincuenta y seis horas despues de la muerte, no se encontró nada en el encéfalo, ni las meninges; el corazon estaba en diástole, con coágulos en sus cavidades. Habia adherencias en la pleura izquierda, el estómago contenia sustancias alimenticias sin digerir, su mucosa estaba fuertemente hiperemiada, presentando algunas manchas equimóticas, pero no erosiones ni ulceraciones. La vejiga se hallaba llena de orina.

El resultado de esta autópsia parece demostrar, que conforme cree el doctor Chouppe, la muerte se verifica por sideracion nerviosa.

Cloral: tratamiento de la intoxicacion por medio del calor.
(*Rev. des Scienc. méd.*).

Fundándose en el hecho bien conocido del descenso de temperatura que produce la absorcion del cloral, ha llamado por segunda vez la atencion el doctor Brunton acerca de la utilidad que ofrece para impedir la muerte de un animal intoxicado por esta sustancia, no solo el tenerle envuelto en algodón y lienzos calientes, aplicados con especialidad sobre la region cardíaca, pero mejor aun el meterle en un baño caliente.

El autor ha hecho muchos experimentos, entre los cuales referiremos solo uno como ejemplo: se administró la misma dosis de cloral á tres conejos de Indias: el primero fué abandonado, y murió á las cuatro horas; el segundo, envuelto en algodón, sobrevivió, pero estuvo dormido durante veinte y dos horas; el tercero, al que se sumergió en un baño de aire caliente, despertó enteramente á las siete horas de sueño.

Contraveneno oficial múltiple. (*Revue de théér.*).

En la Sociedad de Medicina legal de Francia ha leído M. Jeannel una Memoria con el título de *Estudio sobre una fórmula de contraveneno oficial múltiple*, que termina con las siguientes conclusiones:

1.^a Propongo como contraveneno oficial múltiple la fórmula siguiente:

Solucion de sulfato férrico á 1,45.	100
Agua comun.	800
Magnesia calcinada	80
Carbon animal lavado.	40

Se conservan separadamente por una parte la solucion de sulfato férrico y por otra la magnesia y el carbon animal, en un frasco con agua. En el momento en que sea necesario se echa en este frasco la solucion férrica y se agita con fuerza.

Esta mezcla deberá administrarse en dosis de 50 á 100 gramos, frecuentemente repetidas.

2.^a Mis experimentos químicos demuestran que este

contraveneno, empleado en proporciones convenientes, hace completamente insolubles las preparaciones de arsénico y de zinc y la digitalina;

Que no insolubiliza por completo el óxido de cobre;

Que deja en disolucion cantidades notables de óxido de mercurio, y cantidades apreciables de morfina y de estriknina;

Que no descompone ni precipita el cianuro de mercurio ni el emético;

Que satura enteramente el yodo libre;

Que solo obra parcialmente sobre las soluciones de hipocloritos alcalinos.

3.^a Mis experimentos en los animales vivos me parecen justificar las conclusiones siguientes: la eventracion seguida de la picadura del intestino delgado y de la inyeccion de una sustancia no venenosa, y luego de la sutura del intestino y de las paredes abdominales, es una operacion relativamente poco grave para los perros y que no altera por sí misma sensiblemente los resultados de los experimentos toxicológicos hechos en estos animales;

La fórmula de contraveneno que propongo es de una eficacia perfecta contra las preparaciones arsenicales en la proporcion de 120 gramos de contraveneno por 5 decigramos de arsenito de sosa;

Retarda los efectos tóxicos del sulfato de estriknina, y daría quizá el tiempo necesario para administrar los evacuantes;

Se ha manifestado eficaz contra la digitalina, inyectada en el intestino en cantidad de 1 decígramo.

4.^a Esta fórmula es seguramente preferible al peróxido de hierro hidratado oficial, toda vez que este sufre, como todo el mundo sabe, por la accion del tiempo á una temperatura superior á 15° centígrados una modificacion molecular que le hace infiel contra las preparaciones arsenicales.

Llevando mi preparacion con el peróxido de hierro extemporáneamente preparado, el hidrato de magnesia y el carbon animal, satisface como contraveneno á un gran número de indicaciones.

Sin embargo, es ineficaz contra los álcalis minerales, el fósforo, los hipocloritos, los cianuros y el emético.

5.º El protosulfuro de hierro, preparado extemporáneamente y asociado á la magnesia y al sulfato de sosa, es de una eficacia química absoluta respecto á las sales de cobre, al bicloruro y al cianuro de mercurio, y parece preferible al hidrato de peróxido de hierro extemporáneo en presencia de estos agentes tóxicos; pero es impotente contra las preparaciones arsenicales, el emético, el sulfato de estriquina y probablemente las demás sales alcalóidicas.

Ensayo de las vasijas estañadas que contengan plomo.
(*Journ. de théér.*).

M. Fordos ha imaginado un procedimiento que ofrece cierta analogía con el modo de ensayo de las materias de oro por la piedra de toque. Se aplica, con un tubo mojado en ácido nítrico puro, una capa ligera de ácido sobre una parte cualquiera de la superficie estañada; los dos metales, estaño y plomo, son atacados, y se forma óxido estánnico al mismo tiempo que nitrato de plomo. Pasados algunos minutos, se calienta ligeramente para terminar la reaccion; se deja enfriar, y se toca la mancha pulverulenta producida por el ácido con un tubo mojado en una solución á 5 por 100 de yoduro de potasio: este reactivo no ejerce acción sobre el óxido de estaño, y produce con el nitrato plúmbico el yoduro de plomo *amarillo* que sirve para caracterizar las sales de dicho metal. Este procedimiento de ensayo, dice M. Fordos, es muy sensible y demuestra la presencia de una proporción mínima de plomo. Por su medio ha podido el autor comprobar que los estañados contienen con mucha frecuencia una cantidad notable de plomo contra lo que prescriben los reglamentos y exige la higiene, puesto que solo debe emplearse el estaño fino.

Estricina: intoxicacion curada por el hidrato de cloral.
(*Edimburgh méd. Journ.*).

El antagonismo de los efectos fisiológicos de la estriquina y el cloral habia sido ya demostrado experimentalmente en los animales inferiores: Bennett ha probado que despues de una dosis tóxica de estriquina podia

conservarse la vida manteniendo á los animales bajo la influencia del cloral. Algunos hechos clínicos han parecido demostrar tambien este antagonismo, y recientemente ha publicado el doctor Will la observacion de un muchacho de diez y ocho años, empleado en una droguería, que despues de comer, y á cosa de la una y media de la tarde, se tomó una cantidad de estriquina valuada en unos 30 centígramos próximamente, pero que con toda seguridad pasaba de 20 centígramos. A los pocos minutos advirtió los primeros síntomas del envenenamiento: calambres en las extremidades, convulsiones tónicas y clónicas, separadas por intervalos de calma. Se le administró inmediatamente un vomitivo, que no produjo apenas resultado. La mas pequeña excitacion exterior, los ruidos, el contacto mas ligero, determinaban los accesos tetánicos, con opistótonos, rigidez de los miembros, lividez de los labios, inyeccion de los ojos, dilatacion de las pupilas: estos accesos se repetian cada vez con mayor frecuencia, siendo evidente que el enfermo iba á sucumbir en uno de ellos.

Se decidió entonces emplear las inyecciones subcutáneas de cloral. Mientras se fué á buscar la jeringa de Pravaz, el paciente fué acometido de un acceso tetánico mas violento que los otros, que le puso á punto de morir. Se le administró instantáneamente por la boca una primera dosis de gramo y medio de cloral. A los pocos momentos se manifestaron los buenos efectos del medicamento, haciéndose tambien mas largos los intervalos de los ataques. Insistiéndose en el uso del cloral, se inyectó debajo de la piel otra dosis de gramo y medio, que produjo un aplanamiento considerable. Las convulsiones cesaron durante veinte minutos, repitiéndose luego de nuevo. A las cinco de la tarde se le hizo tomar al enfermo gramo y medio de cloral, y á las seis se le administró otra dosis igual, que fué seguida de un vómito; á las seis y media se practicó una inyeccion hipodérmica de 0,75 centígramos. A partir de este momento, el enfermo se durmió, y los accesos se hicieron relativamente leves: la noche se pasó con tranquilidad, salvo algunas ligeras sacudidas. A la mañana siguiente el enfermo se quejaba de una sensacion de raquialgia y de quebrantamiento ge-

neral: los puntos en que se habian practicado las inyecciones hipodérmicas estaban dolorosos; pero este síntoma desapareció á las veinte y cuatro horas, y la curacion fué completa.

Estricnina: intoxicacion: tratamiento por las inhalaciones de cloroformo. (*The medical Record*).

En una revista de la Clínica de Brooklin, se refiere el caso de un hombre que tomó 25 centígramos de estricnina con objeto de suicidarse. Antes de su entrada en el hospital se le habia dado un gramo de sulfato de zinc que produjo algun efecto. Habia tenido convulsiones repetidas, y en el momento de su ingreso en el establecimiento se presentaron con una forma tetánica que era una prueba evidente de la intoxicacion por la estricnina. Todos los músculos estaban rígidos y el tétanos era completo, notándose la irregularidad del pulso que variaba de 120 á 140 pulsaciones por minuto y todos los síntomas concomitantes habituales.

Se puso inmediatamente al enfermo bajo la influencia del cloroformo, teniéndole así durante tres horas, en cuyo tiempo, y desde el principio de la anestesia, cesaron las convulsiones. No se administró mas cloroformo, pero el paciente tardó seis horas en despertar del sueño anestésico, consiguiéndose de esta manera una curacion completa.

Estricnina: monobromuro de alcanfor como antidoto.
(*La Independencia médica*).

El monobromuro de alcanfor, descubierto por Swartz é introducido recientemente en la materia médica, ha sido objeto de numerosos trabajos, ya químicos, ya terapéuticos, y entre los cuales debemos mencionar aquí el estudio experimental debido á nuestro compatriota el distinguido profesor de Barcelona, doctor Valentí y Vivó, quien, en una série de experimentos hechos en animales, ha descubierto que este cuerpo es un excelente antidoto de la estricnina en el género *canis familiaris* de Linneo. Siendo el monobromuro de alcanfor completamente insoluble en el agua, el doctor Valentí se sirvió en sus en-

sayos de la disolucion alcohólica que considera preferible á la etérea, administrándose el medicamento por las vías naturales y en inyecciones hipodérmicas.

La mucha extension de los diez y seis experimentos practicados por el autor, y las consideraciones doctrinales á que se entrega, nos impiden trasladarlos aquí, debiéndonos contentar para que nuestros lectores formen idea de este trabajo, con copiar las conclusiones que le sirven como de corolario.

Véanse en pocas palabras :

1.^a Los perros no fallecidos despues de tomar el sulfato de estricnina, han debido su curacion á la presencia en su organismo del bromuro de alcanfor y no á otra cosa.

2.^a El antagonismo de las dos sustancias: una de poder hiperesténico sobre el sistema nervioso, y la otra hiposténico, está apoyado en razones evidentes de buena experimentacion moderna.

3.^a Este bromuro, además de dirigir su accion benéfica y fugaz sobre el mismo punto afecto por el veneno, obra rápidamente y sin ser él tóxico, cumple pues con las condiciones de antídoto verdadero.

4.^a La hipostenia debida al bromuro se deja sentir en los órganos locomotores de un modo antitético al veneno, porque da la laxitud y se opone admirablemente al espasmo y á la rigidez, hasta tal grado que el estriernismo se convierte en clónico, por paradógico que esto parezca.

5.^a El bromuro de alcanfor obra sobre el gran simpático, acaso paralizándole en parte ó embotando su excitabilidad, como se demuestra en la pupila miósica y en la parálisis cardíaca en diastole, en casi todos los fallecidos tardiamente durante la lucha entablada.

6.^a La muerte por síncope es debida á la accion combinada del veneno y del antídoto, puesto que, en el estriernismo, el corazón *late siempre «post mortem»* y despues de empleado el bromuro antidótico *casi nunca*.

7.^a A esto se debe el que sea preferible acudir á la ingestion gástrica, porque hemos observado que la hipodérmica paraliza demasiado pronto el estado de rigidez de los miembros y puede dar hasta la parálisis del cora-

zon en sistole, al llegar á este centro el antídoto con la sangre.

Aplicando ahora todo lo expuesto á la Terapéutica y á la Clínica, cree el doctor Valentí poder manifestar, casi en aforismo, que, siendo en el hombre menos temible el estricnismo que en el perro, y dando mas tiempo para prodigar al paciente nuestros auxilios, débese propinar el bromuro de alcanfor por la boca en varias dosis, repetidas durante quince ó veinte minutos, empleando de 4 á 6 gramos, disueltos en doble cantidad de alcohol poco concentrado y como vehículo; con la administracion de 80 á 100 gramos de agua en los intervalos, á fin de lograr una mayor actividad antidótica á la sustancia, sin que hasta ahora podamos explicarnos satisfactoriamente este fenómeno, bien probado por experimentos.

Tales son los hechos observados por el autor, que dice queda esperando la sancion del tiempo acerca de este nuevo antídoto, que ha tenido la suerte de descubrir experimentalmente en el Laboratorio médico de Barcelona.

Exámen del oido para reemplazar á la docimasia pulmonar cuando el médico legista no tiene á su disposicion mas que una cabeza de feto separada del tronco. (Rev. des Scienc. méd.).

Este método, imaginado por el doctor Wreden, se funda en el diferente contenido de la caja del tímpano, segun que el recién nacido ha respirado ó no. En la época de Fabricio de Aquapendente se sabia ya que, en el feto, la cavidad timpánica, en lugar de encerrar aire, estaba llena de moco, expulsado despues del nacimiento por el aire que hacen penetrar en la trompa de Eustaquio los movimientos respiratorios y los gritos del niño.

Trollsch ha demostrado en 1855 que en realidad no se trata de una secrecion libre de la mucosa, sino que la caja del tambor está completamente obturada por una hipertrofia del revestimiento mucoso de la pared laberíntica que forma como un grueso almohadillado, extendido hasta la cara interna de la membrana del tímpano, á la que se adhiere íntimamente.

Wreden, en un trabajo anterior sobre la otitis media de los recién nacidos, y Wendt despues, son los primeros que

han indicado la importancia de estos hechos bajo el punto de vista médico legal.

Además, Wreden ha demostrado contra la opinion de Trollsch, que este coginete mucoso está constituido por un desarrollo de todas las paredes de la caja, y no solo de la pared laberíntica. Despues de un gran número de autópsias, el autor ha podido establecer las siguientes conclusiones:

1.^a Tiempo necesario para la desaparicion total del coginete ó almohadillado: bastan plenamente veinte y cuatro horas; á las doce, la reabsorcion es solo parcial.

2.^a Orden de disposicion: desaparece primero en la trompa, en el suelo de la cavidad y sobre la membrana timpánica, en seguida en la extremidad posterior de la caja y en la pared laberíntica y, en último término, en la bóveda de la cavidad.—En la otitis media de los recién nacidos, el rodete mucoso inflamatorio se desarrolla precisamente en un orden inverso.

3.^a Causa de la reabsorcion: son los movimientos respiratorios del recién nacido, auxiliados por sus gritos y sus esfuerzos de succion, porque cada movimiento de deglucion facilita muchísimo la penetracion del aire por las trompas en la caja del tímpano.

El grado de regresion del coginete mucoso fetal se encuentra bajo la dependencia directa de la energia y de la duracion de las funciones respiratorias. Cuando los pulmones están sanos, á las doce horas no existe el coginete mas que en las células mastoideas, en la parte superior del tímpano y sobre la pared laberíntica.

Si los movimientos respiratorios son débiles, ó los pulmones están enfermos, despues de veinte y cuatro horas de vida, la reabsorcion sola es parcial. Los restos del coginete muco-gelatinoso se encuentran entonces mas ó menos inyectados, y su color rojo oscuro sirve para distinguirles de los que se observan en un recién nacido de pulmones sanos que hubiese vivido menos de veinte y cuatro horas.

En los fetos nacidos antes de tiempo, la retrocesion marcha con tanta rapidez y es tan completa como en los otros.

4.^a Modo de desaparicion: la formacion de un espacio

libre en la cavidad timpánica se verifica por simple reabsorción del tejido mucoso fetal.

Las investigaciones de Wendt han añadido un hecho importante. Los movimientos respiratorios intra-uterinos ejercen la misma influencia sobre el coginete mucogelatinoso que los que tienen lugar después del nacimiento.

Fósforo : intoxicación : tratamiento por el aceite esencial de trementina. (*Gaz. hebdom.*)

Conocidos son de nuestros lectores los diferentes trabajos que se han publicado en estos últimos años acerca del uso de la esencia de trementina en los envenenamientos por el fósforo. Discordes las opiniones acerca de la eficacia de este contraveneno, no debe considerarse cerrado el debate, y conviene registrar en él los estudios de alguna importancia que acerca de este punto vean la luz pública. En este concepto, debemos consignar aquí las conclusiones de una interesante Memoria, presentada por el doctor Rommelaere á la Academia de Medicina de Bélgica :

I. Existen dos órdenes de procesos diferentes en los casos de envenenamiento por el fósforo :

1.º A consecuencia de dosis excesivas, el veneno ha producido sus efectos locales y simpáticos antes de la administración del contraveneno.

2.º Por el uso de las dosis ordinarias, mínimas, pero suficientes para ocasionar la muerte, el primer efecto del fósforo es menos violento, su reacción simpática menos viva, y en estos casos está perfectamente indicado buscar y prescribir un contraveneno químico.

II. Considerada bajo este punto de vista, la cuestión del tratamiento de la intoxicación por el fósforo abraza muchas indicaciones :

1.ª Es preciso buscar una sustancia que neutralice directamente al agente químico, formando con él una combinación inerte : es el contraveneno químico.

2.ª Es necesario combatir la lesión local producida por el veneno en el estómago y las reacciones reflejas de esta lesión ; este no es el papel del contraveneno, y una

determinada sustancia, eminentemente activa para neutralizar las propiedades tóxicas de un agente, será incapaz de prevenir la muerte si la lesion local ya producida, y sobre la que no tiene accion, es demasiado profunda para que pueda curarse.

3.^a Es preciso, en fin, combatir los efectos ocasionados en el organismo por el veneno ya absorbido: este es el papel del contraveneno fisiológico ó dinámico que no obra sobre el agente tóxico, sino sobre la nutricion y las funciones del tejido lesionado.

III. El aceite esencial de trementina comun, llamada de Francia, no llena mas que la primera indicacion: neutraliza directamente el agente tóxico, formando con él una combinacion inerte.

IV. Las observaciones de patología experimental, practicadas hasta ahora, pueden dividirse en cuatro séries:

Primera série.—Administracion de fósforo disuelto:

a. En la trementina rectificada; resultado: muerte.

b. En la trementina comun; resultado: curacion.

Segunda série.—Administracion de ácido terebentínico-fosforoso puro; resultado: curacion.

Tercera série.—Administracion sucesiva de fósforo y de esencia de trementina comun, suspendida por medio de una yema de huevo en un mucílago ó administrada en bolos; resultado: muerte.

Cuarta série.—Administracion sucesiva de fósforo y de esencia de trementina comun sin vehiculo; resultado: curacion.

V. Los resultados de la clínica humana son igualmente favorables á la accion antidótica de la esencia de trementina comun, bajo el doble punto de vista preventivo y curativo.

VI. *Conclusiones.*—1.^a El aceite esencial de trementina comun es el contraveneno químico del fósforo.

2.^a El fósforo disuelto en aceite esencial de trementina recientemente rectificado, no pierde sus propiedades tóxicas.

3.^a El fósforo disuelto en aceite esencial de trementina de Francia pierde sus propiedades venenosas.

4.^a El ácido terebentínico-fosforoso puro, administrado á los perros en dosis de un gramo (representa en fósforo

2 gramos 30 centigramos por 100 kilogramos del peso del animal), es absolutamente inerte.

5.^a La esencia de trementina oxigenada suspendida en una pocion gomosa por medio de una yema de huevo ó administrada en bolos, no obra en los perros como contra-veneno del fósforo.

6.^a La esencia de trementina comun, la esencia oxigenada, y aun á veces la rectificada, administradas puras, sin vehículo, á perros intoxicados por el fósforo, han prevenido los efectos del veneno; los animales vivian seis meses despues en buen estado de salud.

La esencia ha sido administrada en un tiempo que varió de media á quince horas despues de la ingestion del veneno.

7.^a Es preferible darla pura en dosis de un gramo, repetido cada media hora, durante dos ó tres horas y espaciando luego más las dosis, segun el estado del sujeto.

8.^a Es indispensable proscribir el uso de sustancias grasas (leche, yema de huevo, purgantes oleosos, etc.).

9.^a Es igualmente útil proscribir el alcohol, mientras se administra la esencia.

10. No deben emplearse tampoco durante este tiempo los mucílagos ó las bebidas mucilaginosas; se dará agua como bebida usual.

Fósforo : intoxicación : tratamiento por el sulfato de cobre y las inyecciones intravenosas de oxígeno.—(*Bull. de théér.—Bull. de la Soc. de méd. de Gand*).

Desde que los envenenamientos por el fósforo se han hecho, por desgracia, tan frecuentes, no han podido menos de buscarse con empeño contravenenos verdaderos. Recientemente se ha preconizado el uso del sulfato de cobre, y poco antes del aceite de trementina. El primero de estos cuerpos impide, segun se ha dicho, la evaporacion del fósforo en la economía, lo cual es muy importante, porque este veneno obra de preferencia en estado gaseoso. Se administra primero la sal de cobre á dosis vomitiva y despues en disolucion muy diluida. Cuando han desaparecido los primeros accidentes, no queda mas que combatir los síntomas gástricos y la debilidad consecutiva.

El doctor Purjész ha tratado por el sulfato de cobre cinco casos de envenenamiento por el fósforo. Sus observaciones no son, sin embargo, enteramente decisivas, y se necesitan nuevos hechos para establecer la verdadera eficacia de este medio terapéutico. El autor prefiere, sin embargo, el sulfato de cobre al aceite de trementina, porque la primera de estas sustancias tiene la ventaja de obrar, no solo como contraveneno, sino tambien de expulsar el fósforo del estómago, provocando vómitos.

Inyecciones intravenosas de oxígeno. — Uno de los miembros mas eminentes de la Academia de Medicina de Bélgica, el profesor Thiernesse, ha publicado recientemente, en colaboracion con el doctor Casse, una Memoria acerca de las inyecciones intravenosas de oxígeno, como medio curativo del envenenamiento por el fósforo. Con motivo del trabajo del doctor Rommelaere, que acabamos de analizar, emitió el doctor Thiernesse la idea de que el aceite de trementina no constituye por sí mismo el antídoto del fósforo, sino que el oxígeno era el único agente capaz de contener la accion de este violento veneno.

Solo la experiencia podia resolver semejante cuestion, y los doctores Thiernesse y Casse pusieron manos á la obra inyectando primero, en las venas de animales envenenados por el fósforo, sangre defibrinada y proto-oxigenada. Pero los resultados no fueron siempre felices: algunos animales sucumbieron porque la cantidad de oxígeno que llevaba consigo la sangre no era suficiente. Los autores inyectaron entonces en el sistema venoso oxígeno puro. Por lo comun el veneno era ingerido por el animal; pero algunas veces se disolvia en aceite y se inyectaba en una vena. Inmediatamente que se manifestaban los fenómenos tóxicos (vómitos), se hacia penetrar el oxígeno en el sistema venoso. Este gas debe ser puro, sin mezcla de aire, y conviene introducirle con lentitud en el torrente circulatorio. No puede determinarse con precision la cantidad que se ha de hacer penetrar en los vasos de una persona ó de un animal envenenados; pero en todo caso debe ser bastante considerable, y conviene en ocasiones repetir la operacion muchas veces, á fin de evitar la accion mortífera del veneno sobre los glóbulos de la sangre. En tésis general, piensan los autores que la cantidad de oxígeno

que es necesario oponer al fósforo no puede ser menos de 150 á 200 centímetros cúbicos para un animal de 5 á 8 kilogramos de peso, y que se necesitan introducir de 300 á 500 centímetros cúbicos en sujetos de un peso mas considerable. De los 22 experimentos que se refieren en esta Memoria, en 19 se obtuvo un resultado favorable, y los tres casos de muerte los explican los autores, el primero por haber inyectado en el sistema venoso el aceite fosforado en dosis muy considerable, y los dos últimos porque se introdujo una cantidad de oxígeno muy débil. Los resultados de estos experimentos son tanto mas concluyentes, cuanto que se emplearon grandes dosis del agente tóxico, y se le administró asociado á sustancias, como la yema de huevo, que debian favorecer la absorcion, y por lo mismo sus efectos perniciosos. Estos ensayos demuestran, á juicio del doctor Thiernesse, no solo que el oxígeno es el agente antidótico del fósforo, sino que el aceite de trementina debe á este gas y no posee por sí mismo, la virtud anti-tóxica que se le ha atribuido.

Hongos: intoxicacion: tratamiento por la atropina. (*Brithis. méd. Journal*).

Fundándose el doctor Brunton en el antidotismo fisiológico descrito entre la muscarina y la atropina, cree que este último alcaloide debe ser útil en los casos de envenenamiento por los hongos. En su opinion, pueden referirse á la muscarina los efectos tóxicos determinados por los hongos venenosos, tales como el *Agaricus muscarius*, *Ag. phalloides*, *Ag. pantherimus*, el *Bletus Satanus*, etc. Todos ellos obran en efecto de la misma manera sobre el conducto gastro-intestinal, el corazon, y aparentemente sobre el cerebro. Todos determinan un malestar en el estómago, vómitos, diarrea, constriccion en la garganta, necesidad excesiva de respirar, vértigos, debilidad general, postracion y estupor.

Por los experimentos de Schmiedeberg se sabe que la muscarina ó principio activo del *Agaricus muscarius* detiene definitivamente las pulsaciones del corazon de una rana, si se abandona el animal á sí mismo, mientras que, cuando se interviene con la atropina, se restablecen las

contracciones cardiacas aun despues de cuatro horas de suspension. Se sabe además que análogos fenómenos se observan en los mamíferos, quizá menos intensos, pero igualmente característicos, y que en estos animales la atropina contrabalancea tambien los efectos de la muscarina sobre el corazon. Tenemos, pues, antagonismo fisiológico entre la accion de la atropina y la muscarina sobre el centro circulatorio. El doctor Brunton ha observado otro hecho no menos importante, entrevisto ya por Schmiedeberg, pero no explicado por este experimentador, el cual habia notado con efecto que si en un animal envenenado por la muscarina se corta una arteria transversalmente, sale poca sangre; pero no se le habia ocurrido la idea de que los vasos pulmonares pudiesen presentar tambien este estado de contractura que estrechase su calibre, y que por consecuencia la disnea no tuviera otro origen que la anemia de los pulmones por obstáculo al curso del líquido en los vasos de estos órganos.

El doctor Brunton ha comprobado en efecto que en el envenenamiento por la muscarina los órganos respiratorios están casi exangües, mientras que el corazon derecho y las venas se hallan ingurgitados de sangre, encontrándose vacío el corazon izquierdo. Habiendo narcotizado profundamente un conejo con el cloral para obtener una inmovilidad absoluta, abrió el torax, practicó la respiracion artificial, y observó que en tales condiciones el corazon latia bien y regularmente. En este momento inyectó la muscarina en la yugular, y el aspecto cambió por completo: los pulmones palidecieron; el corazon izquierdo disminuyó de volumen, distendiéndose el derecho y la vena cava. Lo mas interesante del experimento es que estos accidentes se desvanecian introduciendo una pequeña cantidad de atropina en el sistema circulatorio.

En consecuencia, el doctor Brunton hace notar, entre la muscarina y la atropina, un segundo hecho de antagonismo fisiológico que se ejerce sobre los vasos sanguíneos, y que es tambien favorable á la opinion que sostiene que la atropina puede luchar con ventaja contra los síntomas graves producidos por los hongos venenosos. Los doctores Schmiedeberg y Koppe habian ya dicho que

no debía titubearse en administrar este alcalóide ante los accidentes tóxicos debidos á aquellos vegetales.

Intoxicacion saturnina local. (*Journ. de méd.*).

Las investigaciones del doctor Manouvrier acerca de la intoxicacion saturnina le han conducido á establecer que al lado de la intoxicacion general é indirecta por absorcion digestiva y pulmonar, existe otra local y directa por absorcion cutánea, que ataca á las partes puestas inmediatamente en contacto con el plomo: esta intoxicacion local se manifiesta por dolores neurálgicos, articulares, musculares, calambres y temblor, hormigueos, parálisis sensitiva y motriz, y atrofia; en la mayor parte de los casos coexiste con la intoxicacion general; pero sin embargo, en ciertas ocasiones puede encontrársela sola. El autor ha formado esta opinion, que cuenta hasta ahora pocos partidarios, por el análisis de observaciones antiguas, diferentemente interpretadas, y por el estudio de las que ha recogido él mismo. Es bien sabido que para algunos autores, como Tanquerel des Planches y Grisolle, la absorcion del plomo por la piel intacta es nula; otros la consideran como mínima; muchos creen que es completa; pero ninguno, á excepcion de Ladreit de la Charriere y Franck-Smith que han dicho que los accidentes de intoxicacion saturnina por absorcion cutánea se localizan especialmente en los puntos mas en contacto con el plomo, habian asignado un carácter sintomático particular á esta vía de absorcion. Algunas de las observaciones merecen llamar la atencion, porque demuestran la dificultad que existe á veces para descubrir el origen de la intoxicacion. Meyer, de Berlin, ha publicado cinco casos de accidentes saturninos, producidos por el uso del tabaco rapé que contenia plomo; en casi todos ellos no hubo mas que fenómenos locales, que pueden ser el resultado, no del plomo que contuviese el polvo, sino del contacto frecuente de los dedos con la hoja de este metal en que estaba envuelto: la absorcion no se verificaba, pues, por la nariz. El doctor Franck-Smith ha visto casos análogos en los obreros ocupados en la fabricacion de limas, que emplean en su trabajo un pequeño martillo

de plomo; el observador inglés pudo encontrar bajo sus uñas una cantidad considerable de grasa negra que contenía este metal y explicaba los accidentes de intoxicación localizada. En los enfermos observados por Manouvrier se ha visto siempre á los accidentes locales predominar en los puntos que estaban mas en contacto con las preparaciones plúmbicas; así es que todos los intoxicados que trabajaban con la mano derecha, presentaban los síntomas principalmente en este lado, mientras que en los zurdos, ó en los que por la clase de su ocupación tenían que servirse del brazo izquierdo, en él se fijaban de preferencia los accidentes. El sujeto de una de las observaciones tenía una debilidad muscular de la mano derecha, especialmente en su borde interno con insensibilidad absoluta de los dedos auricular y anular, así como del borde interno de la mano izquierda, mitad interna y dorso de la misma; los demás dedos y el resto de la mano habían conservado su sensibilidad normal. A pesar de las negativas formales del enfermo, que aseguraba no tocar jamás plomo, M. Lorainé diagnosticó una intoxicación saturnina local. Cuando ya iba á salir de la sala se acordó este hombre que se ocupaba á menudo en tapar frascos con una cápsula de plomo, explicando que por esta operación ponía en contacto continuo con el metal todas las partes de su mano actualmente enfermas. No había en este caso ninguna intoxicación general, como en una tercera parte de las observaciones citadas; en los demás hechos nunca los síntomas locales han estado en relación de intensidad con los fenómenos generales, lo que prueba bien un origen distinto para las dos infecciones. Otro hecho notable en muchos de ellos es que los vestidos ponen un obstáculo evidente á la penetración de las partículas plúmbicas en la piel. Los obreros deberán, pues, evitar en cuanto sea posible todo contacto inmediato con el plomo. En fin, pareciendo demostrada por estos hechos la absorción por la piel, quizá sería necesario obrar con mucha prudencia en el uso de las preparaciones saturninas aplicadas á título de medicamento sobre la superficie cutánea.

Intoxicacion saturnina : modo de distinguir el cordoncillo gingival durante la vida. (*Archives de médecine navale*).

Despues de haber demostrado el doctor Cras la importancia que tiene en ciertos casos reconocer el cordoncillo plúmbico, establece las siguientes conclusiones :

1.º El cordoncillo azul de las encías, patognomónico de la intoxicacion saturnina, no está constituido por el depósito de partículas de plomo en las células epiteliales ó los tejidos celulares de la encía, lo que implicaria la introduccion del plomo por las vías superiores.

2.º Es debido á la transformacion de una sal soluble de plomo en sulfuro del mismo metal en los capilares de circulacion lenta y que miden por término medio 25 milésimas de milímetro de diámetro. Puede presentarse cualquiera que sea la vía de introduccion. Su formacion está en relacion con los cuidados de limpieza de la boca.

3.º Seria conveniente en las autópsias examinar, bajo este punto de vista, los capilares de la mucosa intestinal y los de los nervios que emanan del plexo solar. Se encontraria quizás en la obstruccion de los capilares por depósito plúmbico la explicacion de los cólicos, el punto de partida de la neuralgia del gran simpático.

4.º La demostracion clínica en el vivo de la presencia del plomo en los capilares de la encía, es una operacion de las mas sencillas, sin inconvenientes, no dolorosa, menos aun que la excision de un ingerto epidérmico.

5.º Si los partidarios de la identidad del cólico seco y del cólico saturnino hubiesen tenido la idea de recurrir á este medio de investigacion, se hubieran ahorrado muchas discusiones.

Procedimiento.—En presencia de un caso dudoso, se excinde, ya con unas pequeñas tijeras curvas, ya con un escalpelo fino ó la punta de una lanceta, un fragmento de encía que comprenda la línea negra: se lava por medio de un pincel, se monta la preparacion en glicerina para el exámen microscópico, se la aplasta con agujas á través de un vidrio delgado y se la examina primero con un aumento débil que permita abrazar un campo mas extenso de la preparacion. Si se trata de un cordoncillo plúmbico, se encontrarán, en medio de los elementos norma-

les de la encía, los capilares inyectados llenos, obstruidos por granulaciones negruzcas y que aparecen bajo la forma de asas replegadas sobre sí mismas, ya en semicírculo, ya en gancho doble ó en masas contorneadas, según los cortes. En los cordoncillos antiguos las paredes capilares tienden á desaparecer y los contornos son menos claros. Si se excinde una porcion de la mucosa bucal, será bueno tratar la preparacion por la glicerina carminada; añadir luego una gota de ácido acético muy diluido, para hacer resaltar las papilas de la mucosa y la red capilar que presentan; esta última preparacion es muy instructiva. Si no se tiene un microscopio á mano, se puede depositar el cuerpo sobre una hoja de papel que se haya sumergido en agua. Se desprende entonces el fragmento que se trata de examinar por medio de agujas, ó bien se le pone en algunas gotas de glicerina.

Intoxicaciones : medio de volver á la vida á los enfermos.
(*Central Blat.*)

Haciendo experimentos sobre la accion de las sales de potasa, el doctor Boehm de Dorpat ha comprobado que si se inyectan 0,1 á 0,2 de una de estas sales en las venas de un gato, se obtiene la paralización del corazón, seguida á los pocos segundos de la de la respiracion. La muerte sobreviene despues de algunos movimientos convulsivos.

Si en los ocho primeros minutos que siguen á la última respiracion se practica la respiracion artificial al mismo tiempo que á cada espiracion se ejerce una presión moderada sobre la base del torax, en la region del corazón, este comienza á latir de nuevo despues de un reposo que ha podido llegar hasta cuarenta minutos. Tres ó cinco minutos mas tarde la respiracion se restablece otra vez, luego la sensibilidad refleja y el animal está salvado.

Estos hechos no son peculiares al envenenamiento por las sales de potasa, sino que se observan en otras intoxicaciones (que el autor no especifica).

El doctor Boehm atribuye estos resultados á la accion combinada de la respiracion artificial y de la compresion del centro circulatorio, que excita mecánicamente este

órgano y eleva la tension de la sangre en los vasos. La respiracion artificial sola es impotente para reanimar á los animales. El autor añade, que si en el hombre especialmente, la respiracion artificial es con frecuencia coronada de éxito, esto depende tanto de la compresion que se ejerce de una manera inconsciente sobre el corazon, como de la renovacion del aire en los pulmones.

El doctor Friedberg, de Breslau, ha reclamado la prioridad de este descubrimiento, haciendo notar que, en una Memoria publicada en 1866, llamó ya él la atencion sobre la importancia de la compresion rítmica de la region precordial en la respiracion artificial.

Respiracion intrauterina. (*Rev. des Scienc. méd.*).

Es un hecho bien establecido que en un feto que nace muerto, los pulmones pueden contener aire que indica que ha respirado en el seno de su madre, á consecuencia de una supresion prematura de la respiracion placentaria.

En cambio, son menos conocidas las condiciones que durante el parto mismo puede verificarse el acceso del aire en el útero.

Hasta ahora, casi todos los hechos de este género se referian á casos en los que el parto habia necesitado maniobras especiales (version, forceps, cefalotripsia). Se podria, pues, creer que estas intervenciones eran absolutamente indispensables para la produccion del fenómeno.

Pero algunas observaciones mas recientes demuestran que el aire puede introducirse en el útero durante un parto normal. El doctor Hofmann cita en apoyo de esta opinion tres historias debidas á Breisky, Huker y Müller, y refiere una observada por él personalmente, en la que se encontró aire, no solo en los pulmones, sino tambien en el estómago y hasta en el duodeno. No existiendo aquí fenómenos de putrefaccion ni una operacion tocológica á que poder atribuir esta penetracion del aire, el autor encuentra la única causa posible en el tacto vaginal. En el momento en que el dedo llega al cuello, despues de la rotura de la bolsa de las aguas, abre en cierto modo la cavidad uterina, ordinariamente cerrada por la exacta aplicacion del cuello sobre la porcion fetal que se presenta.

Mas para que se verifique este fenómeno tan raro, se necesita indudablemente la reunion de muchas condiciones anormales.

Estas condiciones cuya importancia han demostrado los experimentos y estudios de Schatz y de Hegar, son:

1.º El descenso momentáneo de la presión intra-abdominal á un nivel inferior al de la atmósfera.

2.º La relajación, la fatiga, la inercia mas ó menos marcada de las paredes uterinas y abdominales.

3.º En fin, la existencia simultánea de un cierre incompleto al nivel del orificio uterino. Schatz ha demostrado el papel que desempeñan respecto á este punto las diferentes posiciones que toma la mujer en la cama durante el parto.

El aire exterior es aspirado en el espacio comprendido entre la pared de la matriz y la cara tóraco-abdominal del feto. La parturienta de Hoffmann ofrecia todas las condiciones favorables: mujer débil y enfermiza, que cambiaba á cada instante de posición durante un parto irregular de cuatro dias de duración.

Se comprende el grande interés de estos hechos bajo el punto de vista médico legal. Un fenómeno análogo, por excepcional que sea, puede encontrarse en los partos clandestinos. Por consiguiente, siempre que se hallen los pulmones aireados en el cadáver del feto que se examina, debe pensarse en la posibilidad de una respiración dentro del útero.

Semejanza entre los glóbulos rojos del hombre y los de ciertos mamíferos, considerada bajo el punto de vista médico-legal.
(*The American Journ.*).

El doctor Woodward ha publicado recientemente un trabajo destinado á combatir las opiniones de Richardson, que propone medir las dimensiones de los glóbulos rojos para reconocer el origen de las *manchas de sangre*. El autor antes citado establece que en ciertos animales domésticos, el conejo comun, el de Indias, y particularmente en el perro, los glóbulos rojos tienen absolutamente las mismas dimensiones que en el hombre. En los numerosísimos experimentos practicados ha encontrado siempre

cifras que oscilan en los límites siguientes: en el hombre, de 0,00772 á 0,00731; y en el perro, de 0,00759 á 0,00724. Estas son las diferencias extremas; la media es mucho más fija. Por consiguiente, dice, este carácter no puede suministrar dato alguno á la medicina legal, sobre todo cuando se reflexiona que el perro es compañero inseparable del hombre.

CIRUGÍA.

Absceso de la extremidad inferior de la tibia : trepanacion : curacion. (Bull. de thér.).

El doctor Duplay ha comunicado á la Sociedad de Cirugía el hecho siguiente:

Un hombre de veinte y siete años, panadero, entró por primera vez en el hospital de San Antonio, el 3 de enero de 1873, por una afeccion de la extremidad inferior de la tibia izquierda. El enfermo hacia ascender á diez años el principio de los accidentes. A los diez y siete años habia tenido, sin causa apreciable, un absceso en la cara interna de la extremidad inferior de la tibia izquierda. A consecuencia de él quedó un trayecto fistuloso que acabó por cerrarse sin dar salida á la menor esquirla. Este accidente se repitió una veintena de veces en el espacio de diez años; los abscesos han presentado siempre el mismo carácter de permanecer muy poco tiempo fistulosos, y de no dar nunca salida á fragmentos de hueso. Un ataque de esta clase fué el que exigió la entrada del enfermo en el hospital. Se comprobó en esta época el aumento de volúmen de toda la extremidad inferior de la tibia; este aumento era regular, sin elevacion ni depression, de consistencia uniforme; la presion con el dedo no determinaba ningun dolor; en fin, la articulacion tibio-tarsiana estaba sana. Segun referia el enfermo, los dolores en el momento de los abscesos se hacian sentir en la tibia con cierta agudeza; luego disminuian despues de la cicatrizacion y tomaban el carácter de un dolor sordo, contusivo, que aumentaba por efecto de una marcha prolongada y se calmaba con el reposo de la noche.

Creyendo M. Duplay que se trataba de un absceso de la epifisis de la tibia, propuso al enfermo practicar la trepanacion del hueso, pero se negó á ello y salió del hospital. El 14 de diciembre último volvió al establecimiento decidido á someterse á la operacion. Durante este intervalo de dos años, se habian reproducido los mismos ac-

cidentes, y el sujeto presentaba un nuevo absceso de la tibia.

Persistiendo en su diagnóstico, practicó M. Duplay la operacion. Anestesiado el enfermo, hizo primero una incision crucial, y puesto al descubierto el foco, pudo vencerse que se hallaba independiente del hueso, y el periostio intacto. Incindió este que estaba muy adherido y mas grueso que de ordinario. Descubierta ya la tibia se aplicó una pequeña corona de trépano, por cuyo medio se dió salida como á una cucharada de pus espeso; la cavidad que le contenia era regular, estaba tapizada por una membrana rosada y no encerraba ninguna porcion de hueso necrosado; sus paredes se hallaban íntegras. Las consecuencias de la operacion fueron muy sencillas, consiguiéndose la curacion en el espacio de un mes. En la actualidad el enfermo cojea un poco, pero no sufre los dolores de otras veces.

M. Duplay cree que este caso es un ejemplo de esos abscesos que Cruveilhier, hijo, ha descrito en su Tesis bajo el nombre de *abscesos dolorosos epifisarios*; no obstante, es preciso notar que en su enfermo el dolor no tuvo nunca grande intensidad. Al terminar su comunicacion, recomienda á los cirujanos que recurran en semejante caso á la trepanacion del hueso: esta operacion que le parece inofensiva, podria quizás prestar grandes servicios y en algun caso evitar la amputacion.

Acné pustuloso : tratamiento. (Gaz. méd.).

Como cada especialista tiene su especialidad, el doctor Constantino James se ha dedicado hace largo tiempo, segun dice, al estudio del acné, habiendo llegado á establecer un modo de tratamiento que considera generalmente como muy superior á los que suelen emplearse contra esta enfermedad, que, como es sabido, cuando ha llegado á cierto grado de desarrollo y gravedad, se hace rebelde á los medios terapéuticos.

El método del autor consiste en el uso de curas hechas por medio de tópicos destinados á obrar directamente sobre la erupcion y modificarla. Estos tópicos son dos, á que James denomina: *Licor estíptico* y *Mixtura clorurada*

El primero es una mezcla de alcohol y ácido clorhídrico, cuya proporción varía de $\frac{1}{3}$ á $\frac{1}{10}$. La mixtura se compone de 4 gramos de clorato de potasa por 100 de agua.

El doctor James aplica estos remedios del modo siguiente :

Teniendo en una mano una bola de algodón, coge con la otra un pincel empapado en el licor estíptico, y barniza con él las superficies enfermas, enjugándolas á medida que lo hace con el algodón. Si se trata de botones muy pequeños, pasa el pincel con mucha rapidez. Si por el contrario, tienen cierto volúmen, hace un verdadero barnizamiento, forzando las dosis del licor, en los sitios en que la erupción es mas abundante y dejándole permanecer si es necesario algunos instantes. El licor no ataca la piel sana que separa los botones, así como tampoco las cejas, la barba ó el pelo.

La erupción sufre diversas modificaciones bajo la influencia de este tratamiento. Apenas el líquido se ha puesto en contacto con el botón, cuando las paredes de éste se retraen y se afila su punta. Al mismo tiempo se queja el paciente de un vivo escozor. El autor cree, que el licor por su naturaleza evidentemente sútil, penetra á través del orificio ó folículo hipertrofiado hasta su cavidad misma, y allí, encontrando la materia sebácea, cuya acumulación produce la enfermedad, la ataca, la corroe, la destruye.

Bajo la influencia de estas curas repetidas cada dos ó tres días, los botones van disminuyendo progresivamente de volúmen, hasta que no representan mas que un pequeño grano negruzco, que cae por sí mismo ó que se desprende con la uña. Entonces la enfermedad está curada.

Debe hacerse seguir cada cura de algunas lociones con la mixtura cloratada, las que se repiten tambien en los intervalos de una cura á otra, á fin de prevenir toda reacción inflamatoria.

El doctor Constantino James dice, que este modo de tratamiento no determina ningun accidente, y empleado contra el acné, y sobre todo contra el pustuloso, la curación es la regla.

Adenitis inguinales: tratamiento por medio de la aspiracion.
(*Bull. de thér.*).

En un trabajo inspirado por el doctor Boys de Loury, médico de San Lázaro, consigna M. Pileur los buenos resultados obtenidos por un método nuevo en el tratamiento de las adenitis inguinales terminadas por abscesos flegmonosos. La aspiracion del pus, practicada con uno de los aparatos aspiradores que andan en manos de todo el mundo, debe hacerse tan pronto como la fluctuacion haya demostrado la presencia del líquido. Puede repetirse varias veces si es necesario.

Segun las observaciones (unas 20) referidas por el doctor Pileur, este método abrevia la duracion del tratamiento, que es solo de veinte y tres dias; no deja ninguna cicatriz, y en fin, es poco doloroso para el enfermo. El trócar ordinariamente empleado tenia 1 milímetro tres cuartos de diámetro, y fué siempre suficiente para aspirar todo el pus.

Adenitis sifilitica: tratamiento por las inyecciones parenquimatosas de yoduro potásico. (*Wiener medical Presse*).

Las inyecciones medicamentosas en los tejidos enfermos están actualmente á la órden del dia en la prensa médica alemana. En un reciente trabajo publicado por el doctor Jacobo Wits, expone este práctico, cómo, despues de haber ensayado las inyecciones de yoduro de potasio para combatir la hipertrofia crónica de las amígdalas, se ha decidido á emplear el mismo medio con el fin de activar la resolucion de las adenitis de origen sifilítico. Gozando esta sal de propiedades muy activas como fundente, y no siendo irritante, cree el autor que debe proporcionar la curacion sin reacciones inflamatorias. Hasta ahora no posee mas que dos observaciones que refiere en su trabajo, pero anuncia que continúa las investigaciones.

En el primer caso, se trataba de una adenitis inguinal izquierda sifilítica del volúmen de un huevo. El yoduro de potasio al interior, las pomadas sobre la piel y la compresion no produjeron resultado alguno. Sin embargo, el enfermo reclamaba con insistencia la resolucion. En

estas condiciones, el doctor Jacobo Wits procedió del modo siguiente: introdujo oblicuamente la cánula de la jeringa de Pravaz, de modo que la abertura cutánea y la de la envoltura del gánglio no se correspondiesen; perforó esta é inyectó entonces la mitad del contenido de la jeringa. En este momento hubo en el gánglio una tension que se opuso á la penetracion del líquido; se empujó la aguja de manera que perforase un tabique transversal, y pudo así inyectarse una cuarta parte de la jeringa; atravesado otro tabique se hizo penetrar el resto del líquido: en el momento de retirar la aguja no salió ni líquido, ni sangre. La picadura fué indolente; la inyeccion un poco dolorosa y seguida en el mismo dia de una ligera rubicundez en la piel, que desapareció á la mañana siguiente. A las veinte y cuatro horas, el tumor habia disminuido de volúmen. El autor hizo 3 nuevas inyecciones con dos dias de intervalo. El octavo dia el tumor tenia el volúmen de una avellana, y á los quince habia desaparecido por completo. Se inyectaron en todo 9 centígramos de yoduro de potasio y 3 de yodo.

El segundo enfermo tenia una adenitis, contra la que durante cinco semanas se habian empleado inútilmente un gran número de medios. Se practicó todos los dias una inyeccion. Al séptimo, el tumor se hallaba reducido á la cuarta parte de su volúmen, y estaba tan duro que parecia imposible hacer una nueva inyeccion; entonces se practicaron dos en el tejido celular inmediato y la glándula se redujo hasta el tamaño de una judía. En este segundo caso, el enfermo recibió en todo 22 centígramos de yoduro de potasio en 10 inyecciones.

La solucion que emplea el autor se compone de: agua, 30 gramos; yoduro de potasio, 70 centígramos; tintura de yodo, 5 gotas.

Alopecia: tratamiento por medio de la electricidad.

(*Revue med.-chirurg. allem.*).

El doctor Waldenstrom ha tratado de remediar por medio de la electricidad la denudacion del cuero cabelludo. Para este fin aplica uno de los polos de la pila al nivel del gánglio superior del gran simpático, y el otro

sobre el punto de la piel del cráneo afectada de calvicie. En algunos de los casos que el autor ha observado salió el pelo á las seis semanas. En otro enfermo tratado del mismo modo obtuvo un éxito no menos favorable despues de dos meses de electriza-cion. A pesar de estos resultados, el doctor Waldenstrom, á fuer de prác-tico prudente, no se cree autorizado á preconizar este medio; le indica solo, creyendo que merece la pena de que se le experimente de nuevo.

Amigdalotomo de hoja de bisturi corvo.
(Gaz. hebdom.).

Apenas hay cirujano de los que han usado los diferentes amigdalotomos que figuran en el arsenal quirúrgico que no conozca los inconvenientes que ofrecen. Deseando evitarlos M. Aubry, fabricante de instrumentos de cirugía, ha presentado á la Academia de Medicina de Paris un instrumento de su invencion, que designa con el nombre de *corta amigdalas* con hojas de bisturí corvo y que tiene la ventaja de funcionar con una sola mano: el presente grabado (figura 1.^a) da á conocer perfectamente el mecanismo del instrumento que se maneja; poniendo dos dedos en los anillos D, colocando el pulgar en el anillo oval E, y una vez que la amígdala se encuentra encajada en la abertura A, se aproximan los anillos D al E, y la horquilla B punciona la glándula que no puede escaparse; cuando la horquilla ha llegado al fin de su curso, se pone tenso el órgano é inmediatamente la lámina cortante le secciona describiendo un arco de círculo como el que se

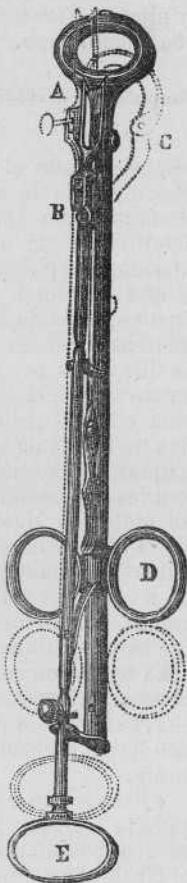


Fig. 1.^a

indica por las líneas de puntos C. A juicio del autor, este instrumento hace la operación mas segura, mas fácil y sin ningun esfuerzo, realizando un progreso que se buscaba hace tiempo.

Amputacion metódica de la lengua por la gálvano-cáustica.
(*Bull. de théér.*).

Considerando el doctor Bottini (de Novara), que el bello ideal de la amputacion de la lengua es extirpar este órgano sin herir las partes sanas adyacentes y sin comprometer de un modo inmediato la existencia del enfermo, ha publicado una interesante Memoria acerca de esta operación practicada por medio de la gálvano-cáustica, método que cree llena por completo el objeto indicado. Despues de hacer una historia muy concisa de los diferentes procedimientos que se han empleado para la amputacion de la lengua, de los accidentes que presenta y de los medios de precaverles, y prévia la exposicion de la anatomía quirúrgica de la region, expone el manual operatorio de su método. Los instrumentos necesarios son poco numerosos; sin contar la pila, emplea las pinzas de Museaux para fijar la lengua, y la aguja hueca que ha ideado Marion-Sins para la sutura en las fistulas vaginales; con la diferencia de ser, sin embargo, de un calibre mayor á fin de dar paso á un hilo mas grueso; por precaucion se deben tener muchas de estas agujas de distintas corvaduras.

La operación comprende dos tiempos: en el primero se separa el cuerpo de la lengua del suelo de la boca; en el segundo se la desprende del hueso hióide. Acerca de este punto creemos deber repetir las mismas palabras del autor:

«Despues de haber dispuesto los instrumentos y ensayado la intensidad de la corriente, se coloca al enfermo en una silla bien sólida y fuerte á la luz de una ventana; el cirujano se sienta enfrente y empieza la operación. Habiendo hecho abrir anchamente la boca y sacar la lengua, la coge con las pinzas de Museux y la tira hácia arriba y afuera todo lo mas posible haciéndola sostener por un ayudante. Con la aguja hueca perfora la base del órgano

de izquierda á derecha al nivel del pilar anterior, de modo que venga á salir la punta del instrumento muy cerca del pilar opuesto, auxiliándose en esta maniobra con el índice de la mano izquierda, que busca la aguja cuando se encuentra hundida en el espesor de la lengua. Inmediatamente que se ve, doblando el mango hácia la oreja izquierda, salir la punta por el lado derecho, el operador coge el hilo con el pulgar y el índice de la mano izquierda y le tira hácia afuera hasta que sea igual al del lado opuesto. Se retira la aguja, y el hilo de platino ocupa así el camino recorrido por el instrumento; se reunen los dos extremos sobre la línea media paralelamente al frenillo de la lengua. Se introduce en seguida cada uno de ellos en un par de reóforos, y despues de haberlos ajustado al mango, se aprieta el asa hasta que la punta de marfil de los conductores venga á tocar la márgen del frenillo.

» El cirujano examina entonces si el asa está bien colocada, si el alambre corre libremente en los reóforos, luego abriendo la corriente, aprieta con suavidad el asa hasta que haya excindido el tejido comprendido en la ligadura. Es necesario cuidar de no calentar demasiado el hilo y de no disminuir la intensidad de la corriente al hacer la constricción, porque este momento es el mas peligroso de la operacion, toda vez que en él se dividen los principales vasos que van á la lengua. Inmediatamente que se ve exudar sangre de las aberturas porque sale el hilo, se debe volver este en sentido contrario cambiando la direccion de la rueda, á fin de cauterizar los puntos que dan sangre.

» El cirujano pasa entonces al segundo tiempo de la operacion. Conservando la misma posicion, coge la lengua hácia su base, la confia á un ayudante, y con los dos índices hace pasar un alambre de platino hasta delante de la punta de la epiglótis, y, con la misma maniobra que en el tiempo anterior, aprieta el asa, y amputa así la lengua por completo. Si existiesen algunos puntos dudosos ó una pequeña exudacion de sangre, no habria mas que cauterizar estos sitios con un cauterizador de porcelana.»

La cura consecutiva es muy sencilla; consiste en aplicaciones de pequeños pedazos de hielo en las primeras veinte y cuatro horas, y en seguida en lociones hechas

con agua fenicada. Ordinariamente la escara empieza á desprenderse al quinto dia y cae por completo al duodécimo, entonces el profesor Bottini aplica sobre la herida un polvo compuesto de dos partes de ácido tánico por una de sulfato de alúmina.

La operacion no tiene consecuencias; no hay movimiento febril, y pasados algunos dias, el enfermo puede tragar sopas y potajes, y no tarda mucho en restablecerse por completo.

El doctor Bottini refiere dos observaciones de epiteliomas de toda la lengua, que han sido extirpados por este procedimiento. En el primer sujeto la reproduccion del proceso morbozo se verificó en los gánglios cervicales, transcurridos algunos meses; en el otro no tuvo lugar.

Anestesia local: nuevo procedimiento del doctor Letamendi.
(*La Independencia médica*).

La anestesia local es sin duda ninguna el bello ideal á que debe aspirar la cirujía; pero hasta ahora no se ha conseguido este resultado sino de una manera incompleta. El descubrimiento del doctor Letamendi de que ha dado cuenta el señor Cardenal en un extenso artículo publicado en la *Independencia médica*, parece que ha hecho dar un gran paso á la solucion de esta problema. Segun aquel distinguido cirujano, debia buscarse mientras no contásemos con otros agentes anestésicos que los hoy conocidos, la causa íntima de la irregularidad con que obra el éter aplicado por el método ordinario ó al menos el procedimiento que la hiciera desaparecer y evitara los tres escollos principales con que en su práctica se tropieza, que son: 1.º la inseguridad de la obtencion del efecto que se desea; 2.º la completa ignorancia, caso de obtenerse, del momento en que será un hecho esa analgesia; 3.º el excesivo gasto, no ya del material éter, sino de la susceptibilidad orgánica del paciente á los vapores que acaban por infestar su habitacion, y aun de la del mismo operador.

La resolucion de estos tres inconvenientes proporciona el extraño fenómeno observado por primera vez por el eminente profesor catalan, y sobre el cual ha hecho el

doctor Cardenal, en union suya y bajo su direccion, una série de experimentos interesantes que han puesto fuera de duda la importancia de tal procedimiento que este autor expone en los siguientes términos:

Escójase un aparato de Richardson que por la perfecta integridad de sus dos vejigas y de sus válvulas dé un chorro pulverizado perfectamente continuo y nunca intermitente, en una palabra, un aparato en buen estado, circunstancia de gran importancia para el caso actual; llénese de éter sulfúrico rectificado perfectamente neutro, que no altere en lo mas mínimo el papel de tornasol (1), y diríjase el chorro de éter pulverizado contra la parte que se desea anestesiar, manteniendo el aparato completamente fijo y á una distancia de unos 7 á 8 centímetros del tegumento (préviamente afeitado si la region fuese vellosa). Continúese la irrigacion por espacio tan solo de *dos minutos* (término medio que resulta de nuestras experiencias), y al cabo de ese tiempo se hará asiento la parte de una notable rubicundez y de una sensacion molesta de frio, con sensibilidad obtusa al tacto, pero sin escozor, si el éter reúne las condiciones que le hemos exigido. Llegados á este punto, practíquese con un bisturí convexo, en el centro de la zona enrojecida, una ligerísima incision de 8 á 10 milímetros de longitud, que atraviese tan solo el epidérmis, llegando á herir la red superficial del dérmis, ó bien algo mas profunda, si se quiere asegurar el éxito, pero en este caso *con cola*, es decir, con el corte llamado *en escapada* por los cirujanos, comprimiendo con el bisturí longitudinalmente y no levantando rápidamente el mango, como se exige para practicar un corte limpio: hecha como queda expresado esa ligerísima incision, prodúcese instantáneamente y como por encanto

(1) Debemos á la amabilidad del conocido farmacéutico doctor Aguilar la siguiente nota, que pone al alcance de todos la obtencion del éter perfectamente neutro:

« Aunque el éter sulfúrico se reponga en estado neutro, la accion de la luz determina en él la acetificacion. Para privarle del ácido acético, se tratará con una pequeña cantidad de cal hidratada reciente (que se obtiene mediante la immersion de un pedazo de cal comun en agua, de la cual se la separa al medio minuto, dejándola que aumente su temperatura y se pulverice por sí sola), de la cual basta echar un gramo proximately por kilogramo de éter agitándolo despues y dejándolo posar.» (Nota del Autor).

la conversion de la zona hiperémica del tegumento en anémica, propagándose rápidamente del centro á la periferia el cambio de coloracion, de una manera vistosa, que no sabria si comparar mejor al efecto de ciertos cuadros disolventes, ó al círculo ondulatorio, cada vez mayor, que produce en la superficie tranquila de las aguas la caída de un grano de arena, si bien esa especie de fuga sanguínea es mucho mas rápida que la de la onda líquida. Insistiendo, sin interrupcion, tan solo *algunos segundos más* en la irrigacion de la zona anémica, se hace verdaderamente isquémica, obtiéndose la verdadera anestesia definitiva de la parte, apareciendo en ella, al corte, los tejidos como manteca y sin el menor resto de sensibilidad, y viéndose ese círculo isquémico rodeado de otra zona anular de coloracion no tan blanca, especie de penumbra perfectamente preparada para adquirir el aspecto del centro. En efecto, basta entonces hacer seguir al chorro de éter la direccion que convenga al operador, para que, iniciada ya, vaya propagándose rápidamente la isquemia, habiendo conseguido en nuestros experimentos dar toda la vuelta á un brazo, descender hácia el antebrazo, subir hácia el hombro, etc., etc. Cesando por completo la irrigacion, los efectos desaparecen, como es natural, rápidamente; pero los tejidos quedan sin duda por algun tiempo impresionados de tal modo, que si al cabo de uno ó dos minutos de desaparecido todo efecto aparente se aplica de nuevo el chorro de éter, no solo en el punto primeramente anestesiado, sino aun en sus inmediaciones, prodúcese otra vez la placa isquémica, sin necesidad de nuevo corte.

Tememos ciertamente que nuestra descripcion, dice el autor, parezca exagerada ó no dé exacta idea del fenómeno, por lo que excitamos á nuestros lectores á que traten de comprobarlo por sí mismos; pues, aun estando prevenidos de antemano, no se puede menos al presentarlo, de lanzar una exclamacion de sorpresa, por extrañar, en efecto, la fuga instantánea de la sangre de un tejido el momento anterior hiperemiado, y aconsejamos al mismo tiempo que ese movimiento de sorpresa no haga suspender la irrigacion antes de obtenida la anestesia definitiva.

No es necesario esforzarse para comprender todas las ventajas que puede reportar la práctica quirúrgica, no solo ya de la rapidez en la obtencion del efecto deseado, sino de la seguridad del éxito, el conocimiento del momento operable, etc., etc. Los doctores Cardenal y Letamendi han ensayado y producido el fenómeno en los brazos, las piernas, el dorso, el pecho, el abdomen, la cabeza. Han practicado en sí mismos estas incisiones de prueba y han visto convertirse sus tegumentos en una especie de carton y quedar momificados y maleables, persistiendo en ellos la forma que se les diera por la presion.

Por consiguiente, el fenómeno es exacto y su obtencion segura, habiendo ya hecho aplicacion de él el sabio profesor de anatomía de Barcelona en varias operaciones. La primera fué la que dió origen al descubrimiento: se trataba de un neuroma cutáneo del brazo de una niña á quien operaba en la reducida habitacion de una modesta familia: el temor natural de infestar de éter aquel estrecho recinto, hizo que se decidiera á probar un hecho que habia concebido *à priori*, y el resultado vino á satisfacer su deseo y á confirmar su teoría, llevando felizmente á término la operacion. El resultado ha sido igualmente satisfactorio en otros catorce casos en que ha empleado el nuevo procedimiento.

En los individuos de piel fina, delicada y vascular, pero sana, como mujeres, niños y algunos hombres, el fenómeno se produce perfecta y rápidamente: en la piel mas resistente y curtida del hombre jóven ó adulto, así como en algunos tegumentos ya naturalmente poco vascularizados, tarda algo más en tener lugar y puede activarse practicando inmediatamente antes de comenzar la irrigacion unas ligeras fricciones, en el punto que deba anesthesiarse, con un cepillo de tocador perfectamente seco, que preparan el tegumento, aumentando su hiperemia hasta el punto de que en el brazo del doctor Cardenal se ha conseguido por ese medio, y apresurando la evaporacion del éter con un fuelle, obtener la placa isquémica en cuarenta y cinco segundos; finalmente, en los tegumentos alterados, crónicamente hiperemiados, en los de algunas neoplasias, como en los que circuyen ciertas úlceras callosas crónicas en que no existe ya tonicidad, ni resorte

fisiológico alguno, el fenómeno no se produce. Esto le lleva al autor á ocuparse de la explicacion que de él da el doctor Letamendi, es decir, de su teoría.

En primer lugar, es de advertir que para dicho profesor la anestesia local no es ni mas ni menos que el *espasmo extremo y absoluto* del sistema *nervioso vaso-motor*, y como resultado de este la *isquemia completa*, el *strictum absolutum* de los elementos vasculares de la parte, y precisamente esa teoría concebida *à priori* es la que le llevó, como ya se ha indicado anteriormente, al descubrimiento que nos ocupa. Siendo, en su concepto, el primer efecto apreciable producido por el éter sobre los tejidos, el de relajarlos, es decir, el de ocasionar su atonía, y, por consiguiente, su dilatacion vascular, va aumentando esta, por la continúa proyeccion del chorro etéreo, y para que la anestesia se produzca es preciso que venga un movimiento de enérgica reaccion de esos vasos capilares dilatados, que convierta su extremada dilatacion en constriccion extrema, su exagerado estado de *laxum* en *strictum* absoluto. Este efecto se determina á veces á la larga, aunque muy lentamente, por el procedimiento ordinario; pero en ciertas ocasiones, los vasos persisten en aquel estado primitivo, y el deseado movimiento de reaccion no se verifica. El doctor Letamendi pensó que ese estado semiparalítico de los vasos, excesivamente repletos de sangre, podia tal vez compararse á ciertas parálisis transitorias de la vejiga, en casos de retencion voluntariamente exagerada, y así como en estos últimos basta á veces la extraccion de algunas gotas de orina para que el receptáculo, antes excesivamente dilatado, recobre su contractilidad, creyó que era posible que un ligerísimo escape de sangre ó un pequeño aumento de la tension nerviosa de la red capilar bastara para que su contractilidad se disparase, si se nos permite la expresion... y en efecto, puesta en práctica esa idea, los curiosos resultados que llevamos expuestos vinieron á confirmarla con la instantaneidad del éxito, demostrando que basta la descarga nerviosa que ocasiona la pequeña herida vascular para producir el espasmo, y que es este tan rápido que no permite siquiera la salida de la menor cantidad de sangre por la incision, hasta despues de cesado todo

efecto anestésico, ó mejor isquémico. Todavía apoya la certeza de esta doctrina la circunstancia citada respecto á las condiciones de integridad funcional del tegumento, que exige la evolucion natural del fenómeno, pero en concepto del señor Cardenal hay más: aun en los hechos observados y admitidos por la fisiología clásica puede hallar sólido apoyo la teoría expuesta.

Lo extenso de este artículo y el poco espacio de que podemos disponer, nos priva de insertar á continuacion la série de experimentos practicados por los doctores Letamendi y Cardenal, y que confirman plenamente el hecho anteriormente enunciado. Nuestros lectores comprenderán bien toda la importancia del descubrimiento del sabio anatómico español, del que ya se ha ocupado con interés la prensa extranjera, especialmente los periódicos alemanes.

Aneurisma de la carótida externa, curado por la compresion digital. (Gaz. heb.).

Desde que el doctor Vanzetti vulgarizó la compresion indirecta por medio de los dedos, la mayor parte de los cirujanos han adoptado este método, y no recurren á otro sino cuando la compresion es impracticable ó impotente. Refiriéndose á un vaso, cuya ligadura ofrece tantos inconvenientes como la carótida, es mas importante esta regla. Las observaciones de aneurismas de esta arteria, tratadas con éxito por la compresion digital, no son tan numerosas que un nuevo hecho de este género carezca de importancia. Comprendiéndolo así el doctor Marqués, de Lisboa, ha presentado á la Academia de Ciencias y á la de Medicina de Paris un caso interesante de curacion.

El enfermo era un hombre de treinta años, que padecia un aneurisma indudable en la carótida externa derecha, y contra el que se decidió emplear la compresion digital, que empezó á practicarse el 3 de setiembre de 1874 en el Brasil. Los diez primeros dias se hizo durante cinco horas en cada uno, y los veinte y cinco siguientes diez ó doce horas. El enfermo tomaba una pocion con digitalina é hidrato de cloral, y se aplicaba al mismo tiempo sobre el tumor una vejiga llena de hielo. Al cabo de este tiempo

el aneurisma estaba notablemente duro, habia disminuido un poco de volúmen; pero continuaban siempre las pulsaciones. Desanimado se embarcó para Lisboa, donde se continuó la compresion desde el 21 de noviembre al 29 de diciembre, haciéndola al principio intermitente, y repetida muchas veces cada dia durante algunas horas, luego se practicó sin interrupcion durante una sesion de cuarenta y una horas que determinó la obliteracion completa y definitiva. La compresion se hacia comprimiendo directamente la carótida primitiva contra las vértebras cervicales, muy cerca del tubérculo de Chassaignac, abrazando la masa del esterno mastoideo con el pulgar por un lado, y el índice, el medio y el anular por el otro, de modo que cesase la pulsacion en el tumor. Al principio, á la media hora de compresion, el enfermo experimentaba vértigos, y luego lipotimias, de que salia tan pronto como se colocaba el cuerpo en posicion horizontal; esta fué, por tanto, la que se escogió para continuar el tratamiento hasta los últimos dias, en los cuales ya el sujeto pudo permanecer sentado, sin síncope ni alteraciones cerebrales. La compresion se practicaba alternativamente en la base del cuello y cerca del hueso hióides para evitar el dolor y la mortificacion de la piel. En suma: el tratamiento duró cuarenta dias y la compresion se hizo durante doscientas ochenta y tres horas, consiguiéndose una curacion completa. Este hecho, dice al terminar el autor, demuestra una vez más que la compresion total, precedida de la parcial, da en muchísimos casos excelentes resultados.

Antrax: tratamiento por medio del colodion. (*Union méd.*).

Con motivo de la nota publicada por el doctor Broca acerca del uso del colodion para detener la marcha invasora de la erisipela, el doctor Calvy, que emplea este medio hace bastantes años con entera confianza, refiere el caso de un cliente suyo de sesenta y dos años, gotoso y calculoso, muy pusilánime, á quien se le presentó un antrax en la region dorsal, adquiriendo en poco tiempo grandes proporciones.

El enfermo rehusó obstinadamente el desbridamiento,

y despues de algunas fricciones con belladona y el uso de tópicos emolientes simples ó laudanizados, que, como era de esperar, no produjeron resultado alguno, el autor se vió reducido por toda terapéutica externa á barnizar muchas veces al dia con colodion este voluminoso tumor, no dejando al descubierto mas que la parte por donde debia verificarse la supuracion. Aun cuando cree en la eficacia del colodion como tóxico en las superficies ocupadas por la inflamacion, no confiaba mucho en el éxito de este tratamiento, al que hubiera preferido las incisiones. Sin embargo, se equivocaba, segun dice, porque bajo la influencia de las capas repetidas de colodion elástico el dolor disminuyó progresivamente; el aparato febril remitió tambien, se estableció la supuracion, y el sujeto curó en mucho menos tiempo que el que se habria necesitado de emplear el desbridamiento.

Aun cuando de un solo hecho no pueden hacerse deducciones prácticas, bueno es, sin embargo, tener este presente, para ensayar el colodion en circunstancias análogas.

Arrancamiento del cuero cabelludo: curacion por medio de los ingertos dérmicos. (Union méd.).

El doctor Burdel, médico en jefe del hospital de Vierzon, ha tenido ocasion de observar un caso notable de herida extensísima por avulsion, curada por medio de los ingertos dérmicos. Era la enferma una muchacha joven, empleada en una fábrica, que al pasar por debajo de una rueda movida por una máquina de vapor, fué cogida por el pelo, arrancándola casi completamente la calota en forma circular; el resto del cuero cabelludo, cerca de los temporales y de la oreja, caia dislacerado en muchos colgajos, dejando el cráneo puede decirse que del todo desnudado. El autor hizo una primera cura lo mas rápida posible, á fin de no tener mucho tiempo expuesta al aire esta inmensa herida, y despues de haber lavado la calota del cuero cabelludo con agua alcoholizada, la unió á los colgajos, aun vivos, por medio de suturas, aun cuando sin esperanzas de que pudiese vivir y adherirse de nuevo esta extensa porcion de piel. Cubrió en seguida la cabeza

con una gruesa capa de algodón, sostenida por un vendaje circular bastante apretado. Cuando al tercer día levantó el apósito, encontró adheridas las partes vivas que habían sido reunidas por medio de suturas. Pero la calota en toda su circunferencia estaba encogida y mortificada, y bien pronto, cuando se la levantó, apareció la superficie del cráneo cubierta de una gran masa de mamelones carnosos. Se reemplazó entonces la calota por una compresa fina, empapada en un linimento oleo-calcáreo fenicado, que se cubrió, como anteriormente, con una capa de algodón. Gracias á la buena constitucion de la enferma, no se presentó ningun accidente extraordinario; pero la supuracion era abundantísima, y no se podía saber cómo se verificaria la cicatrizacion de tan extensa superficie denudada. Tres semanas despues del accidente, el doctor Burdel trató de aplicar ingertos epidérmicos sobre esta montaña de mamelones carnosos: al principio se contentó con poner, diseminadas en distintos puntos, algunas laminillas epidérmicas, tomadas en el brazo del padre de la paciente; á pesar de haberlas cubierto con una hoja de guttapercha, al segundo día, cuando se levantó el apósito, habían sido arrastradas por la abundancia de la supuracion. En este tiempo se presentó un principio de tétanos, cuyos síntomas fueron dominados por el uso interno del cloral, asociado á las inyecciones hipodérmicas de morfina.

Una segunda tentativa de ingerto epidérmico no tuvo mejor éxito que la primera. Entonces se le ocurrió al autor la idea de practicar una especie de autoplastia dérmica superficial, conforme á las indicaciones del doctor Guipon, de Laon; es decir, que desprendió un colgajo del cuero cabelludo de la cabeza de la misma enferma; este colgajo formaba una punta muy aguda, y estaba guarnecido de bulbos pilosos por una parte y de tejido celular por la otra. Antes de aplicarle, tuvo cuidado de escarificar ligeramente, con la punta del bisturí, una superficie de los mamelones carnosos igual á la representada por el ingerto que queria colocar. Hecho esto con toda la rapidez posible, mantuvo muy exactamente este pequeño colgajo con una hoja de guttapercha y capas de algodón, sostenidas con vendas. A los tres días tuvo la

satisfacción de advertir que el ingerto no estaba marchito y parecía adherirse. Transcurridos algunos más no solo se hallaba asegurada la adhesión, sino que el ingerto se hizo como un punto central, de donde irradiaba el tejido cicatricial.

Animado por este primer ensayo, aplicó el doctor Burdel otros tres ingertos semejantes, que tuvieron un éxito completo, y tres semanas después de estas últimas aplicaciones de autoplastia, el tejido cicatricial era perfecto. En la actualidad la jóven, enteramente curada, presenta en el vértice de la cabeza una extensa cicatriz, sembrada de cuatro pequeños islotes, guarnecidos de pelo.

Artropatías y ósteo-periostitis crónicas: tratamiento por medio de la ignipuntura. (*Bull. de thér.—Rev. des Sc. méd.*).

La ignipuntura empleada y propuesta por Richet, consiste en introducir profundamente en las articulaciones y en los huesos enfermos una punta metálica calentada al rojo blanco. El cauterio que emplea este cirujano se compone de una bola metálica de un centímetro de radio que sirve de reservorio al calórico. Sobre esta bola se atornilla una aguja de acero ó mejor de platino, de 4 á 5 centímetros de longitud, y que no tenga en su base más de 4 milímetros de diámetro. Puede fijarse en la bola, siguiendo la dirección del eje del mango del instrumento ó perpendicularmente á él; la primera de estas disposiciones es la mejor, porque la aguja puede introducirse con mas fuerza y se maneja con mayor precisión. Es preferible que sea de platino, á causa de que este metal no se reblandece con el calor, conserva mejor este, y sobre todo no se oxida, lo cual es una gran ventaja.

El doctor Julliard, cirujano mayor del hospital cantonal de Génova, ha sustituido al cauterio de Richet uno eléctrico, formado por un fuerte hilo de platino en forma de asa puntiaguda y montado sobre un mango armado de un botón, por medio del cual se modera á voluntad la intensidad de la corriente. Con este instrumento se evita la cauterización de la piel por irradiación que frecuentemente produce el cauterio de bola.

Las cauterizaciones se practican introduciendo rápida-

mente la punta enrojecida á 4 ó 5 centímetros de profundidad en los tejidos enfermos y retirándola inmediatamente. A veces sale un poco de sangre ó de pus, procedente de la cavidad articular. Con frecuencia tambien, cuando la punta ha penetrado en una sinovial distendida por el líquido, se escapa este en forma de chorro por el orificio fistuloso.

El número de las cauterizaciones que deben practicarse en una sesion, varía segun la extension de las lesiones. Inmediatamente despues se inmoviliza el miembro y se envuelve la parte cauterizada con compresas de agua fria ó una vejiga de hielo.

La ignipuntura puede emplearse en un gran número de enfermedades; pero en las que principalmente la usa el doctor Julliard, es en las artritis crónicas, las fungosidades de las sinoviales y las ósteoperiostitis. En las artritis crónicas, cuando la articulacion encierra pus, las punciones incandescentes producen á veces resultados notables en casos en que habian fracasado todos los demás tratamientos.

El doctor Julliard ha estudiado detenidamente los fenómenos que suceden á la cauterizacion por ignipuntura. La piel toma alrededor de la picadura un color rosado durante los primeros minutos; el orificio queda abierto y los bordes presentan una coloracion parda. Pasadas veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas, la abertura se encuentra generalmente obliterada, verificándose la reunion por primera intencion. Otras veces el trayecto supura y en ocasiones queda una fístula. Esto último es lo menos favorable, y depende por lo comun del mal estado general de los sujetos. Si los bordes de las picaduras se ponen fungosos y descoloridos, no hay nada que esperar de la operacion. Ordinariamente la ignipuntura produce una sedacion marcada en los dolores articulares y un alivio en el estado general. Pasados algunos dias, el volumen de la articulacion disminuye, sobre todo cuando existe una cantidad notable de líquido en la sinovial. Si la aplicacion de 20 ó 30 puntas en 4 ó 5 sesiones, practicadas con algunos dias de intervalo, no ha producido efecto durable, es inútil insistir; la ignipuntura es entonces impotente.

El autor ha podido estudiar con el doctor Espine la transformacion de los tejidos, producida por la ignipuntura sobre las partes blandas, en un enfermo que sucumbió ulteriormente á una afeccion extraña. En los puntos correspondientes á las picaduras, se veía un cono inodular con la base dirigida hácia la piel. Examinados con el microscopio se observó que estos conos estaban constituidos por dos elementos: fibras de tejido conjuntivo que ocupaban el centro y células planas de núcleo oval, mas numerosas en las partes inmediatas á la articulacion. El tejido inodular, primitivamente desarrollado en el trayecto de la puntura, tiende á invadir los tejidos inmediatos, transformándoles en tejido fibroso cicatricial.

El doctor Julliard termina su Memoria con la relacion detallada de 15 observaciones, en que ha empleado la ignipuntura. En 43 tumores blancos y artritis tratadas de este modo, ha obtenido siete veces un resultado satisfactorio. En 5 casos hubo un alivio momentáneo y solo en uno, á consecuencia de la ignipuntura, supuró la articulacion y se presentó una erisipela.

Caida ó prolapso del recto; tratamiento por el chorro de percusion sobre el ano y el periné. (*Journ. de med.*).

El doctor Saint-Germain recomienda para la curacion de los prolapsos del recto un método sencillo, de aplicacion fácil, inocente en cierto modo, y con el que ha obtenido excelentes resultados. Consiste en reducir el tumor, aplicar el pulgar sobre el ano para mantenerle reducido, y hacer dar un chorro de percusion en esta parte; todas las mañanas se repite la misma maniobra durante veinte ó treinta dias.

El autor ha empleado este medio en cuatro veces sucesivamente en niños de cuatro á siete años, y en todos con un resultado tan favorable como rápido. El primero era un caso muy difícil: el niño habia sufrido toda clase de tratamientos, y la mucosa, constantemente fuera del ano, formaba un prolapso considerable de 8 á 9 centímetros de longitud. Entre los medios empleados anteriormente, debemos citar la aplicacion del hierro candente en cuatro puntos, como lo hacia Guersant, y las

inyecciones de estriknina que se practicaron á dosis bastante elevadas para determinar violentas convulsiones; nada de esto sirvió para curar radicalmente el padecimiento.

El autor hizo uso de su método, y el prolapso no se reprodujo hasta la noche. A la tercera ducha, el enfermo estuvo ocho dias sin la procidencia, al cabo de los cuales se reprodujo una vez, que definitivamente fué la última. Se continuaron los chorros durante veinte dias más, consiguiéndose una curacion definitiva que no se ha desmentido despues.

En los otros niños, la curacion fué infinitamente mas rápida y no menos segura.

Saint-Germain ha tenido ocasion de emplear este procedimiento en un adulto, en un hombre de sesenta y siete años, afectado de procidencia del recto con hemorroides; era un estado sumamente penoso que ya habia sido tratado sin éxito. Se emplearon los chorros de la misma manera que en los niños, continuándolos por espacio de seis semanas. La curacion se sostuvo perfectamente desde el dia cuarenta y cinco.

Trátase, como ha podido verse, de un medio sencillo, fácilmente aplicable en todas partes y con especialidad donde existen establecimientos hidroterápicos. Es preciso emplear un chorro fuerte, que percuta con energía. Pero á falta de mecanismos tan bien dispuestos, seria fácil con un tubo de caoutchouc y un recipiente bastante elevado para el agua, obtener un chorro de la fuerza necesaria para lograr el resultado que se desea.

Cáncer de brea y de hollin. (*Revue des Sc. méd.*).

Con este título ha presentado el doctor Volkusann, al tercer Congreso de los cirujanos alemanes (abril de 1874), la observacion de tres casos de cáncer primitivo del escroto en obreros fabricantes de parafina. La identidad con el cáncer de los deshollinadores es completa, tanto bajo el punto de vista del neoplasma mismo, como respecto al curso de la afeccion. El carcinoma se desarrolla á consecuencia de estados inflamatorios crónicos, hiperplásicos, y puede presentarse en los puntos mas variados

del cuerpo. Estas observaciones son tanto mas interesantes cuanto que los productos del carbon tienen extensísimas aplicaciones, y que Langenbeck ha indicado ya los inconvenientes de los vendajes de parafina que determinan una afeccion cutánea muy rebelde.

El primer estadio de la enfermedad se hace notar por una comezon muy viva que ha dado motivo á que los obreros la den el nombre de *sarna de brea*. Luego se aumenta la actividad de las glándulas sebáceas y de la piel, y hay una produccion abundante de epidérmis que se pone brillante. Al mismo tiempo, el dérmis, mas denso, se arruga y presenta pasado algun tiempo nudosidades del volúmen de una cabeza de alfiler, ora lisas, ora erizadas de puntas (*ictio ni hystrix*).

Se encuentran generalmente sobre el cuerpo de estos obreros manchas psoriasiformes, pápulas acnéicas ó elevaciones duras, resistentes, á veces confluentes. Se podrian confundir los casos ligeros con los exantemas sifilíticos, mientras que los mas intensos tienen el aspecto del eritema nudoso. En este período la enfermedad es aun susceptible de curar espontáneamente siempre que el sujeto renuncie á su profesion. El cáncer escrotal ataca de preferencia la parte posterior de las bolsas.

La primera observacion se refiere á un hombre de cincuenta y seis años que trabajaba hacia once en la parafina. Tenia el cuerpo cubierto de una veintena de verrugas: muchas veces ya se habia quitado algunas del escroto, ligándolas con un hilo. A consecuencia de la última de estas operaciones, se produjo una ulceracion seguida de un epitelioma que destruyó la parte posterior del escroto y del periné. Presentaba además sobre el pene un papiloma vegetante que reconocia el mismo origen. Despues de haberle practicado la ablacion del testículo y la extirpacion de la verruga peniana, salió curado del establecimiento.

El segundo enfermo es interesante á causa de la multiplicidad de las producciones morbosas, que eran en número de tres.

Cáncer de la glándula mamaria precedido de erupciones en la aréola del pezón. (*Revue. des Sc. méd.*)

El distinguido cirujano de *St. Bartholomew's Hospital* sir James Puget ha podido observar 15 hechos en que una afección crónica de la piel del pezón y de la aréola ha sido seguida del desarrollo de un cáncer escirroso en la glándula mamaria.

En ninguno de los casos ha diferido la erupción de las que se describen en los tratados de enfermedades de la piel, con los nombres de eczema rebelde ó de psoriasis. Aunque admitiendo la posibilidad de la curación ó de la persistencia sin otra enfermedad consecutiva, sir Puget ha observado en todos los casos que ha podido seguir, presentarse el cáncer en el transcurso de un año como término ordinario ó de dos como máximo.

La erupción ha resistido á todo tratamiento local ó general continuando aun despues que las partes afectadas de la piel han sido invadidas por el cáncer.

Nunca ha empezado este por los puntos enfermos de la piel, sino siempre en el tejido glandular, con interposición de tejido sano en apariencia. En cuanto al cáncer mismo no ofrecia nada de particular. Las enfermas eran todas mujeres de cuarenta á sesenta años y más, no presentando por lo comun cosa notable mas que su padecimiento.

El autor ve en este encadenamiento de fenómenos una relación de causa á efecto, y encuentra la prueba en una sucesión semejante observada por él en otros puntos. Cáncer del glánde precedido de una lesión superficial análoga á una balanitis crónica; cáncer del labio inferior precedido de irritaciones crónicas de naturaleza variada.

En fin, como ejemplo mas frecuente de casos de este género, cita las enfermedades sífilíticas superficiales de la lengua, que serian seguidas (y no reemplazadas) por cánceres cuyo principio no tiene lugar siempre en el sitio primitivamente afecto de la lengua.

Para explicar estos hechos, dice el autor, puede admitirse que una enfermedad superficial provoca en los tejidos subyacentes, en el espacio de algunos meses, una degeneración tal que se hacen aptos para ser asiento de

cánceres y que esto puede observarse con especialidad en esos tejidos que parecen naturalmente mas predispuestos á este padecimiento como la glándula mamaria, la lengua y el labio inferior. Es de sospechar, continúa sir James, que irritaciones superficiales análogas entran por mucho en la frecuencia del cáncer del recto, del píloro y de la válvula íleo-cecal; en estas partes, la degeneracion que puede ocurrir naturalmente en la vejez, determinando aptitud para el cáncer, puede anticiparse haciéndose prematuramente suficiente por una alteracion de la nutricion.

Bajo el punto de vista práctico, el autor plantea la cuestion, sin resolverla definitivamente, de si en un individuo procedente de una familia de cancerosos seria conveniente extirpar ó destruir toda porcion de piel enferma desde el momento en que se la reconozca incurable por medios apropiados. Dos veces ha intentado este medio, pero cree que demasiado tarde.

Cáncer de la mama: extirpacion por medio de las tijeras con anestesia local. (*The Lancet*).

Con el fin de evitar los peligros de la anestesia general en dos enfermas afectadas de cáncer del pecho, que presentaban los signos de una lesion cardíaca, el doctor Richardson no vaciló en recurrir á la anestesia local por medio del éter.

La primera enferma, mujer de cincuenta años, que tenia un escirro en el pecho izquierdo, del volúmen de un huevo de gallina, fué operada el 8 de mayo. Se dirigió un chorro de éter ordinario sobre el tumor, durante cinco minutos, luego se le sustituyó con el éter llamado anestésico, mezcla de éter é hidruro de amilo. Las partes presentaron muy pronto la consistencia de una bola de nieve. Richardson, para circunscribir el tumor, se sirvió entonces de tijeras fuertes, puntiagudas y un poco corvas, con las que seccionó la piel. Para separar el tumor de los tejidos ambientes, empleó un par de tijeras ó especie de tenazas de bordes dentados. La operacion duró tres minutos, durante los cuales no salió sangre. La mujer, que daba cuenta exacta de sus sensaciones, declaró no haber

experimentado en ningun momento verdadero dolor. La curacion de la herida se verificó rápidamente.

La segunda enferma tenia un tumor del volúmen de un huevo pequeño, situado en el pecho derecho, cerca de la axila y un poco adherido al músculo pectoral. En razon de las alteraciones cardíacas que presentaba, el médico de cabecera se opuso formalmente á la anestesia general, y Richardson practicó la extirpacion del pecho de la misma manera y con igual éxito que en el caso anterior.

Lo notable despues de estas dos operaciones es que los fenómenos cardíacos, aunque muy acentuados, desaparecieron completamente en ambas enfermas.

Richardson emplea las tijeras en lugar del bisturí para la seccion de los tejidos congelados, sencillamente porque se hace con mas facilidad de este modo, y exigiria por el contrario grandes esfuerzos si se ejecutase con el bisturí.

Carbunco y pústula maligna: tratamiento por la inyeccion de líquidos antivirulentos. (*Bull. de théér.—Gaz. hebdom.*)

Los trabajos de Davaine han hecho concebir la esperanza de que pueda encontrarse un nuevo método de tratamiento exento de los inconvenientes de la cauterizacion y mas eficaz que ella, para combatir la invasion de la cruel enfermedad que se conoce con el nombre de pústula maligna y carbunco.

Esta esperanza, fundada ya en algunos ensayos, se ha convertido en realidad segun el doctor Raimbert, que ha presentado á la Academia de Medicina de Paris un trabajo conteniendo tres observaciones en que la inyeccion de líquidos antivirulentos ha producido los mejores resultados.

Recordando el doctor Davaine los progresos sucesivos que han introducido en el conocimiento de las enfermedades carbuncosas los trabajos de la Asociacion de los médicos y veterinarios de Eure-y-Loira y sus propias investigaciones sobre la presencia de las bacteridias en la sangre, demuestra que han hecho nacer la idea de que, si se llegase á matar estos pequeños seres por un medio cualquiera, sin dañar al organismo en que se desarro-

llan, se curaría la afeccion que determinan. Si las enfermedades carbuncosas fuesen con efecto producidas por el desarrollo de vegetales microscópicos, de bacteridias, parece indudable que las sustancias antivirulentas como amoniaco, ácido fénico, potasa, yodo, matarian estos pequeños seres en el seno del organismo, pero este seria destruido al mismo tiempo que aquellos.

Si el carbunco fuese desde el principio, dice el autor, una enfermedad general, seria necesario que el líquido antivirulento penetrase en todos los órganos; pero no es esta la forma con que se nos presenta. Este padecimiento, en el hombre, es casi sienmpre, si no siempre, primitivamente local. Gracias á esta circunstancia los medios de tratamiento que se han empleado hasta ahora han logrado curarle algunas veces.

Del conocimiento de la evolucion de las bacteridias resulta que, para matarlas, basta introducir en el líquido seroso que las contiene uno de los antisépticos cuya accion ha sido estudiada.

Poco tiempo despues de haber dado conocimiento M. Davaine de sus trabajos á la Academia de Ciencias, se aplicó el yodo con feliz éxito á la curacion de un edema carbuncoso.

El doctor Raimbert refiere en su comunicacion dos casos en que ha empleado el ácido fénico con excelente resultado; en un tercero usó el yodo, y aunque en este, la enferma, que estaba embarazada, muriese por consecuencia de un parto prematuro, la afeccion carbuncosa habia sido, segun todas las apariencias, préviamente curada.

En las cuatro observaciones que M. Davaine refiere en su informe á la Academia, se practicó la cauterizacion desde el principio, y en todas ellas la inyeccion de los líquidos antivirulentos se hizo cuando ya se vió que no se habia conseguido detener el curso del padecimiento y que nada podria esperarse de la cauterizacion. Las inyecciones hechas entonces, y en cierto modo *in extremis*, produjeron un alivio rápido en los puntos en que se ejecutaron. A juicio de M. Davaine, los hechos del doctor Raimbert tienen grande importancia, porque fijan definitivamente el valor de un método de tratamiento que posee todas la ventajas que acabamos de enumerar.

El doctor Estradere ha presentado por su parte un trabajo á la Sociedad de Terapéutica, manifestando que desde hace tres años ha tenido ocasion de tratar muchos casos de pústula maligna por un método que cree completamente nuevo y que es de muy fácil aplicacion; resulta de sus observaciones que no solo es eficaz en el primer período de la afeccion, sino en todos los grados de la enfermedad y cuando ya parece que la intoxicacion está tan avanzada que debe verificarse la muerte en un breve término.

El ácido fénico es el remedio que el autor emplea *intus et extra*, y á él debe la curacion de varios casos, y entre ellos uno muy grave que forma el objeto de la quinta observacion de las contenidas en su Memoria.

Este sujeto se presentó al doctor Estradere el 7 de setiembre de 1874 atacado de un edema del cuello que databa del dia precedente. Debajo de la apófisis mastóides izquierda habia un punto mas elevado y de un color violáceo, el centro de él estaba formado por una pequeña mancha color de heces de vino, resultado de una pústula dislacerada probablemente con las uñas. Esta herida se hallaba rodeada de cierto número de vesículas llenas de una serosidad negruzca, el infarto edematoso elevaba la parte posterior de la oreja y la piel del cuello, llegando el edema hasta la clavícula.

El enfermo habia desollado dos dias antes dos vacas muertas de carbunco. El doctor Estradere incindió crucialmente la pústula y la cauterizó en seguida con el nitrato de plata. Al dia siguiente el mal habia empeorado. El edema se extendia al cuero cabelludo, la frente, el ojo izquierdo, la mejilla, los dos labios y la barba. El cuello estaba de tal modo tumefacto, que la hinchazon se elevaba mas que la cara y se extendia por la parte anterior del pecho. La pequeña herida que existia el dia anterior se habia convertido en una escara negra, y este color negruzco avanzaba hácia la parte media del torax. Para oponer una barrera á esta hinchazon, practicó dos grandes incisiones que interesaban la piel y el tejido celular subcutáneo al nivel de los pectorales; salió un líquido de un color amarillento. Habia ansiedad en la respiracion, que estaba agitada, y el enfermo decia que se moria.

El autor prescribió una pocion compuesta de agua destilada de flor de tilo , 200 gramos ; jarabe de quina , 60 gramos ; ácido fénico , 1 gramo , para tomar una cucharada cada dos horas ; compresas fenicadas sobre el cuello y las dos incisiones y café para bebida usual.

Por la tarde el enfermo estaba mas tranquilo ; sin embargo , el edema habia hecho progresos , descendiendo hasta debajo de los pezones . Las incisiones practicadas al nivel de los pectorales dejaban exudar un líquido seroso y amarillento . El paciente habia tomado toda la pocion en tres horas y estaba ya á la mitad de la segunda , habiendo ingerido por consiguiente gramo y medio de ácido fénico en el espacio de ocho á nueve horas . El doctor Estradere le recomendó que fuese mas prudente en lo sucesivo y no tomase tanta cantidad de medicamento .

El dia 6 por la mañana se hallaba menos agitado que la víspera ; habia podido echarse . La hinchazon de la cara era menor , y la del cuello estaba reemplazada por una escara grisácea que venia á terminar en el límite inferior de las incisiones que se habian hecho en la region pectoral ; se continuó administrando la pocion cada dos horas y la aplicacion de las compresas de agua fenicada sobre todas las partes mortificadas . A los quince dias el doctor Noudon pudo desprender , por medio de las tijeras y las pinzas , una gran parte de la escara . El fondo se puso de un rojo vivo , los mamelones carnosos se desarrollaron con bastante rapidez y se verificó gradualmente la cicatriz , que era completa á fin de enero de 1875 .

Esta observacion prueba , á juicio de doctor Estradere , de la manera mas palpable , la eficacia del ácido fénico , ya al interior para detener la intoxicacion carbuncosa , ya al exterior para curar las heridas de naturaleza contagiosa .

El autor refiere otros cinco hechos de pústula maligna en distintos períodos , tratados de la misma manera y en que se consiguió una curacion radical .

Ante resultados tan decisivos no puede , á su juicio , ponerse en duda la eficacia del ácido fénico contra los terribles accidentes de la pústula maligna , y deben abandonarse todos los demás medios terapéuticos para no aplicar mas que este que es con el que se han conseguido mayores triunfos .

En concepto del doctor Raphael, los casos de curacion de M. Raimbert podrian muy bien referirse á las cauterizaciones que se practicaron en el principio, sin que sea obstáculo para ello el que continuase aumentando el edema, porque este es el curso general del padecimiento, y de consiguiente no pueden servir estos hechos para probar la eficacia de las inyecciones antivirulentas, y seria imprudente confiando en ellas descuidar la cauterizacion.

Cauterizacion: efectos comparados de la que se practica en tejidos normales y en otros previamente anemiados por el método de Esmarch. (Gaz. hebdom.).

Todos los cirujanos admiten los servicios prestados por el método de Esmarch, particularmente en las operaciones que exigen las enfermedades del sistema óseo; pero falta aun conocer las modificaciones que la isquemia imprime en el modo de conducirse los tejidos consecutivamente. Estudiando uno de estos puntos el doctor Laroyenne, ha observado en sus operaciones los resultados de la cauterizacion actual sobre los tejidos privados de sangre por la aplicacion de dicho método, y ha visto en todos los casos que ya sea objetiva, ya subjetiva, tiene mucha mayor actividad y sus efectos son incomparablemente mas marcados. Así, el hierro rojo destruye mas profundamente las partes blandas y el tejido óseo, que si ejerciese su accion sobre un miembro en que no se hubiera suspendido la circulacion. En el momento mismo en que se efectúa la cauterizacion los efectos son inapreciables, y aun pueden engañar por su aparente benignidad, porque aquella se practica con la mas perfecta sencillez. El campo operatorio no presenta ni líquido, ni humo, ni nada que pueda ocultar los puntos que se quieren tocar y los que es esencial que se respeten. Los tegumentos no se ponen rubicundos bajo la influencia del calórico radiante; conservan su color normal ó blanquean ligeramente; la extension y la profundidad de las quemaduras no aparecen hasta que se ha quitado la venda elástica y restablecido la circulacion. Pueden formarse, por el levantamiento de la epidérmis ampollas gaseosas que estallan en el momento mismo de su aparicion. Este fenómeno es absolutamente igual al que el doctor Mar-

tenot ha dado como signo cierto de la muerte, despues de haber intentado producirle inútilmente en el vivo. Las fungosidades, el tejido óseo, son destruidos profundamente por la cauterizacion inherente, como lo demuestran la extension y el espesor de las partes escarificadas y condenadas á la eliminacion.

La actividad de este modo de cauterizacion no tiene nada de sorprendente. El hierro conserva por mas tiempo su elevada temperatura. Además, los tejidos exangües son mejores conductores del calor que cuando están impregnados en su intimidad por la corriente sanguínea y los diversos líquidos plasmáticos ó patológicos.

De estas consideraciones resulta que es necesario estar prevenidos respecto á los efectos de la cauterizacion en un miembro anemiado por el método de Esmarch; y que por otra parte, gracias á esta isquemia temporal, es fácil obtener rápidamente la destruccion de las fungosidades y una modificacion profunda de las paredes óseas, que muchas veces, á consecuencia de una excavacion ó de una extraccion de secuestro, reclaman este complemento operatorio.

Los cauterios potenciales, segun ya lo hacia prever la teoría, no producen casi efecto sobre los miembros sometidos á la compresion del cirujano de Kiel.

Cistitis amoniacal: tratamiento por el ácido benzóico. (*Arch. gén. de méd.*).

El profesor Gosselin y M. Albert Robin han establecido en un trabajo anterior, que la orina amoniacal del hombre es tóxica en alto grado, y que á la presencia del carbonato de amoniaco en ella deben atribuirse los accidentes que sobrevienen despues de su reabsorcion en las operaciones que se practican en las vias urinarias.

Hay en estas circunstancias otro efecto no menos importante: el estado amoniacal de la orina favorece la formacion de los cálculos de fosfato amoniaco-magnesiano por un mecanismo que el profesor Robin ha expuesto perfectamente. «Los fosfatos de magnesia, dice, desempeñan un papel importante en la economía, en razon de la propiedad que poseen de combinarse con el amoniaco

que fijan y saturan. En los diversos humores y en la orina se apoderan de este álcali á medida que se forma, y neutralizan así sus efectos, impidiendo que quede en estado de libertad. El amoniaco, reemplazando al equivalente de agua del fosfato tribásico, da origen al fosfato amoniaco-magnesiano, que desgraciadamente es insoluble. Sus cristales, encerrados en las masas viscosas que forma el moco vesical cuando ha obrado sobre él el carbonato de amoniaco, pueden, permaneciendo en el bajo fondo de la vejiga, convertirse, si no son arrastrados por la orina, en centro de atraccion de cristales análogos, cuya reunion constituirá una masa cada vez mas voluminosa: tal es el modo probable cómo se forman los cálculos fosfáticos.»

En vista de estos efectos, producidos por la presencia del carbonato de amoniaco en la orina, el problema que habia que resolver consistia en saturarle, evitando, sin embargo, emplear cuerpos que pudieran formar sales insolubles ó tóxicas por su combinacion, ya con el carbonato de amoniaco, ya con otros elementos de la orina, toda vez que siendo complexas y mal conocidas las causas de la trasformacion de la urea, no es fácil evitar su descomposicion. Si se consiguiese, pues, efectuar esta saturacion, se prevendrian, al menos en parte, los accidentes locales y generales, debidos á la reabsorcion de una orina amoniacal y al contacto de esta con los tejidos divididos. En todo caso, la neutralizacion del carbonato de amoniaco de las orinas alteradas será un auxiliar poderoso de las medicaciones que ordinariamente se emplean en las enfermedades de las vías urinarias.

El carbonato de amoniaco es una sal muy alcalina, casi una base, en razon de la facilidad con que se separa de ella su ácido carbónico: se debe, pues, buscar entre los ácidos los que mejor respondan al programa antes indicado.

Los autores dan la preferencia al ácido benzóico, cuyo modo de trasformacion, perfectamente conocido, es siempre idéntico, mientras que no puede tenerse esta misma seguridad con otros cuerpos recientemente estudiados y que pudieran ofrecer tambien algunos inconvenientes ó peligros.

Existen sustancias que tienen grandes analogías de

composicion con el ácido benzóico, y que sufren en el organismo modificaciones de la misma naturaleza; tales son los ácidos cinnámico, toluico, salicílico, etc.: estos compuestos son eliminados en estado de ácidos azoados; el ácido cinnámico da el ácido hipúrico; los otros dos forman el ácido tolúrico y el salicilúrico, estudiados ya por Bertagnini. En razon de esta semejanza, quizás podrian emplearse en el caso que nos ocupa como sucedáneos del ácido benzóico. Tiende á confirmar esta opinion el buen resultado que frecuentemente se obtiene en las enfermedades de las vias urinarias con el uso del bálsamo del Perú, de Tolú, etc., que, como es sabido, contienen, además del ácido benzóico, una gran cantidad de estos ácidos aromáticos.

El ácido benzóico en su paso por la economía se transforma, segun ha reconocido Ure en 1841, en ácido hipúrico, que se encuentra en la orina combinado con el amoniaco. Administrado en el hombre en cantidad de 2 á 6 gramos, no ha producido efecto alguno desagradable, ni diarrea, ni vómitos, ni pérdida de apetito; el único fenómeno que se observa algunas veces es cierta sequedad de la garganta y una ligera sensacion de escozor en el momento en que el ácido se encuentra en las vias digestivas superiores.

El ácido hipúrico á que da lugar aumenta la acidez de las orinas normales, y en las amoniacales impide la formacion de depósitos fosfáticos, combinándose con el amoniaco, que constituiria sin esto, con el fosfato de magnesia contenido en la orina, un fosfato amoniaco-magnésiano insoluble. Los hipuratos en general, y en particular el de amoniaco, son muy solubles; tales son las razones que han determinado al profesor Gosselin á administrar en el hombre el ácido benzóico, á fin de remediar el estado amoniacal de la orina.

Este ácido es poco soluble en el agua fria (1 parte de ácido se disuelve en 6 ó 7 de agua á 0°), lo que constituye una dificultad en su uso. Los autores le han prescrito á sus enfermos en suspension, ya en una pocion gomosa, ya en 1 litro de agua dulcificada y aromatizada (limonada benzóica). Este último modo es preferible, sobre todo si se favorece la disolucion del ácido haciendo templar la

limonada despues de haberla adicionado 5 á 10 gramos de tintura de canela por litro. Esta tintura contiene ácido cinnámico, que, por su trasformacion en ácido hipúrico, viene á auxiliar la accion del benzóico. La pocion gomosa puede prescribirse en la siguiente fórmula : ácido benzóico, 1 á 3 gramos; glicerina neutra, 4 á 6 gramos; julepe gomoso, 150 gramos. En general es necesario empezar por 1 gramo diario, y llegar rápidamente á 3 y 4 gramos. En muchos enfermos se pueden administrar hasta 6 gramos sin inconveniente, á menos que se continúe esta cantidad durante mucho tiempo; entonces es cuando hay sequedad y escozor en la faringe. El resultado (acidificar ó neutralizar una orina amoniacal) no se produce inmediatamente; los límites extremos que los autores han observado son de cinco á diez y nueve dias; el medio, de siete á ocho dias; la neutralidad ó la acidez se anuncian siempre por la disminucion y la disposicion de los depósitos fosfáticos, del pus y de la sangre, y por una modificacion en el olor de las orinas, que pierden poco á poco su fetidez.

Los autores refieren cinco observaciones con detalles en apoyo de esta accion benéfica del ácido benzóico. La última es tomada de Ure; las otras cuatro, relativas á hombres de cincuenta y seis á noventa y dos años, han sido recogidas en estos últimos tiempos. En todos los casos la administracion del ácido benzóico ha dado buenos resultados.

Restaba demostrar que el hipurato de amoniaco, que se forma cuando se toma el ácido benzóico, no ejerce accion tóxica por sí mismo, lo cual se ha probado con experimentos hechos en conejos comunes y de Indias, que han podido resistir inyecciones á dosis elevadas de esta sal. La orina, modificada por el ácido benzóico, ha sido muy débilmente tóxica en los conejos á quienes se inyectó, mientras que la amoniacal los mataba en el espacio de tres á cinco dias.

En virtud de todos los datos expuestos en esta Memoria, los señores Gosselin y Alb. Robin se creen en el caso de formular las conclusiones siguientes:

1.^a Entrando el estado amoniacal por mucha parte en la produccion de los accidentes que sobrevienen despues

de las operaciones en las vías urinarias, es muy ventajoso suprimirle ó disminuirle.

2.^a El ácido benzóico, los bálsamos que le contienen, y probablemente tambien otros productos vegetales (salicina, ácido cinnámico, etc.), pueden conducir á estos resultados.

3.^a El ácido hipúrico producido obra de muchas maneras:

a. Formando un hipurato de amoniaco menos tóxico que el carbonato de la misma base.

b. Retardando la descomposicion de la orina, y, por consiguiente, la produccion del carbonato de amoniaco.

c. Impidiendo la formacion de depósitos fosfáticos insolubles, que son una causa de cistitis, y pueden convertirse en punto de partida de cálculos vesicales.

4.^a La administracion del ácido benzóico debe aconsejarse á los sujetos afectados de cistitis amoniaco-purulenta, y con particularidad á los que han de sufrir operaciones en las vías urinarias.

Es tan evidente la importancia práctica de estas conclusiones, que creemos innecesario excitar á nuestros lectores á que traten, por todos los medios posibles, de comprobar experimental, y sobre todo clínicamente, las ideas enunciadas en el trabajo que acabamos de analizar.

Contusion del periné complicada con rotura de la uretra y retencion de orina: tratamiento. (*Union méd.*).

Cuando se consultan los autores respecto á la conducta que debe seguir el cirujano en los casos de contusion del periné sin herida exterior, pero complicada de retencion de orina y de rotura de la uretra, el ánimo queda vacilante; pues mientras los unos aconsejan la puncion suprapubiana, otros quieren que se practiquen incisiones en el periné, y no falta quien recomiende que se recurra con preferencia á todo á los antiflogísticos

Ante estas divergencias de opinion, ha creido el doctor Notta, de Lisieux, que tres observaciones terminadas por la curacion, podrian ofrecer algun interés bajo el punto de vista de la terapéutica, y las ha dado á conocer á la Sociedad de Cirugía de Paris en una sustancial memoria.

En el primer caso se trataba de un hombre de treinta y dos años que recibió fuertes patadas en la region perineal. No habia solucion de continuidad en la piel. La uretra estaba rubicunda y el enfermo no pudo orinar. Todas las tentativas de cateterismo que se hicieron fueron inútiles. A las treinta y seis horas existia una infiltracion urinosa que habia invadido el escroto y la piel del miembro. Se practicó una grande incision en el periné, que dió á la orina una vía fácil de salida. Tres dias despues se puso una sonda permanente, y á los cincuenta dias, salió el enfermo del hospital perfectamente curado.

La segunda observacion se refiere á un hombre de cincuenta y dos años, que recibió una violenta contusion en el periné por la caida de una enorme piedra. Cuatro horas despues del accidente, no habia infiltracion de orina, pero la region perineal estaba tensa, y la sonda indicaba la existencia de una rotura de la uretra, siendo imposible el cateterismo. Inmediatamente se practicó un extenso ojal en el periné, á fin de abrir salida á las orinas y de precaver su infiltracion. Ambos objetos se consiguieron, pero desgraciadamente el enfermo fué abandonado á sí mismo durante tres semanas, no se hizo ninguna tentativa para aplicar una sonda permanente, y al cabo de un mes estaba amenazado de una retencion de orina por cicatrizacion de la herida perineal. Fué preciso entonces practicar una operacion laboriosa en medio de tejidos indurados para ir á buscar los dos extremos de la uretra y poner la sonda. No obstante, el sujeto curó despues de muchos meses de tratamiento.

La tercera observacion es de un albañil de cuarenta y siete años, que cayó á caballo sobre una viga. Inmediatamente se presentó retencion de orina y se observaron los signos de la rotura de la uretra. La vejiga distendida subia hasta el ombligo. Se practicó una incision perineal por la que orinó el herido inmediatamente. A los ocho dias se introdujo una sonda en la vejiga, y cinco semanas despues del accidente salió el enfermo curado y orinando perfectamente por el miembro.

En definitiva, en estos tres casos, tan pronto como se reconoció la imposibilidad del cateterismo, se practicó una grande incision en el periné. No se hizo uso de la

puncion supra-pubiana, porque en un gran número de las observaciones publicadas en la prensa periódica, esta operacion no impidió que se formasen abscesos en el periné, que obligaron al cirujano á hacer la incision perineal por que habria debido comenzar. Esta debe practicarse desde el principio, inmediatamente que se ha reconocido la imposibilidad de introducir una sonda en la vejiga.

Al cabo de un tiempo, que varía entre tres y ocho dias, la herida se encuentra suficientemente detergida para que pueda tratarse de introducir una sonda permanente á fin de restablecer la continuidad del conducto. Esta introduccion se hace con facilidad por medio de una larga candelilla de ballena flexible que sirve de conductor. El autor emplea siempre la sonda de cautchouc vulcanizado, que tiene la ventaja de poder permanecer largo tiempo en la vejiga sin alterarse, de suerte que los cambios de sonda son poco frecuentes, una á tres veces en el curso del tratamiento.

Casi todas las observaciones citadas en la discusion á que dió márgen la Memoria del doctor Nouta confirman la práctica recomendada por el hábil cirujano de Lisieux. El doctor Félix Guyon en particular dice, que hace muchos años no emplea otro tratamiento en los casos de este género que ha tenido ocasion de observar.

Coxalgia: contractura de los músculos como signo diagnóstico.
(*New-York medical Record.*)

A nadie se oculta la importancia que tiene para el tratamiento, el diagnóstico de la coxalgia antes de que se hayan producido graves alteraciones en los tejidos articulares. El doctor Fayette Taylor ha dado á conocer un signo diagnóstico que parece de utilidad en estos casos; la contractura de los músculos de la cadera, su estado de semi-contraccion permanente, la imposibilidad de conseguir que se relajen. La palpacion practicada cuidadosamente, permite apreciar todos los grados de este estado particular de los músculos. Existe con frecuencia mucho antes de que haya aparecido ningun fenómeno doloroso, y se acompaña solo de claudicacion mas ó menos acentuada, sin dolor.

La comprobacion de este fenómeno permite al cirujano diagnosticar la coxalgia desde su principio, y obrar activa y eficazmente contra ella. El doctor Fayette Taylor preconiza el uso de la extension continua por medio de pesos, recomendando que no se suspenda hasta que los músculos hayan perdido su estado de contractura, y aun hasta que hayan recobrado su flexibilidad. Mientras se sostiene este aumento de consistencia, es que persiste la lesion articular.

Se distingue este estado característico de la contractura histérica, por la irregularidad de los fenómenos en esta última, que presenta tambien dolores vivos, variables en su asiento, con variaciones en la claudicacion. Hay, sin embargo, grandes dificultades de diagnóstico, cuando sobreviene una coxalgia verdadera en una persona histérica.

Cuerpos extraños del oido, insectos: cloroformo como medio de extraerlos. (*Union méd.*).

El doctor Delpuech ha publicado, en la *Union méd.*, la observacion de una niña de tres años y medio, á quien se habia introducido en el oido un pequeño insecto de los conocidos con el nombre de *pocinellas*, y vulgarmente abejitas ó palomas de Dios. Las inyecciones de agua en el oido no produjeron resultado alguno, y en vista de esto el autor vertió 3 ó 4 gotas de cloroformo en una bola de algodón y la introdujo en el conducto auditivo; el alivio fué casi instantáneo. La niña, que se agitaba con una extrema violencia en medio de movimientos desordenados y gritos agudos, en menos de un minuto se sentó, miró como asombrada á las personas que la rodeaban y se tiró de las rodillas de su madre para entregarse á sus juegos. Tres veces al dia se hacian inyecciones en el oido con agua templada, pero hasta el tercer dia no se presentó el insecto en el orificio del conducto, donde se le pudo coger fácilmente con los dedos.

El cloroformo está, pues, llamado á prestar muy buenos servicios, siempre que un ser vivo arañando con el movimiento de sus patas la membrana del tímpano produzca accidentes análogos.

Dermatitis esfoliativa generalizada. (Rev. des Scienc. méd.).

Bajo esta denominacion, que ha tomado del doctor Wilson, describe M. Percheron una enfermedad de la piel cuyo caracter dominante es la abundancia y la generalizacion de la esfoliacion epidérmica. Refiere el autor primero cierto número de observaciones personales ó tomadas de los autores, en presencia de las cuales le cuesta muy poco trabajo demostrar que solo forzando las analogías se las puede hacer entrar en los cuadros nosológicos generalmente aceptados. Así, todas llevan un nombre diferente segun el espíritu y las tendencias del que las describe: psoriasis generalizada, psoriasis escarlatiniforme, pénfigo foliáceo, herpétide esfoliativa (Bazin), pityriasis rubra, etc. Y sin embargo, si se recuerda la nosografía clásica de estas diferentes especies, se ve que ninguna de dichas observaciones se adapta á ella exactamente y que constituyen cuando mucho, formas de transicion mas ó menos compuestas. Todas sin embargo se asemejan por dos caracteres objetivos de gran valor y que parecen suficientes para establecer una distincion genérica: 1.º la extension (y frecuentemente la abundancia) de las escamas y la importancia de la esfoliacion, que se hace el fenómeno predominante; 2.º la generalizacion de la erupcion. Fundándose en este doble carácter, propone el autor confundir todos estos hechos bajo la denominacion un poco vaga de *dermatitis esfoliativa generalizada*, que tiene al menos la ventaja de expresar lo que hay en ellos de mas culminante sin alterar el órden de las clasificaciones admitidas.

M. Percheron distingue dos tipos principales: el primero está constituido por las formas subagudas ó crónicas, en las que hay renovacion mas ó menos abundante y repetida de la esfoliacion; el segundo representa los casos en que esta no se ha producido mas que una vez, en que el padecimiento ha seguido un curso francamente agudo y comparable al de las fiebres eruptivas: es un verdadero pseudo exantema.

Primer tipo.—La enfermedad puede presentarse desde luego ó ser precedida de algunas alteraciones de la piel á veces bien determinadas. Empiezan con ó sin estado fe-

bril, por una rubicundez eritematosa que se generaliza muy rápidamente. A los ocho ó diez días comienza la descamacion, que está constituida por escamas muy anchas y tan regularmente imbricadas que dan á la piel el aspecto de una armadura de piezas movibles; en la cara y la cabeza, la descamacion es pityriasiforme. La abundancia de las láminas esfoliadas es tal en algunos casos, que, segun Devergie, se pueden llenar uno, dos y hasta tres litros de escamas: estas son delgadas, ligeras y transparentes. Además, la descamacion se generaliza hasta el punto de que todos los anejos de la epidérmis, uñas, vello y pelo, pueden ser eliminados; hasta las mucosas son afectadas algunas veces por la inflamacion general de la piel. La irritacion del dérmis se marca por su rubicundez, su tumefaccion, las ulceraciones y las escaras que pueden producirse, y en fin, por su retraccion y su tendencia á las fisuras; sin embargo, la estructura de la piel no se encuentra profundamente lesionada: esta membrana es en general notable por su sequedad y presenta en ocasiones una hipersecrecion pigmentaria; exhala frecuentemente un olor muy desagradable. En fin, se pueden observar algunas alteraciones de sensibilidad que consisten especialmente en prurito y sensacion de calor urente que en algunos casos se percibe por la aplicacion de la mano. El tejido celular parece que participa tambien del trabajo inflamatorio, y de aquí, una hinchazon general del miembro y la posibilidad de que se formen abscesos.

La temperatura, notada solamente en una observacion, indica un estado febril continuo, con remisiones matinales y exacerbaciones vespertinas que han persistido hasta el fin. Mas frecuentemente se ha observado la aceleracion del pulso.

Las manifestaciones viscerales son raras y poco pronunciadas, ó al menos los observadores no insisten en ellas. Rara vez se manifiesta la diarrea; la sed puede ser intensa fuera del estado febril; la orina no ha presentado nunca albúmina aun cuando se ha visto muchas veces el edema sobre todo en las regiones maleolares. En una observacion, la convalecencia fué marcada por fenómenos de parálisis motriz no persistente. La nutricion general se encuentra profundamente alterada; la demacracion, la

pérdida de fuerzas, son fenómenos ordinarios en esta enfermedad.

En todos los casos observados la terminacion ha sido favorable y la curacion completa. La duracion varía uno, dos, cuatro meses y más, segun que la afeccion es simple ó que hay complicaciones. Obsérvanse tambien recaidas y recidivas.

El autor distingue tres variedades: 1.^a la afeccion se acompaña de fenómenos generales graves; 2.^a es primitiva y persiste con el mismo carácter durante todo el tiempo de la erupcion; 3.^a se produce en el curso de otra enfermedad (pityriasis, psoriasis) de la que no es en cierto modo mas que una modificacion y que puede reaparecer despues que se ha curado el brote esfoliativo.

Segundo tipo.—El padecimiento empieza ordinariamente con fenómenos generales poco intensos, una fiebre moderada, quebrantamiento general, ligera incomodidad en la garganta; una vez el aparato febril fué bastante fuerte para que se temiese la invasion de la viruela. A las veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas, aparece el eritema, que se generaliza con rapidez y va frecuentemente acompañado de prurito.

La descamacion se manifiesta en ocasiones desde el dia siguiente de la erupcion; pero por lo comun hasta seis ú ocho dias despues no empieza á desprenderse el epidermis á grandes colgajos análogos á los de la descamacion escarlatinosa, y es lo que distingue estos hechos del eritema escarlatiniforme clásico. La esfoliacion general dura diez, quince ó veinte dias, y lo que es un carácter importante, no se repite. La fiebre es muy moderada y no se observan fenómenos de compromiso visceral. Las recidivas son frecuentes, habiéndose visto sujeto que las ha sufrido dos, cuatro, diez y más veces.

Este segundo tipo se distingue de la escarlatina, con la que tiene muchos vínculos de semejanza, por la frecuencia de las recidivas, la falta de contagio, la menor gravedad de los fenómenos generales, ya en el principio, ya en el período de estado, la falta ó la poca intensidad de la argina, la no existencia de albuminuria, de hidropesía y de todos los accidentes terribles que son siempre tan de temer en una escarlatina.

Los medios locales que pueden emplearse contra esta afección, consistirán en aplicar á la superficie cutánea un apósito protector como el polvo de almidon, el linimento óleo-calcáreo y, sobre todo, una gruesa capa de algodón que cubra el tópico, y la cual entre otras muchas ventajas tiene la de impedir que se rasquen los enfermos. Los baños no ofrecen mas que inconvenientes. El tratamiento interno se dirigirá con especialidad á mantener íntegras las funciones digestivas; en cuanto á los medicamentos preconizados para modificar la producción y la vitalidad del epidérmis, parecen casi impotentes, y si el arsénico en particular da algunos resultados, es mas bien favoreciendo la nutrición del sujeto que obrando de un modo especial sobre la cubierta epidérmica.

Dermatosis : uso externo del polvo de Goa. (*Journal de théér.*).

El doctor Henry Blanc, médico del ejército inglés en Bombay, ha remitido al *Journal de thérapeutique* una nota acerca del uso externo del polvo de Goa en ciertas enfermedades de la piel. El autor le ha empleado frecuentemente, y siempre con éxito, en esa variedad de herpes circinado que se distingue por la pequeñez y confluencia de las vesículas, que es muy comun en las Indias, y á que los médicos ingleses designan con el nombre de *ringworm*. El doctor Blanc tuvo ocasion de estudiar este padecimiento en grande escala, durante su viaje de vuelta de la China, en el que fueron acometidos de él un gran número de soldados, muchos oficiales y el mismo autor. Empleó con poco resultado muchas sustancias parasiticidas, entre ellas una solución de bicloruro de mercurio, la tintura de yodo, etc.; llegado á Punta de Gales, pudo procurarse el polvo de Goa, y gracias á su uso, todo el mundo fué curado en pocos dias.

El cloasma, afección que se observa frecuentemente en las Indias, cede muy bien á la acción de esta misma sustancia. El doctor Blanc no ha experimentado este polvo en otras enfermedades parasitarias, ni cree que lo hayan hecho otros; pero juzgando por analogía, piensa que podrá emplearse con resultado en la *tiña tonsurante*, la *fabosa*, a *decalvans* y la *sycosis*, y como además de sus propiedades

parasitarias, produce una estimulacion de la piel, podria ensayarse en ciertas afecciones crónicas y rebeldes, como el eczema, psoriasis, etc.

El polvo de Goa es un producto vegetal, cuyo origen está aun rodeado de misterio; se fabrica en Goa, y se cree que es una especie de líquen que se exporta en gran cantidad de Mozambique; otros, y entre ellos los profesores Kemp y Atfield, piensan que es la médula seca de un árbol del orden de las coesalpinas, familia de las leguminosas.

Este polvo es casi insoluble en el agua fria, contiene principios amargos y una notable cantidad de ácido criso-fánico (80 ú 84 por 100). La infusion caliente presenta un color amarillo y un sabor amargo.

Para usarle, se moja préviamente la parte enferma con agua, y mientras está húmeda, se extiende con el dedo, frotando ligeramente, un poco del polvo, teniendo cuidado de aplicarle bien en todos los puntos de la superficie afecta. No debe emplearse demasiada cantidad, porque formaria al secarse pequeñas placas, que se desprenden, mientras que poniéndole en capa muy delgada, se adhiere íntimamente á la piel. Esta aplicacion debe renovarse mañana y noche, en la cara se hará solo por la noche á causa del color oscuro que produce; la curacion se retarda algunos dias solamente. En los casos agudos de herpes circinado, dos aplicaciones diarias bastan para obtener la curacion en tres ó cuatro dias. Debe cuidarse de que no penetre en los ojos.

Es probable que pueda usarse al interior este polvo, que, segun Schroff, posee una accion purgante análoga á la del ruibarbo, gracias á la existencia del ácido criso-fánico.

Desarticulacion coxo-femoral: modificacion del procedimiento de Manec por el doctor Encinas. (Genio médico quirúrgico.)

El distinguido profesor de clínica quirúrgica de la Facultad de Madrid ha practicado esta grave operacion en una mujer de cuarenta años, á consecuencia de un enorme tumor sarcomatoso de 27 libras de peso. Prescindiendo de la evolucion y diagnóstico de esta neoplasia, nos proponemos solo consignar aquí el procedimiento se-

guido por el doctor Encinas para la decolacion del fémur, en el que se introducen algunas modificaciones de importancia en el conocido en la ciencia con el nombre de Manec.

Colocada la enferma en la mesa-cama y en la posicion que todos los autores aconsejan, y situado el operador al lado externo del miembro, introdujo el cuchillo, en posicion plana y con el filo hácia abajo, en el punto equidistante entre la espina ilíaca antero-superior y el trocánter mayor del fémur, haciéndole así avanzar horizontalmente hasta tocar la línea central del cuello anatómico de este último hueso, desde cuyo punto, imprimiendo al mango un movimiento de báscula, deslizó la hoja por la cara anterior de dicho cuello, con lo que, y con hacerla marchar luego de arriba abajo, de fuera adentro y un poco de delante atrás, practicó la contra-puncion al nivel y dos centímetros por debajo de la tuberosidad del isquion, haciendo despues caminar el cuchillo entre las capas blandas de la region crural hasta llegar al tumor, y costeando luego la parte mas alta de este, á fin de aprovechar la piel que en este punto le cubria, y que era la única que estaba sana, talló un colgajo semicircular de convexidad inferior, y cuya base era igual al diámetro mayor del muslo, siendo esta tambieu su altura próximamente; cogiendo luego el operador el colgajo con la mano izquierda, dos ayudantes ligaron las arterias, con lo cual quedó terminado el primer tiempo de la operacion.

Acto continuo el operador hizo la incision posterior, empezando á centímetro y medio de la extremidad interna del colgajo, y terminándola á centímetro y medio y por debajo tambien de su extremidad externa, en cuya incision comprendió la piel, la aponeurosis y la capa muscular superficial. Atacada luego la cápsula por su parte anterior, rota ya por la punta del cuchillo al hacer la transfision, el operador imprimió al muslo, al mismo tiempo que un ayudante le dirigia hácia abajo, una sacudida con el brazo derecho, que dió por resultado el desprendimiento del ligamento redondo de su insercion cotiloídea y la salida de la cabeza del fémur de esta cavidad.

Con esto, y con cortar los músculos posteriores profundos de arriba abajo y de un solo golpe, quedó la extre-

midad separada del tronco por completo, siendo ligadas inmediatamente las arterias seccionadas. Tres puntos de sutura, la oclusion de la herida con tafetan colodoniado y la colocacion del apósito, terminaron la operacion.

El señor Carrasco, de cuyo artículo publicado en el *Genio médico quirúrgico*, tomamos la anterior descripcion, enumera las ventajas de este procedimiento, empezando por las que proporciona la situacion del operador á la parte externa y que consisten en la mayor libertad con que se ejecutan los movimientos y en la facilidad con que el cirujano atiende al colgajo con su mano izquierda, pudiendo, de un modo cómodo y natural, sin mas que comprimir la femoral en el colgajo, prevenir una hemorragia, así como ligar las arterias con mas soltura y rapidez, por hallarse aquel frente por frente de la superficie cruenta. En virtud de esto, es inútil advertir que cuando la operacion recaiga en el lado izquierdo, el cirujano se colocará, no ya en la parte externa, sino en la interna de la extremidad correspondiente.

La precaucion de no interesar en la incision posterior mas que la piel, el tejido célula-adiposo subcutáneo, la aponeurosis de cubierta y la capa muscular superficial, es, á juicio del señor Carrasco, la mas importante, porque procediendo de esta manera se evita la hemorragia de la arteria isquiática, puesto que dejando su seccion para el último tiempo, no hay obstáculo que se oponga á ligarla con la mayor rapidez. Esta precaucion pone tambien á salvo de la terrible hemorragia que resultaria en el caso de que la arteria isquiática estuviese sustituyendo, como alguna vez sucede, á la arteria femoral, y que probablemente mataria al enfermo antes de que el operador tuviese tiempo de desarticular el miembro y buscar el vaso para ligarle.

El empezar y terminar la incision á centímetro y medio por debajo de la base del colgajo, ofrece la ventaja de permitir que este cubra la herida con mas exactitud que haciéndola como los autores aconsejan.

El practicar la contrapuncion al nivel y dos centímetros por debajo de la tuberosidad del isquion, da á la base del colgajo mayor amplitud, lo que contribuye á favorecer la cicatrizacion.

Como al tallar el colgajo se roza el cuello del fémur, quedan formando parte de él, excepto en sus bordes, los músculos correspondientes á la parte mas alta de las regiones anterior é interna del muslo, músculos que rellenando la cavidad cotiloídea se oponen á la entrada del aire en ella y evitan así uno de los mas graves inconvenientes de esta operacion.

En resúmen, las ventajas de estas modificaciones consisten: 1.^a en dominar la hemorragia; 2.^a en economizar tiempo (toda la operacion quedó terminada en siete minutos) y en no variar de instrumento, bastando un solo cuchillo; 3.^a en favorecer notablemente la adaptacion del colgajo, y 4.^a en hacer desaparecer en lo posible la cavidad cotiloídea, regularizando así el fondo de la herida.

Despues de haber hecho resaltar el señor Carrasco, hasta en sus menores detalles, y aun quizá exagerándolas, las ventajas de las modificaciones introducidas en el procedimiento de Manec por el doctor Encinas, nada tenemos que añadir por nuestra parte, como no sea la noticia de que la enferma curó perfectamente á pesar de algunos accidentes en el curso de la cicatrizacion de la herida.

Dilatacion crónica de la bolsa prerotuliana: tratamiento por la ligadura elástica subcutánea. (*Irish. hosp. gaz.*).

El doctor Hayes refiere la historia de una mujer de diez y ocho años afectada hacia trece meses de un higroma prerotuliano. Se practicaron dos incisiones transversales, una encima y otra debajo de la rótula, gracias á las que se pudo hacer pasar alrededor de la base del tumor un hilo elástico. La ligadura cayó al noveno dia, quedando el quiste adherido á la piel. Al dia siguiente se abrió con el bisturí la parte inferior de la bolsa, en la cavidad de la cual se introdujo un vendote untado de aceite que se dejó allí cuarenta y ocho horas. Pasados tres dias, había casi desaparecido la tumefaccion, verificándose muy pronto una cicatrizacion completa bajo la influencia de la compresion.

La ventaja de este procedimiento consiste en evitar una cicatriz cutánea delante de la rótula y aislar la bolsa mucosa de los tejidos subyacentes, tan á propósito para transmitir la inflamacion y la septicemia.

Edema maligno tratado por el método antivirulento (ácido fénico al interior y en inyecciones hipodérmicas). (Gaz. heb.).

Las observaciones de curacion de carbuncos y pústulas malignas, por este método, debidas á los doctores Raimbert, Estradere y Davaine, movieron al doctor Meplain á emplear el ácido fénico en una niña de cinco años, afectada de un edema maligno en el dorso del pié y pierna derecha, debido á la picadura de una mosca. La tumefaccion se habia extendido con extraordinaria rapidez y presentaba todos los caractéres propios del edema maligno ó carbuncoso. El autor renunció desde luego á la cauterizacion en vista de la extensa superficie en que habia que aplicar el cáustico, y por parecerle evidente que la rápida propagacion del edema indicaba una difusion no menos activa del principio virulento, el cual estaria ya muy lejos del punto por el que habia penetrado en el organismo, y no podia esperarse destruir sus progresos por grande y profunda que fuese la cauterizacion. En vista de esto, recurrió al tratamiento antivirulento de una manera exclusiva, dando la preferencia al ácido fénico, é inspirándose á la vez en la Memoria de Raimbert y en la de Estradere, le usó bajo dos formas: al interior en una pocion y en inyecciones hipodérmicas.

Estas últimas se practicaron con una solucion de ácido fénico en agua destilada á $\frac{1}{50}$, empleándose en cada una un gramo de líquido, que representaba, por consiguiente, 2 centígramos de ácido. El primer día se hicieron seis inyecciones en la primera sesion y en diferentes puntos del edema, que se repitieron en el mismo número á media noche, continuándose así cada cuatro ó cinco horas por espacio de tres dias, en los cuales se practicaron 63 inyecciones que representan 1 gramo 26 centígramos de ácido. Al mismo tiempo se administraba á la enferma de hora en hora una cucharada de las comunes de la pocion siguiente:

Acido fénico..	50 centigramos.
Infusion de flor de tilo.	200 gramos.
Jarabe de quina..	50 —

En la tarde del tercer dia estaba completamente detenida la marcha invasora del padecimiento. Las inyeccio-

nes no parecieron provocar vivos dolores, y en los dos primeros días la enferma quedaba mas en calma y se dormía mas frecuentemente despues que se la habian practicado.

Enfermedad de Meniere: curacion por el sulfato de quinina.
(*Gaz. des Hop.*).

Cuando dominaban las ideas de Trousseau en terapéutica, no se hubiese probablemente vacilado en hacer entrar en la clase de las *medicaciones sustitutivas* la que ha experimentado recientemente con éxito el profesor Charcot contra la enfermedad de Meniere. En efecto, administrando el sulfato de quinina en esta afeccion en que los enfermos perciben un ruido de silbido en los oídos, precediendo ordinariamente á los accesos, el autor se proponia reemplazar este silbido por otra especie de alucinacion auricular, es decir, por el zumbido quínico.

Esperaba que faltando el fenómeno inicial podrian dejar igualmente de presentarse los demás, que de ordinario vienen en pos de él. Que así, los vértigos con sensacion de caída hácia adelante y hácia atrás, ó con caída verdadera, las diversas alucinaciones, el temor de caer en un precipicio abierto bajo sus pies, los vómitos, las náuseas, todo ese conjunto sintomatológico, que constituye el vértigo laberíntico, no tendria ocasion de manifestarse á pesar de la persistencia de las lesiones del oído, cuando el ruido provocador fuese cubierto ó reemplazado por otro ruido igualmente subjetivo.

El éxito ha sido completo en muchos enfermos, y especialmente en una señora jóven á quien los médicos de cabecera creian epiléptica, porque se habia caido muchas veces repentinamente hácia adelante, cuando la acometian sus accesos.

Estas caidas sin pérdida de conocimiento, estos accesos repentinos de vértigos con vómitos, le habia parecido ya á M. Charcot que debian referirse á la enfermedad de Meniere, antes de haber interrogado á la paciente sobre sus percepciones auditivas y el estado de sus oídos, pero desde las primeras preguntas se confirmó el diagnóstico de un modo indudable.

Antes de los accesos la enferma percibía siempre un silbido, y como vivía muy cerca de un camino de hierro, preguntaba muchas veces á su marido si pasaba algun tren.

M. Charcot prescribió el sulfato de quinina á dosis moderadas, pero suficientes para producir el zumbido, y solo se necesitaron algunas semanas para hacer cesar definitivamente los accesos.

El resultado fué aun quizá mas notable en una enferma de la Salitrería, de cincuenta y dos años, afectada ya hacia largo tiempo. En esta no existían solo simples accesos de vértigos aislados y momentáneos, separados por intervalos de salud perfecta, sino que habia llegado hasta el punto de no poder levantarse de la cama, porque el menor movimiento provocaba el malestar. La enferma creía ver incesantemente alrededor de sí precipicios en los que iba á caer y se agarraba con terror á los objetos inmediatos. Las alucinaciones del oído y de la vista eran en ella concomitantes y tomaban formas diversas. Se quejaba habitualmente de náuseas y vomitaba con frecuencia. Desde la infancia habia sufrido de los oídos.

A los diez y siete años, padeció durante muchos meses dolores intensísimos, comprobándose entonces una perforación de la membrana del tímpano. Los dolores se calmaron; pero la sordera, muy marcada en el lado derecho, era casi completa en el izquierdo. Bajo la acción del sulfato de quinina, en cantidad de 420 centigramos diarios, cesaron los silbidos que en esta época eran continuos, y desde este momento desaparecieron casi por completo las alucinaciones, las náuseas y los vértigos. Fué preciso interrumpir entonces el tratamiento, porque se resentía el estómago; pero luego volvió á administrarse el sulfato de quinina en cantidad de 75 centigramos al día durante algunas semanas. En la actualidad no toma la enferma ningún medicamento; pero su estado se ha aliviado de tal modo, que puede levantarse y andar sola y no vomita nunca.

El doctor Charcot ha referido otros varios hechos no menos notables, y aun cuando su experiencia acerca de este punto no se remonta á más de tres meses, dice que puede ya recomendar con confianza esta medicación.

Siendo aun la terapéutica una ciencia mas experimental que doctrinal, no es raro que partiendo de puntos de vista teóricos diferentes se llegue en definitiva á una misma medicacion. Así ha sucedido con el tratamiento de la enfermedad de Meniere por el sulfato de quinina. En una nota dirigida á la *Gazette des Hopitaux* por el doctor Bacot de Gencais, dice este práctico que hace mas de dos años empleó el sulfato de quinina en uno de sus clientes afectado de la enfermedad de Meniere, á quien se creia atacado de un padecimiento cerebral. Despues de haberse convencido que no existia lesion material en el cerebro y las meninges, y ante la persistencia de los accidentes, se le ocurrió la idea de emplear el sulfato de quinina, pero no como método sustitutivo, sino solo como antipteriódico. El enfermo se encontró bien con este tratamiento, que suspendia despues de haber tomado dos gramos de la sal química en treinta y seis horas; los accesos cesaban por algunos dias, pero volvian á aparecer cediendo de nuevo con el mismo medio. En vista de las observaciones de Charcot, el doctor Bacot se propone continuar el uso del sulfato de quinina sin interrupcion por algun tiempo.

Enfermedades del oido : signos suministrados por el exámen funcional de este órgano. (*Revue des Scienc. méd.*).

En un trabajo publicado por el doctor Capdeville, hace notar con razon la insuficiencia de los medios de exploracion del oido, sobre todo cuando se les compara á los numerosos procedimientos de exámen utilizados por los oftalmólogos. En las enfermedades auriculares se saca partido del reloj, ya aplicándole á una distancia variable de la abertura del conducto auditivo externo, ya en las inmediaciones de este, sobre los huesos del cráneo. De estos dos modos de exploracion, bien reducidos por cierto, puede deducirse algun signo bajo el punto de vista de la localizacion de las afecciones del aparato auditivo, y este es el problema que el doctor Capdeville ha tratado de resolver.

Si se disminuye la intensidad del ruido del reloj, envolviéndole por ejemplo en una tela cuyo espesor se aumenta poco á poco, se llega á hacer desaparecer la percepcion

del tic-tac cuando el reloj se halla en contacto con los huesos del cráneo. Pero en estas condiciones, un oído normal percibe claramente el ruido á 30 ó 35 centímetros del pabellón. Sobre este experimento, fácil de repetir, se apoya el autor para formular las conclusiones siguientes :

1.^a Siempre que se oye mejor el reloj aplicado sobre el cráneo que á una distancia de 30 centímetros y más aun si esta es menor, estamos en presencia de una afección de los órganos conductores.

2.^a Siempre que el tic-tac se percibe tan mal, puesto el reloj sobre el cráneo como á 30 centímetros ó que no se oye de ninguna de estas maneras, se trata de una enfermedad de las partes profundas: oído interno, nervio auditivo ó centro nervioso.

No hay necesidad de hacer notar que el verdadero punto interesante para los otólogos, es la determinación, que hace el autor, de una distancia á la que se perciben aun los movimientos del reloj cuando ya está extinguida la percepción por los huesos del cráneo.

Enfermedades de la piel: tratamiento por medio de las telas impermeables. (Bull. de thér.).

El arte de tratar las afecciones del tegumento externo ha hecho en estos últimos años verdaderos adelantos, de los que no se ha aprovechado todo lo que debiera la práctica general de los médicos, por no haberse vulgarizado con empeño los progresos indicados. Con objeto de conseguirlo ha publicado el doctor Ernesto Besnier, médico del hospital de San Luis, un sustancioso artículo en el *Bull. de thér.*, destinado á dar á conocer á todo el mundo los efectos del uso de las telas impermeables en el tratamiento de las dermatosis.

Este medio, segun el autor, está llamado á reemplazar á un gran número de aplicaciones tópicas, y con especialidad á las cataplasmas, de que no solo se ha usado, sino abusado en terapéutica cutánea. Una experimentación perseverante de dos años, hecha en grande escala en el hospital de San Luis, dice el doctor Besnier, le autoriza á añadir el resultado de sus observaciones á las ya publicadas por otros autores.

La primera idea de este método pertenece al doctor Colson, de Beauvais, que ha establecido brevemente, pero con la mayor claridad, sus principales indicaciones en un excelente trabajo publicado en 1869. En 1866 tuvo ocasion de recomendarle al doctor Hardy en una consulta, y este último práctico le aplicó bien pronto en muchas afecciones de la piel, con los mas satisfactorios resultados. En 1867, el eminente profesor Hebra, de Viena, recibió en Paris, del doctor Hardy, la indicacion del nuevo método de tratamiento, y despues de haberle experimentado, publicó en Viena en 1869 los resultados, sumamente favorables, que habia obtenido. Posteriormente Pageot, Lailler y algun otro han dado á conocer sus ventajas; pero el doctor Besnier ha generalizado mas que ninguno de estos prácticos la aplicacion de las telas impermeables á un gran número de dermopatías, hasta tal punto, que en su servicio, en el que hay constantemente mas de 100 enfermos, ha podido suprimir casi por completo el uso de las cataplasmas en el tratamiento de las afecciones de la piel.

Este medio es sencillo, fácil y económico; no se corre ni ensucia como las cataplasmas, ni irrita ciertas dermatoses como estas por su fermentacion ácida.

La envoltura impermeable puede hacerse con toda clase de tejidos encerados, y mejor de cautchouc, bastante flexibles para prestarse á la forma de las regiones á que se deben aplicar; el cautchouc en hojas papiráceas, la tela volcanizada, el hule de seda fuerte, etc., pueden servir para el objeto; pero son preferibles las hojas de cautchouc ó las telas volcanizadas, á causa de su solidez y de su inalterabilidad, aun haciendo abstraccion de su composicion elemental. Solo habrá que recurrir á las hojas de cautchouc sumamente finas, ó al hule de seda, en los sujetos de piel muy delicada, muy irritable, ó tambien en los que no pueden soportar el olor, que desaparece muy pronto, de las telas volcanizadas.

Sea el que quiera el tejido que se emplee, cuando se ha levantado la cura, es necesario limpiarle bien, lavarle con el mayor esmero en agua fria, y, en fin, secarle para poderle poner de nuevo convenientemente, es decir, bien seco y limpio.

La tela impermeable debe aplicarse directamente y sin intermedio sobre la parte enferma, á la que recubrirá por completo, como lo haria una cataplasma, una compresa empapada en glicerina, etc.: no debe hacerse con la tela misma mas compresion que la necesaria para sostenerla; porque es esencial que las exhalaciones cutáneas, normales ó patológicas, que van á producirse, se puedan verificar con facilidad, y que encuentren entre la cubierta impermeable y la piel el espacio necesario para acumularse libremente.

Si se quiere envolver la *mano* ó el *pié* se aplica la tela impermeable por el lado mas liso, se la levanta hácia la pierna ó el antebrazo, convenientemente doblada, formando un saco ó una bolsa, cuyo cuello se cierra por encima del maléolo ó de la muñeca por un procedimiento de deligacion cualquiera. Podrian emplearse con este objeto botinas ó guantes de cautchouc; pero no ofrecen ninguna ventaja importante y son mas difíciles de limpiar.

Cuando se trata, por el contrario, de envolver la *cabeza* y las *orejas*, es casi de necesidad recurrir á una calota de cautchouc que tenga la forma y dimensiones de los gorros de algodón ordinarios, y calibrada segun el volumen de la cabeza del enfermo, de modo que su elasticidad baste para sostener circularmente la calota y asegurar las condiciones de oclusion; si es demasiado ancha, puede remediarse este inconveniente con algunas circulares de venda. Una *careta* modelada en cautchouc bien flexible convendria igualmente para ciertas alteraciones de la cara, pero no se encuentra fácilmente, y seria demasiado cara: el autor ha conseguido resultados satisfactorios haciendo con tela de cautchouc una careta análoga á la que hacen los chicos con papel y poniendo como una especie de saco para la barba.

En las demás regiones del cuerpo no ofrece graves dificultades acomodar las telas impermeables; dándolas el corte conveniente, se hacen camisas, vestidos y calzoncillos de ellas.

La aplicacion del apósito impermeable á las enfermedades de la piel puede ser *continua* ó *intermitente*: esta última es la que emplea mas de ordinario el doctor Besnier,

salvo algunas indicaciones especiales, en primera línea de las que debe colocarse el prurito extremado, cuyo paliativo mas seguro es el apósito impermeable. Por lo comun manda aplicar este al tiempo de acostarse el enfermo hasta la hora de levantarse: un gran número de sujetos pueden estar sometidos de este modo, durante la noche, á una medicacion muy activa, y quedar libres durante el dia para ocuparse en sus quehaceres, ó seguir los demás medios de tratamiento que esten indicados, fricciones, baños, chorros, etc.

En todos los casos, luego que se quita el apósito, se seca cuidadosamente la parte que se acaba de descubrir, ó mas raramente se la lava en un baño local ó general; despues se espolvorea con almidon, y segun los casos, se cubre con una capa de algodón en rama ó una simple compresa, ó se deja al aire libre. Una vez satisfechos los cuidados de limpieza, nada se opone á que se haga durante el dia, sobre la superficie enferma, cualquiera otra aplicacion medicinal que la naturaleza de la lesion ó el período del padecimiento determinen.

Efectos inmediatos de la envoltura impermeable.—El autor se abstiene de establecer ninguna teoría respecto á la accion de este medio, porque cree que se conoce aun muy poco la fisiología normal y patológica de la piel, para que no sea aventurado entrar en especulaciones acerca de este punto. Baste decir que se trata de un modo de accion muy complejo, en que pueden intervenir la oclusion, la uniformidad de temperatura, el acúmulo de líquidos en la superficie de la piel, la hipersecrecion cutánea, y en ciertos casos quizás alguna accion química dependiente de la naturaleza del tejido empleado. La superficie envuelta se encuentra sometida á un baño prolongado á la temperatura del cuerpo, de que hace los principales gastos la secrecion cutánea: la exhalacion no solo se acumula, sino que aumenta en cantidad, lo cual permite suponer que se verifica una descongestion verdadera, una disminucion de fluxion en la parte enferma. El autor concede escasa importancia á la accion especial y directa del elemento sulfuroso sobre la lesion cutánea: despues que se ha lavado la tela muchas veces, y que contiene pequenísima cantidad de azufre, mientras se conserva imper-

meable, no parece que se atenúa su eficacia. En algunos sujetos, que prefieren el uso del hule de seda sencillamente, ha observado el doctor Besnier un resultado igualmente satisfactorio, así como con los demás tejidos impermeables finísimos y flexibles que produce en la actualidad la industria. La cantidad de líquido exhalado, generalmente considerable al principio del tratamiento, se hace casi nula al fin de la cura.

En la inmensa mayoría de casos la tolerancia de la piel para el cautchouc es desde luego perfecta. Se puede, sin embargo, encontrar, excepcionalmente, como sucede en la mayoría de las medicaciones que se dirigen contra las enfermedades cutáneas, una dificultad práctica que consiste en no poder afirmar de antemano que el tratamiento tendrá un resultado satisfactorio en un determinado enfermo en particular. Ya habia llamado el autor la atención acerca de este hecho nada infrecuente en la terapéutica de las dermatoses.

La sensación que mas comunmente experimentan los enfermos, despues que se aplica el apósito impermeable, es una sensación de alivio, análoga á la que determinan los emolientes y cuyo carácter dominante es la supresion del prurito; es un antipruriginoso por excelencia, y generalmente los sujetos repugnan que se les quite el apósito por la mañana, porque aquel reaparece con la desecacion de la superficie cutánea y el contacto del aire. No debe darse importancia á las quejas de algunos enfermos, porque la tolerancia física y moral se establece rápidamente cuando el médico insiste con autoridad.

Es completamente excepcional que el resultado obtenido sea malo y que haya necesidad de abandonar este modo de tratamiento; nunca le ha visto el autor producir accidentes mas que en una enfermedad que mas adelante indicaremos.

Indicaciones y contraindicaciones.—La envoltura impermeable está indicada en todos los casos de afecciones cutáneas que reclaman el uso de los emolientes y contra las que se emplean de ordinario las cataplasmas cuando son locales, y los baños cuando generalizadas; el doctor Besnier considera la indicacion de este modo de trata-

miento como particularmente determinada en la numerosísima clase de dermatopatías agudas, subagudas ó exacerbantes de toda naturaleza, en que desempeña un papel de importancia el *elemento flegmático*, dando lugar á exudaciones concrecibles, á fisuras, á un engrosamiento del dérmis: *eczema*, *impétigo*, *ectima*, *liquen*, ó bien en todas aquellas que se acompañan de un prurito intenso ó rebelde, en todas las variedades de *prurigo*.

Por el contrario, la envoltura impermeable es insuficiente, inútil, y á veces, aunque excepcionalmente, perjudicial en las afecciones de la piel menos francamente flegmáticas ó mas altamente específicas, tales como la *psoriasis generalizada*, muchas variedades de *pénfigo*, la *erisipela infectiva*, las *siflides de todas clases*, la casi totalidad de las *escrofulides malignas*.

Este tratamiento conviene á todos los períodos del *eczema* y á todas las formas de la afeccion, pero especialmente al *periodo exudativo*; no obstante, al principio ó en el período terminal de estado liso ó de descamacion pitiriásica, las aplicaciones pulverulentas para el primer caso, diversos tópicos modificadores ó substitutivos en el segundo, son á veces mejor apropiados; lo mismo sucede en el *impétigo*. Pero en el período exudativo los efectos son muy rápidos y notables.

En el *eczema varicoso* de las extremidades inferiores determina este medio con gran rapidez la cesacion del período exudativo y el estado barnizado con punteado hemático de las regiones enfermas, al que sucederá luego la descamacion pitiriásica; pero no puede volver á la piel, cuando se halla profundamente alterada en su nutricion, las condiciones del estado normal; hay muchos casos, sin embargo, en que el aceite de cade prudentemente usado despues del tratamiento impermeable, produce resultados inesperados.

En todas las *afecciones segregantes* del cuero cabelludo, la rapidez del alivio inmediato es verdaderamente notabilísima; cualquiera que sea el estado del enfermo á su entrada en las salas del autor, basta un pequeño número de dias de tratamiento por el gorro de cautchouc para deterger la cabeza de modo que se pueda proceder rápidamente al tratamiento curativo reclamado por la natu-

raleza de la afección. En un gran número de las sencillas se obtiene la curación solo con el gorro impermeable y las fricciones de jabón negro: el aceite de cade para las rebeldes ó recidivantes, la epilación y los parasiticidas para el *fabus* y el *tricrofiton*, pueden entonces emplearse prontamente y en las mejores condiciones. En el *impétigo* de la barba y particularmente en el que tiene su asiento en la ranura media del labio superior, y que es por lo común tan rebelde, después de afeitado ó cortado el bigote se aplica sobre el labio una tira estrecha de tela impermeable sujetándola en las mejillas por medio de dos tiritas de aglutinante. Uno ó dos días bastan para desprender las costras y no tarda en resolverse la dureza sobre que estas descansan.

Es igualmente útil este medio en el *liquen* generalizado ó localizado, en el período descamativo de diversas afecciones cutáneas, período *pitiriasico*, en la *ictiosis*, pero en esta es bien pronto innecesario si se somete toda la superficie enferma á las unturas de glicerina ó glicerolado de almidón, tratamiento debido al doctor Lailier y cuyos resultados son tan poco conocidos como brillantes.

Era poco presumible que la envoltura impermeable produjese resultado en la más rebelde de todas las dermatopatías superficiales, la *psoriasis*; sin embargo, se obtiene por el *cautchouc* con gran rapidez la caída de las aglomeraciones escamosas, la depresión del rodete en las formas circinadas ó el alivio de las fisuras cuando existe esta complicación dolorosa; pero la duración total del padecimiento no disminuye de una manera notable. Debe proibirse absolutamente la envoltura impermeable de la totalidad del cuerpo en la *psoriasis generalizada*; en efecto, el doctor Besnier ha visto, en el curso de sus numerosos ensayos, dos casos en que el *cautchouc* ha dado lugar á una dermatitis esfoliativa agudísima general que fué en un enfermo bastante intensa para poner la vida en peligro.

De ordinario este método no conviene en el período activo del *pénfigo*, al que no se aplican igualmente los emolientes y los baños; la indicación solo puede presentarse cuando las costras son múltiples y hay interés en favo-

recer la caída y á veces tambien despues para deterger la superficie cutánea.

Segun ya hemos indicado, el cautchouc ofrece pocos recursos en las *sifilides* y las *escrofulides*, las cuales curan sobre todo por la medicacion interna con ó sin el auxilio de los tópicos cáusticos, resolutivos ó substitutivos mas enérgicos. Siempre, sin embargo, que en el curso de estas afecciones una circunstancia cualquiera indique el uso momentáneo de los emolientes, podrá satisfacerse perfectamente esta indicacion con el apósito impermeable que detergerá con rapidez las superficies á la manera de las cataplasmas.

La úlcera varicosa de las extremidades inferiores, callosa, sórdida, de olor repugnante, desinfectada en algunas horas por las aplicaciones de planchuelas empapadas en agua cloratada, puede ponerse en muy pocos dias en un estado satisfactorio por el cautchouc, la elevacion del miembro y el reposo.

Tales son en resúmen las principales particularidades relativas al uso de la oclusion impermeable en el tratamiento de las afecciones cutáneas que encontramos en el trabajo del doctor Besnier.

Enfermedades de la vejiga: introduccion de liquidos en esta cavidad sin necesidad de practicar el cateterismo. (Rev. méd.).

Para evitar los accidentes que provoca con frecuencia el cateterismo y en particular la hematuria, que es el mas comun, aconseja el doctor Leisse, de Viena, el método siguiente en los casos en que se quiera practicar una inyeccion intra-vesical; se coloca la punta de la cánula de un irrigador en el meato urinario, teniendo mucho cuidado de levantar el miembro contra la pared abdominal. Al cabo de algun tiempo, que varía de un segundo á algunos minutos, advierte el enfermo la sensacion particular que indica la entrada en la vejiga del líquido inyectado. La diferencia de nivel entre este órgano y el irrigador es la que facilita el paso del líquido á su cavidad.

Si las cosas suceden así, preciso es confesar que no se ha tardado poco tiempo en llegar á la primera idea que ha debido ocurrirse en semejante caso.

Epistaxis : modo sencillo de hacer el taponamiento de las fosas nasales. (*L'Independence*).

A falta de sonda de Belloc se puede intentar el taponamiento de las fosas nasales del modo siguiente: se toma un hilo comun de 50 centímetros de largo, se le unta bien de cerato y se arrolla una de sus extremidades en peloton, de modo que forme una bola del tamaño de un guisante pequeño. Hecho esto, se introduce la bola en la nariz por donde sale la sangre, y se manda al enfermo que haga una fuerte inspiracion. Si la ejecuta bien, haciéndole abrir la boca se ve asomar la pequeña bola del hilo por uno de los lados de la úvula y se la coge, trayéndola hácia fuera por medio de la pinza. Entonces se puede verificar el taponamiento, conformándose á los preceptos clásicos para lo restante del acto operatorio.

Extirpacion del calcáneo. (*Union Méd.*).

El doctor Rigaud, profesor de clínica quirúrgica en la Facultad de Nancy, ha dirigido, á la Sociedad de Cirugía de Paris, una nota relativa á la extirpacion del calcáneo en totalidad. El sabio cirujano cree haber sido el primero en practicar esta operacion, considerada, dice, antes de él como imposible y que ejecutó por primera vez en el curso del año 1844 á 45. Desde esta época hasta 1873, ha tenido ocasion de repetirla once veces en casos en que, habiendo invadido la alteracion orgánica la totalidad del hueso, no podia esperarse conseguir la curacion por un tratamiento apropiado, ni detener los progresos del mal, ya por una reseccion parcial, ya por la excavacion secundada por los medios ordinarios de la terapéutica médica y quirúrgica. Diez veces en estos doce casos, la operacion ha sido seguida de una curacion completa y de los dos hechos desgraciados, un enfermo sucumbió á consecuencia de la infeccion purulenta, y al otro fué preciso practicarle ulteriormente la amputacion de la pierna.

El procedimiento operatorio que ha seguido siempre el doctor Rigaud, consiste :

Primer tiempo : seccion horizontal que parte del talon al nivel de la insercion del tendon de Aquiles, pasa á 4 ó 2 centímetros por bajo de los maléolos y se extiende por

delante hasta el nivel y un poco mas allá de la articulacion calcáneo-cuboidea, tanto por dentro como por fuera; permite desprender un ancho colgajo plantar que cae de atrás adelante conservando todo el espesor de la abundante capa célulo-adiposa de la region, reforzada por los músculos plantares superficiales, que se obtienen rasando la cara inferior del calcáneo y desprendiendo las inserciones aponeuróticas de los músculos de la planta del pié; se cortan los ligamentos laterales interno y externo, y en este momento es preciso tener gran cuidado de no seccionar los tendones de los peroneos laterales, ni los de los flexores de los dedos y los extensores del pié; es necesario conservar intactas la arteria y la vena tibial posterior, y particularmente la rama plantar externa de la primera, así como los nervios de la region; se les protege al mismo tiempo que se les separa del corte del bisturí, por medio de grandes ganchos romos.

Segundo tiempo: el tendon de Aquiles se corta inmediatamente en su insercion en el calcáneo. Hecho esto, se coge este hueso de atrás adelante, con una fuerte pinza apropiada, á fin de facilitar por las diversas inclinaciones que se le dan, la introduccion de un fuerte bisturí que se desliza entre las superficies articulares. De este modo queda abierta la articulacion calcáneo-astragaliana posterior por detrás; entonces se la ataca por el lado externo al mismo tiempo que se va á cortar el haz ligamentoso inter-óseo.

Tercer tiempo: separacion del calcáneo del cubóides por delante y por fuera: en este tiempo de la operacion es cuando hay que redoblar los cuidados y la atencion para no interesar los tendones de los peroneos laterales y mas particularmente el del peroneo largo, que se desliza por la corredera oblicua de la cara inferior del cubóides. Volviendo entonces el calcáneo hácia afuera, se terminan todas las secciones necesarias, despues de lo cual se desprende el gancho de la tuberosidad interna del calcáneo debajo del que pasan los vasos y los tendones de los músculos de la cara posterior interna de la pierna. Una vez verificada la desarticulacion del calcáneo, y luego que la sangre, generalmente muy poco abundante, ha dejado de fluir completamente y la herida está casi seca, se apli-

ca con la mayor exactitud posible el colgajo plantar que se sostiene comprimiéndole por medio, ya de suturas, la media posterior de las cuales debe atravesar el tendón de Aquiles, ya también de vendotes aglutinantes y luego con un vendaje apropiado; la reunión se efectúa fácilmente y con bastante rapidez.

Como la cicatriz es circular y se encuentra á muchos centímetros por encima del suelo, ninguna parte de ella soportará el peso del cuerpo, y bajo este punto de vista, las cosas se hallan como en el estado normal. El espesor de la capa plantar queda completamente íntegro y conservará por tanto la mayor parte de su elasticidad tan favorable para la progresión.

El doctor Félix Guyon ha practicado una vez esta operación siguiendo las reglas que acabamos de indicar y á su juicio el inconveniente de este procedimiento es que, en el tiempo que consiste en desprender el tendón de Aquiles, cortándole por pequeñas secciones, hay peligro de abrir la articulación calcáneo-astragaliana posterior. Habiéndose servido este cirujano de la venda de Esmarch, la aplicación de este aparato le ha sido muy útil para la exploración del hueso enfermo, pero una vez terminada la operación y quitada la venda, la abundante hemorragia que se verificaba por todos los puntos de la herida, ha hecho difícil la cura. Varios cirujanos han indicado ya este inconveniente del método de Esmarch.

El doctor Polaillon se ha ocupado de la extirpación del calcáneo, en un trabajo que vió la luz pública en 1870, y en el que ha reunido un total de sesenta y cinco observaciones. La estadística de estos casos, hecha bajo el doble punto de vista de la mortalidad y de la facilidad de la progresión, le ha demostrado que esta operación exponía generalmente menos á la muerte que la amputación de la pierna; pero respecto á la progresión, ha encontrado el autor que la extirpación del calcáneo, muy favorable en los sujetos cuyo desarrollo óseo no es aun completo, es inferior á la amputación de la pierna, cuando se trata de individuos que han pasado el término de la adolescencia. El doctor Giraldés cree que esto no es exacto y que en todas las edades debe preferirse la extirpación del calcáneo á la amputación. Las ventajas de aquella han sido

establecidas de un modo incontestable, en un libro publicado por el célebre cirujano inglés Hancock que ha practicado treinta y siete veces la ablacion total del cáncero y cuarenta la reseccion.

Extirpacion de la laringe. (*Bull. de théor.—Gaz. hebdom.—Union méd.*).

Dos nuevas comunicaciones sobre la extirpacion total de la laringe han llamado en estos últimos tiempos la atencion de los cirujanos de Turin y de Berlin sobre estas atrevidísimas tentativas, cuyo número se eleva ya á seis en la actualidad, habiéndose conseguido cuatro veces buen resultado.

El doctor Bottini presentó á la Academia de Medicina de Turin, en su sesion de 30 de abril de 1875, la historia y descripcion de la extirpacion de la laringe que habia practicado á un jóven y robusto campesino, afectado de ortopnea por un obstáculo mecánico en la laringe. En el mes de agosto de 1874, habia sufrido ya la laringotomía, á fin de salvarle de la muerte, y en el mes de octubre del mismo año, la cauterizacion galvánica en el interior de la laringe.

El doctor Martelli, jefe de clínica del profesor Bottini, describe del modo siguiente la operacion :

A las dos de la tarde y no habiendo cloroformizado al enfermo por circunstancias particulares, el operador practicó sobre el hueso hióides, en su parte media, una incision dirigida de arriba abajo, de 5 centímetros de longitud, desde dicho hueso hasta la cánula; en seguida con dos incisiones horizontales á las extremidades de la primera, se formaron dos colgajos rectangulares á derecha é izquierda que se disecaron poniendo de este modo á descubierto la region bioídea. Luego con mucha precaucion se fueron disecando los tejidos y aislando la laringe en su parte anterior, mientras que por medio de ganchos se separaban los labios de la herida; despues, ya con el dedo, ya por medio de instrumentos no cortantes, se desprendió la laringe de sus adherencias posteriores con el esófago. A causa de la poca longitud del cuello del operado y de los continuos esfuerzos que hacia para expectorar, este

período de la operacion fué muy difícil. Por efecto de estas mismas condiciones anatómicas fué imposible desprender la laringe por dentro y seguidamente, como se habia pensado, es decir, separarla por abajo de la tráquea y por arriba del hueso hióides, siendo por el contrario preciso seccionarla en muchas veces, suspendiendo de tiempo en tiempo la operacion á fin de permitir al enfermo, que hacia esfuerzos violentos de tos, arrojar por la cánula las mucosidades y la sangre que caian en la tráquea por mas cuidado que se tenia para evitarlo. Los esfuerzos de expectoracion fueron á veces tan bruscos, que el enfermo lanzaba lejos la cánula aunque habia un ayudante encargado de sostenerla. Se ligaron muchas arterias, y particularmente las dos laríngeas superiores, cohibiéndose en otras la hemorragia con el cauterio galvánico.

El cartilago tiróides estaba tan osificado en el espacio tiro-cricoideo, que no se le pudo cortar con las tijeras de Listón. Inmediatamente que se hubo seccionado el ligamento tiroideo á fin de desprender con el bisturí de Savigny la insercion de la epiglotis, apareció una masa gris rojiza que exudaba gran cantidad de sangre, accidente que oscurecia mucho el campo de la operacion, haciendo peligroso su manual. En fin, habiendo explorado la laringe, que se encontró completamente obstruida por el tumor, se dejó aplicada la cánula asegurándola alrededor del cuello con un hilo fuerte de seda, y se reunió la herida en parte con la sutura entortillada, y en parte con la simple, despues de haber procurado una hemostasis completa cuidadosamente. La operacion duró dos horas. El enfermo, aplanado no por la hemorragia, que no fué demasiado considerable, sino mas bien por el traumatismo, se reanimó luego que se le introdujo en el estómago con la sonda esofágica, una pequeña cantidad de vino generoso. Durante la noche se le continuó administrando del mismo modo caldo, vino y extracto de carne. La tos fué tan frecuente, que no le permitió una hora de sueño, á pesar de haberse hecho inyecciones hipodérmicas. La reaccion febril fué moderada, y cuando al quinto día se quitaron los alfileres y los puntos de sutura, apareció completa y regularmente adherida la solu-

cion de continuidad. Pero en este mismo dia se manifestó la erisipela en su circunferencia, extendiéndose á toda la parte anterior y posterior del cuello. Inmediatamente se introdujo en el estómago una disolucion de quinina y se barnizaron muchas veces los puntos enfermos con una solucion de nitrato de plata á 10 por 100. Por este medio la erisipela desapareció para presentarse mas tarde en la cabeza y en el tronco, lográndose tambien aquí con la solucion argéntica el mismo resultado.

Por efecto de estas complicaciones que no alteraron la cicatrizacion de los colgajos, se formaron abscesos en la cabeza y en el párpado izquierdo, que despues de abiertos se curaban con glicerina fenicada. Desde el origen de la erisipela, que se manifestó el 11 de febrero hasta el 21, dia en que se pudo decir que habia desaparecido por completo, las pulsaciones oscilaron entre 100 y 120 por minuto, y la temperatura entre 38 y 38°,5. Desde el 21 hasta el 10 de marzo, fecha en que se presentó la nota á la Academia, la temperatura no pasó de 37° y el pulso de 80 pulsaciones. El enfermo tragaba bien las sustancias líquidas y semi-líquidas, los esfuerzos de expectoracion eran raros y muy poco fatigosos, las noches bastante tranquilas, y todo hacia esperar una curacion completa. Y con efecto parece haberse realizado, puesto que tres meses despues de la operacion presentó el doctor Bottini á su enfermo curado á la Academia de Turin.

La segunda operacion, que es de fecha mas reciente, fué practicada por el doctor Langenbeck el 21 de julio de 1875, dándose cuenta de ella el 28 del mismo mes á la Sociedad médica de Berlin. Parece que el profesor prusiano ha querido probar que aun es posible mayor atrevimiento, que el que supone la ablacion total de la laringe, puesto que ha extirpado ademas el hueso hioides, una parte de la lengua, de la faringe y del esófago. Creemos que no podrán menos de interesar á nuestros lectores algunos detalles de esta operacion.

Era el enfermo un hombre de cincuenta y siete años, afectado de cáncer de la laringe, y al cual se habia practicado la traqueotomía en noviembre de 1874. Cuando volvió al hospital el 14 de julio, la respiracion se verificaba por la cánula traqueal; pero la degeneracion se

habia extendido á la lengua y á la faringe, de modo que no permitia la alimentacion más que con sustancias líquidas.

Cloriformizado el enfermo por la fístula de la tráquea, se quitó la cánula y se dilató la abertura hácia abajo para poder introducir la cánula tapon de Treudelemburg. Introducido el tubo del aparato de cloriformizacion en la cánula, permitió sostener la anestesia todo el tiempo de la operacion.

Se practicó una incision transversal en la piel desde el borde interno del esterno mastoídeo derecho al izquierdo á unos 2 centímetros por encima del hueso hióides. Del centro de esta incision se hizo partir otra vertical que pasaba por la parte media del cuello hasta la fístula de la tráquea, sin interesar la cicatriz de esta. La piel formaba así dos colgajos laterales que separados de las partes subyacentes dejaron al descubierto la laringe. Se hizo la extirpacion de los gánglios submaxilares infartados y de la glándula submaxilar derecha; se cortaron en seguida los músculos milohióideos, digástricos é hipoglosos por encima del hueso hióides, se ligó la arteria lingual y se extirparon los gánglios y la glándula submaxilar del lado izquierdo. La cortedad del cuello y las adherencias de las partes blandas de la laringe, resultado de la permanencia prolongada de la cánula traqueal, dificultaron los tiempos sucesivos de la operacion y fué preciso que se recurriese á separar la laringe de la faringe á causa de la extension del cáncer á las partes inmediatas. El operador se decidió á abrir la faringe. Introducido un gancho al nivel del hueso hióides, se tiró con él de la laringe hácia abajo y adelante, al mismo tiempo que un hilo pasado por la punta de la lengua, sacaba ésta fuera de la boca; se seccionó la base de la lengua por la herida del cuello á 2 centímetros próximamente por encima del hueso hióides; entonces se hizo la ligadura de las arterias tiroideas superiores y se incindió en ambos lados, la pared de la faringe y el arco del faringo-palatino; en seguida se aislaron las carótidas externas y se las cortó entre dos ligaduras. Los nervios lingual é hipogloso habian sido aislados y cortados en el momento en que se seccionó la lengua.

La laringe, que no estaba unida mas que á la tráquea, fué desprendida por debajo del cartílago cricóides. En este momento la region anterior del cuello, desde la barba hasta el esternon, presentaba una vasta cavidad, en cuyo fondo se percibia la columna vertebral, cubierta por la pared posterior de la faringe; los colgajos cutáneos formaban como las puntas de un cuello de camisa vuelto; por la parte inferior la tráquea habia descendido, de suerte que la cánula correspondia al borde del esternon; por arriba se descubria el velo del paladar y la superficie de seccion de la lengua; se veia tambien por la boca la parte anterior de la lengua, que estaba apelonada é inmóvil detrás del maxilar inferior.

Los músculos seccionados ó extirpados durante la operacion, fueron, aparte de los pequeños músculos de la laringe, los esterno-hioídeos, esterno-tiroídeos, omo-hioídeos, milo-hioídeos, digástricos, genio-hioídeos, estilo-hioídeos, estilo-glosos, estilo-faríngeos, glosos y palato-faríngeos. Se hicieron cuarenta y una ligaduras, en particular las arterias maxilares externas, linguales, tiroideas superiores, carótidas externas y laríngeas; en fin, se cortaron dos nervios, el hipogloso y el lingual.

Durante esta terrible operacion, el enfermo permaneció en un estado de anestesia completa; el pulso estaba á 80 y la temperatura á 36°,8. Estas circunstancias favorables se han atribuido al uso de la *cánula-tapon* de Treudelemburg, que impidió toda introduccion de sangre en las vías respiratorias. Las consecuencias de este traumatismo fueron sencillas; no se pusieron suturas, contentándose con aplicar los colgajos simplemente sobre la herida; se introdujo una gruesa cánula en la tráquea. El enfermo presentó una fiebre moderada en los días siguientes, que habia cesado el 28 de julio, hallándose en esta fecha en un estado relativamente bueno.

Tales son las particularidades mas interesantes de esta operacion, que bastan para demostrar las enormes dificultades que ofreció:

De las seis extirpaciones totales de la laringe hasta ahora conocidas, tres casos han probado la posibilidad de la cicatrizacion despues de la operacion: el hecho de Langenbeck debe considerarse hasta el presente como un triunfo

bajo el punto de vista operatorio, pero no se conoce aun el resultado final. No queremos apreciar en la actualidad las ventajas definitivas de la extirpacion de la laringe; pero desde luego puede asegurarse que solo es aplicable á casos desesperados, y no tratándose en muchos de ellos mas que de prolongar por breve tiempo la vida del enfermo, no nos parece que deben hacérsele sufrir los martirios de tan terrible operacion, en la cual, por otra parte, corre grave riesgo de que se acorte en vez de prolongar la vida.

Sin embargo, la extirpacion de la laringe puede ser un verdadero progreso quirúrgico si se llega á simplificar el manual operatorio, y sobre todo á disminuir los peligros de la hemorragia y de la sofocacion. Ya la cánula-tapon de Treudelemburg puede impedir, segun Langenbeck, la introduccion de sangre en las vias respiratorias, y por consecuencia la asfixia: además, imitando Bottini el ejemplo de Czerny, ha demostrado experimentalmente que el uso del cuchillo gálvano-cáustico simplifica de un modo notable el manual operatorio.

El profesor Billroth, de Viena, ha practicado por segunda vez esta formidable operacion el 11 de noviembre del año actual. El enfermo era un hombre de cincuenta años, afectado de epitelioma, que se diagnosticó por medio del laringoscopio, y que habia hecho rápidos progresos, invadiendo todo el interior de la laringe, lo cual ocasionó una disnea intensísima que iba aumentando de dia en dia. La operacion fué ejecutada en presencia de un gran número de médicos y estudiantes, y el enfermo sucumbió á los cinco dias, muy probablemente de una pulmonía hipostática. Parécenos que en este caso estaba mas indicada la traqueotomía como medio paliativo que la extirpacion de la laringe.

Mencionaremos, por último, otra operacion practicada tambien por un cirujano aleman, el doctor Schmidt, en un hombre de cincuenta y seis años, con un epitelioma de la laringe, tratado primero por la cauterizacion, y en quien fué preciso hacer la traqueotomía. La extirpacion se ejecutó el 12 de agosto de 1874. Aquí tambien, como en el caso de Billroth, hubo que renunciar al taponamiento de la tráquea por la cánula de Treudelemburg.

Se seccionó la tráquea y se extirpó la laringe, separándola de abajo arriba del esófago. Pero la hemorragia, aunque poco abundante, amenazaba la vida del enfermo, porque toda la sangre se precipitaba en la tráquea abierta. En fin, se separó la laringe de la epiglotis, que estaba sana. En aquel mismo día se reprodujo la hemorragia, si bien poco intensa; los días siguientes la herida tomó un aspecto de mala naturaleza, el enfermo fué perdiendo rápidamente, se presentó disnea, y sucumbió á los cinco días de la operacion.

El autor atribuye esta terminacion al aplastamiento moral del sujeto, á la insuficiencia de la alimentacion que pudo emplearse en los días que sobrevivió, y á la pérdida de sangre, debida en parte á no tener cánula suficiente para el taponamiento de la tráquea.

Estrecheces uretrales : tratamiento por medio de la electrolisis : nuevo instrumento destinado á practicarla. (*Gaz. des Hop.*).

La electrolisis, aplicada á la cura de las estrecheces de la uretra, se habia practicado hasta ahora con una candelilla gálvano-cáustica sin conductor. Habiendo comprendido los doctores Malléze y Tripier los inconvenientes de tal procedimiento, desde el principio de sus estudios acerca de esta cuestion, trataron de proteger el mandrin cáustico con un conductor de ballena ó goma. Pero como estas sustancias destruian la accion de la corriente, era peligroso su uso. El doctor Malléze ha hecho construir recientemente á M. Mathien una nueva candelilla, cuyo mandrin, en espiral muy flexible, está cubierto, como siempre, de una sonda protectora C. Segun lo indica el grabado figura 2, por el centro del mandrin gálvano-cáustico B pasa un conductor filiforme de platino A, que se puede hacer salir y retirar á

voluntad por la extremidad manual E, al mismo tiempo



Fig. 2.

que se descubre mayor ó menor longitud del gálvano-cauterio por medio del tornillo D.

El polo negativo de la pila se fija en el punto D. Este instrumento permite marchar con seguridad de delante atrás en las estrecheces permeables solo á las candelillas mas pequeñas, y responde á la objecion mas sería que se habia formulado contra la gálvano-cáustica química aplicada á la cura de las estrecheces de la uretra.

Fistulas de ano: tratamiento por medio de la ligadura elástica y de la seccion lineal con un cordonete de seda. (*Bull. de thér. —Lyon méd.—Anales de la Soc. de méd. de Gand.*).

Considera el doctor Courty la ligadura elástica como el medio de tratamiento mas sencillo, menos peligroso y aun el menos doloroso de la fístula de ano. Procede del siguiente modo para practicar la operacion por el nuevo método: como es natural, la exploracion del trayecto fistuloso constituye el primer tiempo de la operacion; porque una vez recorrido el trayecto por la sonda, es fácil pasar inmediatamente un hilo ó un tubo de cautchouc y apretarle, despues de haberle distendido suficientemente, sobre la márgen misma del ano, entre este orificio y el de la fístula.

Siendo algunas veces laboriosa la exploracion del trayecto, el autor aconseja que no se proceda á este primer tiempo sin haber inyectado, por el orificio externo, cierta cantidad de bálsamo tranquilo. Luego que ha recorrido la sonda acanalada todo este trayecto y penetrado en el recto, ya por el orificio interno, ya por una perforacion artificial de la pared desprendida, si no se ha encontrado la abertura natural, se introduce el índice de la otra mano en el intestino, se coge con él el pico de la sonda y se le saca fuera. Nada mas fácil que pasar entonces con la sonda un estilete aguja armado de un hilo de cautchouc á través de toda la extension de la fístula. Si no se puede traer hácia afuera por el ano el pico de la sonda acanalada, es preciso correr á lo largo de ella una candelilla uretral muy delgada, que se coge y saca al exterior con mas facilidad, por medio del dedo encorvado en forma de gancho ó con las pinzas de curacion. Si se ha tenido cuidado de atar el hilo elástico al extremo de la buja,

es fácil, con un poco de destreza, hacerle pasar á través de la fístula, siempre que esta se encuentre lubricada por una buena cantidad de aceite.

Se pueden emplear simples hilos ó tubos muy delgados. Los primeros no deben estar cubiertos de seda, sino formados solo de cautchouc puro, á fin de que sean menos alterables por los líquidos de que han de estar bañados. Es difícil tenerlos de un espesor igual en todos sus puntos, suelen romperse en los mas débiles al distenderlos; por esto son preferibles los tubos cuando pueden encontrarse de muy pequeño calibre. Una vez pasado el hilo ó el tubo, está puede decirse terminada la operacion; pero para que no haya necesidad de repetirla, aconseja el autor que se ejerza desde luego con el primer hilo, en la mayor parte de los casos, la construccion definitiva de la parte que se va á dividir. Basta tirar de las dos extremidades del tubo, de modo que se tenga la seguridad de que la parte que pasa por la fístula está convenientemente distendida, no hasta los últimos límites de su resistencia, pero al menos lo necesario para dar la certidumbre de que se mantendrá la constriccion por el solo efecto de su elasticidad. No hay entonces mas que fijar el tubo en este estado de extension forzada, por un nudo doble bien sujeto, y reforzándole en caso de necesidad con un hilo encerado, pasado muchas veces alrededor del nudo del tubo elástico. Se cortan los extremos á algunos centímetros del nudo y está terminada la operacion.

Es indudable que los enfermos sufren en mayor ó menor grado por esta estrangulacion de los tejidos. Así sucede al menos en las primeras horas; porque pasadas estas, el dolor se amortigua considerablemente y acaba por desaparecer. Para ahorrar á los pacientes este dolor, el doctor Courty tiene la costumbre de mantenerlos en un estado de somnolencia é insensibilidad incompletas, administrándoles alternativamente la morfina y el cloral. En un frasco número 1 se pone una disolucion de 5 centigramos de hidrociorato de morfina en 100 gramos de agua; en un frasco núm. 2, una solucion de 5 gramos de hidrato de cloral y 5 gotas de esencia de menta en 50 gramos de agua y otros 50 de jarabe simple. El enfermo toma alternativamente, de hora en hora, primero una ó dos cu-

charadas de las de café de la solución núm. 1, luego otra cantidad igual del núm. 2. Debe empezarse el uso de estas soluciones algunas horas antes de la operación y se continúa todo el día que la sigue. Esto basta de ordinario para hacer tolerable el dolor de ella y de sus consecuencias inmediatas.

En dos enfermos muy pusilánimes y que rehusaban el uso de los sedantes, el autor ha seguido el consejo de Krishaber, es decir, que apretó primero muy moderadamente la primera ligadura, á la que substituyó al día siguiente otra también elástica bien apretada: esto complica sin duda alguna la operación, y por consecuencia debe ser de una aplicación excepcional; pero es necesario tener en cuenta los casos en que esta manera de obrar es realmente preferible.

Como quiera que sea, lo que hay de notable en este método de la ligadura elástica, es la inutilidad de toda vigilancia, y especialmente de toda intervención quirúrgica, después de operados; lo es al mismo tiempo la falta completa de accidentes consecutivos y la facilidad de la cicatrización.

Muchos enfermos, aun desde el primer día, sin necesidad de guardar cama, han podido sentarse en un sillón, andar en su gabinete y hasta salir. Es inútil decir que desde el día siguiente han continuado la mayor parte de sus ocupaciones.

El único cuidado necesario ha sido mantener la herida sumamente limpia por medio de frecuentes lociones y aun baños de asiento muy cortos; añadir alguna vez á las lociones el coaltar saponinado ó el fenol, y aun hacer inyecciones de agua coaltarizada ó fenicada en el trayecto fistuloso, secarle con cuidado y aplicar un cuerpo graso cualquiera, y de preferencia el cerato opiado; mantener libre el vientre con la administración cotidiana de un laxante suave.

El doctor Allingham, cirujano del hospital de Saint-Mark, de Londres, que, como es sabido, está reservado exclusivamente á las enfermedades del recto, publicó en diciembre de 1874 una notable Memoria en que estudia críticamente los métodos hasta ahora propuestos para la curación de las fístulas de año y las razones porque han

sido abandonados, y termina su trabajo por una estadística de cuarenta de estas operaciones hechas por medio de la ligadura elástica. Esta numerosa série ofrece tanto mayor interés cuanto que su distinguido autor ha tenido cuidado de presentar á su lado una série comparativa. Al mismo tiempo que empleaba en ciertos enfermos la ligadura elástica, otros pacientes eran operados en las mismas salas y en idénticas condiciones por el método antiguo, es decir, por la incision.

Comparando estos hechos, establece las conclusiones siguientes :

1.º La operacion de la ligadura elástica se hace en general sin dolor. Los que siguen algunas veces son por lo comun ligeros y de corta duracion.

2.º No hay hemorragia.

3.º La curacion es mas rápida.

4.º Los enfermos no tienen necesidad de guardar cama ni aun de quedarse quietos en casa. Pueden ir inmediatamente á pasearse al aire libre.

5.º Este método está mas particularmente indicado en las personas delicadas ó predispuestas á la tísis.

6.º No hay necesidad de recurrir á los anestésicos.

7.º La supuracion es muy escasa.

8.º La ligadura elástica puede servir para terminar operaciones comenzadas con el bisturí.

Hay que advertir, sin embargo, que, segun afirma el doctor Molliere en un artículo publicado en el *Lyon medícalle*, el modo operatorio tiene grandísima importancia, y para que la ligadura elástica pueda dar todos los buenos resultados que hay derecho á esperar de ella, es preciso seguir rigurosamente los procedimientos que se emplean en el hospital de Saint-Mark. M. Molliere, que ha visto operar al doctor Allingham, describe del modo siguiente su modo de proceder :

Emplea un pequeño cordonete sólido de 2 milímetros de diámetro próximamente, que se pasa al través de la fístula por medio de un pequeño aparato que puede servir al mismo tiempo de estilete explorador y que tiene alguna analogía con el gran trócar de *drainage* de Chassaignac. Una vez introducido el hilo elástico, se tira de sus extremidades y se las pasa reunidas por un pequeño

anillo de plomo. Se pone la ligadura en un grado de tension máximo y se la sostiene en él, aplastando con unas fuertes pinzas el anillo de plomo. De este modo el puente fistuloso se encuentra estrangulado en una asa elástica, que es pequeñísima luego que se cae. Es una condicion esencial que la ligadura no pueda relajarse en un momento dado. Pero si en lugar de servirse del anillo de plomo se quiere anudar el hilo de cautchouc, como si se tratase de una ligadura simple, se rompe cuando se acerca á su máximum de tension. El doctor Molliere ha empleado ya este método y le considera mucho mejor que el recomendado por el doctor Courty que exige mas aparato instrumental y cuyos resultados no son tan seguros.

El doctor Eduardo Thomás ha demostrado tambien, en una tésis recientemente publicada en Paris, las ventajas de la ligadura elástica, y á los hechos ya publicados por Allingham, reúne las observaciones recogidas en el hospital de la Caridad, viniendo á establecer en su virtud una série de conclusiones idénticas á las que hemos transcrito del práctico inglés.

Seccion lineal.— Los *Anales de la Société de médecine de Gante* han publicado una extensa Memoria del doctor Julio Félix, en la que este cirujano recomienda un nuevo tratamiento radical de la fístula de ano, sencillo, fácil, que no exige apenas ayudantes ni expone al enfermo á los dolores y peligros de la incision con el bisturí.

Habiendo llamado la atencion al doctor Félix la profundidad y limpieza de las heridas hechas por el frote rápido de una cuerda delgada ó de un ligero hilo metálico, se le ocurrió la idea de utilizar esta accion para ciertas operaciones, habiendo sido en la fístula de ano en la que mejores resultados le ha dado su método. Estas heridas se hacen por deslizamiento con rapidez y se curan fácilmente, sin fiebre y sin complicacion. La hemorragia consecutiva es nula ó insignificante.

El procedimiento del autor consiste sencillamente en introducir en el trayecto de la fístula y al través de sus dos orificios un hilo de seda torcido (seda inglesa torcida para ligaduras); atar cada uno de los extremos de este cordonete á un cilindro de madera ó de otra materia, para comodidad del operador que tomando uno de estos tira-

dores en cada mano é imprimiendo un movimiento rápido de vaiven á la manera de una sierra y al mismo tiempo una ligera traccion continúa, secciona así en algunos segundos todos los tejidos que separan los dos orificios de la fístula y pone al descubierto el trayecto. El autor se sirve de preferencia de un hilo de seda inglesa torcida, porque es muy sólido, delgado, flexible y tarda en impregnarse de sangre. Tiene algunos de estos cordones que le han servido ya dos ó tres veces sin que apenas se conozca.

Los hilos de cáñamo y de lino no valen absolutamente nada para el caso, porque no cortan con limpieza los tejidos vivos, rasgan á fuerza de tracciones y aumentan mucho de volúmen por la absorcion de los líquidos: una vez mojados ya no seccionan.

A falta de hilos de seda ingleses podrian emplearse dos crines de caballo torcidas, pero son rígidas y se rompen con facilidad: los hilos metálicos tienen las mismas desventajas.

El doctor Félix da algunos detalles interesantes acerca de la manera de aplicar su procedimiento.

Es necesario ante todo determinar el trayecto y los orificios de la fístula. Para evitar las repeticiones de la exploracion, que siempre es dolorosa, el autor se sirve de un estilete flexible, en forma de aguja, en una de sus extremidades. Cuando el diagnóstico de la fístula es completo retira el estilete que lleva el hilo de seda en su ojo, de modo que el cordon que debe ser doble, atraviesa la fístula y sale por cada uno de los orificios á la manera de un sedal. Se atan las extremidades para que quede aplicado, pero cuidando de conservar intacta el asa que forma al doblarse, porque ha de servir, en caso de necesidad, para introducir fácilmente otro hilo, sin tener que pasar de nuevo el estilete, evitando al enfermo los dolores intensos que esto produce. Se deja así dispuesto esta especie de sedal hasta el momento de la operacion: si esta se retardase tanto que se pudiera temer la alteracion del cordonete y por consecuencia su falta de solidez, se le reemplaza en el momento de operar por otro nuevo, para lo cual no hay mas que pasarle por el asa del primero, dejarle así doblado y tirar del antiguo hasta que

el destinado á sustituirle haya recorrido todo el trayecto de la fístula.

Es conveniente que los hilos sean dobles, porque cuando se procede á la seccion, no se emplea mas que uno, y el otro queda en reserva para si se rompe el primero : cosa que no ha ocurrido nunca al autor, pero que se comprende puede suceder.

La ventaja de este hilo doble y en forma de sedal es mayor aun en las fístulas *múltiples ó complexas* : no se consigue siempre descubrir de primera intencion los trayectos y orificios de la fístula de ano. Frecuentemente despues de haberlos encontrado una primera vez con facilidad, cuesta luego mucho trabajo volverlos á hallar. Dejando aplicado en cada fístula el cordonete, se tiene tiempo de buscar sucesivamente los diversos trayectos fistulosos y aun de proceder á esta exploracion en varias sesiones. Una vez descubiertas todas las fístulas y llegado el momento de la operacion, se reunen á derecha é izquierda los hilos desdoblados en dos haces ; se ata cada uno de ellos á una manija de madera ó hierro, y se procede á la seccion rápida de todas las fístulas á la vez. Los otros hilos que se tienen fijos en cada lado por una tirita de esparadrapo y colocados en orden, son los de reserva. De este modo la operacion de una fístula *complexa ó de muchas fístulas* no dura mas que la de una fístula simple y única.

La aplicacion del hilo-sedal no solo es un primer tiempo de la operacion que se ejecuta á la vez que se hace el reconocimiento ó exploracion, sino que produce grandísimo alivio en las molestias que aquejan á estos enfermos hasta el punto que hay algunos que no se deciden luego á sufrir la operacion radical. El doctor Félix tiene un cliente que lleva puesto hace tres años el cordonete á modo de sedal y se encuentra tan bien que no ha querido dejarse operar. Desde esta época no ha vuelto á sufrir los abscesos estercoráceos que antes se repetian con suma frecuencia, acompañados de síntomas inflamatorios y febriles graves. Este medio da excelentes resultados en los casos de fístula de ano, en que está contraindicada la operacion.

Para descubrir los orificios internos de las fístulas, cosa

en ocasiones no muy fácil, recomienda el doctor Félix un medio imaginado por el profesor Van Hœter, cirujano de los hospitales de Bruselas, y que presta grandes servicios en los casos difíciles. Consiste en introducir en el recto, por medio del espéculum, una gruesa y larga mecha untada de engrudo de almidon: una vez colocada bastante alta se hace por las aberturas externas una inyeccion de agua templada coloreada con la tintura de yodo; al llegar este líquido á ponerse en contacto con la mecha por los orificios internos, la tñe de azul y cada mancha da una idea exacta del tamaño y situacion de la abertura á que corresponde.

Las precauciones prévias á la operacion (purgantes, lavativas, etc.) son las mismas que en los métodos ordinarios, así como la posicion que debe adoptar el paciente. En rigor no hace falta mas que un solo ayudante que se encarga de mantener bien separadas las nalgas y de practicar la anestesia local.

Cuando todos los hilos están convenientemente dispuestos, este ayudante proyecta, por medio del pulverizador de Richardson, éter rectificado sobre las partes que deben ser seccionadas, hasta que están completamente insensibles. La pulverizacion del éter debe continuarse sin interrupcion durante todo el tiempo de la operacion.

Terminada la seccion, se asegura el operador por medio del dedo, si el trayecto es limpio y si las anfractuosidades ó las paredes internas de la fístula presentan bridas fibrosas que puedan oponerse á la cicatrizacion y que deben ser resecaadas por medio de las tijeras.

Hecho esto se introduce en el ano, dilatado al efecto por el espéculum bi ó trivalvo, una gruesa mecha empapada en aceite fenicado (55 por 100), y se aplican sobre la herida compresas de agua fria fenicada que se renuevan cada veinte minutos; el enfermo se echa de lado y permanece inmóvil. Todos los dias se hace una inyeccion de este mismo líquido en la herida y se renueva la mecha. Se mantiene libre el vientre por medio de lavativas que se ponen todas las mañanas tres horas antes de la cura. Al tercer dia, se suspenden las compresas de agua fenicada y se cura con hilas y compresas secas, sosteniéndolo todo con un vendaje de ano. Al sexto dia de la operacion y

algunas veces mas pronto, puede el enfermo levantarse de la cama ; la cicatrizacion se verifica de un modo regular sin ninguno de los accidentes que suelen producirse en las operaciones hechas con instrumento cortante.

Fistulas musculares. (*Lyon méd. — Dict. des Progrés*).

El doctor Gayet, de Lyon, propone introducir en la nosología esta nueva especie de fistulas. Consecutivas á la miositis, pueden aparecer en todos los casos en que esta se manifiesta con abscesos, ya consecuencia de una causa general como el muermo, la infeccion purulenta, la diátesis escrofulosa, etc., ya por efecto de una causa local como golpes, contusiones, roturas musculares. En los tres hechos recogidos en el Hotel-Dieu y publicados en el *Lyon méd.* por M. Vincent, interno de este establecimiento, eran resultado de contusion en dos casos y de rotura muscular en el tercero. Habiéndose formado abscesos despues de un tiempo mas ó menos largo en el sitio de la lesion, dieron por resultado una ó muchas fistulas que, á pesar de todos los medios puestos en uso para conseguir la cicatrizacion, duraron tres años en el primer enfermo, seis meses en el segundo, y tres en el último. Su persistencia, cuando se comprueba que no dependen de una lesion ósea, es, pues, uno de sus caracteres, y otro la salida de un líquido mas bien linfático que purulento, es decir, de linfa ligeramente cargada de pus.

Estos signos son el resultado de la formacion misma de tales fistulas. El traumatismo ó la supuracion no destruyen, como podria hacerlo un sacabocados, todas las fibras de un segmento muscular dado. La supuracion sobre todo debe verificarse mas bien á expensas del tejido conjuntivo que las rodea y las une. De aquí su diseccion por decirlo así, y los trayectos múltiples de estas fistulas que siguen alrededor de columnas constituidas, ya por haces musculares íntegros, ya por trabéculos cicatriciales. Introducido el estilete en los orificios, entra bastante profundamente en el espesor del músculo, sin salir de su perímetro ni encontrar superficie ósea. Así es que despues de haber marchado con bastante rapidez, la cicatrizacion se detiene siendo impotente para terminarse.

Los mamelones carnosos que afrontan los labios de la herida, se decoloran y dejan entre sí orificios que dan paso á una ligera, pero inagotable, exudacion sero-purulenta.

A juicio de M. Gayet, la causa principal de esta dificultad en la cicatrizacion son los movimientos incesantes, las contracciones que se verifican en los músculos por un motivo ó por otro. Las incisiones simples y con cauterizacion, la excision de las paredes induradas, la inmovilizacion con extension y flexion, la seccion subcutánea de los tendones de los músculos que podrian ejercer traccion sobre la herida, fueron igualmente inútiles para conseguir la cicatriz en el primer caso, solo la logró el tiempo, pero con una retraccion tal que determinó un *pie varus equino* forzado.

La inmovilidad es en efecto indispensable para la cicatrizacion y la restauracion de los tejidos, el movimiento es incompatible con este trabajo reparador. De esta falta de inmovilidad de los músculos, resulta la impotencia cicatricial de las soluciones de continuidad musculares y las recidivas de las fístulas. El tratamiento racional debe, pues, impedir las contracciones grandes y pequeñas, manifiestas ó latentes. Para conseguirlo tenemos los vendajes inamovibles dextrinados ó silicatados con ventana. Si no realizan la inmovilidad absoluta, la proporcionan al menos relativa y facilitan de este modo la curacion.

Fistulas recto-vaginales: nueva pinza para operarlas. — Procedimiento operatorio de Demarquay. (Gaz. hebdomad. — Montp. méd.).

Conocidas son de todos los cirujanos las dificultades que suelen encontrarse en las operaciones de las fístulas recto-vaginales, sobre todo para el refrescamiento de los bordes y la aplicacion de las suturas. Con el fin de facilitar estos tiempos de la operacion, ha ideado el instrumentista M. Collin unas pinzas construidas bajo el mismo principio que las de Desmarres, destinadas á la extirpacion de los quistes de los párpados. Este instrumento (fig. 3) se compone de dos bocados, uno plano que se introduce en el recto, y el otro en forma de anillo, que se aplica sobre la mucosa de la vagina. Al aproximarse ambas ramas,

limitan y comprimen los bordes de la fístula y permiten que se les refresque sin que salga una gota de sangre y aun que se aplique la sutura, porque la rama no agujereada es ligeramente cóncava y tiene una placa de asta para que no se melle el bisturí y para facilitar el paso de las agujas y de los hilos. Se puede, en una palabra, por medio de este instrumento, operar al descubierto la fístula recto-vaginal.

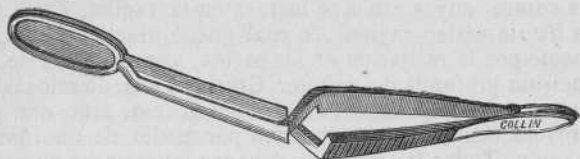


Fig. 5.

Procedimiento de Demarquay.—Habiendo operado este cirujano una serie de fistulas recto-vaginales con éxito desgraciado, lo atribuye á dos causas: á la acumulacion de las materias fecales en el intestino grueso, á su volumen, á su dureza, y sobre todo á la resistensia del ano cuando se trataba de hacerlas salir; en los esfuerzos de las enfermas para la defecacion, la cicatriz se rompe en todo ó en parte, y las materias pasan de nuevo por la vagina. La segunda causa es una condicion anatómica; la tension en sentido transversal de la pared inferior de la vagina.

Para hacer desaparecer estas malas condiciones, el autor ha empleado el siguiente procedimiento en una jóven que padecía una ancha fístula recto vaginal, producida por una maniobra desgraciada de un instrumento cortante en la ablacion de un pólipó uterino. La operacion se divide en dos tiempos.

Operacion preliminar que tiene por objeto destruir los obstáculos que se oponen á la curacion. Para esto, se incinde el ano y la pared posterior del recto hasta el coxis, como en la operacion de la fístula de ano. Esta seccion tiene por resultado: 1.º producir una relajacion considerable en la pared posterior de la vagina; 2.º permitir operar la fístula por el recto, en cierto modo al descubierto; 3.º facilitar la salida de las materias intestinales.

Segundo tiempo de la operacion: 1.º se practica sobre la superficie intestinal un refrescamiento tallado oblicuamente, como se hace en la fístula véstico-vaginal en el procedimiento americano; 2.º terminada esta parte de la operacion, y contenida la hemorragia, se hace una sutura metálica con las agujas corvas de Blandin: atravesando la pared inferior de la vagina, se ponen en contacto las superficies avivadas por medio de una série de puntos de sutura, cuyos cabos se tuercen en la vagina, como en la fístula véstico-vaginal, lo cual puede practicarse fácilmente por la relajacion de las partes, consecuencia de la incision profunda del esfínter. Gracias á ella, no solo no se detienen las materias en el intestino grueso, sino que se provoca fácilmente su expulsion por medio de un ligero laxante. Todas las mañanas se hacen inyecciones de agua fresca en la vagina. Como no hay tension en las partes reunidas se pueden tener aplicados los hilos todo el tiempo que se quiera. El autor propone dejarlos de ocho á diez dias.

La incision profunda del ano se cicatriza poco á poco, absolutamente del mismo modo que si se tratase de una fístula anal. La enferma del doctor Demarquay, curada de su fístula y de la operacion preliminar, retenia muy bien las materias intestinales como si no se hubiese interesado el esfínter.

Segun el autor, la operacion prévia no es tan grave como pudiera creerse, porque él la ha practicado muchas veces sin inconveniente alguno para facilitar las que debia hacer en el recto.

Forcipresion como medio hemostático permanente. (*Bulletin de thér.—Revue de Scien. méd.*).

La cirugía contaba ya entre sus medios de hemostasis la *acupresion*; el doctor Vanzeti la habia dotado recientemente de la *uncipresion*, y gracias al ingenio del profesor Verneuil, se ha enriquecido con un nuevo medio hemostático, ó mas bien el lenguaje quirúrgico ha adquirido una palabra nueva, la *forcipresion*, con que este distinguido cirujano designa á la accion de una pinza que obra sobre los vasos para contener una hemorragia.

Este medio, ó mejor este expediente, es tan natural y tan sencillo, que no habia recibido nombre, ni ha sido descrito en ninguna parte; sin embargo, le parece á M. Verneuil que constituye un procedimiento distinto del método compresivo, excepcional sin duda, pero que tiene sus ventajas particulares y sus indicaciones formales.

En muchos casos de hemorragia en que los medios ordinarios eran ineficaces ó inaplicables, el doctor Verneuil dejó en la herida la pinza que le habia servido para coger el vaso lesionado. En las cuatro notas leídas por el autor á la Sociedad de Cirugía, da á conocer las circunstancias variadas en que ha empleado el procedimiento en cuestion. Sus observaciones, en número de doce, se refieren principalmente á extirpaciones de tumores y heridas de arterias. Dirigiendo luego una ojeada retrospectiva, presenta á la forcipresion muchas veces propuesta y practicada, pero abandonada siempre, á pesar de los servicios prestados, ó desdeñada por la mayoría de los cirujanos. En este estudio histórico pasa en revista sucesivamente la forcipresion como recurso de necesidad, como sucedánea de la ligadura; múltiple y pasajera, como medio auxiliar en las operaciones; y, por último, la forcipresion múltiple y permanente. El autor termina tratando de establecer el valor comparativo de este procedimiento hemostático y de trazar su esfera de aplicacion.

A su juicio, este método tiene las ventajas de ser de una ejecucion fácil y pronta; no exigir el concurso de ayudantes instruidos; producir poco dolor; no irritar el foco traumático, ser tan útil como la ligadura y no reclamar por fin ningun instrumento especial, puesto que el práctico siempre tiene á mano pinzas de curar ó de ligar con las cuales puede hacerse la forcipresion. Considerada como sucedánea de la ligadura en los gruesos vasos, dice el doctor Verneuil, que fué introducida en la práctica en 1780 por Desault. Los estudios de Percy, Duret, etc., en Francia, y los de Assalini en Italia, continuaron propagándola; pero condenada injustamente despues, fué abandonada durante largo tiempo para no reaparecer hasta hace una decena de años. La forcipresion, añade, constituye el mejor modo del método que se ha desig-

nado bajo el nombre de aplastamiento de las arterias. Los resultados con ella obtenidos permiten clasificarla entre los mejores medios de hemostasis definitiva; en setenta hechos no ha habido mas que un solo verdadero fracaso operatorio. Parece que conviene especialmente en los casos de aneurismas y de hemorragias consecutivas. Es superior á la ligadura como inocuidad y eficacia; es fácil de aplicar y su supresion tambien muy sencilla. Se han exagerado mucho las molestias que ocasiona á los pacientes, y lo que dificulta la cicatrizacion. Inconvenientes que por otra parte son pasajeros, porque á las veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas ya parece asegurada la obliteracion vascular. Segun el autor, los numerosos instrumentos que se han empleado en este caso pueden reducirse á dos: 1.º las pinzas de bocados lisos, que producen solamente el aplastamiento del vaso, sin dislaceracion de sus tunicas; 2.º las pinzas de anillo, de bocados dentados que aplastan bruscamente la arteria, la obturan desde luego, y lesionan mas ó menos las tunicas. De estas dos especies de instrumentos le parece preferible el último.

El doctor Pean, cirujano del hospital de San Luis, emplea hace diez años la forcipresion en muchas de sus operaciones, y á él se debe la vulgarizacion de las pinzas de presion continua, de que ha hecho construir modelos muy cómodos. Despues de haberlas usado particularmente para la ovariectomía, las aplica á toda clase de operaciones, con una profusion de que no se tiene idea no viéndole operar. En una nota presentada recientemente á la Academia de Medicina de Paris, demostraba este distinguido cirujano que pueden reducirse á tres circunstancias las indicaciones de la pinza.

Se las puede aplicar antes de cortar el vaso para prevenir la hemorragia. Si se ven estos como en las adherencias peritoneales, se aplica una pinza por encima del punto en que se quiere hacer la seccion ó se corta la arteria entre dos pinzas.

Se aplican las pinzas para hacer la hemostasis temporal, es decir, que se las va poniendo en los puntos que sangran á medida que se practica la operacion; concluida esta, se quitan y se ligan los vasos si es necesario.

En fin, puede hacerse con ellas la hemostasis definitiva. Se ponen las pinzas sobre los vasos, y se las deja colocadas con el apósito, no separándolas hasta que transcurren uno, dos, tres, y aun cuatro días; su permanencia en la herida no ofrece inconveniente.

M. Pean ha hecho construir pinzas una tercera parte mas pequeñas que las de las bolsas, con una cremallera y bocados de formas diferentes, para acomodarse á las distintas partes sobre que se deben apoyar. Según demuestra la figura 4, las hay de bocados planos, encorvados, en forma de T, etc. El grabado las representa reducidas á un tercio de su dimension verdadera.

El doctor Pean emplea estas pinzas tanto en las operaciones grandes como en las pequeñas, y ya empiezan á ser adoptadas por muchos cirujanos, siendo de presumir que no tardará en generalizarse su uso.

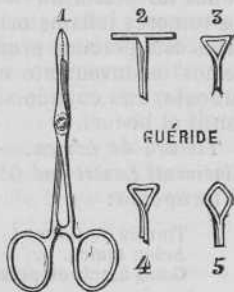


Fig. 4.

Forúnculo y antrax : tratamiento por las fricciones mercuriales y la tintura de árnica asociada al ácido tánico. (*Journ. de méd. et chir. prat.—Cincinnati Lancet and Observer*).

El doctor Miramond, de Saboya, recomienda las fricciones de unguento mercurial sobre los antrax y los forúnculos en vía de evolucion, y cree que de este modo puede evitarse la abertura con el bisturí. A su juicio la accion abortiva del mercurio es análoga en este caso á la que produce en las pústulas de la viruela y de la vacuna. Para aplicar este medicamento en el antrax, que es donde el autor ha comprobado su eficacia, se toman 5 á 40 gramos de unguento napolitano, y se fricciona con ellos, durante uno ó dos minutos, el tumor y su circunferencia en un radio de 10 centímetros próximamente; luego se cubre con una simple compresa que, absorbiendo el unguento excedente, forma una especie de emplasto, constantemente aplicado sobre el sitio enfermo.

Una sola friccion basta, dice el doctor Miramond; el

alivio es inmediato, y la resolucion se verifica en dos ó tres dias sin supuracion.

Dejando al autor la responsabilidad de sus opiniones, y respetando el entusiasmo con que preconiza este método, nos parece útil recordar que Velpeau no dejaba nunca de prescribir las fricciones mercuriales en todos los tumores inflamatorios. Es indudable que en muchos casos esta práctica produce beneficiosos resultados, y no vemos inconveniente en ensayarla en el antrax y el forúnculo, aun cuando sin contar que haga completamente inútil el bisturí.

Tintura de árnica. — El doctor Hall recomienda en el *Cincinnati Lancet and Observer* la fórmula siguiente contra el forúnculo:

Tintura de flores de árnica.	2 partes.
Acido tánico.	1 —
Goma acacia en polvo.	1 —

No debe prepararse hasta el momento de irlo á usar. Se moja en esta mezcla un pincel ó las barbas de una pluma y se barniza el forúnculo, pasando un poco los límites de su circunferencia, cada quince minutos, es decir, luego que se haya secado, de modo que se cubra el sitio del mal con una capa gruesa y sólida de la disolucion. Bajo la influencia de este medio el dolor disminuye rápidamente, así como la hinchazon de los tejidos; y si el forúnculo está en el primer grado, aborta sin supurar. Cuando la supuracion está ya formada, se cura tambien con mas rapidez que por todos los demás medios que se han empleado.

Fractura del cuello del fémur con penetracion: valor diagnóstico del triángulo ileo-femoral. (*The Lancet*).

La Sociedad médico-quirúrgica de Lóndres se ha ocupado recientemente de un trabajo del doctor Bryant acerca del valor diagnóstico del triángulo ileo-femoral en los casos de fractura del cuello del fémur con penetracion.

El triángulo ileo-femoral de Bryant está formado por una línea vertical que pasase por la espina ilíaca antero-superior y por otra horizontal tangente al vértice del

gran trocánter; en fin, la hipotenusa de este triángulo rectángulo reúne el vértice del gran trocánter á la espina ilíaca. En estado normal, colocado el sujeto en posición horizontal, la base de dicho triángulo, es decir, la línea que reúne el vértice del gran trocánter á la vertical que pasa por la espina ilíaca, tiene una longitud media de 6 centímetros y medio próximamente; en los casos de fractura con penetración, esta distancia se encuentra reducida á 5 y aun á 4 centímetros. El doctor Bryant cita muchos hechos en que ha empleado con ventaja este medio de mensuración. Sin embargo, debemos decir que hicieron á su trabajo objeciones bastante vivas muchos miembros de la Sociedad, insistiendo sobre todo en la dificultad de encontrar exactamente los puntos de guía indicados, en las personas muy gruesas.

Fracturas del cuello del fémur: tratamiento. (Lyon méd.).

El doctor Jacquet ha presentado á la Academia de Medicina de Bélgica un apósito para curar sin acortamiento las fracturas del cuello del fémur: consiste sencillamente en un vendaje de cuerpo ó cinturón, de 25 centímetros de ancho, hecho con una tela fuerte y cerrado por correas y vendas colocadas en la parte anterior sobre el púbis.

El grado de constricción que se ejerce con este aparato, debe llevarse, según Jacquet, hasta el punto de neutralizar y anular la acción de los músculos trocánterianos, especialmente los glúteos, y mantener los miembros en una perfecta inmovilidad sobre la pélvis, conservando, no obstante, el fracturado la longitud que se le dió en la reducción. El autor ha tenido así á dos enfermos en la cama durante seis semanas, apretando y aflojando alternativamente el aparato, sin que se manifestase ningún cambio en la actitud dada al miembro; cuando levantó el apósito, les encontró perfectamente curados sin acortamiento, de lo cual pudo convencerse la Academia, porque se presentaron ante ella los sujetos.

El profesor Malgaigne, al tratar de las fracturas intracapsulares del cuello del fémur, habla de un cinturón de cuero, almohadillado y fuertemente apretado por medio de correas y hebillas alrededor de la pélvis, por debajo

de las espinas ilíacas; pero no aconseja su uso sino cuando se ha verificado ya la reunion, es decir, cuando el enfermo empieza á andar. Si los hechos ulteriores vienen á confirmar los de M. Jacquet, es indudable que este habria realizado un gran progreso en la terapéutica de las fracturas del fémur.

Fractura del muslo derecho: deformidad considerable consecutiva á una consolidacion viciosa: cinco pulgadas de acortamiento: refractura del hueso á los cinco meses de la primera fractura. (*The Dublin Journal of Medical Science*).

El doctor Richard Butcher, profesor de medicina operatoria en la Universidad de Dublin, ha publicado en el periódico arriba citado una observacion interesantísima, de que vamos á dar una sucinta idea.

El 47 de agosto de 1875 se le presentó un marino de veinte y seis años con una horrible deformidad consecutiva á una consolidacion viciosa, efecto de una fractura que sufrió el 13 de marzo del mismo año. El sujeto podia andar, pero ayudado de un par de muletas, y á pesar de un gran descenso de la mitad derecha de la pélvis y de una suela de corcho de mas de 3 pulgadas de espesor, solo tocaba al suelo con la extremidad anterior del zapato; además, al nivel del punto fracturado el callo formaba prominencia por encima del pantalon hácia adelante y afuera. Examinando echado al enfermo, se encontró un acortamiento de 5 pulgadas. La fractura estaba situada en el tercio medio del fémur derecho; el fragmento superior se hallaba inclinado adelante y un poco afuera; el inferior atrás y afuera; formaban por su reunion un ángulo casi agudo. La rodilla derecha se encontraba á 5 pulgadas por encima del nivel de la rodilla del lado sano. Los músculos del muslo y de la pierna derecha estaban blandos y atrofiados.

La consolidacion era tan firme que, echado este hombre, pudo el autor, apoyando con una mano y todo el peso del cuerpo, ejercer sobre la fractura una gran presion sin producir el menor dolor ni el mas ligero descenso.

Despues de un exámen detenido, el doctor Butcher tomó la resolucion de refracturar el hueso: algunos triun-

fos anteriores le daban una atrevida confianza, aunque nunca habia encontrado deformidad tan acentuada. Sin embargo, confiesa que se le podian presentar muchas objeciones: primero, la incertidumbre del sitio de la refractura; luego la violencia terrible del traumatismo que era necesario practicar para producirla; despues la posibilidad de herir la arteria femoral, y, en fin, si se vencian todos estos obstáculos sin accidentes, la inseguridad de sostener los fragmentos en una posicion conveniente.

A pesar de todas estas eventualidades, el autor reconoció posible la fractura por medio de un esfuerzo sostenido, apoyando sobre el callo con el aparato mecánico siguiente:

Una barra de acero, sólidamente fija sobre uno de los lados á una fuerte pieza de madera de 15 pulgadas de largo, 40 de ancho y 3 y media de grueso. La varilla de acero, que tenia 2 pulgadas y media de espesor, se elevaba verticalmente á una altura de 12 pulgadas; luego se inclinaba hácia el centro á la pieza de madera, y su extremidad estaba atravesada por un agujero vertical con un tornillo de 12 pulgadas de longitud, cuya extremidad inferior entraba en una placa que le ofrecia una cúpula, en la que se podia atornillar sobre sí mismo; la extremidad superior de este tornillo se hallaba atravesada por una fuerte varilla de acero de 6 pulgadas de largo y que debia servir de palanca. El tornillo era casi horizontal para permitir un esfuerzo mas constante y mas suave.

Despues de haber elevado el tornillo á su punto culminante, se colocó al enfermo de manera que el ángulo saliente de la parte deformada estuviese situado justamente debajo de la varilla vertical; luego se puso sobre este ángulo una plancheta bien almohadillada que debia soportar la presion, trasmitiéndola al hueso que se queria refracturar.

Un ayudante sostenia esta plancheta, mientras que el doctor Wheeler sujetaba el muslo en la posicion conveniente.

Se anestesió rápidamente al enfermo con el cloroformo, y mientras que los ayudantes mantenian el miembro inmóvil, el operador hizo descender por medio de la pa-

lanca y de un modo constante, la varilla vertical que, despues de algunas vueltas, vino á apoyarse con fuerza sobre la plancha; empleando entonces mayor vigor, continuó haciendo descender la varilla, y de pronto el hueso cedió con violencia. En seguida se hizo la extension forzada, y se siguió bajando el tornillo hasta que el miembro quedó completamente derecho y tan largo como el del lado opuesto.

Terminada la operacion, se colocó la extremidad en una caja bien almohadillada, que emplea de ordinario el autor cuando quiere abrir la articulacion de la rodilla; aplicó vendas sobre las dos extremidades de la caja y sobre los fragmentos que formaban prominencia hácia adelante y afuera; estableció una compresion por medio de almohadillas y de una venda aplicada desde el hueso iliaco hasta debajo de la articulacion de la rodilla, y completó el aparato con una férula anterior, que descansaba sobre las almohadillas y estaba sostenida por cuatro correas. En fin, la pared externa de la caja, que subia hasta el nivel de las nalgas, estaba fija al tronco con un cinturon.

Despues de aplicado el apósito se colocó al enfermo en una cama, con todas las precauciones que las circunstancias exigian. No sintió ningun dolor, á pesar de la compresion á que estaba sometida su pierna; á las tres horas se durmió tranquilamente y no se presentó reaccion febril.

A los ocho dias de la operacion se descubrió la parte lesionada, notándose un poco de rubicundez al nivel de la fractura y una ligera prominencia del fragmento superior hácia afuera. Se puso una almohadilla entre la pared externa de la caja y la prominencia, y se volvió á aplicar el aparato sin haber causado ningun sufrimiento al enfermo. Pasados quince dias ya se notó un principio de consolidacion, y doce dias mas tarde se pudo quitar la caja y reemplazarla por un vendaje compresivo, permitiendo al paciente andar alrededor de su cama. A los diez dias andaba fácilmente con muletas, podia doblar la rodilla y apoyarse con todo su peso sobre la pierna derecha. Trascurridos otros quince dias andaba sin muletas y aun sin otro apoyo, pero con un poco de claudicacion, que

desapareció completamente en menos de dos meses. En esta época no existía la atrofia de los músculos, y el operado podía hacer caminatas de 7 y 8 millas sin experimentar cansancio.

El autor cree, y no sin razón, que es este un gran triunfo de la cirugía moderna.

Fractura de la pierna: muerte repentina por embolia cardíaca consecutiva. (Union méd.).

El doctor Tillaux ha llamado la atención de la Sociedad de Cirugía de París sobre un hecho que ha tenido ocasión de observar recientemente, y en el que una flebitis sobrevenida á consecuencia de una fractura de la pierna, ha dado lugar á una embolia cardíaca y consecutivamente á un síncope mortal.

Hasta ahora, y sobre todo desde los trabajos de Virchow, que tanto han contribuido á dilucidar este punto de patología, se ha referido un número bastante considerable de ejemplos de embolias en las que un coágulo emigrante, desprendido de coagulaciones intravenosas, que existían principalmente en las venas de los miembros, ha venido, después de haber atravesado las venas cavas y las cavidades derechas del corazón, á detenerse en el tronco de la arteria pulmonar, determinando accidentes de asfixia rápidamente mortales y aun fulminantes. En ninguno de estos hechos se trata de embolia cardíaca; Virchow declara no haberla visto jamás, y aunque Vulpian en sus experimentos en los animales haya comprobado que la llegada de cuerpos extraños á las cavidades derechas del corazón determina accidentes graves; aunque Trousseau y un médico de Lyon hayan hablado de accidentes semejantes, sobrevenidos en el hombre por el hecho de una embolia cardíaca, en ningún caso se ha demostrado esta por la autopsia. Esto es lo que da grande importancia á la observación de M. Tillaux, en la que se ha establecido del modo mas positivo la existencia de la embolia del corazón, la cual ha explicado los accidentes mortales de síncope que se presentaron repentinamente en la enferma.

Era esta una mujer de cincuenta y seis años que entró

en el hospital con una fractura bi-maleolar de la pierna izquierda, sin complicacion grave. A los veinte y tres dias del accidente se presentó una tumefaccion del miembro acompañada de dolores. Creyendo que estos eran debidos á la constriccion del aparato enyesado, el doctor Tillaux le hizo quitar y comprobó la existencia de una flebitis. La separacion del apósito produjo un alivio inmediato. A los cuarenta y tres dias, durante la visita, sobrevino un síncope de muy corta duracion; pero á los pocos instantes se reprodujo, sucumbiendo en él la enferma.

En la autópsia se encontró una flebitis en las venas tibial, poplítea y femoral. La cavidad de estos vasos estaba llena de concreciones sanguíneas que llegaban hasta la vena ilíaca, donde cesaban bruscamente como por una seccion limpia.

En el ventrículo derecho del corazon, y retenido entre las columnitas carnosas, existia un coágulo de 2 centímetros de longitud y cuya seccion se adaptaba exactamente á la parte superior de la coagulacion sanguínea intra-venosa del miembro. Era evidente que se habia desprendido un fragmento de la porcion superior de este coágulo y habia sido arrastrado hasta el ventrículo derecho, donde, detenido por las columnitas, no habia podido llegar hasta el tronco de la arteria pulmonar: su presencia en el ventrículo derecho del corazon habia determinado un síncope mortal.

Debe advertirse que la enferma de M. Tillaux no tenia la menor dilatacion varicosa. Segun Terrier y Després, la trombosis en las embolias consecutivas puede existir sin flebitis, la cual, á juicio del primero de estos autores, es mas comunmente efecto que causa de la trombosis.

Fracturas transversales de la rótula: nuevos apósitos. (*Bull. de théor.—Journ. de méd. et de chir. prat.*).

Conocidos son los muchos y diversos medios que se han propuesto para la curacion de las fracturas transversales de la rótula, sin que ninguno haya satisfecho de un modo completo en la práctica. Hoy debemos dar á conocer dos nuevos que tienen entre sí bastantes puntos de analogía.

Débase el primero al doctor Le Fort que le emplea hace seis ó siete años con buenos resultados.

Coloca el miembro en un plano inclinado. Luego que ha desaparecido la hidroartrosis, tan frecuente en estas fracturas, bajo la influencia de la posición, los resolutivos, una ligera compresión y, si fuese necesario, los vejigatorios ó la tintura de yodo, se toman dos láminas de gutapercha de 8 á 40 milímetros de espesor, 5 á 6 centímetros de anchura y 10 á 12 de longitud, y se las deja ablandar en agua caliente; después de haberlas metido en agua fría para evitar que se peguen á los dedos, se aplica una encima del fragmento superior y otra debajo del inferior, acomodándolas á la forma del hueso correspondiente, es decir, dándolas la figura de una media luna. Para que se amolden exactamente á las partes, se rodea la rodilla al nivel de las placas con algunas circulares de una venda común y se deja que se endurezca la gutapercha por enfriamiento. Luego que se ha conseguido esto, se quita la venda de tela y se la reemplaza por algunas circulares de diaquilon, que pasan por debajo del plano inclinado y están destinadas á fijar bien las placas en la posición que deben ocupar, á fin de que, cuando se trate de aproximarlas, no se deslicen por delante de los fragmentos de la rótula en lugar de arrastrarlos consigo. El borde de las placas correspondiente al centro de la rodilla no debe estar cubierto por la venda de esparadrapo, sino quedar libre. La presión ejercida sobre los bordes exteriores de las planchas las hace levantar ligeramente, lo cual importa poco, porque esta inversión desaparece luego que está completo el aparato.

Una vez fijadas las placas por las vendas de esparadrapo, se toman diez ó doce corchetes comunes, y teniéndoles por la parte del gancho con una pinza de curar, se les expone sucesivamente durante algunos segundos, por el extremo opuesto, á la llama de una bujía. Basta entonces comprimirlos con el gancho hácia arriba sobre el borde que ha quedado libre en las placas para que se hundan y entierren en la gutapercha que se reblandece con su contacto. Se comprime con el dedo sobre las eminencias que forma la gutapercha reblandecida, y el corchete queda entonces enterrado y sólidamente fijo en la placa, saliendo

solo el gancho. Cuando se han colocado cinco ó seis en cada placa, y la gutapercha enfriándose ha recobrado su consistencia, se toma un hilo de caoutchouc que se va pasando sucesivamente de un corchete de la placa superior al correspondiente de la inferior. La elasticidad del hilo arrastra poco á poco y bastante rápidamente los fragmentos hasta ponerles en contacto. Si no se tiene hilo de caoutchouc, se puede emplear un cordonete comun de ligadura, el cual es suficiente, á condicion de reemplazarle por otro mas apretado, cuando transcurridos algunos dias el fragmento superior, descendiendo por efecto de la traccion de las placas, ha hecho que se afloje la ligadura primitiva. Aquí, como en todos los apósitos del mismo género, no deben descuidarse dos precauciones importantes. La primera consiste en tirar todo lo mas que se pueda hácia arriba y abajo la piel que cubre los fragmentos en el momento de la aplicacion de las placas, al mismo tiempo que se empujan dichos fragmentos hácia el centro de la rodilla, para evitar que se arrugue la piel cuando se aproximen aun más aquellos y se interponga entre las superficies fracturadas, oponiéndose así á que se pongan en contacto. La segunda precaucion consiste en imprimir con oportunidad algunos movimientos de flexion á la rodilla, á la vez que con la mano se sostiene fuertemente el fragmento superior para contrabalancear la accion del triceps. Es preciso evitar á todo trance la rigidez de la articulacion, debida á la inmovilidad prolongada y á la inflamacion, y solo se logra imprimiendo al miembro algunos ligeros movimientos comunicados por la mano del cirujano tan pronto como el estado de la consolidacion permite sin imprudencia efectuar esta maniobra.

El autor ha obtenido excelentes resultados en los muchos casos de fractura de la rótula en que ha aplicado este aparato.

El doctor Nelson-Pantier recomienda á su vez un apósito que tiene en su modo de obrar, y aun en su disposicion, bastantes puntos de contacto con el que acabamos de describir.

Se aplican dos vendajes circulares, uno en la pierna desde los maleolos al borde inferior de la rótula, y otro de

la parte media del muslo al borde rotuliano superior. Por medio de un pincel, se extiende una capa de gelatina, previamente reducida á papilla clara, calentándola con una pequeña cantidad de agua. En seguida se aplica una segunda vuelta de venda, cubierta igualmente de una nueva capa de gelatina. Cuando el aglutinante, blando aun, no se pega á los dedos, se practican, por medio de un saca-bocados de cordonero, agujeros alrededor de las partes del aparato que corresponden con los bordes superior é inferior de la rótula, pero *solo* en la mitad anterior de la circunferencia del miembro. Estos ojetes deben hacerse, para que ofrezcan mas resistencia, á dos centímetros próximamente del borde rotuliano de la última vuelta de venda. Hecho esto, se pasa alternativamente en los agujeros opuestos, á la manera de un corsé, un *cordón, pero no de cautchouc*. Se introducen en seguida debajo de él, y de modo que penetren entre la piel y las últimas vueltas de venda correspondientes, dos pelotas de algodón, destinadas á hacer la presión mas suave, y luego se aprietan moderadamente los cordones. Al día siguiente, estando la gelatina suficientemente endurecida, las dos partes del aparato (superior é inferior), aproximadas á voluntad, verifican una coaptación completa. El fragmento inferior se encuentra perfectamente inmovilizado, y el superior se aproxima con facilidad á él, arrastrando los músculos del muslo. Este apósito, dice el autor, es muy sólido, menos doloroso que los otros y no exige vigilancia especial por parte del cirujano, porque cualquiera puede aflojarle ó apretarle.

Aflojando los cordones, permite que se impriman algunos ligeros movimientos á la articulacion en tiempo oportuno para evitar su rigidez.

Encontrándose el abrochado al nivel de los tejidos, impide los movimientos de báscula de los fragmentos. Además de esto, no habria inconveniente, para mayor seguridad, en colocar entre los cordones y la cara anterior de la rótula, un pedazo de carton bien algodónado. El autor cree que los cordones de cautchouc no pueden ejercer una tracción suficiente, á causa de su elasticidad. Emplea la gelatina de preferencia á la dextrina y al silicato de potasa, porque aquella es mas elástica y se la puede

perforar mejor con el saca-bocados. El doctor Nelson-Pantier ha tomado la idea de su apósito del aparato gelatino-abrochado del doctor Hamon de Fresnay, que hemos dado á conocer en uno de nuestros anteriores ANUARIOS.

Hemorróides; tratamiento por la inyeccion de percloruro de hierro. (*Rev. des Scien. méd.*).

El doctor Colles no admite que las hemorróides estén formadas por várices. La sangre que contienen, dice, no se parece en nada á la venosa; es rutilante y ofrece todos los caracteres de sangre arterial. Además, si se examina el recto despues de una extirpacion de hemorróides, se perciben pequeñas arterias cortadas y que presentan los latidos característicos. Partiendo de aquí, considera el autor á esta enfermedad como análoga á los nævus de los niños y los tumores eréctiles arteriales de los adultos, y por consiguiente emplea el mismo tratamiento que para estos: una inyeccion de percloruro de hierro con la jeringa de Pravaz.

En una observacion que refiere con detalles, se habia usado inútilmente el ácido nítrico, y una inyeccion de percloruro de hierro produjo la curacion radical del padecimiento.

Heridas: apósito algodónado é influencia de ciertas sustancias en la produccion de los vibriones. (*Gaz. méd.—Union méd.*).

El apósito algodónado de Alfonso Guerin, de que nos hemos ocupado en nuestros anteriores ANUARIOS y que ha tenido la buena fortuna de entrar muy pronto en la práctica comun, ha sido inspirado por una idea teórica: la sustraccion de las heridas á la accion de los protoorganismos esparcidos en la atmósfera, cuya exactitud no se ha demostrado de una manera perentoria, y que muchos prácticos no admiten. En este concepto, parécenos oportuno analizar, siquiera sea rápidamente, el informe presentado á la Academia de ciencias de Paris, acerca de la memoria de Alfonso Guerin por el profesor Gosselin. Apoyándose en su propia experiencia y en la de los doctores Tillaux y Labbé, juzga y aprecia las ven-

tajas del apósito algodónado, que son á su juicio : 1.º la falta ó la poquísimas intensidad de la fiebre traumática; 2.º la continuacion del sueño y del apetito; 3.º la falta ó la intensidad muy moderada del dolor; 4.º la presencia de una herida bermeja, sin detritus gangrenosos, cubierta de un pus muy espeso, poco abundante en el momento en que se levanta el apósito, á los veinte ó veinte y dos dias; 5.º en fin, y como consecuencia, si no constante al menos muy frecuente, de las ventajas que preceden, la sustraccion del operado al peligro de muerte por infeccion purulenta y su curacion.

Despues de haber rendido así homenaje á la eficacia del método, examina M. Gosselin la teoría en que su autor le funda. Es sabido que M. Guerin, como prueba de que el apósito algodónado obra preservando las heridas de la accion de los proto-organismos contenidos en la atmósfera, dice haber examinado al microscopio el pus acumulado en el fondo del apósito, despues de veinte ó veinte y cuatro dias de aplicacion, no encontrando jamás vibriones ni bacterias. La Comision de que es órgano M. Gosselin, ha tratado de confirmar este hecho, y contra los resultados obtenidos por Guerin, de seis casos en cuatro ha hallado vibriones y bacterias, lo cual atribuye á que quizá aquel docto cirujano no emplease microscopios de bastante fuerza. Ha comprobado además la Comision que la presencia de estos proto-organismos en el pus que baña la herida, no tiene ninguna influencia desfavorable en la marcha y rapidez de la cicatrizacion: esta se ha verificado absolutamente como en los casos en que el pus no contenia microzoarios ni micrófitos.

Invalidada así la teoría de Alfonso Guerin, al menos en lo que podia tener de exclusiva, la Comision ha estudiado las condiciones á que parece mas racional atribuir la eficacia del apósito algodónado, y precedida en esta parte por la opinion general de los cirujanos, las coloca en la compresion regular ejercida por el vendaje; compresion que modera el aflujo sanguíneo y favorece la reabsorcion de los primeros materiales exudados; en el calor uniforme que mantiene, en la inmovilidad que proporciona á la region enferma, y, en fin, en la rareza de

las curas. Estas condiciones, segun el doctor Gosselin, tendrian por resultado «moderar la inflamacion y mantenerla en ese estado en que, no siendo ni destructiva ni gangrenosa, es, aunque supuratoria, bastante sencilla para dar lugar desde luego á la formacion de la membrana piogénica y suministrar productos, pus viscoso en particular, que no son aptos para la descomposicion pútrida deletérea, aunque vengan á ponerse en contacto con ellos los fermentos.» Segun la Comision, los fermentos no obran de un modo nocivo sobre todas las materias orgánicas, y son menos temibles en sí mismos que por la naturaleza de los productos fermentescibles, sobre los que puede ejercerse su accion.

El eminente cirujano de Lyon, doctor Ollier, ha combatido tambien la teoría de M. Guerin y recordado cómo, modificando en la práctica así como en principio el método de este autor, ha sido conducido á emplear el apósito por *oclusion inamovible*. En todos los casos, y son muy numerosos, en que ha hecho uso de él, ha encontrado vibriones y bacterias en el pus que bañaba las heridas. El apósito algodonado no obra, pues, deteniendo los gérmenes de estos organismos. Segun el cirujano de Lyon, aparte de la inmovilidad obtenida en la region enferma, es simplemente un medio de proteccion de la herida contra la accion del aire, un modo de *oclusion*. Palabra evidentemente impropia, porque las capas de algodón, por gruesas que sean, no impiden el acceso del aire hasta la solucion de continuidad. Su efecto es, á no dudarlo, filtrar el aire de los proto-organismos que contiene, y si debajo de estos apósitos se encuentran tales microzoarios y micrófitos, esto prueba únicamente que la idea concebida por M. Guerin es poco realizable en la práctica, y que casi siempre quedan gérmenes adheridos á la herida misma ó á las capas de algodón antes de la cura, ó bien vienen de fuera, por los espacios, dificiles de cerrar herméticamente, que separan la piel de las piezas de apósito.

¶ M. Pasteur está convencido de que si el apósito algodonado pudiera aplicarse con todo el rigor que exige la idea teórica de M. Guerin, la herida no contendria proto-organismos, y marcharia rápidamente á la cicatrizacion. Aparte de toda infeccion purulenta ó septicémica, cree

este eminente químico, que la presencia de los proto-organismos en la superficie de una herida es perjudicial á su cicatrizacion, porque hay lucha entre el desarrollo de estos organismos y el trabajo de reparacion. «En las condiciones fisiológicas normales principalmente, dice, y en una porcion de circunstancias, la vida detiene la vida que la es extraña.»

En la misma sesion presentó M. Pasteur un trabajo del doctor Bouloumie, que ha estudiado muy atentamente la forma y desarrollo de los diversos micro-organismos que pueden encontrarse en la superficie de las heridas: granulaciones, rosarios, bastoncillos, etc. Segun este autor, el pus no contiene micrófitos ó microzoarios perfectamente caracterizados mas que cuando procede de una coleccion que comunique directa ó indirectamente con una herida.

El pus de toda herida, sea esta la que quiera y el modo de curacion que se emplee, contiene siempre micro-organismos. Estos pueden existir en las supuraciones, sin impedir la cicatrizacion, ni alterar la salud del paciente.

Los micro-organismos invaden las partes vecinas á la herida y dan lugar á abscesos de inmediacion.

Los micro-organismos invaden, por el sistema linfático ó venoso, un organismo sano, sin provocar mas que una reaccion y deyecciones eliminatrices.

Los micro-organismos invaden un organismo ya profundamente afectado y desarrollan la septicemia por su accion tóxica primero, y luego por la accion virulenta de los elementos desorganizados por ellos.

Entre los agentes destinados á las curas es preciso elegir los que tengan una accion favorable sobre la cicatrizacion y que al mismo tiempo sean opuestos á la vida y á la proliferacion de los micro-organismos. Bajo este punto de vista debe darse la preferencia al alcohol y la glicerina. Suspenden la vida de los vibriones muy ávidos de agua, privándoles de su agua de constitucion.

De todos estos documentos, resulta para nosotros, de acuerdo en este punto con el doctor Ranse: 1.º que se observan proto-organismos en el pus de las heridas que marchan á su cicatrizacion; 2.º que no son la causa inmediata, esencial de los accidentes sépticos de que puede ser punto de partida una solucion de continuidad; no es por esto

menos cierto que debe considerarse su presencia como una circunstancia agravante y que es tanto mas nociva cuanto mas deje que desear el estado general del enfermo y el local de la herida; 3.º el estado general del sujeto, el local de la herida y la accion nociva de los proto-organismos constituyen una triple indicacion en la que debe fijarse toda la atencion del cirujano. El apósito algodonado es uno de los medios que mejor la satisfacen; los hechos clínicos están de acuerdo para demostrarlo con la induccion teórica.

Dejando aparte provisionalmente la cuestion de si la gravedad de las heridas puede atribuirse al desarrollo ó á la multiplicidad de los vibriones, el doctor Demarquay, en una larga série de experimentos y observaciones, ha tratado de averiguar si ciertas sustancias que se emplean en las curas quirúrgicas, destruyen á estos proto-organismos, impiden su desarrollo ó no tienen accion sobre ellos.

Los experimentos del autor han tenido por objeto la glicerina, el alcohol, el ácido fénico, resinas y bálsamos, tanino y sus derivados, y por último los ácidos.

De todas estas sustancias, ninguna destruye los vibriones, se opone á su multiplicacion ni á su génesis. Una sola, la *glicerina* ha parecido tener una verdadera accion sobre la vitalidad y quizá haya en este hecho una indicacion importante para el tratamiento de ciertas heridas sépticas. Las sustancias antes dichas, mezcladas en proporciones diversas en líquidos albuminosos, no detienen la marcha y el desarrollo de estos proto-organismos. La cantidad de líquido empleada en los experimentos del doctor Demarquay, era infinitamente mayor que la que se usa en la cura de las heridas.

Sin embargo, la mayor parte de estas cicatrizan sin ningun accidente, de donde debe inferirse que las condiciones generales del sujeto, el sitio que habita, todas las circunstancias higiénicas tan interesantes en el tratamiento de todo traumatismo, tienen infinitamente mas importancia para llevar á feliz término una herida, que el modo de cura que se emplea.

Heridas: apósitos antisépticos con el ácido salicílico. (*Progres medical*).

La mortalidad considerable que ha diezmado siempre á los heridos de los grandes hospitales ó las ambulancias de guerra, ha hecho que se trate de buscar en todos tiempos las causas que la determinan y los medios de remediarlas. Estos estudios se refieren de una manera íntima á la histología y á la química, y como estas dos ciencias se encuentran en la actualidad en plena evolucion, no es extraño que se vean surgir todos los días remedios nuevos contra la infeccion purulenta ó pútrida. Hemos tenido sucesivamente el alcohol, la glicerina, el yodoformo, el ácido fénico, los apósitos de Lister y de A. Guerin; hoy se recomienda el ácido salicílico, estudiado por Kolbe, Neubauer, Knops, Müller en Breslau, Tiersch en Leipzig, Butt y Feurbringer en Heidelberg.

Este ácido fué descubierto en 1839 por el profesor Peria, fundiendo el hidruro de salicilo ó aceite esencial de la reina de los prados con la potasa cáustica. Kolbe consiguió fabricarle con el hidrato de fenilo y el ácido carbónico, obteniendo así un compuesto que funde á 159°, se solidifica á 157°, tiñe las sales de hierro de color de violeta y se convierte en la economía en una especie de ácido hipúrico el ácido salicilúrico. Tal es el cuerpo sobre el que el doctor Tiersch, de Leipzig, ha publicado recientemente una larga monografía donde están minuciosamente expuestos los detalles de este nuevo apósito ó cura.

No disolviendo cada 300 gramos de agua mas que uno de ácido salicílico, á la temperatura ordinaria, se tiene de esta manera una preparacion oficial graduada, fácil de preparar. Este ácido mezclado á la orina detiene su descomposicion, así como la del pus y la de la sangre: la última se tiñe de color violeta á causa del hierro que contiene. El pus se transforma en un coágulo albuminoso, y sus elementos conservan su forma como la de los glóbulos rojos. Comparando el ácido que nos ocupa con el ácido fénico, se ve que aquel no es irritante como este, y que careciendo de ese olor tan persistente y desagradable, tiene todas las cualidades del fenol.

Para los apósitos ó curas se emplea ya la solución oficial, ya el algodón impregnado. Blaser da para esta preparación la fórmula siguiente :

Algodón á 3 por 100.

Acido salicílico.	750 gramos disueltos en 7 kilógramos de alcohol (5 á 85).
Agua.	150 litros á 70° centigr.

Esta solución puede servir para 25 kilogramos de algodón :

Algodón á 10 por 100.

Acido salicílico.	1 kilogramo.
Alcohol	10 kilogramos para 10 kilogramos de algodón.
Agua.	60 litros.

Estas preparaciones pueden hacerse en el espacio de tres ó cuatro horas. La repartición del ácido, sin ser perfectamente igual, llena bien las necesidades de la práctica. La glicerina suministra un buen escipiente al ácido:

Acido salicílico.	755
Glicerina.	500
Agua.	4500 á 70° centigr.

En aplicaciones directas sobre las heridas, y concentrado el ácido salicílico ocasiona un dolor bastante vivo, durante dos ó tres horas; luego se deterge la herida y aparecen los botoncillos carnosos rápidamente como con los cáusticos. A $\frac{1}{300}$ no es irritante; por lo demás, nunca hay que temer su acción tóxica, sea la que quiera la cantidad que se emplee.

Tiersch ha examinado con el mayor cuidado la acción de este agente sobre el pus, su influencia sobre la génesis de las bacterias y los vibriones en los apósitos. Este autor asegura que los apósitos cerrados, con el algodón impregnado como acabamos de decir, pueden permanecer aplicados catorce días sin presentar señales de estos infusorios; encontramos no obstante algunas observaciones en que el microscopio ha revelado vibriones y cadenas articuladas movibles. La cirugía alemana atribuye desde hace algún tiempo la mayor importancia al estudio de los esporos en las heridas; no vacila en hacerles des-

empeñar un papel considerable en los accidentes pútridos y sépticos, y para destruir estos gérmenes de fermentación, vemos renovar con el ácido salicílico los ensayos intentados por Lister con el alcohol y el ácido fénico.

Estos apósitos exigen minuciosísimos cuidados. Se limpia al enfermo, se afeita el miembro, se pasan los instrumentos por alcohol (el ácido salicílico ataca el acero), se purifican las esponjas con los álcalis y el ácido salicílico; los ayudantes y el operador hacen frecuentes abluciones con la solución oficial, se aplican en gran número las ligaduras compuestas de tejidos imputrescibles, para evitar la descomposición de la sangre que pudiera fluir. En fin, el apósito se hace con el algodón impregnado en el ácido salicílico.

Los vendajes permanentes pueden conservarse, ya añadiendo nuevas capas de algodón, ya vertiendo una nueva cantidad de solución alcohólica, sobre las antiguas. Desde el cuarto ó quinto día, la supuración presenta un olor rancio ó caseoso, y en todos los casos, el ácido clorhídrico descubre la formación de amoníaco, como en los apósitos de Lister, con el ácido fénico.

En 89 grandes amputaciones en que el doctor Tiersch empleó este medio, tuvo una mortalidad de 28 por 100, y en 23 casos de resecciones y fracturas complicadas, no hubo ninguna defunción. Creemos que estos resultados deben atribuirse mas bien al método general de curación empleado que al nuevo agente mismo.

Al interior, el ácido salicílico ha demostrado también propiedades antisépticas y antipiréticas, según las observaciones de Furbringer y de Butt.

En resumen, este ácido parece ser, químicamente hablando, un antifermentescible, al mismo título que el ácido fénico. Detiene la descomposición de los líquidos orgánicos, impide que se formen las bacterias, y no tiene acción tóxica, porque es eliminado rápidamente por las orinas. Tales son los hechos ciertos que han conducido á que se le emplee en las curas quirúrgicas. Si además de esto, fuese, como se dice, mas económico que el ácido fénico, sin tener el olor desagradable de este, y si realmente rebaja la temperatura en la fiebre, debemos reconocer en este agente cualidades terapéuticas útiles, á pesar de la

desconfianza que con razon inspiran los medicamentos nuevos, hasta que reciben la sancion de la experiencia.

Heridas atónicas y ulceraciones crónicas: tratamiento por el uso externo del sulfuro de carbono y por la asociacion de este cuerpo con el yodo. (*Journ. de thér.—Bull. de thér.*).

El doctor Evaristo Michel ha dado cuenta, en el *Journal de thérapeutique*, de los ensayos que ha hecho con el sulfuro de carbono en el servicio de Boys de Loury durante su internado en 1867 y 68 en San Lázaro; los resultados obtenidos han sido en extremo satisfactorios.

El autor emplea el sulfuro de carbono á la manera de los cáusticos líquidos. Basta para obtener el efecto que se espera tocar los tejidos ulcerados por medio de un pincel de hilas, impregnado en el líquido, como se hace con la mayor parte de los ácidos. La frecuencia de las curas depende del grado de cronicidad de la ulceracion: una úlcera muy antigua y sin vitalidad exige toques cotidianos; cuando es reciente y mas excitable bastarán las aplicaciones hechas cada dos ó tres dias solamente.

El sulfuro de carbono no es un cáustico; su contacto no produce ninguna escara sobre las mucosas; no provoca ningun cambio de coloracion, á no ser el que proviene de su uso continuo y que caracteriza la reparacion. El dolor que ocasiona es vivo, pero, por decirlo así, instantáneo, y mientras que el sufrimiento consecutivo á una cauterizacion un poco extensa con el nitrato ácido de mercurio, por ejemplo, se hace sentir frecuentemente durante muchas horas, es raro que el dolor, debido al sulfuro de carbono, no haya desaparecido á los pocos minutos. Este dolor, muy intenso en la primera aplicacion, lo es menos en la segunda, y se va debilitando cada vez más, á medida que el uso de la cura se prolonga y que el trabajo cicatricial adelanta. El doctor Michel no ha observado nunca el menor accidente que pudiera atribuirse á la absorcion por impregnacion del sulfuro de carbono, el cual, como la mayor parte de las sustancias volátiles, penetra profundamente, pero se evapora con mucha rapidéz. El autor advierte, sin embargo, que ha operado siempre sobre puntos relativamente limitados, y que, por ejemplo, no se ha atrevido nunca en el tratamiento

de la vaginitis, á tocar á la vez toda la mucosa vaginal.

M. Pablo Guillaumet, interno en San Lázaro, ha presentado á la Sociedad de Terapéutica una Memoria que confirma los hechos asentados en el trabajo del doctor Michel.

Se funda en cierto número de observaciones recogidas en el servicio del doctor Costielies; refiere algunas elegidas entre los casos de ulceraciones mas rebeldes á toda clase de tratamientos y que han sido felizmente modificadas por el sulfuro de carbono. Esta Memoria termina con las conclusiones siguientes :

1.º El sulfuro de carbono es un cicatrizante muy poderoso.

2.º Su accion es *limitada y rápida*: es completamente local y no determina ninguno de los accidentes que siguen á la inhalacion prolongada de sus vapores.

3.º Su aplicacion va acompañada de un dolor bastante vivo, pero de muy corta duracion, seguido inmediatamente de un período de anestesia que dura muchas horas, mientras que el período doloroso no excede por lo comun de veinte á sesenta segundos.

4.º El sulfuro obra sobre las heridas de origen y de naturaleza distinta (sífilis, escrófulas, difteria, etc.) y las modifica á todas ventajosamente.

5.º Es un agente precioso para el tratamiento de las heridas ó ulceraciones que presentan los caracteres comunes de cronicidad y de atonía.

M. Guillaumet insiste mucho en el modo de usar este medicamento á causa de su extrema volatilidad y su olor nauseabundo. Aconseja que se tenga muy cerca de la herida un frasco con el sulfuro de carbono *puro*, que se empape en él un pincel de hilas, exprimiendo sobre los bordes del frasco el exceso de líquido, que luego se pase el pincel ligera y rápidamente sobre toda la superficie de la herida que se debe cubrir inmediatamente de subnitrate de bismuto finamente pulverizado. Para todas las heridas se procede del mismo modo, incluidas las ulceraciones del cuello del útero, que no son las que menos se modifican por este agente. El subnitrate hace el oficio de aislador y capa protectora para impedir la evaporacion demasiado rápida.

En una comunicacion posterior á la Sociedad de Terapéutica da á conocer el doctor Guillaumet los buenos efectos que ha obtenido de la asociacion del yodo al sulfuro de carbono, consiguiendo con ella, no solo una accion mas activa, sino la desinfeccion completa del sulfuro; las mezclas de que se sirve son las siguientes: un gramo de yodo metálico para cada 24 gramos de sulfuro de carbono, ó bien una mezcla de una tercera parte de tintura de yodo por dos de sulfuro de carbono.

Heridas : tratamiento por las soluciones de cloral.
(*Journ. de ther.*).

A juicio del doctor Marc Sée, el cloral está llamado á reemplazar á todos los antisépticos ensayados hasta ahora en la cura de las heridas. Le empleó por primera vez hace algunos meses en un caso de difteria de la vulva, y el excelente resultado que obtuvo le animó á ensayarle en muchas circunstancias mas ó menos análogas. No habiéndose desmentido el éxito una sola vez, aplicó luego sucesivamente la solucion de cloral á la cura de las heridas, que presentaban, como generalmente se dice, mal aspecto, cubiertas de esas capas pultáceas tan frecuentes, que no marchaban con franqueza hácia la curacion; al tratamiento de las heridas contusas, con desprendimiento de las partes blandas, con mortificaciones inminentes ó ya realizadas, con vastas supuraciones; le ha usado tambien en inyecciones en los focos de supuracion pútrida, en las cavidades anfractuosas de los abscesos por congestion, en los trayectos fistulosos sostenidos por lesiones de los huesos; en fin, se ha servido de este agente para curar las heridas simples, ya accidentales, ya quirúrgicas, y siempre ha obtenido el mismo resultado, sin que ni una sola vez tuviese que interrumpir el tratamiento, ni deplorar el menor accidente. Muchas veces le ha sucedido recibir en sus salas enfermos cuyas heridas estaban complicadas con erisipela ó flegmon difuso, y en quienes han bastado dos ó tres dias de curas con el cloral para quitar estas complicaciones.

La solucion que el autor emplea habitualmente contienen 1 por 100 de cloral, por excepcion eleva la dosis á 2 por 100.

Despues de haber limpiado cuidadosamente la superficie de la herida y las partes inmediatas con una bola de hilas empapada en la solucion de cloral (y no con esponja por temor de que contenga algun principio séptico), y en las heridas profundas y anfractuosas, despues de haber llenado la cavidad de este líquido, cubre toda la solucion de continuidad y sus bordes con planchuelas de hilas perfectamente empapadas en la solucion de cloral; aplica sobre ellas un hule para impedir la evaporacion y envuelve toda la region con una gruesa capa de algodón que sostiene por medio de una venda un poco apretada. Una de las ventajas del cloral, que no se encuentra en ningun otro agente antiséptico, es la inocuidad de su absorcion, pudiéndole, por consiguiente, emplear sin miedo en las heridas de los labios y de la boca, en gargarismos en las afecciones de la garganta, para destruir la fetidez del aliento procedente de la secrecion de las amígdalas ó de las sustancias retenidas en las cavidades de dientes cariados.

La solucion de cloral es ligeramente excitante y produce algunas veces á la larga mamelones carnosos exuberantes que es preciso reprimir de tiempo en tiempo con el cilindro del nitrato de plata.

Finalmente, como es tan pequeña la cantidad de medicamento que entra en la solucion, no es posible emplear una sustancia mas barata á menos que se use el agua pura, circunstancia que, aunque de órden secundario, no deja de ser atendible en los hospitales.

El doctor Cadet de Gassicourt reconoce tambien al cloral una superioridad marcada sobre todos los otros tópicos, incluso el alcohol, para la cura de las *heridas escrofulosas*.

Este mismo práctico y los doctores Dujardin-Beaumetz y Bucquoy le atribuyen efectos notables en el tratamiento de las úlceras que se presentan en enfermos afectados de fiebre tifóidea. Todos estos autores convienen en que las soluciones de cloral deben ser débiles mas bien que concentradas á 1 por 100, 4 por 300, 1 por 500. Las soluciones mas fuertes, y sobre todo el cilindro de cloral, tienen inconvenientes.

Heridas de los tendones: ingerto con restablecimiento de las funciones. (Union méd.).

La cicatrizacion aislada de las extremidades de un tendón roto ó dividido, si no se tiene cuidado de dar al miembro una posicion que facilite la aproximacion de sus dos extremos, es seguida constantemente de la pérdida de los movimientos de la parte correspondiente. Por esto en todos tiempos se han multiplicado los ensayos de tenorrafia con resultados variables. Segun los estudios del doctor Barbastre, los fenómenos que presiden á la reproduccion de los tendones son en casi todos sus puntos los mismos que pasan en la de los huesos por el periostio. La reunion se verifica por la proliferacion de los elementos celulares de la vaina y del tendón mismo; pero la porcion externa de la vaina permanece completamente indiferente al fenómeno; la regeneracion del tendón, es tanto mas rápida, cuanto mas vascular es su vaina cortada. El doctor Guterbock de Berlin llega hasta decir que las células propias del tendón no toman ninguna parte en la cicatrizacion de una herida incompleta y que el tejido conjuntivo laxo que forma la envoltura tendinosa, es el que desempeña el principal papel.

El doctor Molliere de Lyon ha presentado á la Sociedad de Cirugia muchos casos de heridas tendinosas que confirman las observaciones precedentes, y en las cuales la sutura se habia establecido con mas especialidad en la vaina (vaginorrafia); en todos estos casos se trataba de tendones recientemente divididos, pero el doctor Tillaux ha hecho esta operacion, no en una solucion de continuidad cruenta, sino en una herida antigua en que los dos extremos tendinosos se habian cicatrizado aisladamente; además, este cirujano no empleó la sutura clásica de los tendones ó de su vaina, sino un método que ofrece cierta analogía con el ingerto llamado por aproximacion en horticultura.

Era el enfermo un carpintero de cincuenta y dos años, que un mes antes de que le viese el doctor Tillaux, habia recibido una herida en la cara dorsal de la mano derecha, que se cicatrizó sin ningun accidente sério, pero apercibiéndose el paciente al cabo de algun tiempo que le era

imposible extender los dos últimos dedos de esta mano: el auricular y el anular quedaban en efecto constantemente doblados sobre la palma, mientras que los otros dedos se extendían con facilidad. Entrado en el servicio de M. Tillaux por otro padecimiento, este hábil cirujano se apercibió del estado en que dicho accidente había dejado la mano del enfermo. Examinando la cara dorsal, se notaba hacia la parte media é interna del metacarpo un rodete redondeado correspondiente á la extremidad de los tendones rotos. Convencido el doctor Tillaux que se podía intentar en este sujeto la tenorrafia, hizo una incision vertical en el dorso de la mano, al nivel de la pequeña prominencia indicada y que creyó estaba constituida por el extremo central ó superior del tendón. A las extremidades de esta primera incision practicó otras dos horizontales cuya diseccion permitió comprobar con disgusto del operador que la eminencia ó rodete se hallaba formada por el extremo periférico de los tendones extensores de los dedos pequeño y anular; el extremo central estaba retraido, y no habia que pensar en él. Se le ocurrió entonces al doctor Tillaux insertar los tendones periféricos al tendón intacto del dedo medio, operacion análoga á la que se ha practicado con éxito en los nervios. Para conseguir este resultado, hizo un ojal en el último de dichos tendones, en el que introdujo las dos extremidades tendinosas despues de haberlas refrescado, es decir, de haber seccionado los rodetes que las terminaban. Hecho esto fijó todo por medio de puntos de sutura metálica.

Esta operacion, en apariencia tan sencilla, ha presentado durante su ejecucion algunos fenómenos muy interesantes. En primer lugar, el uso del tubo elástico de Esmarch ha permitido hacerla como si se tratase de una diseccion anatómica. En segundo lugar, aun cuando se dice que los tendones y los tejidos fibrosos son poco sensibles, el enfermo, que no estaba anestesiado, manifestó un dolor muy vivo cuando se cogió el tendón extensor del medio con la pinza para practicar el ojal. Despues de terminada la operacion, se aplicó un apósito algodonado, consiguiéndose una curacion rápida y completa, no quedando mas que un poco de debilidad en el dedo pe-

queño cuya extension se verificaba con menos fuerza que la de su vecino. Esta operacion es, como se ve, muy interesante y merece llamar la atencion de los cirujanos. El doctor Polaillon reivindicó en la Sociedad de Cirugía, para el profesor Denonvilliers, la primera idea de este procedimiento, haciendo conocer que este maestro en autoplastia habia establecido la indicacion de refrescar el extremo del tendon cortado y reunir esta extremidad periférica con el tendon inmediato si era imposible encontrar el extremo central. Debemos decir en obsequio de la verdad, que el doctor Tillaux no ha tenido pretension ninguna á la prioridad; pero no por esto se le debe felicitar menos por su idea y el feliz éxito que la ha coronado.

Hernias estranguladas: oportunidad de la puncion aspiradora.
(*Bull. de théér.*).

Despues de analizar el doctor Bouisson las principales observaciones referentes á este nuevo método de tratamiento de las hernias estranguladas, refiere él mismo ocho que han dado siete casos de curacion.

Con todos estos hechos, que son en número de treinta y cinco, establece la estadística siguiente:

Casos de curacion por aspiracion despues de la taxis, 27; aspiracion insuficiente, ketotomía, curacion, 4; aspiracion insuficiente, muerte, 4.

Estas cifras hablan muy alto en favor de dicha operacion. Da excelentes resultados en las hernias inguinales; en las crurales es mas incierta; sin embargo ha triunfado tambien muchas veces; así, debe intentarse en todos los casos posibles.

Puede emplearse indistintamente el aparato de Dieulafoy ó el de Potain, á condicion de que la aguja sea bastante fina.

El autor no menciona manifestamente mas que una contra-indicacion, es la duda respecto á la integridad del intestino, si el profesor es llamado demasiado tarde. Por lo demás las reglas á que está sometida la aspiracion son las mismas que las de la taxis de que es el auxiliar mas directo y poderoso. Por consiguiente se la debe practi-

car desde el momento en que la taxis metódicamente hecha haya probado la irreductibilidad de la hernia.

Hernias estranguladas: procedimiento de reduccion por la inversion del enfermo. (*American journ. of méd. scienc.—Journal de l'hér.*)

El doctor Daniel Leasure acaba de poner nuevamente en práctica un procedimiento de reduccion usado ya en otros tiempos, y que habia sido abandonado; la inversion del cuerpo del enfermo, con la cabeza abajo y las extremidades inferiores arriba. El autor asegura haber obtenido muchos triunfos por este medio. Su primer caso se remonta ya á 1843. Despues de haber agotado los recursos en una hernia crural, se le ocurrió la idea de emplear la posicion como auxiliar de la taxis. Tan pronto como se hubo colocado á la enferma, descansando solo la cabeza y los hombros en la cama, y las piernas levantadas por su marido, que las habia puesto sobre los hombros, se redujo la hernia. Desde entonces, un gran número de casos igualmente felices han alentado al doctor Leasure á perseverar en este método. Le ha empleado sobre todo en las grandes hernias estranguladas que por su volúmen hacen casi imposible y comunmente infructuosa la taxis practicada por el método ordinario. En estos casos es cuando el autor manda poner las piernas del enfermo sobre los hombros de un ayudante, que le levanta en el aire, hasta que el cuerpo no descansa en la cama mas que por la cabeza y la parte posterior de los hombros: los músculos del vientre están flácidos, los tegumentos del abdómen caen sobre la region torácica; las vísceras, ayudadas por una ó dos ligeras presiones, se aplican sobre el diafragma y le empujan hácia el interior del torax; entonces los intestinos, atraidos por su peso, solo están sujetos por la parte estrangulada, sobre la que el resto del conducto ejerce una traccion suave y continua que basta para desprenderla. Si la estrangulacion tiende á producirse, no hay mas que coger el pedículo y elevarle, como para atraer las porciones sanas del intestino al saco, estas, menos tumefactas y mas lisas, se deslizan con mayor facilidad al nivel del cuello, y la hernia solicitada por el peso se reduce sin gran trabajo.

Claro está que no debe obrarse de tal modo si la porcion herniada se encuentra ya afectada de gangrena. El doctor Leasure refiere un caso en que un charlatan, habiéndole visto emplear este procedimiento, quiso imitarle en una circunstancia en que estaba contraindicado, y, con efecto, el asa que formaba la hernia se desprendió del resto del intestino, al nivel del cuello del saco.

Este método acaba de ser empleado recientemente con éxito en los hospitales de Paris, por el doctor Perier en un caso de hernia ínguino-escrotal estrangulada, que los cirujanos mas competentes habian condenado á la operacion. Colocado el enfermo en la posicion antedicha, se redujo el tumor en más de una mitad, por haber entrado en el abdómen el líquido contenido en el saco: la reduccion del intestino se practicó echando al sujeto de nuevo en posicion horizontal. El todo de la operacion apenas duró cinco minutos.

El doctor Chataigneray ha publicado tambien recientemente un caso de reduccion de hernia inguinal estrangulada en un jóven de diez y nueve años, de constitucion robusta. Pero este autor varió un poco la manera de proceder. Por medio de un número suficiente de almohadas hizo tomar al enfermo una posicion tal, que la pélvis estaba mas elevada que el abdómen, y los muslos mas que la pélvis. Los dolores, que eran muy intensos, calmaron inmediatamente, y una hora despues se redujo la hernia por sí misma.

Este procedimiento, como hemos indicado, no es completamente nuevo, y ya fué aconsejado por Fabricio de Acquapendente, pero habia caido en desuso, probablemente por haber sido mal comprendido. No se quiso ver en él mas que un medio de facilitar, por la aplicacion de las leyes de la gravedad, la reintegracion de los órganos dislocados en el interior de la cavidad abdominal; por consecuencia de esta idea equivocada, se llegó á exagerar el método ó se falseó completamente la aplicacion, recurriendo á la suspension del enfermo por los piés, y abandonando completamente la cabeza á su propio peso. En esta posicion, las paredes abdominales están por lo menos tan tensas como en el decúbito, y no se facilita de modo alguno la reduccion de la hernia. En el procedi-

miento de Leasure, dejando descansar siempre en la cama los hombros y la cabeza del paciente, se produce la mayor relajacion posible de la pared abdominal, elemento de grandísima importancia para conseguir la reduccion.

Hernias estranguladas: tratamiento por medio del éter sulfúrico. (*Il Roccoglitore médico*).

El doctor Flavio Alexandri refiere en este periódico seis observaciones de hernias estranguladas, reducidas con auxilio del éter sulfúrico, usado en inhalaciones, lavativas y en compresas aplicadas sobre el tumor. A consecuencia de este tratamiento se desprendió cierta cantidad de gases por el intestino y pudo reducirse la hernia.

Estos resultados han conducido al doctor Alexandri á administrar estas mismas lavativas, es decir, algunas gotas de éter en un cocimiento de manzanilla en el meteorismo de las fiebres tifóideas, habiendo conseguido buen resultado.

Hernias estranguladas: operacion: procedimiento para reconocer el saco. (*Gaz. hebdom.*).

En una nota referente á la operacion de la hernia estrangulada, que ha presentado á la Sociedad de Cirugía el doctor Rigaud, de Nancy, pretende establecer dos preceptos rigurosos, aplicables siempre y en todos los casos para penetrar con seguridad en el saco y reconocer el intestino.

Despues de haber dividido cierto número de capas, el cirujano deja las pinzas, y con el dedo indice y pulgar de la mano izquierda, bien secos, procura coger un ligero pliegue en la lámina membranosa, que debe incindir. Si siente que este pliegue se separa de las partes subyacentes y que se le puede hacer deslizar sobre una masa globulosa, tiene seguridad que se halla fuera de la cavidad del saco, y puede incindir la membrana sobre la sonda acanalada. Vuelve á repetir la misma maniobra, hasta que no percibe debajo el tumor globuloso, sino, por el contrario, un vacío. Entonces practica el desbridamiento del anillo, despues del cual trata aun de formar

el pliegue, siendo frecuente que ya pueda cogerse, cuando no habia sido posible hacerlo antes de desbridar, lo cual se debe á que las partes se hallan relajadas por la seccion del anillo. Despues de haber dividido esta nueva capa, y muchas veces otras varias, se llega al saco, que se abre y se mantiene fuera mientras se hace la reduccion. El aspecto liso y reluciente de las partes, su inyeccion arborizada, el abundante flujo de sangre por la mas ligera excoriacion, indican que se ha llegado al intestino, y que es preciso redoblar las precauciones.

El procedimiento que preconiza M. Rigaud, habia sido ya indicado por Ledran y Lawrence.

Hidroartosis de la rodilla: tratamiento por medio de la compresion. (*France méd.*).

El doctor Laugier ha dado á conocer en este periódico los felices resultados obtenidos por el doctor Guyon con la compresion circular, tal como ha sido modificada por el cirujano del hospital Necker. Estando el miembro colocado en una gotiera que solo deja descubierta la parte anterior de la articulacion, se aplican planchas de algodón en rama sobre la rodilla hasta que formen por su superposicion una capa de grande espesor. En seguida se pone abrazando la gotiera una venda circular de cautchouc, de modo que la compresion, siendo muy enérgica, no alcance mas que á la parte anterior.

Hidrocele enorme situado en el abdómen por la detencion del testiculo en esta cavidad. (*The Lancet*).

La observacion que sucintamente vamos á analizar es ejemplo de una lesion tan rara, que apenas se registran dos ó tres análogas en los anales de la ciencia.

Un hombre de veinte y ocho años fué admitido en la enfermería Real de Bristol, el 6 de octubre de 1874, á causa de un tumor en el abdómen que dificultaba la progresion. El testículo izquierdo no habia descendido al escroto y ocupaba el conducto inguinal. Hacia seis años, á consecuencia de carreras largas, sintió punzadas y un dolor intenso en el testículo izquierdo, que muy pronto se puso tumefacto y adquirió un gran volúmen, el cual

fué aumentando rápidamente hasta el punto que el enfermo no podia casi andar y sentia peso y dolor. Las partes blandas inmediatas al testículo estaban tambien tumefactas. A su ingreso en el hospital se observó un tumor prominente, voluminoso, que tenia 8 pulgadas de largo y otras tantas de ancho. La piel y el músculo oblicuo le cubrian por delante, pero era evidente que la masa de la pared abdominal pasaba por detrás del tumor. En toda la extension de este se notaba perfectamente la fluctuacion, salvo en la parte inferior donde se percibia el testículo tumefacto.

El doctor Staele practicó una puncion con un trócar, extrayendo así 30 onzas de una serosidad transparente. El enfermo se alivió mucho y se pudo hacer un exámen completo. Con el objeto de determinar la obliteracion del saco vaginal, se estableció un sedal por cuyo medio se consiguió la curacion sin complicaciones. A fin de noviembre el paciente podia andar, y el 2 de diciembre se le dió el alta. En esta época el testículo apenas habia disminuido de volúmen, pero la cavidad del hidrocele estaba enteramente retraida, no conteniendo líquido. En la actualidad (13 de febrero de 1875), este sujeto anda sin dificultad muchas leguas diarias y no se nota tumefaccion ninguna en la vaginal.

Higromas de granos riciformes: tratamiento por el tubo de drainage. (*Berlin Klin Wochens*).

El doctor Volkmann ha expuesto en el tercer Congreso de los cirujanos alemanes, el método que emplea en el tratamiento de los higromas de granos riciformes, refiriendo tres casos en que le ha usado con el mejor éxito. Abre el saco en sus dos extremidades por una incision de $\frac{3}{4}$ de pulgada de longitud; luego que se ha evacuado el contenido líquido pasa un tubo de desagüe (*drainage*), al que imprime movimientos rápidos de vaiven para desprender los granos adheridos á la pared interna del saco. En fin, dejando puesto el tubo, aplica el apósito de Lister. En todos los casos ha obtenido la obliteracion del saco sin ningun accidente intercurrente y sin reaccion local; los dedos han conservado toda la integridad de sus movi-

mientos. Los granos riciformes no estaban compuestos mas que de sustancia albuminosa coagulada.

Hipospadias: nuevo procedimiento operatorio. (*Medical Times and Gaz.*).

Es un hecho conocido por todos los cirujanos que los métodos hasta ahora ideados para remediar la deformacion conocida con el nombre de hipospadias, han tenido tan mediano éxito en su resultado final, que apenas merecen se les ensaye de nuevo. En este concepto no deberá extrañarse que demos á conocer aquí el procedimiento empleado por el doctor Wood en dos casos, con un éxito á lo que parece notable.

Este cirujano se sirve de la parte de prepucio que forma una especie de capuchon sobre la cara anterior y los lados del glande.

Secciona por transfision esta parte al nivel de su adherencia con el pene y practica una incision transversal en una grande extension á este nivel. Entonces pasa el glande por esta especie de ojal hecho en la base del prepucio. En seguida disecciona una porcion de piel correspondiente á la cara inferior del pene y aun, si es necesario, prolonga esta diseccion hasta el escroto. Introduce este colgajo debajo y delante del prepucio y le une con la porcion cruenta de esta parte anatómica, fijándolo en esta situacion por algunos puntos de sutura metálica.

En el curso de la operacion deben observarse algunas precauciones.

En primer lugar debe desprenderse el prepucio en una extension suficiente para que el glande no sea estrangulado cuando se le hace pasar por el ojal que en aquel se forma.

En segundo lugar, se debe diseccionar el colgajo en forma de cinta con mucha precaucion á causa de su poco espesor y de la falta de tejido celular subcutáneo. Además, deben calcularse con gran cuidado sus dimensiones, para que forme un revestimiento suficiente á la uretra.

Despues de la operacion se introduce una sonda en la vejiga, dejándola aplicada tres ó cuatro dias hasta que se haya reunido la mayor parte de la superficie avivada. Si

queda un trayecto fistuloso, se cierra pasados algunos dias, y si se retrasase la cicatrizacion, se activaria por medio de cauterizaciones. En los dos casos en que Wood ha practicado esta operacion, el resultado fué completamente satisfactorio. El hipospadias se extendia hasta la mitad de la longitud del pene: la uretra quedó cerrada en toda su extension y el prepucio formaba un plano de apoyo suficiente para que la orina fuese proyectada delante del glande.

Impétigo: tratamiento por medio del aceite de Cade. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

El doctor Lailier emplea contra el impétigo un tratamiento atrevido que abrevia la duracion habitual de esta afeccion, y es muy frecuentemente coronado de inmejorable éxito. La terapéutica vulgar de esta enfermedad consiste en aplicaciones emolientes, cataplasmas de fécula, lociones almidonadas, que producen la curacion, pero que obran con extremada lentitud. El doctor Lailier, por el contrario, emplea desde luego una sustancia capaz de secar las costras, acelerar su caida y suprimir la secrecion purulenta del dérmis. Hace extender sobre toda la superficie costrosa, por medio de un pincel, una mezcla á partes iguales de aceite de Cade y aceite de almendras dulces. Bajo la influencia de este tópico, el aspecto de las partes enfermas se modifica rápidamente. En dos ó tres dias las costras blandas del impétigo se ponen secas, córneas, negruzcas; cesa toda secrecion, y muy pronto se desprenden aquellas, dejando á descubierto la piel seca, sobre la que solo se manifiesta la afeccion por la rubicundez y finura de su epidérmis, y mas adelante por una ligera exfoliacion. Algunas veces, principalmente en el impétigo del cuero cabelludo, puede emplearse desde luego el aceite de Cade puro. Bajo el punto de vista de la rapidez de accion, este tratamiento es incontestablemente superior á todos los otros. Reduce de un modo notable la duracion del mal, pero exige ser empleado con cierta sagacidad. En la gran mayoría de los casos la piel soporta bien esta aplicacion irritante; mas es preciso reconocer tambien que á veces, cuando la der-

mitis impetiginosa presenta un carácter de agudeza muy pronunciado y cuando la inflamacion es viva, el uso prematuro del aceite de Cade, aun mezclado con el de almendras, provoca brotes inflamatorios, que es siempre conveniente evitar aun cuando no ofrecen novedad alguna. Es necesario entonces, antes de emplear el medicamento que nos ocupa, atenuar el elemento inflamatorio. A la sagacidad del práctico queda distinguir los casos de este género, que son felizmente los mas raros. Como regla general está indicado en el impétigo el uso del aceite de Cade, mezclado con el de almendras. Lo está igualmente, y por las mismas razones, en el impétigo parasitario del cuero cabelludo (*impétigo granulata*). Aquí, á las propiedades secantes, reúne el aceite de Cade la ventaja de ser un parasitocida poderoso.

Inflamaciones superficiales: tratamiento por las inyecciones é infusiones parenquimatosas de ácido fénico (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.—Revue des Sciences méd.*).

Se han publicado en estos últimos tiempos diferentes trabajos, sobre todo en Alemania, con objeto de probar la eficacia de las inyecciones hipodérmicas de ácido fénico en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias. El doctor Hueter es uno de los que más se han dedicado á estos estudios, y á él debemos dos extensos artículos acerca de las inyecciones de ácido fénico en los tejidos inflamados y de las intra-articulares de la misma sustancia en los casos de heridas penetrantes de las articulaciones, especialmente de las de la rodilla.

Para este autor, toda inflamacion resulta de la presencia en los tejidos y en las vias circulatorias de organismos inferiores, de mónadas; destruidos estos organismos, no es de temer la propagacion del trabajo inflamatorio. Inspirándose en esta idea teórica y guiado por sus investigaciones sobre el éstasis y la embolia globulares, ha sido conducido á proponer y emplear como agente terapéutico soberano el uso del ácido fénico, llevado directamente al interior de los tejidos. Le aplica unas veces como tópico sobre la piel intacta; pero mas frecuentemente le hace penetrar por inyecciones hipodérmicas, ó mejor por o que él llama infusiones parenquimatosas. A este efecto

se sirve de una larga aguja tubulada, que tiene lateralmente un gran número de orificios, y comunica por un tubo de cautchouc con otro de cristal graduado que contiene una solucion de ácido féñico. Hecha la picadura, basta elevar el tubo de cristal para que el líquido penetre en los tejidos por la sola accion de la gravedad. Este procedimiento, segun el autor, tiene la ventaja, sobre las inyecciones hechas con la jeringa de Pravaz, de permitir á la sustancia medicinal penetrar mas adelante en las lagunas y las aréolas del tejido conjuntivo, llenarlas y lavarlas sin dislacerar ni comprimir este tejido, y sin producir en un punto una extravasacion limitada que se reabsorbe con cierta lentitud. Hueter aconseja el uso de soluciones á 2 por 100, porque las mas débiles son insuficientes para destruir con seguridad los organismos inferiores flogógenos, y las mas fuertes pueden obrar como cáusticas. La cantidad de solucion inyectada de una vez es ordinariamente de 1 gramo (0,02 de ácido féñico); la inyeccion se repite todos los dias, y á veces durante tres semanas; en ciertos casos se ha elevado la dosis á 2 gramos (0,04 de ácido), y aun á 7 gramos (0,14 de ácido). En ningun enfermo se han presentado accidentes locales ni generales, y aun, segun el autor, estas inyecciones serian muy poco dolorosas.

Una primera série de hechos comprende las inflamaciones de la piel tratadas por este medio. En la erisipela estas inyecciones, y sobre todo las infusiones hechas en el contorno de la placa erisipelatosa, principalmente del lado en que tiende á manifestarse invasora, producen la curacion en un tiempo que no varía mas que de doce á treinta y seis horas. Lo mismo sucede con los flegmones subcutíneos.

Las inyecciones parenquimatosas, practicadas debajo de la base de las úlceras (lupus, úlceras venéreas, fagedénicas), activan singularmente su cicatrizacion.

En una segunda série de hechos ha empleado el autor el mismo medio para combatir las afecciones óseas y articulares. En muchos casos de tumor blanco de la rodilla, 7 á 10 inyecciones en el interior de la articulacion, han bastado, por término medio, para calmar el dolor y disminuir la hinchazon articular (en una obser-

vacion, sin embargo, la enferma habria soportado mas de 100 inyecciones). En ninguno de estos casos fueron seguidas de supuracion articular ni produccion de fistulas, y cuando estas existian ya, las inyecciones las han secado. Este medio se ha manifestado tambien muy eficaz en casos recientes de artritis traumática y de heridas penetrantes de las articulaciones; y segun dice el doctor Hueter, tendria en el tratamiento de las afecciones articulares la gran ventaja de no exponer á la anquilosis ulterior.

El autor ha atacado de la misma manera las lesiones óseas, y jamás las inyecciones intra-óseas de ácido fénico han sido seguidas de supuracion; provocan, por el contrario, una esclerose notable del tejido óseo inmediato al foco de osteitis. El doctor Hueter cita muchos casos de cáries de los huesos del tarso, de la extremidad superior de la tibia y del cuello del fémur curados por este medio.

En fin, un tercer orden de hechos comprende los derrames serosos tratados por la inyeccion fenicada. El autor refiere dos observaciones de higroma de la rodilla y uno de quiste articular del codo, curados de esta manera. En seis casos de hidrocele, despues de la puncion, ha inyectado en la túnica vaginal de 5 á 7 gramos de solucion á 2 por 100 de ácido fénico; la inyeccion fué siempre poco dolorosa, y no produjo reaccion inflamatoria; hasta el cuarto dia no apareció un edema del escroto con ligera tumefaccion del testículo. Verdad es que en estos casos, terminados todos por curacion, se aplicó la compresion como medio auxiliar.

El doctor Bœckel, aunque haciendo reservas formales respecto á las teorías de Hueter, ha empleado el tratamiento de este autor en la erisipela, practicando alrededor de la placa erisipelatosa una série de inyecciones (5 á 6 dos veces al dia), cada una con el contenido de una jeringa de Pravaz llena, á 1,5 por 100, de ácido fénico. Refiere cuatro observaciones de erisipela, dos de ellas muy graves, curadas por este medio. En un quinto caso (amputacion del pecho, apósito Lister), la enferma murió á pesar de este tratamiento. El doctor Bœckel deduce de su práctica que, sin ser una panacea infalible, las inyecciones subcutáneas de ácido fénico constituyen el medio mas

seguro, que permite frecuentemente detener las erisipelas muy graves en dos ó tres dias, y aun puede yugular el mal de pronto, sobre todo cuando se las emplea muy al principio.

Las observaciones publicadas por el doctor Stukowenkoff en el *Correo Médico de Moscow*, contradicen los resultados anteriores. En 16 casos de erisipela tratados por las inyecciones subcutáneas de ácido fénico y terminados todos por la curacion, el tratamiento no tuvo, al parecer, ninguna influencia en la duracion de la enfermedad, que fué de ocho dias por término medio; las inyecciones no abatieron la fiebre ni contuvieron la invasion del mal, salvo en los casos en que hubo una ligera intoxicacion por el acido fénico.

Inversion de la vejiga en una mujer de mas de cuarenta años.
(*The Lancet*).

El doctor Thomson ha publicado la observacion de una mujer casada, de más de cuarenta años, que al tiempo de orinar habia advertido la sensacion como de un cuerpo que saliese por la uretra, sufriendo desde este momento violentos dolores.

El autor la vió á la media hora del accidente, encontrándola sobre la cama, apoyada en las manos y las rodillas, retorciéndose de dolor y haciendo violentos esfuerzos. Hacia cerca de veinte y cuatro horas que tenia una cistitis aguda, segun lo demostraba evidentemente la orina que acababa de excretar.

Por el tacto se notó la existencia de un pequeño tumor duro, globuloso, del volumen de media nuez, cubierto de una sustancia grumosa, y que formaba prominencia en el orificio de la uretra. Examinado á la luz, presentaba una superficie rugosa, de color rojo oscuro é incrustada de un depósito calcáreo blanquecino que se reconoció ser de naturaleza fosfática.

Despues de haber supuesto que este tumor era una excrescencia desarrollada en la uretra y que debia extirparse, se le ocurrió al doctor Thomson la idea de que pudiera ser una inversion de la vejiga, aunque nunca se haya descrito hasta ahora este accidente en el adulto.

Acompañado del doctor Yates, médico ordinario de la enferma, la administró el cloroformo é introdujo el dedo en la uretra, lo que ejecutó sin dificultad ninguna por ser este conducto muy ancho y dilatado. Reconoció que el pedículo del tumor tenia su origen en la pared posterior de la vejiga de una manera que confirmó plenamente la idea de que se trataba de una inversion de este órgano. El doctor Yates comprobó tambien de un modo indudable esta disposicion. Despues de haber quitado las incrustaciones fosfáticas, se redujo el tumor, y el dedo introducido en la vejiga exploró la region sobre la que se habia encontrado la primera vez el pedículo, pero no pudo hallar señal alguna de él, ni de tumor en este punto, ni en ningun otro de la superficie vesical interna.

La enferma se restableció rápidamente sin que haya ocurrido despues accidente de ningun género.

El doctor Thomson considera este hecho como único en el adulto. Supone que la incrustacion calcárea en un punto de las paredes, ha dado lugar á la citistis, y que los violentos esfuerzos determinados por esta inflamacion, produjeron la inversion de la vejiga, favorecida sin duda por las dimensiones insólitas y la dilatabilidad de la uretra.

Labio leporino: operacion.—Tijeras de ojal. (*Union méd.*).

Es bien sabido que en el labio leporino unilateral, complicado con division de la bóveda palatina y de la arcada alvéolo-dentaria, existen por lo comun deformaciones; no solo un aplastamiento considerable del ala de la nariz del mismo lado, sino tambien una disposicion viciosa del esqueleto, tal que las dos mitades de la arcada dentaria no se encuentran sobre el mismo plano, estando por lo comun desviada hácia atrás la mitad correspondiente al labio leporino.

En estos casos, el doctor Duplay introduce en el manual operatorio una pequeña modificacion bastante ingeniosa, á la que podemos dar el epíteto de *osteoplástica* y que responde á las dos indicaciones siguientes: corregir el aplastamiento del ala de la nariz, trasportando el tabique hácia el lado de la solucion, hacer todo lo posible

para que se correspondan las dos mitades de la arcada alvéolo-dentaria.

Se satisface á la primera de estas indicaciones seccionando con tijeras la porcion cartilaginosa del tabique, despues de haber preparado los bordes de la fisura labial (el autor emplea el método á dobles colgajos vueltos de Clemot) y de haber practicado la diseccion rápida de la mucosa alveolar y de las adherencias que puedan existir: efectuado este primer tiempo, es entonces fácil inclinar la nariz en masa de modo que el lóbulo se encuentre colocado en la línea media; el aplastamiento desaparece por completo. Si el labio leporino es simple, termina la operacion por una sutura entorillada, conservando los dos colgajos labiales, cuyas extremidades libres forman una pequeña trompa, que siempre habrá tiempo de acortar si es necesario.

Si existiese además division de la bóveda palatina y de la arcada dentaria, antes de suturar los colgajos corrige la diferencia de las dos mitades de esta arcada por la osteoplastia siguiente: desprende de la extremidad libre de una de dichas mitades (la mas anterior, por consiguiente, la del lado sano) un pequeño tubérculo que deja adherido aun por su parte posterior y que hace bascular para suturarle con la extremidad libre de la otra mitad de la arcada, préviamente refrescada. Este último tiempo, como se ve, consiste en producir artificialmente una especie de tubérculo medio análogo al que presenta el labio leporino bilateral.

En un caso operado por Duplay, el éxito ha sido tan completo que los gérmenes contenidos en este tubérculo fracturado, en gran parte al menos, han dado nacimiento á los dientes, como los otros puntos de la arcada alveolar. Es esta una modificacion cuya ventaja puede consistir en favorecer el trabajo de la obliteracion que debe llenar ulteriormente la fisura palatina; pero tiene el inconveniente de prolongar la operacion y, sobre todo, de hacer perder al niño una cantidad de sangre considerable, lo cual no está exento de peligro en esta edad. Es, en una palabra, una operacion delicada que necesita una gran seguridad de mano por parte del cirujano, y en la que es condicion indispensable la rapidez de la ejecucion.

Tijeras de ojal.—Las tijeras representadas en la figura 5 y que han sido ideadas por Marc Sée para la operación del labio leporino unilateral simple, tienen por objeto practicar el refrescamiento de los bordes de la solución de continuidad, de un solo golpe y respetando al mismo tiempo una base adherente al colgajo que se encuentra tallado. Las hojas no son cortantes mas que en la parte anterior, cerca de la extremidad libre; en la posterior falta el corte y existe entre la porcion cortante y el eje de articulacion de las ramas un espacio vacío, una especie de *ojal*.

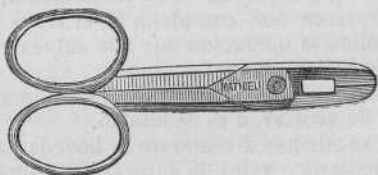


Fig. 5.

De esta disposicion resulta que la seccion interesa solo los tejidos mas próximos á la nariz, mientras que respeta los que se encuentran mas bajos. Generalmente, se contenta M. Sée con tallar un solo colgajo que deja adherido al borde libre; aviva el otro borde verticalmente luego en sentido horizontal y le reune á la porcion cruenta del colgajo. La talla del colgajo y sus dos refrescamientos correspondientes se hacen de tres golpes de tijera y con una precision casi matemática.

Lupus: tratamiento por el acetato de sosa. (*Journ. de thér.*).

El profesor Anderson, á ejemplo de los doctores Weisse y Satterlee, de New-Yorck, preconiza mucho la solución de acetato de sosa en el tratamiento del lupus. Hace lavar dos ó tres veces al dia la parte enferma con una disolución de un gramo de acetato de sosa en 30 de agua. Durante la noche aplica compresas empapadas en aceite. En ciertos casos es necesario recurrir á la introduccion de un cristal de acetato de sosa en cada punto ulcerado.

Luxacion del astrágalo : reduccion por las tracciones elásticas.
(*Bull. de théér.*).

Son bien sabidas de todos los prácticos las dificultades que ofrece la reduccion de las luxaciones del astrágalo, y en este concepto no carece de interés una observacion presentada por el doctor Th. Anger á la Sociedad de Cirugía de Paris.

Tratábase de un hombre de veinte y dos años que bajando una barrica se cayó hácia atrás en una escalera, quedando el pié cogido entre dos peldaños y siguiendo la pierna al resto del cuerpo. El pié estaba en adduccion forzada, y la piel distendida se amoldaba á él. El doctor Anger comprobó una luxacion completa del astrágalo hácia adelante y afuera, y resolvió reducirla por las tracciones continuas con vendas de cautchouc. Echado el enfermo en la cama y hecha la contraextension por medio de un lazo pasado por debajo del muslo, se pusieron vendotes de esparadrapo alrededor del pié, y al nivel de su entrecruzamiento debajo de la bóveda del calcáneo, se fijó la venda de cautchouc. Despues de doce minutos de una traccion moderada y cuando se sintió que la fuerza muscular estaba ya agotada y vencida, el cirujano, teniendo la pierna con una mano y el dorso del pié con la otra, apoyó la rodilla sobre la cabeza del astrágalo y á muy poco oyó el chasquido característico y se verificó la reduccion. No hubo accidente alguno consecutivo, y pasado un mes el enfermo podia andar como antes de la lesion.

El doctor Tillaux no participa completamente de la creencia de M. Anger que atribuye el resultado obtenido á la venda de cautchouc. Piensa aquel autor que hay luxaciones completas del astrágalo que son reducibles, y otras que no lo son; en el caso presente opina Tillaux, que es probable que la reduccion hubiera podido hacerse por otros medios. Como quiera que sea, el hecho es interesante y merece ser conocido.

Luxaciones de las falanges : pinzas para la reduccion. (*Gaz. des Hopitiaux.—Rev. de théér.*).

Para reducir las luxaciones de las falanges, sobre todo las del pulgar, que son las mas frecuentes, se han ideado

un gran número de procedimientos y de instrumentos, todos ellos poco eficaces en los casos difíciles. Aleccionado por la experiencia y con el fin de evitar estos inconvenientes, el Dr. Farabeuf



Fig. 6.

ha hecho construir una pinza (fig. 6) á M. Collin, que abraza perfecta y sólidamente el dedo, para lo cual se han calculado bien sus dimensiones. Los bocados del instrumento se guarnecen apriionándoles en el extremo de un fuerte tubo de caoutchouc.

Aplicada sobre el cuerpo de la primera falange, del pulgar por ejemplo, esta pinza no puede escaparse aun cuando sea manejada por una mano poco vigorosa. Los movimientos de extension, de flexion, de torsion y las sacudidas, las tracciones bruscas, se ejecutan con gran fuerza. En el cadáver los ligamentos, aun cuando sean fuertes, se rompen con facilidad, y sin embargo la piel no presenta señales de contusion.

La fuerza del instrumento tal como es, ha parecido suficiente y de propósito se le ha construido sencillo y ligero, sin ninguna de las complicaciones susceptibles de aumentar su fuerza con exceso ó modificar su modo de accion.

Gracias á los profesores Trelat, Labbé y Guyon, M. Farabeuf ha observado recientemente tres luxaciones del pulgar. El primer enfermo tenia una luxacion de este dedo

hacia atrás, contra la que habia sido impotente la pinza de correa, pero que, sin embargo, pudo ser reducida por la coaptacion sercilla, sin instrumento.

El enfermo de M. Labbé era un hombre de bastante edad, con una luxacion del pulgar hacia adelante, que databa de veinte y cuatro dias. La nueva pinza pudo romper adherencias muy sólidas en todos sentidos y reducir la luxacion sin cloroformo con bastante rapidez y sin la mas ligera excoriacion en la piel. El mismo resultado se obtuvo en el enfermo de M. Guyon que tenia una luxacion del pulgar hacia atrás, reducida con la misma pinza despues de haber sido inútiles las manipulaciones metódicas y enérgicas que se habian hecho antes. M. Guyon tiraba, inclinaba y torcia el pulgar á su gusto, mientras un ayudante fijando el metacarpiano, empleaba sus propios pulgares para la coaptacion. Se necesitó una fuerza bastante grande y cierto tiempo para volver el pulgar á su posicion, pero la pinza estuvo perfectamente fija sin escaparse un solo momento. Estas tres luxaciones se redujeron gradualmente sin producir choque ni ruido alguno.

A falta de esta pinza, recomienda el doctor Hirtz un medio muy sencillo y que puede ser útil de conocer, sobre todo en las poblaciones rurales. Consiste en una tira de cuero blanco de vaca, de cosa de 1 centímetro de ancho por 1 metro 20 centímetros de largo. Este cuero, que es muy duro y de bordes cortantes cuando está seco, se pone blando y conserva gran solidez despues de haberle tenido algunos minutos en agua fria. La correa así mojada, se dobla por su parte media donde se forma un doble nudo corredizo, que se pasa alrededor de la falange del pulgar, préviamente envuelto en algodón. La extension hace que este nudo se apriete fuertemente é impida que se escape.

Luxaciones del fémur : reduccion por la flexion combinada con la rotacion del miembro (método de Després). (Bull. de thér.).

La reduccion de las luxaciones es una maniobra que se ha simplificado mucho desde que el cloroformo ha permitido á los cirujanos suprimir la resistencia opuesta por los músculos, por esto son ahora mas aplicables que nun-

ca los procedimientos llamados de dulzura. Comprendiéndolo así el profesor Dolbeau, ha publicado un interesante trabajo en el *Bulletin de thérapeutique* acerca de las luxaciones del fémur sobre la pélvis; es decir, de esas dislocaciones que mas de una vez han desconcertado á los cirujanos mas hábiles y que, segun el autor, pueden reducirse, en sus diversas variedades por una maniobra sencilla, que el operador ejecuta solo y que necesita poca fuerza no exigiendo mas que alguna destreza. En los diez y siete años que lleva M. Dolbeau de cirujano de los hospitales ha reducido quince luxaciones del fémur, á saber: doce fleo-isquiáticas, dos fleo-pubianas, una isquio-pubiana. Todas ellas sin ayudantes, por sí solo y sin dificultad; en todos los casos ha empleado el procedimiento que se designa bajo el nombre de *procedimiento de Després*.

El poco espacio de que podemos disponer nos obliga á prescindir de la historia que hace el autor de este procedimiento cuyas primeras indicaciones encuentra en los libros hipocráticos, pero cuya idea capital se debe á Pouteau, aunque puede decirse estaba perdido para la ciencia cuando Després insistió en él con motivo de un resultado feliz que acababa de obtener. Pero este cirujano y sus imitadores no emplearon la flexion unida á la rotacion mas que para las luxaciones externas, y el profesor Dolbeau cree, y este es el objeto de su trabajo, que el procedimiento de Després, un poco modificado segun los casos, puede servir útilmente para la reduccion de todas las luxaciones del muslo, cualquiera que sea su naturaleza.

En 1859, entró en el hospital Cochin una mujer jóven á quien acababan de sacar de un pozo; tenia el muslo dislocado por consecuencia de una flexion forzada del miembro. Los signos de la luxacion eran evidentes: ligera flexion, adduccion y rotacion hacia dentro; la cabeza femoral formaba prominencia notable debajo de la nalga. No teniendo el autor á su disposicion los medios necesarios para ejercer una fuerte traccion se decidió á emplear el procedimiento de Després.

Anestesiada la enferma en su propia cama, en decúbito dorsal, se obtuvo fácilmente la resolucion completa; entonces cogiendo la pierna como una palanca, dobló la rodilla, luego el muslo, sin experimentar ninguna resis-

tencia. Era evidente que la cabeza femoral ejecutaba el movimiento impreso al miembro pelviano y que se aproximaba á la cavidad cotiloidea. Llevando entonces la rodilla sucesivamente afuera y abajo hizo describir al muslo un semi-círculo de rotacion hácia afuera, luego colocó el miembro en extension recta. Un ruido característico anunció que la cabeza habia ocupado su lugar; la forma de la extremidad era ya completamente normal. Despues de doce dias de reposo la mujer andaba por las salas.

A los pocos meses se le presentó al doctor Dolbeau una luxacion ileo-isquiática, en un cochero que estaba ébrio. Procurando distraer su atencion dobló muy lentamente el muslo sobre la pélvis, habiendo puesto préviamente la pierna en flexion. De este modo llegó poco á poco á aproximar la rodilla al abdómen y con gran sorpresa se verificó la reduccion bruscamente. Le bastó extender el miembro para comprobar que se habian restablecido las relaciones normales.

En 1860, redujo con facilidad y siempre por el mismo procedimiento, dos luxaciones iliácas de fecha reciente. Al año siguiente, un hecho mas importante que todos estos llamó poderosamente la atencion del autor. Era el enfermo un jóven que cuarenta y cinco dias antes habia sufrido un traumatismo del que resultó la fractura de la pierna derecha. La fractura estaba curada, el miembro se hallaba extendido, y sin embargo el sujeto no podia andar en manera alguna. Reconocido detenidamente se observó que el fémur estaba luxado del mismo lado en que habia existido la fractura de la pierna. Consultado el profesor Denouvilliers, á fin de saber si la luxacion era simple ó con fractura del cuello, declaró que con efecto existia la dislocacion, pero que era probablemente irremediable á causa de su antigüedad.

Al dia siguiente anestesió el doctor Dolbeau al enfermo con el fin de estudiar cuál era el grado de movilidad de la cabeza femoral; en efecto, el miembro estaba rígido y no se podia imprimir ningun movimiento á la articulacion. Una vez obtenida la resolucion, dobló bruscamente el muslo y percibió el chasquido que indicaba haberse roto ciertas adherencias. La flexion habia pasado del ángulo recto, era evidente que se trataba de una luxacion

isquiática. Entonces añadió el autor á la flexion la rotacion del miembro hácia afuera y abajo, y con grande asombro suyo se verificó la reduccion. Esta sesion, que se habia anunciado como exploradora, terminó, contra toda prevision, por una curacion que fué muy luego definitiva.

A las pocas semanas observaba el profesor Dolbeau en el mismo hospital, una luxacion supra pubiana: la dislocacion databa de la vispera y habia sido producida por una extension forzada del muslo; el autor no habia visto hasta entonces esta variedad de luxacion, y el diagnóstico fué confirmado por el doctor Verneuil. El plan que se proponia seguir M. Dolbeau era anestesiar al enfermo, luego colocar el muslo luxado sobre su hombro, llevando el miembro hácia arriba y comprimiendo al mismo tiempo con las dos manos sobre la cabeza luxada. Quería imitar así la práctica de Larrey, que redujo por este procedimiento, en 1818, una luxacion que habia resistido á esfuerzos de extension muy enérgicos.

Como á menudo sucede en cirujía, en el momento de la ejecucion, tuvo que abandonar el plan de antemano concebido.

Para poner el muslo del herido sobre su hombro, hizo el doctor Dolbeau elevar la rodilla, pero al mismo tiempo se doblaba el muslo sobre la pélvis; en este estado, viendo que la cabeza descendia hácia la cavidad cotiloídea, no tuvo mas que ejecutar una ligera rotacion hácia adentro para reducir completamente la luxacion. Habia ejecutado sin pensarlo un procedimiento que recomiendan Lhomme, Colombo y Malgaigne. Estos cirujanos aconsejan emplear, para la luxacion supra-pubiana, la flexion del muslo, auxiliada de una ligera rotacion hácia adentro.

Posteriormente ha reducido otra luxacion supra-pubiana por el mismo método.

El hecho siguiente demuestra cómo por este medio se puede triunfar en casos rebeldes y que han resistido á las tracciones mas enérgicas.

Era el enfermo un obrero jóven que tenia una dislocacion del muslo. La reduccion intentada dos veces por Foucher y una por Maisonneuve, habia fracasado aunque se practicaron tracciones muy enérgicas. El doctor Dolbeau la intentó tambien haciendo tracciones sobre el muslo do-

blado: siguiendo el consejo de Nélaton, empleó las mulas y elevó las tracciones hasta 180 kilogramos, sin conseguir resultado.

Entonces cloroformizó hasta el máximo al enfermo, lo que costó algun trabajo porque era bebedor; cuando la anestesia fué completa y teniendo fija la pélvis por dos ayudantes, empleó el mismo procedimiento que ya hemos descrito. A la primera tentativa transformó sucesivamente la luxacion, que era ilíaca, en una luxacion en la escotadura ciática, luego en una luxacion en la fosa oval. El movimiento de rotacion habia sido muy enérgico, demasiado enérgico quizás; así la cabeza femoral habia contorneado sucesivamente los dos tercios del reborde cotiloideo sin entrar en la cavidad; en este momento y cuando la resolucion era mas completa, pudo el autor, doblando fuertemente el muslo, restituir la cabeza á su cavidad por un movimiento moderado de rotacion del miembro hácia adentro y abajo.

La transformacion de la luxacion en las variedades sucesivas demuestra cuán poderosa es la maniobra; moviliza la cabeza todo cuanto se necesita, hasta el punto que es preciso moderar la accion á fin de no pasar los límites, es decir, transformar una luxacion externa en interna costeando la cavidad cotiloidea.

Despues de exponer otros varios casos igualmente interesantes, el doctor Dolbeau termina su memoria con las siguientes conclusiones:

1.^a Todas las luxaciones recientes del muslo, cualquiera que sea su variedad, pueden reducirse fácilmente por el procedimiento de Després.

2.^a Este procedimiento, que pertenece al método llamado de *dulzura*, proporciona triunfos aun en los casos en que ha fracasado el método de fuerza.

3.^a La flexion del muslo combinada con la rotacion del miembro, permite desprender la cabeza de todos los obstáculos que pudieran detenerla, y al mismo tiempo hacerla recorrer los diferentes puntos de la circunferencia cotiloidea, hasta que se halla en relacion con la rasgadura capsular, única puerta por la que puede volver á entrar.

4.^a Antes de recurrir á los métodos de fuerza, conviene intentar el procedimiento de Després, administran-

do previamente el cloroformo hasta la resolución completa de los músculos.

El autor advierte que en todo esto no ha inventado nada. No ha hecho mas que referir casos bien observados, deseando llamar de nuevo la atención acerca de una maniobra sencilla, eficaz, al alcance de todo el mundo, y cuyo valor ha aumentado de un modo extraordinario desde el descubrimiento del cloroformo.

Nœvus maternus: tratamiento por el aceite de crotontiglio.
(*Bullet. de scienc. méd.*).

Después de haber ensayado inútilmente el doctor Smet la revacunación y las instilaciones de percloruro de hierro, en los vasos previamente divididos por la punta de una lanceta, en una mancha sangüínea del diámetro de dos reales, recorrida en todos sentidos por gran número de pequeños vasos superficiales, imaginó el procedimiento siguiente:

Clavó en un tapon de corcho unas quince agujas de coser, dispuestas de manera que sus puntas, afectando la misma figura de la mancha, salían del corcho unos 2 milímetros. Preparado así este, le mojó en aceite de crotontiglio, aplicándole en seguida exactamente sobre el nœvus, en el que penetraron las puntas de las agujas por un brusco movimiento de presión. El dolor fué bastante vivo, pero duró poco. A la mañana siguiente existía hinchazón; se habían desarrollado algunas pústulas; pero la enferma, que tenía cinco años, no manifestaba sufrir. Al tercer día, se había formado una costra rodeada de vesículas, pudiéndose ya observar que algunos de los vasos no eran visibles, y que los otros contenían coágulos. Se aplicó entonces sobre la herida, con una pluma, una ligera capa de aceite de croton; aplicación que se repitió por prudencia á los tres días.

El resultado fué completamente satisfactorio, la mancha desapareció, no quedando señal alguna de la operación empleada para curarla.

Operaciones: isquemia quirúrgica: fenómenos generales y locales: modificacion del aparato compresivo. (*Archives gén. de méd. — Gaz. méd.*).

La isquemia temporal obtenida por la compresion elástica ha sido favorablemente acogida desde el primer momento, y aun pudieramos decir que con el entusiasmo propio de los métodos nuevos cuando son apadrinados por nombres eminentes. Sin embargo, antes de decidir si debe conservar en la práctica el alto rango en que se la ha colocado, es preciso estudiar detenidamente las cuestiones complejas que encierra. Así se ha propuesto hacerlo el doctor Chauvel en una extensa memoria publicada en los *Archiv. gén. de méd.*, recurriendo para resolver este problema á la observacion clínica, siempre forzosamente limitada por la rareza de las observaciones, y á la experimentacion animal, colocándose en cuanto es posible en las condiciones de la práctica.

Empieza el autor su trabajo por una reseña histórica del método, recordando que, segun uno de los antiguos internos del profesor Roux, este cirujano tenia costumbre de arrollar con fuerza una venda de tela sobre toda la longitud del miembro que se disponia á amputar.

En 1867, Adolfo Richard empleó en dos grandes amputaciones la compresion elástica con el caoutchouc como medio hemostático.

El doctor Chassaignac, fundándose en un pasaje de su *Tratado de operaciones*, ha reivindicado el honor de haber utilizado el caoutchouc para suspender el curso de la sangre arterial en un miembro. El hecho es cierto; pero no es este el punto nuevo é interesante del método del cirujano aleman. Con el fin de evitar una pérdida de sangre demasiado considerable en un sujeto muy debilitado, al que se iban á amputar las dos piernas, el doctor Lustreman, profesor de Val de Grace, tuvo la idea de hacer elevar fuertemente los miembros antes y despues de la operacion. La hemorragia fué insignificante, pero se necesitaron gran número de ayudantes.

El método empleado por M. Guyon es ya mas perfecto y los resultados obtenidos en cinco grandes amputaciones hablan en su favor. Despues que una elevacion pro-

longada ha vaciado completamente de sangre venosa el miembro que debe ser amputado, se aplica la compresion digital antes que el descenso de la parte impida la vuelta de la sangre arterial, mientras que una ligadura fuertemente apretada se opone á todo reflujo del lado de la herida. Este procedimiento, sencillo y fácil de aplicar en todos los casos, merece ser conservado, y á falta de aparato puede prestar muy buenos servicios.

En una desarticulacion del muslo, Lannelongue utilizó á la vez la elevacion prolongada de la extremidad, la ligadura preventiva de la femoral y la compresion ejercida por una venda de tela, para evitar á su enfermo una pérdida de sangre demasiado considerable.

Mientras los cirujanos franceses parecen buscar principalmente en la posicion del miembro un preservativo contra las hemorragias operatorias, los alemanes se esforzaban en conseguir el mismo objeto, por el uso de vendajes compresivos vigorosamente aplicados.

Esmarch, guiado por el ejemplo de Langenbeck y de Stromeyer, envolvia en una venda de tela, desde su extremidad hasta el punto en que debia aplicar el cuchillo el miembro destinado á la amputacion. Poco satisfecho de los resultados, continuó estudiando con perseverancia la solucion del problema, y á los quince años se le ocurrió la idea de utilizar el poder elástico del cautchouc como medio de desalojar la sangre venosa y suspender la circulacion arterial. De aquí nació su método, que cuando le expuso, en abril de 1872, al segundo Congreso de los cirujanos alemanes, en Berlin, se presentó ya apoyado por los resultados concluyentes de numerosas observaciones.

Patrocinado por el profesor Billroth, de Viena, se extendió rápidamente por Europa y el Nuevo Mundo, no sin que en diciembre de 1873 el profesor Vancetti, de Pádua, viniese á reclamar para su compatriota el doctor Grandeso Silvestri el honor de haber empleado el primero, y desde hacia largo tiempo, la compresion elástica como medio de hemostasis. Este autor tiene sin duda el mérito de la primacia en el uso metódico de los tubos de cautchouc como agentes de compresion arterial en las amputaciones de los miembros; pero la idea original del

procedimiento, la vuelta, el empuje á la circulacion general de toda la sangre contenida en las partes que se van á separar, corresponde sin disputa ninguna al profesor de Kiel, que tiene además la gloria de haber comprendido todo el provecho que puede sacarse de la compresion elástica y de haber generalizado su uso creando el método de hemostasis que se designará siempre con su nombre.

Aparatos empleados para producir la isquemia artificial.— El profesor Esmarch se sirve de una venda elástica y un tubo de cautchouc.

Las vendas planas de cautchouc volcanizado se rasgan fácilmente por sus bordes, se arrugan y deslizan sobre las partes, y por esta razon debe darse la preferencia á las vendas de tejido elástico de seda ó algodón. Son mas sólidas, mas resistentes, comprimen con mas igualdad y se adaptan mejor á las partes; tienen la desventaja de que se ensucian mas fácilmente y no se pueden lavar.

No todos los tubos son igualmente buenos; los de paredes gruesas de cautchouc volcanizado, rígidos y grises, son defectuosos; deben elegirse los tubos pardos ó rojos, porque son mas elásticos y menos frágiles. En la actualidad, que se ha generalizado el método y se aplica en muy diversas regiones, es evidente que no puede emplearse el mismo aparato en todas. El tubo poderoso, necesario para comprimir exactamente las gruesas arterias de los miembros, no podria usarse para la operacion del fimosis ó la amputacion del pene. Las dimensiones del lazo constrictor deben, por consiguiente, estar en relacion con el volúmen y la disposicion de las partes que se trata de anemiar artificialmente.

En Inglaterra, Harrison Cripps ha imaginado un aparato que difiere de el del profesor de Kiel por la supresion de la venda de tejido elástico.

Se compone: 1.º de un tubo de cautchouc de 21 pulgadas de longitud por $\frac{3}{8}$ de pulgada de ancho, cuyas extremidades están sólidamente reunidas por un hilo resistente para formar un anillo elástico de 7 pulgadas de diámetro; 2.º de una devanadera de ranura y doble mango, alrededor de la cual se arrolla un tubo de cautchouc.

Este anillo debe servir primero para rechazar la sau-

gre venosa hácia la raiz del miembro, y luego para interrumpir la circulacion arterial. Si se trata de aplicarle al brazo por ejemplo, se hacen dar al anillo elástico tres ó cuatro vueltas bien apretadas, cerrando los dedos y el pulgar, y cuidando de que no se crucen las circulares. Con la devanadera se hace deslizar el anillo de abajo arriba; las circulares conservan su posicion respectiva. De este modo se sube hasta por encima del punto en que debe practicarse la operacion, y á este nivel se fija el anillo. Para quitar el aparato se desarrolla de arriba abajo con la devanadera ó, mas sencillamente, se corta el hilo que mantiene reunidas las dos extremidades del tubo.

El anillo elástico de Cripps da bastantes buenos resultados en las extremidades superiores y en la pierna; pero en la region poplítea, la prominencia de los tendones flexores le impide ejercer sobre los vasos una constriccion exacta. Este aparato es inferior al de Esmarch, porque la compresion que con él se hace es menos regular, menos exacta y mas difícil de graduar; su aplicacion es tambien tan larga como la de aquel y mas difícil.

El aparato construido por Galante, conforme las indicaciones de M. Demarquay, es conocido de nuestros lectores por haber publicado su descripcion en el tomo anterior de este ANUARIO.

El doctor Chauvel, que le ha usado muchas veces, cree que podria aumentarse la longitud de la venda y disminuirse su ancho, que dificulta se la aplique con exactitud sobre las partes angulosas. De mas importancia son los defectos del tubo de cautchouc, que está formado de cuatro tubos encajados unos en otros. Juzga el autor, fundado en su experiencia, que se le ha dado muy poca longitud para un espesor tan considerable. Jamás ha conseguido alargarle bastante para hacer una espica de la ingle con objeto de comprimir la femoral en la raiz del muslo. Menos podria servir aun para fijar un compresor de la aorta, segun ha aconsejado el profesor Esmarch. La invaginacion de cuatro tubos de cautchouc da al lazo constrictor mas resistencia, mas elasticidad y, por lo tanto, un poder mas considerable, pero no deja de ofrecer algunos inconvenientes. La presion necesaria para obte-

ner la interrupcion de la circulacion en un miembro, no es tan grande como á primera vista pudiera creerse. El grosor del tubo podria disminuirse en una tercera parte, y su efecto compresivo seria aun mas que suficiente. Esta disminucion de volúmen facilitaria la tension y el tubo, aplastándose al prolongarse, se aplicaria mas exactamente sobre las partes y no tendria tendencia á correrse.

La manera adoptada para cerrar los anillos deja tambien que desear: la constriccion que estos ejercen, dolorosa ya por sí misma, se hace aun mucho mas penosa, si la cadenilla metálica se apoya directamente sobre los tejidos, inconveniente que es cierto puede evitarse cuidando de aplicar el tubo sobre las últimas circulares de la venda elástica, pero seria preferible que debajo de la cadena hubiese una chapa de cuero ú otra materia que defendiera las partes subyacentes.

Cuando se aplica el aparato en las extremidades superiores, es necesario tener el cuidado de envolver la mano en una capa de algodón que se interpone tambien entre los dedos con objeto de repartir por igual la compresion y evitar el sufrimiento que ocasiona en esta parte.

En todas las operaciones que hayan de practicarse desde la extremidad inferior del miembro hasta el codo, el sitio de eleccion para aplicar el tubo elástico le parece al doctor Chauvel que debe ser la parte inferior ó media del brazo. Nunca ha observado el menor accidente por efecto de la compresion de los troncos nerviosos.

En los miembros inferiores, la aplicacion del aparato compresor debe hacerse con la misma lentitud metódica y el mismo cuidado que en los superiores, protegiendo tambien los dedos y parte anterior del pié con un poco de algodón. Debe tenerse mucho cuidado en que el talon quede completamente envuelto, así como en rellenar con algodón la excavacion poplitea. Para todas las operaciones que se ejecutan en los miembros inferiores, desde los dedos hasta debajo de la rodilla, el sitio mas favorable para arrollar el tubo es el tercio medio del muslo. La constriccion ha de ser un poco mas enérgica que en el brazo.

Es muy difícil anemiar por la compresion el miembro inferior hasta su raiz. En un muslo fuertemente cónico, el

tubo de cautchouc se desliza y no se sostiene al nivel de la ingle. La venda elástica se descompone tambien á veces en estas condiciones, y arrollándose sobre sí misma, ejerce sobre las partes una compresion muy desigual

A pesar de numerosas tentativas, el doctor Chauvel no ha podido conseguir nunca aplicar la compresion elástica bastante arriba para que le permitiese operar en el tercio superior del muslo.

Para la amputacion de este en el tercio superior, segun los preceptos de Esmarch, se aplica la parte media del tubo constrictor inmediatamente debajo del pliegue de la ingle; se rodea el miembro una ó dos veces apretando con fuerza; se cruzan los extremos sobre la region inguinal y van á dar la vuelta á la pélvis, pasando por debajo de las espinas ilíacas para reunirse en la parte anterior del abdómen. Salta á la vista que el tubo de cautchouc del aparato Galante es demasiado corto para que se le pueda poner de este modo.

Se aconseja tambien aplicar sobre la arteria ilíaca interna, inmediatamente por encima del ligamento de Poupert, una pelota resistente y mantenerla sobre el vaso á que comprime por muchas vueltas de venda elástica.

Para la desarticulacion del muslo, obtenida ya la isquemia por la aplicacion de la venda elástica hasta la raiz del miembro, es preciso comprimir la aorta en la region umbilical. Se emplea con este fin una pelota oblonga, fija por una venda de cautchouc de seis centímetros de ancho que da cinco ó seis vueltas alrededor del cuerpo y aplica el compresor con energfa sobre la columna vertebral. Una pelota con mango que tuviese un asa para pasar las vueltas de la venda elástica, le parece á Esmarch que seria mas fácil de sostener. Si se temiesen los efectos de esta compresion se podria con Brandi pasar la venda por debajo de la mesa en que está colocado el enfermo ó poner detrás del dorso de este una tablilla con mortajas para recibir las vueltas de venda.

Esmarch y Gibb han practicado la desarticulacion del muslo, siguiendo este método, y la pérdida de sangre fué relativamente insignificante, sin que la constriccion enérgica ejercida sobre el abdómen determinase ningun accidente. El doctor Chauvel no se ha atrevido, sin em-

bargo, á repetir este procedimiento en el hombre sano, temiendo que el reflujo de la sangre y la compresion de las vísceras abdominales ocasionasen algun trastorno. En dos conejos pudo suspender completamente la circulacion arterial en los miembros posteriores, rodeando el vientre con una venda y un tubo de cautchouc, sin que la experiencia fuese seguida de ningun fenómeno particular.

Cuando el miembro es asiento de colecciones purulentas ó sanguíneas en descomposicion, de focos gangrenosos, etc., es prudente empezar la aplicacion del vendaje por encima de las partes alteradas. Si la isquemia es forzosamente menos completa, en cambio se evita la penetracion en la sangre de principios pútridos y los accidentes que de aquí podrian resultar.

El doctor Chauvel ha hecho numerosos experimentos por medio del dinamómetro para determinar la tension de la venda elástica y del tubo de cautchouc, en cuyos detalles no podemos entrar, pero que le han permitido establecer las siguientes conclusiones :

1.^a Que la venda de tejido elástico posee una fuerza de compresion relativamente mucho mas considerable que las de tela ó las de cautchouc vulcanizado, y por consiguiente se la debe dar la preferencia.

2.^a Que la potencia puesta en juego para aplicar la venda elástica ó el tubo constrictor, excede siempre al efecto obtenido.

3.^a Que la elasticidad propia de los tejidos vivos y su compresibilidad tienen por resultado disminuir casi en una mitad el esfuerzo real ejercido por el aparato de Esmarch.

4.^a Que una tension moderada de la venda elástica (10 á 14°) y del tubo de cautchouc (26 á 28° del dinamómetro) basta para obtener una isquemia completa.

Los experimentos del autor con algunos de los diferentes medios que se han propuesto para simplificar el aparato de Esmarch le permiten establecer las siguientes conclusiones :

1.^a Que las vendas de lienzo, de franela y de cautchouc puro son bajo el punto de vista de la isquemia temporal inferiores en todos conceptos á la venda de tejido elástico; que impotentes para suspender el curso de la sangre en

las arterias, no podria utilizárselas sin la adición de un tubo constrictor.

2.^a Que la venda de tejido elástico bastante para producir y mantener la isquemia completa en el miembro superior, no debe emplearse *sola* y sin la adición del tubo de cautchouc en las extremidades inferiores.

Efectos generales producidos por la aplicacion del aparato de Esmarch.—La isquemia completa de una parte del cuerpo no puede obtenerse mas que por la suspension de la circulacion y el retorno al árbol circulatorio de toda la sangre contenida en la region.

Ya hacia mucho tiempo que se usaba la suspension del círculo arterial temporal y mas ó menos completa; pero faltaba determinar los efectos producidos por el retroceso de una cantidad de sangre, que tratándose de todo un miembro ó de ambos á la vez, puede ser relativamente considerable.

Alentado el profesor Chauvel, por la experiencia de Esmarch, que asegura haber hecho la compresion elástica sobre las dos extremidades inferiores sin que resultase el menor accidente, se atrevió á hacer una série de experimentos en sujetos sanos, con el fin de asegurarse de que se podia emplear sin peligro y sin inconveniente el método de Esmarch. No expondremos aquí, porque seria muy largo, los detalles de estos ensayos, cuyos resultados bastan, segun el autor, para disipar toda clase de temores que con fundamento podian abrigarse. Los efectos generales son de escasa importancia.

En algunos sujetos se nota malestar, ansiedad: esta última largo tiempo despues de la aplicacion del vendaje, nunca antes de diez minutos. Desaparece ordinariamente á los pocos momentos de haber quitado el aparato. Sin embargo, en dos ó tres sujetos la experiencia fué seguida de un estado de cansancio, una especie de quebrantamiento, que duró algunas horas. Pero estos fenómenos son excepcionales; se presentan en hombres impresionables, conmovidos de antemano por los preparativos de la operacion.

La influencia sobre la respiracion es sumamente débil y difícil de explicar. Teniendo en cuenta la emocion de los pacientes y las causas extrañas que pueden obrar so-

bre la respiracion, confiesa el autor, que no se deduce ningun hecho importante del resultado de sus experimentos.

Para estudiar la influencia que la isquemia temporal ejerce sobre la circulacion general, ha examinado el doctor Chauvel, antes, durante y despues del experimento, el número de las pulsaciones arteriales. Ha tomado gráficos con el esfigmógrafo y ha estudiado el ritmo y las cualidades de los ruidos del corazon.

Tenia la conviccion prévia de que el aumento relativo de la cantidad de líquido contenida en la parte que quedaba libre del árbol circulatorio debia ejercer algun efecto sobre la tension vascular. Sus numerosas experiencias le han desilusionado un poco respecto de este punto.

La auscultacion del corazon no ha revelado, en la mitad de los casos, ningun cambio apreciable en el ritmo y la tonalidad de los ruidos cardíacos. En la otra mitad ha parecido que el segundo ruido era mas claro, mas seco, mas sonoro durante la isquemia temporal.

Una sola vez se creyó que el choque de la punta era mas fuerte que antes de la aplicacion del vendaje.

El resultado de los experimentos demuestra frecuentes variaciones en el número de los latidos cardíacos. Es preciso en efecto tener en cuenta la emocion, el estado de agitacion y malestar observado en algunos pacientes y que se traducen por una grande aceleracion de los latidos del centro circulatorio.

Durante la aplicacion, disminucion y aumento se equilibran exactamente (10 y 9); siendo la diferencia máxima de 17 pulsaciones, la media es de 5 á 6. Por el contrario, la sensacion de bienestar que sigue á la separacion del aparato, se manifiesta por lo comun con una disminucion en el número de las pulsaciones (11 á 15).

Los resultados del exámen del trazado esfigmográfico, demuestran de un modo general que, durante la aplicacion del vendaje, la altura de la curva se eleva y el dicrotismo es menos acentuado, es decir, que la arteria sufre una dilatacion un poco mas considerable, y que recobra con mayor lentitud su calibre normal. Por el contrario, despues de quitar el aparato, al mismo tiempo que la pared arterial continúa dejándose distender con exceso por

el aflujo sanguíneo, su vuelta al calibre normal se verifica muy rápidamente. En suma, es forzoso confesar que no puede deducirse ninguna conclusion precisa del exámen de las líneas esfigmográficas. Aplicando á la vez el aparato en las dos extremidades, se ha notado un ligero aumento en la tension arterial.

En cuanto á la temperatura, los experimentos han demostrado que en la mitad de los casos no sufre alteracion ó aumenta rápidamente, y en la otra mitad, por el contrario, hay un pequeño descenso. Las variaciones han sido siempre muy ligeras. El máximum de elevacion no pasó de $0^{\circ},6'$, y el de descenso de $0^{\circ},8'$.

Fenómenos locales.—Aunque algunos autores aconsejan poner la venda elástica durante la anestesia, por temor al dolor que debe producir la enérgica constriccion de las partes; en los casos en que el autor la ha empleado, el dolor no ha sido muy considerable. Quizá esto dependa de la naturaleza de la enfermedad y de la sensibilidad de los sujetos. Si se trata de aplicar el vendaje en el primer período de la anestesia, los movimientos incesantes y violentos del paciente dificultan la operacion. Esperar el período de insensibilidad y de relajacion, seria prolongar inútilmente la duracion de la anestesia. Lo mas doloroso es la aplicacion del tubo de cautchouc; pero cuidando de ponerle sobre las últimas circulares de la venda, se atenúa mucho el sufrimiento. A la separacion de la venda elástica, que deja á descubierto las partes anemiadas, sucede inmediatamente una sensacion de adormecimiento, de peso; el miembro parece de piedra; y si la aplicacion se prolonga, el paciente pierde muy pronto la conciencia de él. Al verle así, inmóvil, inerte, de una palidez aterradora, los mas serenos y confiados dudan de si esta muerte aparente será una muerte verdadera. En este momento es cuando se ve producir en los sujetos impresionables esa ansiedad, esa angustia, que ya hemos indicado, y que puede determinar un estado sincopal.

Aspecto local: coloracion.—La palidez mate, cérea, de las partes isquemiadas, es un hecho constante y tan característico, que puede servir de criterio para el efecto obtenido. La coloracion violada y marmórea de la piel, in-

dica que ha quedado cierta cantidad de sangre venosa en las partes. Es evidente que esta palidez mate de los tejidos depende de la falta de sangre en los capilares del dérmis; pero esta decoloracion no existe solo en los tejidos exteriores. Los músculos pierden en parte su color rojo oscuro. Los huesos mismos, por la falta de sangre en los canales de Havers y en el periostio, parecen pálidos y decolorados, aunque nunca tanto como los demás tejidos.

Tan pronto como se quita la compresion, la piel toma un tinte rosado, que se extiende rápidamente de arriba abajo á todas las partes anemiadas. Esta coloracion es mas pronunciada en el sitio en que se ha aplicado el tubo de cautchouc, donde la constriccion ha sido mas enérgica. En los sujetos linfáticos y de piel fina puede llegar hasta el color de heces de vino, y aun se han observado en algun caso manchas equimóticas en el miembro superior.

La coloracion de la superficie cutánea alcanza su máximo algunos minutos despues de haberse quitado el aparato; muy luego se debilita insensiblemente, y pasados cinco ó seis minutos, es raro que persista en otro sitio que en el punto de aplicacion del tubo de cautchouc. Allí tampoco tarda en desaparecer, á menos que la constriccion no haya sido bastante fuerte para producir una verdadera contusion. Estos cambios en el color de la piel y de los tejidos profundos, son evidentemente efecto de modificaciones en la circulacion local. Las arterias están vacías y abiertas, y las paredes de las venas unidas entre sí.

La rubicundez difusa que sucede á la palidez mate, despues que se quita el vendaje, ha sido atribuida generalmente á la parálisis de los capilares cutáneos y de los pequeños vasos, resultado de la compresion vigorosa ejercida sobre el miembro. Esta parálisis es, segun las observaciones del autor, independiente de la compresion ejercida sobre las partes por la venda elástica, puesto que la ha observado del mismo modo, aplicando solo en forma de garrote el tubo de cautchouc. La parálisis de las túnicas vasculares no es especial á las pequeñas arterias, afecta tambien los troncos mas gruesos, segun lo demuestra el hecho observado ya por Laborde y Morel de Arleux, que, despues que se quita el tubo de cautchouc, la sangre vuelve lentamente y sale como escurriendo por el

orificio de los ramos arteriales divididos. Cuando se toma el pulso, se nota que los latidos arteriales no se hacen sensibles hasta pasados algunos segundos, y que débiles y fácilmente depresibles al principio, adquieren poco á poco mas amplitud y fuerza. De estos experimentos y de la observacion clínica, puede deducirse que la aplicacion del aparato de Esmarch determina constantemente una parálisis temporal de la túnica contráctil de los vasos, parálisis que dura tanto más, cuanto más rigurosa y larga haya sido la compresion elástica. Este hecho explica perfectamente la abundancia del flujo sanguíneo, que se verifica despues de la operacion, y que ha sido observado por todos los cirujanos que ensayaron el método.

Alteraciones de la motilidad. — Gayet, de Lyon, ha visto que, despues de media hora de compresion elástica y de isquemia perfecta, la pata posterior de un conejo quedaba inerte, incapaz de moverse á voluntad del animal, y que esta parálisis persistia aun en parte pasadas algunas horas. El doctor Chauvel ha observado estos mismos fenómenos. Despues de quitar el aparato y de restablecerse la circulacion, esta inercia de los músculos voluntarios disminuye con bastante rapidez; cuando se excita al animal, empieza á servirse de sus patas al cabo de pocos minutos, y todo entra en órden en el espacio de quince á veinte minutos. En casi todas las experiencias hechas por el autor sobre el hombre ha obtenido los mismos resultados. A pesar del adormecimiento y el peso del miembro, los movimientos voluntarios persisten casi intactos durante los primeros instantes. Estas alteraciones de la motilidad desaparecen rápidamente luego que se ha restablecido la circulacion.

Aplicando Krishaber una corriente eléctrica sobre el extremo periférico del nervio ciático y los músculos del muslo puestos á descubierto, ha observado que despues de veinte y cinco minutos de isquemia, el extremo periférico del nervio habia dejado de ser excitable, los músculos permanecian sensibles á la accion directa de la corriente, pero esta sensibilidad se apagaba lentamente, y á la hora y media del principio de la experiencia no habia ningun fenómeno vital en los tejidos situados debajo de la ligadura.

Alteraciones de la sensibilidad.—Hace largo tiempo ya que han tratado los cirujanos de producir, comprimiendo los troncos nerviosos por una ligadura circular, una insensibilidad suficiente para la práctica de las operaciones, en las partes situadas debajo del lazo constrictor; pero los ensayos de James Moore, en Inglaterra, repetidos despues por Liegeard de Caen, no fueron seguidos de éxito. Esmarch indicó desde el principio la insensibilidad relativa que sigue á la aplicacion de su método, recomendando utilizarla en las operaciones. Billroth parece haber sido menos feliz en sus ensayos de anestesia local; se ve á ciertos cirujanos afirmar calurosamente la insensibilidad producida por la compresion elástica, mientras que otros consideran este resultado como muy raro y de todo punto excepcional. Tratada la cuestion en la Sociedad de Cirugía, se ha observado el mismo desacuerdo de opiniones.

Habiendo sometido M. Demarquay á la compresion elástica prolongada los miembros varicosos, no advirtió ninguna insensibilidad.

En las numerosas investigaciones que ha hecho el doctor Chauvel respecto á este punto, obrando sobre sujetos que se ofrecian de un modo espontáneo para sus experiencias, ha interrogado sucesivamente á la sensibilidad, al dolor, al tacto y á la temperatura. La sensibilidad cutánea al tacto y al dolor se encuentra ordinariamente embotada. En los miembros inferiores este descenso de la sensibilidad es un poco mas tardío, y en la cuarta parte de los casos el autor la ha encontrado normal diez minutos despues de la aplicacion del aparato, pero transcurrido un cuarto de hora, se hallaba igualmente mas ó menos disminuida. Los fenómenos son á corta diferencia los mismos respecto á la sensibilidad de la temperatura. La sensibilidad disminuye, pues, de la periferia hácia la raiz de los miembros, y este embotamiento de las sensaciones es tanto mas acentuado cuanto mayor sea el tiempo que se haya prolongado la isquemia. Nunca ha observado el autor en el hombre el período de hiperestesia que indican Laborde y Vulpian. Al contrario, despues de media hora de compresion habia desaparecido toda sensibilidad en las extremidades.

Luego que se quita el aparato, el restablecimiento de la circulacion se acompaña de una sensacion de calor urente en las partes anemiadas y de hormigueos violentos que exagera el menor contacto. Pasados algunos minutos, la sensibilidad se hace normal.

Esmarch cree que la compresion elástica puede utilizarse para producir un estado de insensibilidad local en la práctica de ciertas operaciones en las extremidades, sin el uso del cloroformo.

El profesor Le Fort ha podido, gracias á este método, practicar una reseccion del codo y una amputacion de la pierna, sin que los enfermos hayan lanzado un grito. Demarquay, en una reseccion de la tibia, ha observado que la sensibilidad estaba evidentemente embotada á los diez minutos de isquemia. Helot, de Rouen, en tres grandes operaciones practicadas sin cloroformo, ha visto dos veces el dolor manifiestamente disminuido por la aplicacion prolongada de la compresion elástica.

Por otra parte, Gayet, de Lyon, Molliere, Hockes, de Dublin, y los profesores Verneuil y Trélat, han fracasado completamente en sus tentativas para obtener la anestesia local con este método.

En tres avulsiones de uña, precedidas de la aplicacion de la compresion elástica durante diez minutos, dos veces ha observado el doctor Chauvel una disminucion manifiesta del dolor. De sus experimentos y de los hechos clínicos, cree poder deducir que la aplicacion del aparato de Esmarch, prolongada durante diez á quince minutos, basta para debilitar la sensibilidad en las partes terminales de los miembros; que este efecto es tanto mas pronunciado cuanto mas larga haya sido la isquemia; pero que la vuelta de la sangre hace desaparecer rápidamente esta anestesia incompleta, á la que sucede una verdadera hiperestesia.

Solo podrá aprovecharse este método por consiguiente en las operaciones ligeras y de cortísima duracion. Sin embargo, segun Hockes, la compresion elástica, sin influencia por sí misma sobre la sensibilidad, haria mucho mas rápida la produccion de la anestesia local por la evaporacion del éter. Los dos métodos podrian, pues, combinarse con ventaja.

Krishaber, Verneuil y Trélat refieren á la compresion local de los miembros la anestesia incompleta que se observa en algunos sujetos. La compresion elástica aplicada al miembro superior ha determinado en un número de casos bastante considerable (2 de Langenbeck, 1 de Verneuil y 1 de Weir), una parálisis momentánea ó largo tiempo persistente del antebrazo y de la mano. En el hecho del último de estos autores, puede referirse la parálisis á una interrupcion temporal de la corriente nerviosa, como la que resultaria de una fuerte compresion local sobre el tronco del nervio. Debe por consiguiente evitarse ejercer en las extremidades superiores una constriccion demasiado enérgica con el tubo de cautchouc, que podria hacerse peligrosa, provocando parálisis tanto del movimiento como de la sensibilidad. La compresion en este caso llega hasta la contusion del miembro.

El doctor Chauvel cree que la privacion de sangre arterial desempeña un papel por lo menos tan importante como la compresion de los nervios en el desarrollo de estos fenómenos. La suspension de la circulacion se acompaña de la disminucion gradual de las propiedades fisiológicas de los tejidos; pero marchando siempre á la par la isquemia y la constriccion, no es posible determinar con exactitud la parte que corresponde á cada una en las alteraciones locales.

Alteraciones de la temperatura local.— La isquemia artificial produce constantemente una disminucion muy sensible de la temperatura en las partes anemiadas. Luego que se quita el aparato, el calor excede al que se habia notado antes de aplicar la compresion.

El doctor Chauvel estudia en seguida las ventajas y los inconvenientes del método de Esmarch, si bien protestando que el número de las observaciones clínicas no le parece aun suficiente para que se le pueda juzgar en definitiva. Las estadísticas mas favorables han sido publicadas por Esmarch mismo y por Billroth, de Viena, y si los guarismos dados en globo bastasen para una apreciacion motivada, la isquemia temporal deberia pasar con justicia por una de las mas bellas conquistas de la cirugía contemporánea. Sin embargo, añade, que su

experiencia personal y las observaciones publicadas en Francia le han hecho perder algo del entusiasmo de los primeros dias.

Esmarch atribuye á su método las ventajas siguientes: 1.^a *disminucion de la pérdida de sangre*, y de aquí curacion mas rápida y menor predisposicion para las enfermedades traumáticas, resultado frecuente del aumento de coagulabilidad de la sangre en la anemia aguda.

La disminucion del flujo sanguíneo obraria sobre todo en las grandes operaciones, segun el profesor Lefort, suprimiendo el cambio formidable de la hidrostática vascular, que acompaña á las pérdidas de sangre muy abundantes.

Sin embargo, si la pérdida de sangre es realmente muy pequeña durante la operacion, la ligadura no puede aplicarse, en el período de isquemia, mas que sobre las arterias principales, cuya posicion anatómica es bien determinada, y M. Chauvel cree, con el profesor Verneuil, que la expresion *sin una gota de sangre*, tan frecuente en la relacion de las observaciones, no se aplica en realidad mas que al período durante el que puede conservarse la compresion exacta.

2.^a *Supresion de las esponjas*.—En las heridas recientes, el uso de las esponjas no puede menos de tener malos resultados, ya como vehículo de las materias pútridas, ya como obstáculo á la reunion inmediata.

3.^a *Menor presion local sobre los vasos que con los otros métodos*.—Al doctor Chauvel no le parece demostrado este hecho, y porque la presion ejercida con el tubo de caoutchouc no obre tan directamente sobre la pared vascular como el dedo ó la pelota del torniquete, no resulta que la presion sufrida sea mas débil.

4.^a *Facilidades para el exámen de las partes enfermas*.—Una de las mayores ventajas de la isquemia temporal consiste en permitir al cirujano que limite de una manera precisa la intervencion operatoria y que pueda adoptar, en el acto, despues de un exámen minucioso de las partes alteradas, la decision mas favorable al paciente.

Las resecciones, la excavacion de los huesos, las sequestrotomías son el triunfo de este método y se ejecutan con tanta facilidad como en los anfiteatros.

5.^a *Supresion de ayudantes.*—Al mismo tiempo que la isquemia artificial pone al cirujano al abrigo de la emocion que la salida incesante de sangre produce, aun en los mas experimentados, permite practicar las mayores operaciones sin el auxilio de ayudantes prácticos y de confianza, toda vez que puede prescindirse de los destinados á hacer la compresion.

6.^a El profesor Müller ha emitido la idea de practicar este retroceso temporal de la sangre en los sujetos anémicos, pero no parece que hasta ahora se haya puesto en práctica, así cómo tampoco la indicacion de Esmarch, para ciertas operaciones que han de ejecutarse en el tronco, de mantener en reserva en los miembros cierta cantidad de sangre que se haria refluir por medio de la compresion elástica.

7.^a En fin, la constriccion por el tubo ó la venda de cautchouc, podria servir para evitar la absorcion y el transporte de materias pútridas, virulentas ó venenosas en la economía, en casos de mordeduras de animales venenosos ó hidrofóbicos.

Al lado de estas ventajas enumera el autor los siguientes inconvenientes :

1.^o Por mucho cuidado que se ponga en la aplicacion de la venda elástica y del tubo de cautchouc, la compresion es siempre un poco insuficiente para las operaciones que se practican en la raiz de los miembros.

2.^o Los hechos de parálisis de la mano y el antebrazo, prueban que no carece de peligro en el miembro superior, una constriccion violenta ejercida por el tubo de cautchouc.

3.^o Aguir refiere tres observaciones en que la aplicacion del aparato de Esmarch en el miembro inferior fué seguida de una rubicundez bastante viva al nivel de la rodilla, con ligero derrame en la articulacion. Estos accidentes desaparecieron á los pocos dias.

4.^o La compresion local ejercida por el tubo de cautchouc sobre las venas superficiales, ha determinado en algunos casos una flebitis ó una periflebitis con abscesos subcutáneos, y en un enfermo escalofrios y un estado muy grave. La constriccion debe, pues, ser siempre moderada, principalmente en los miembros varicosos.

5.º En los casos de destrozo considerable de las partes, infiltraciones purulentas, gangrena, etc., es prudente para evitar la penetracion de materias pútridas en la economía, empezar la compresion elástica por encima de las partes alteradas. Mas vale una isquemia incompleta, que exponer al enfermo á graves peligros.

6.º No parece que debe temerse la gangrena de los colgajos; al menos el autor no ha encontrado ningun hecho concluyente en apoyo de esta idea teórica.

7.º *Hemorragia post-operatoria.*—La parálisis vascular que sigue á la aplicacion de la compresion elástica, se traduce en la superficie de la piel por una viva rubicundez, y en las partes profundas por una turgencia análoga. De aquí el flujo sanguíneo que inunda la herida inmediatamente que se quita el tubo constrictor. Las gruesas arterias han podido sin duda ligarse durante la isquemia; pero las arteriolas dan sangre en abundancia y los capilares paralizados y dilatados, la dejan exudar por todas partes. Así, como ha dicho con razon M. Verneuil, la hemostasis se hace difícil; es preciso esperar media y una hora para que cese completamente esta exudacion. Resulta de aquí que, en ciertos casos, la pérdida de sangre despues de la operacion compensa la que se ha economizado mientras se ejecutaba aquella.

Pero la hemorragia no se verifica al principio solo por los pequeños vasos, sino que frecuentemente se ve salir de las gruesas venas profundas un verdadero chorro de sangre. Se comprende que en el muslo la sangre venosa empujada á las venas del bajo vientre y de la pélvis, afluya á la femoral, cuyas válvulas, cuando existen, no son ni suficientemente numerosas, ni bastante completas para oponerse á este reflujo. Pero en la pierna, en el brazo y en el antebrazo, el reflujo de sangre negra no puede explicarse más que suponiendo las venas bastante dilatadas para que el aparato vascular pierda en parte su accion. Quizá las venas paralizadas como las arterias, se dejen dis-tender con gran facilidad.

Despues de una amputacion no es posible proceder á la cura mientras esta exudacion sanguínea tan abundante no haya desaparecido casi por completo. El cirujano no tiene en estos casos el recurso del taponamiento, como

despues de una secuestrotomía ó una excavacion, y la cura con la gasa empapada en percloruro de hierro, tal como la emplea Esmarch, no es del agrado de todos los prácticos, ni puede aplicarse en todos los casos.

Segun ha hecho notar con mucha razon el profesor Verneuil, la hemorragia post-operatoria, abundante é interminable, hace muy delicado el empleo del apósito con algodón en la actualidad casi universalmente adoptado en Francia, y sobre todo en los grandes hospitales.

8.º *Hemorragias secundarias.*—Las hemorragias secundarias son bastante frecuentes despues del uso de la compresion elástica. Algunos cirujanos ingleses impresionados por este hecho, han abandonado completamente el aparato de Esmarch, para recurrir á la elevacion del miembro seguida de la aplicacion del torniquete. Las observaciones publicadas hasta ahora no nos parecen bastante numerosas para que se pueda establecer una conclusion absoluta. Pero la atencion de los operadores debe dirigirse á este punto. En efecto, si se demostrase que la isquemia artificial expone á la vez á hemorragias post-operatorias, largas y abundantes, y á hemorragias secundarias, siempre graves y algunas veces mortales, lícito seria preguntar si el nuevo método es tan precioso como se habia creído al principio, y si no será conveniente restringir su uso á cierto número de casos perfectamente definidos, en vez de abrazar la generalidad de las operaciones cruentas que se practican en los miembros.

En vista de esto, es para nosotros evidente que el método de Esmarch debe permanecer en estudio; seria imprudente deducir de observaciones incompletas ó de resultados operatorios presentados en globo y sin explicacion, conclusiones que una experiencia mas extensa podria invalidar muy en breve.

El doctor Dutrait, que ha observado muchos casos de aplicacion del método Esmarch, en los hospitales de Lyon, considera la hemorragia *precoz* (es decir, en las veinte y cuatro ó treinta y seis horas que siguen á la operacion) como un hecho ordinario. De 28 grandes operaciones con compresion elástica, en 18 se presentaron hemorragias, y de estas, 12 necesitaron la intervencion del cirujano.

El autor atribuye este hecho á la falta de coágulo en los

vasos que han estado sometidos á una compresion enérgica y metódica. Las operaciones que suceden á una pérdida de sangre anterior (anemia brusca, defibrinacion) son las que parece que dan mas frecuentemente lugar á una hemorragia.

El doctor Molliere ha introducido la siguiente modificacion en el método de Esmarch. Despues de haber comprimido la extremidad de un miembro, detiene la venda al nivel del sitio en que se va á operar. Luego aplica otra venda algunos centímeiros mas arriba y termina como de ordinario. De este modo se conserva un espacio lleno de sangre que se puede hacer fluir en el momento de las ligaduras, á fin de descubrir más fácilmente los vasos en que se deben aplicar estas. M. Dutrait cree además que este medio favorece la obliteracion por un coágulo.

Es notable que estas hemorragias cuya posibilidad admitia teóricamente Esmarch, desde sus primeros ensayos, no se hayan presentado nunca en Alemania y sean relativamente frecuentes en Francia y aun en Inglaterra.

Teniendo en cuenta los inconvenientes atribuidos por el doctor Chauvel al tubo de caoutchouc demasiado corto en ciertos casos, que puede romperse cuando se le somete á una fuerte tension, que determina un dolor bastante intenso en la region en que se aplica, y lo que es mucho mas importante la existencia de parálisis musculares consecutivas al uso de este aparato, cree el doctor Nicaise, que debe abandonársele reemplazándole por una ligadura mas ancha y de menos dureza á fin de evitar una constriccion demasiado fuerte y que obre sobre un espacio muy reducido; piensa el autor además que era preciso encontrar un modo de sujetar este lazo, que permitiera ponerle y quitarle con facilidad. Al efecto ha hecho construir á M. Collin un pequeño aparato representado en la figura 7 y que consiste en una venda de tejido elástico que tiene diez anillos sobre una de sus caras y termina en una de sus extremidades por un gancho y un anillo de prehension. Tiene 5 centímetros de ancho por 1 metro de largo y es de tejido elástico semejante al que se emplea para la venda de Esmarch.

Los anillos destinados á recibir el gancho son tan numerosos, á fin de que se pueda siempre ejercer una cons-

traccion conveniente cualquiera que sea el volúmen del miembro y con objeto tambien de que sea fácil variar el grado de compresion. El primer anillo está colocado á 14 centímetros de la extremidad de la venda que tiene el corchete, y el último á 40; los anillos se encuentran todos á igual distancia unos de otros. El gancho puede ser un simple corchete como lo demuestra la figura que representa el aparato aplicado. Para poderla quitar y poner fácilmente, la venda tiene en su extremidad un anillo en el que se introduce el índice. M. Collin ha modificado ligeramente esta última parte del aparato. El gancho y el anillo de prehension están unidos entre sí y soldados á una pequeña barra transversal, á la que se fija la extremidad de la venda. De este modo la traccion se ejerce sobre todo el ancho de esta y se puede imprimir al gancho la direccion que se quiera.



Fig. 7.

Operaciones en el maxilar superior : modo de facilitarlas
(Archiv. f. Klin. Chirurgie.—Rev. des Scienc. med.).

Uno de los principales peligros de la reseccion del maxilar superior es la penetracion de sangre en las vías aéreas. Para evitarla, es preciso privar á los enfermos del precioso recurso de la anestesia, porque es necesario operarles sentados en posicion vertical, ó si están echados hay que permitirles expulsar de tiempo en tiempo la sangre que invade la faringe. Es bien sabido que á fin de precaver este accidente ha propuesto el doctor Treudelembourg el taponamiento de la tráquea, practicando previamente la traqueotomía; pero este medio es algunas veces insuficiente, y el doctor Rose dice que no se podria decidir á emplearle aun cuando su eficacia estuviese bien probada, porque la traqueotomia es, al menos en Suiza, en que un número considerable de enfermos están afectados de hi-

peretrofia del cuerpo tiróides, una operacion mas peligrosa que la reseccion del maxilar.

En vista de esto, propone el doctor Rose un expediente, que tiene por objeto practicar la operacion durante la anestesia y sin recurrir al taponamiento de la tráquea. El autor describe de la siguiente manera su modo de proceder. La operacion se ejecuta en una habitacion caliente; decubiertos el cuello y el pecho, se echa al enfermo horizontalmente en una mesa y se le cloroformiza. Cuando la anestesia es completa, se saca la cabeza un pié próximamente mas allá del borde bien almohadillado de la mesa y se la deja colgar naturalmente. En esta posicion la cabeza se encuentra en extension forzada, con el vértice dirigido hácia el suelo; un ayudante puesto de rodillas detrás de ella sobre una almohada, la sostiene sólidamente en la posicion que se la ha dado, sujetándola con las dos manos por los temporales. El operador se sienta á uno de los lados y se detiene siempre que se despierta el enfermo. Se introduce un espéculum bucal sobre una de las partes laterales de la boca y se saca la lengua fuera de esta cavidad á fin de que no venga á aplicarse al istmo de las fáuces. Desde las primeras incisiones la sangre corre á las fosas nasales, y de allí, saliendo por las narices, viene á caer al suelo. Por el contrario, una esponja introducida en la faringe, sale sin extraer sangre alguna, y cuando despues de la operacion se presentan vómitos clorofórmicos, tampoco se ve sangre en las materias expulsadas.

Este procedimiento presentaria, segun Rose, otras ventajas accesorias: la cavidad bucal seria mejor y mas fácilmente iluminada y no habia que temer el síncope producido por el agente anestésico. No hay que alarmarse de la congestion y tumefaccion de la cara del enfermo; desaparecen inmediatamente que se coloca á este de nuevo en posicion vertical.

El doctor Burow ha publicado dos observaciones de reseccion del maxilar superior, practicadas segun el procedimiento de Rose, que fué dado á conocer en el último Congreso de los cirujanos alemanes. Despues de recordar la manera que preconiza este cirujano y que nosotros acabamos de describir, advierte el doctor Burow que *a priori*

parece que debiera tener grandes inconvenientes dejar tan largo tiempo dormidos en esta posición á viejos, á individuos afectados de enfermedades cardíacas, de enfisemas, etc., y sin embargo, Rose no ha tenido nunca accidentes en casos semejantes. A veces ha dejado así á los pacientes dos ó tres horas, observando entonces todos los signos de una congestión venosa intensa, prominencia de los globos oculares y tumefacción de la cabeza apreciable á la mensuración, que demuestra un aumento de 2 á 3 centímetros en la circunferencia del cráneo.

Otro peligro, si no se sostiene convenientemente la cabeza del sujeto, sería favorecer la producción de una subluxación cervical.

Además de la resección del maxilar, Rose ha empleado ó propuesto su procedimiento para las uranoplastias, las rinoplastias, las laringotomías, la amigdalotomía y el labio leporino; estas dos últimas operaciones por lo común sin cloroformización.

Orquitis: tratamiento por la tintura de árnica y las corrientes continuas. (*The British méd. journ.—Rev. des Sc. méd.*).

Desde hace muchos años emplea el doctor Knaggs en el tratamiento de la orquitis un método que elogia extraordinariamente por los resultados con él obtenidos. Consiste: 1.º en la aplicación mas ó menos continuada (durante el tiempo que el enfermo está en reposo) de lociones de tintura de árnica diluida en agua (una parte de la primera por seis de la segunda) sobre el órgano afecto; 2.º en dos ó tres fricciones al día sobre el trayecto del cordón, con un linimento compuesto de una parte ó la mitad de tintura de árnica y un líquido aceitoso; 3.º en la administración al interior de siete gotas de tintura de árnica (si existe fiebre) con dos gotas y media de tintura de Fleming, de acónito ó de acetato de amoníaco.

La enfermedad tratada de este modo no dura más que quince días, y á las dosis indicadas el medicamento no produce irritaciones cutáneas. Sin embargo, debe tenerse presente que mientras ciertos enfermos son casi insensibles á la tintura de árnica aun pura, hay otros cuya piel presenta una impresionabilidad extraordinaria para esta

sustancia; es bueno, por consiguiente, estar prevenidos para atender á los accidentes, si se presentase alguna inflamacion erisipelatosa.

Corrientes continuas.—El tratamiento preconizado por el doctor Picot consiste en la aplicacion de las corrientes continuas por medio de la máquina de Remak. Es preciso servirse de corrientes bastante débiles, que no produzcan mas que una desviacion de ocho á diez grados en la aguja galvanométrica. Cada sesion no debe durar más de diez minutos. El polo positivo se coloca debajo del testículo enfermo; el negativo sobre el cordon espermático. Para evitar las escaras, conviene mojar préviamente el eléctrodo negativo en un agua acidulada. En los cinco últimos minutos se aplica el polo negativo sobre la cara anterior del tumor testicular. Las sesiones deben de ser diarias. El dolor es nulo, y desde la primera aplicacion se produce alivio; frecuentemente bastan cuatro sesiones para conseguir la curacion. Por lo comun se necesitan cinco. Tres veces solamente en cuarenta casos ha sido preciso hacer hasta siete sesiones. La tercera se señala de ordinario por el principio de la descamacion epidérmica que Picot considera como signo de una curacion próxima. Durante el tratamiento, que es por lo comun de quince dias, los enfermos pueden continuar andando, siempre que no hagan esfuerzos excesivos.

La orquitis traumática, así como la blenorragica, pueden curarse por este medio, ensayado por primera vez en 1870 por el doctor Cheron.

Otitis aguda sifilitica. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*).

Esta otitis tiene un sello especial, segun el doctor Ladreit de Lacharriere. Los dos conductos auditivos internos están enfermos, sus paredes tumefactas, la piel roja, agrietada; el tímpano, húmedo ó bañado de pus y vascularizado, el orificio del conducto auditivo externo, estrechado.

La secrecion, al principio límpida y clara, se hace rápidamente muco-purulenta, presentando un olor sumamente fétido.

El oído está disminuido, los conductos parecen llenos de líquidos, los enfermos se quejan de prurito. Esta afección, que puede confundirse sobre todo con el eczema del conducto auditivo, dura mas ó menos y se cura sin dejar vestigios, al decir del autor. No obstante, en un caso observado por el doctor Terrier se verificó la perforación de la membrana del tímpano, quedando una sordera persistente, debida á lesiones graves en la caja.

Otorrea purulenta : inyecciones alcalinas.
(*Rev. des Scienc. méd.*).

Para desembarazar el conducto auditivo del pus, el doctor Burckhardt-Merian, en lugar de inyectar agua, se sirve de soluciones alcalinas. En efecto, el pus loable contiene entre sus células una materia albuminoídea insoluble en el agua, pero disuelta por las sales alcalinas del suero. El agua precipita esta sustancia que forma una especie de cemento, representado por colgajos membranosos muy adheridos á las paredes del conducto auditivo. Sin embargo, no todas las sales alcalinas son igualmente útiles para este uso; se obtienen los mejores resultados con las soluciones medianamente diluidas de sulfato de sosa ó de magnesia. Desde que este procedimiento ha sido indicado por el profesor Miescher joven, el autor se sirve con ventaja de una solución saturada en frío de sulfato de sosa, á la que se adicionan nueve partes de agua templada.

El doctor Merian está convencido que estas inyecciones alcalinas encontrarán numerosas aplicaciones en cirugía, y especialmente en ciertas enfermedades conjuntivales, acompañadas de una supuración abundante.

Ozena: tratamiento por las inyecciones de cloral.
(*Journ. de théér.*).

El doctor Créquy ha empleado recientemente, en un caso de ozena, que habia resistido á los tratamientos mas variados y eficaces, la solución de cloral á $\frac{1}{100}$ administrada en irrigaciones en las fosas nasales. El éxito mas inesperado vino á coronar esta tentativa. Era la enferma

una muchacha de trece años y que sufría el padecimiento desde los diez. En vano había hecho uso del tanino, el coaltar, el sublimado, el agua de Enghien pulverizada; la afección no había cedido á pesar del uso perseverante de los remedios. Entonces prescribió el autor las inyecciones con la solución de hidrato de cloral, consiguiendo desembarazar á la paciente, primero del olor y luego de la afección misma.

Para hacer las inyecciones recomienda que se emplee un simple tubo de cautchouc del diámetro de un dedo y suficientemente largo. Se introduce una de las extremidades en un vaso que contiene el líquido que se va á inyectar, y en seguida la otra en la nariz del enfermo. Elevando el recipiente se obtiene un sifon que funciona regularmente, entrando el líquido por una fosa nasal y saliendo por la otra, sin penetrar en la garganta si el sujeto tiene cuidado de inclinar la cabeza hácia adelante y respirar suave y metódicamente. Todos los días se repite la operación con un litro ó más de la solución de cloral. Según el *Journ. de théér.*, la solución que el doctor Créquy emplea, es la siguiente:

Cloral..	2	gramos.
Agua destilada.	250	—

Se pone una cucharada de esta solución en un vaso de agua y con el líquido que resulta se hacen las inyecciones. El doctor Dujardin Beaumetz ha obtenido también muy buen éxito en un caso de ozena, con las inyecciones nasales de hidrato de cloral.

El doctor Constantino Paul no tiene motivos mas que para felicitarse del uso de las soluciones de hiposulfito de sosa á $\frac{1}{10}$ contra la ozena. Hace practicar las lociones de la mucosa nasal regularmente todos los días, ya con el irrigador ordinario, ya por medio del *pequeño aparato de Weber*, constituido, como se sabe, por un tubo de cautchouc, armado en una de sus extremidades de una pequeña pieza olivar de asta ó de cristal, que debe aplicarse á la nariz y abierto en la otra que se introduce en el vaso donde se encuentra la solución medicamentosa.

Papiloma dérmico de aspecto melánico y sarcomatoso : tratamiento por la inoculación de la vacuna. (Independ. méd.).

La inoculación de la vacuna para destruir los tumores erectiles ó angiomas simples, no es ciertamente una novedad quirúrgica, y en mas de un tomo de este ANUARIO nos hemos ocupado de algunos casos en que se aplicó este medio; pero no puede negarse que los prácticos echan pocas veces mano de este recurso. El sabio catedrático de clínica quirúrgica de Barcelona, doctor Giné y Partagás, cree que la vacunación podría tener mas dilatadas y frecuentes aplicaciones que las que generalmente se la han atribuido, y con esta idea aprovechó la ocasion que para el ensayo le ofrecia un papiloma dérmico de la cara que, benigno en un principio, habia llegado últimamente á presentar síntomas tan alarmantes, que, en concepto del doctor Giné, constituia ya una seria amenaza para la vida del paciente. Era el enfermo un hombre de cuarenta y cinco años, que despues de haber seguido los consejos de diferentes boticarios y curanderos, se presentó á consultar al doctor Giné, quien describe en los siguientes términos su aspecto.

En una superficie que media 35 milímetros de longitud por 28 de latitud, correspondiente á la parte interna de la region periorbitaria y tercio superior de la nasal del lado derecho, veíanse muchas elevaciones tuberosas, de aspecto papilar y no ramificadas, las menores de las cuales tenian el volúmen de un guisante, al paso que algunas eran grandes como una avellana. Estos tubérculos estaban conglomerados, sin uniformidad ni simetría, en una masa ó tumor sesil de apariencia verrugosa. A través de una costra bastante gruesa, formada por un humor concreto y amasado con células epiteliales, veíase el color rosa pálido de la neoplasia, y en ciertos puntos mas próximos á la periferia un tinte azulenco característico del éstasis venoso, con núcleos de verdadero pigmento melánico. El enfermo hacia algun tiempo se sentia molesto por dolores bastante vivos en el tumor, el cual, en repetidas ocasiones habia sido asiento de hemorragias que, aun cuando poco copiosas, tenian muy alarmado al paciente, que no sin fundamento recelaba que aquellas

que fueron inofensivas verrugas al parecer hacia muchos años, se encaminaban á un mal verdaderamente grave.

Levantada con gran cautela parte de la costra, pudo el doctor Giné formar cabal concepto de la naturaleza del tumor. Era evidentemente un papiloma dérmico que presentaba indicios de la degeneración melánica, y que probablemente tendia á la forma sarcomatosa, hecho que, como se sabe, es muy frecuente en esta clase de verrugas, cuya benignidad seduce durante largos años, y que, sin embargo, al llegar á la madurez ó la vejez, se modifican en el sentido que queda dicho.

Considerando que el enfermo, que no habia sido vacunado desde su mas tierna infancia ni tenido la viruela, seria terreno fértil para la vacuna, se decidió el autor á emplear este medio. Al efecto tomó seis tubos de vacuna animal, recién extraida en el *Instituto Barcelonés de vacunacion*, descortezó completamente el tumor, separando la costra puo-epidérmica de que se hallaba revestido, y con la lanceta bien cargada de virus practicó doce incisiones superficiales en los puntos mas culminantes de las producciones papilares. Despues de esto cubrió, con una ligera capa de la linfa restante, toda la superficie, que habia quedado exulcerada á consecuencia de la ablacion de la costra. Terminada la operacion, el enfermo marchó á su casa llevando descubierto el tumor.

Al quinto dia, en diferentes sitios de él se iniciaban pústulas vacunas y apareció una tumefaccion flemonosa en la parte afecta. Al sétimo dia el enfermo dijo que en la noche anterior habia tenido bastante calentura; la tumefaccion se extendia á toda la region malar, pero no habia edema en los párpados. Algunos granos ofrecian la umbilicacion característica, y de toda la superficie de las papilas fluia una exudacion sero-purulenta.

Al noveno dia habia una supuracion espesa, congrescible y bastante abundante. Levantando la costra que formaba el pus, vió el doctor Giné con satisfaccion que solo quedaban cuatro vestigios muy pequeños de tubérculos papilares, los cuales correspondian precisamente á las vegetaciones mas grandes.

Al duodécimo dia nueva costra, debajo de la cual se veia una superficie lisa y muy poco húmeda. Solo habia

tres tuberculitos papilares del tamaño de una cabeza de alfiler. El autor estuvo tentado á inocular en ellos una disolucion de tártaro estibiado para determinar una pustulacion análoga á la que se habia producido á beneficio de la vacuna; pero viendo era tan insignificante lo que restaba del tumor, se decidió á tocar las pequeñas eminencias con una disolucion de nitrato ácido de mercurio.

Tres dias despues (décimoquinto de la operacion) no quedaba el menor resto de la neoplasia, con la particularidad de que las pústulas no habian dejado ni manchas ni cicatrices. A los dos meses y medio de la operacion, era sumamente difícil decir el punto de la cara en que habia radicado el tumor.

En vista de resultado tan plausible, el doctor Giné se propone continuar los ensayos de aplicacion de la inoculacion de vacuna al tratamiento de ciertos tumores, y desea que otros prácticos, inspirados en el caso clínico que acabamos de exponer, se entreguen á nuevas observaciones, seguros de que la inoculacion de la vacuna en los tumores benignos, además de no ofrecer ningun inconveniente formal, reporta al enfermo, cuando menos, el indirecto é inestimable beneficio de recibir la profilaxis variólica. Cree, empero, que cuando en el individuo no hubiere receptividad morbosa para la vacuna, se obtendrian iguales beneficios de la inoculacion endérmica de una disolucion concentrada de tártaro emético.

La importancia de esta observacion y las ventajas que con el método empleado por el doctor Giné pueden obtenerse, son harto evidentes para que nos permitamos hacer consideracion alguna acerca de ellas.

Periostitis flemonosa difusa: tratamiento. (Journ. de théor.).

En una nota presentada por el doctor Giraldès á la Academia de Medicina, demuestra este autor que en la periostitis flemonosa difusa, el periostio inflamado, origen de la supuracion, se desprende de la diáfisis ósea, llevando consigo la capa ósteo-plástica, que preside al crecimiento y reproduccion de los huesos y deja en el fondo del foco la diáfisis desnuda algunas veces en toda su extension; el hueso se necrosa entonces, la médula

se inflama y supura. Estas diversas alteraciones son consecuencia de un solo proceso. En vano se abren los abscesos si no se extrae desde luego el hueso enfermo. Sin esta precaucion, se forma mas tarde una necrosis invaginada que necesita el uso del escoplo ó del trépano.

En 1865, el doctor Holmes, en un caso de periostitis difusa de la pierna, extrajo así prematuramente la tibia necrosada. Esta manera de proceder, en relacion con lo que sabemos por los trabajos de Flourens y de Ollier, ha sido adoptada con éxito por Giralès. Se consigue de este modo una curacion rápida, y se evita una larga supuracion. El autor cree que esta práctica de la ablacion prematura debe sustituir en adelante á la que consiste en esperar que el hueso necrosado se movilice en la caja ósea que le encierra. Opina, sin embargo, que no debe aplicarse este procedimiento á las periostitis flemonosas del fémur.

Despues de haber extraido los secuestros, es necesario mantener en sus posiciones normales las diferentes partes que se adhieren al segmento del miembro enfermo. Los apósitos enyesados, moldeados sobre el miembro, llenan perfectamente esta indicacion.

Periostitis del temporal como complicacion de la otitis purulenta. (Archiv. gén. de méd.).

Cuando en el curso de una otitis purulenta aguda ó crónica se presentan dolores, hinchazon y rubicundez en las regiones peri-auriculares, y sobre todo en la region mastoídea, inmediatamente se piensa en la supuracion de las células de este nombre con todas sus consecuencias. Sin embargo, segun los datos reunidos por el doctor Duplay, en una memoria publicada en los *Archives génn. de méd.*, estos síntomas alarmantes pueden ceder bajo la influencia de un tratamiento conveniente. En otros casos no tarda en formarse una coleccion purulenta, y luego que se ha evacuado el pus, ya espontánea, ya artificialmente, los accidentes cesan muy pronto, y la enfermedad termina felizmente despues de un tiempo variable.

A pesar de su frecuencia, esta complicacion de la oti-

tis purulenta es, á juicio del autor, mal conocida, ó por lo menos se la confunde muy á menudo con la inflamacion supurativa de las células mastoideas, de la que difiere, sin embargo, de un modo notable por su asiento, por sus caracteres clínicos, por su pronóstico relativamente benigno y por el tratamiento que exige.

ETIOLOGÍA.—La periostitis del temporal sucede constantemente á una otitis purulenta aguda ó crónica; pero no todas las variedades de esta son igualmente susceptibles de convertirse en punto de partida de semejante complicacion. Segun las observaciones del autor, sobrevendria casi exclusivamente en el curso de la otitis media (catarro purulento de la caja).

La condicion esencial para que se desarrolle esta complicacion es que exista una otitis perióstica, es decir, una inflamacion del periostio de la caja ó del conducto auditivo.

SÍNTOMAS.—La periostitis del temporal aparece á veces al mismo tiempo que se manifiestan los primeros síntomas de una otitis aguda; por lo comun, sobreviene á consecuencia de una otitis purulenta crónica que ha pasado al estado agudo. Independientemente del dolor que ocupa el fondo del oido, se quejan los enfermos de punzadas dolorosas detrás del pabellon con irradiaciones á todo el lado correspondiente de la cabeza. La intensidad de estos dolores impide el sueño y determina un estado de agitacion que en los sujetos nerviosos puede llegar hasta el delirio.

Las regiones peri-auriculares no tardan en hacerse asiento de una hinchazon que presenta caracteres especiales, sobre los que importa insistir. Es un edema duro, flemonoso, mal limitado, que ocupa por lo comun en su principio la region mastoidea, pero que invade muy pronto las partes inmediatas de la porcion escamosa del temporal. En algunos casos, la region mastoidea permanece normal, y la tumefaccion se presenta primero en la parte superior del pabellon, al nivel de la porcion escamosa. A poco extensa que sea la hinchazon, el surco que separa la concha de la oreja de las partes laterales del cráneo desaparece por completo; el pabellon es empujado hácia afuera y adelante, y está como desprendido

de las paredes craneanas. Esta disposicion es completamente característica.

La piel, al principio violácea, no tarda en tomar un color rojo intenso.

La presion, aunque sea muy ligera, determina un dolor agudo en los sitios asiento de esta rubicundez.

Cuando la periostitis del temporal se manifiesta en el curso de una otorrea crónica, el flujo disminuye ó desaparece por completo.

Al mismo tiempo que estos síntomas locales, existen desde el principio de la enfermedad fenómenos generales á veces muy graves; fiebre intensa, insomnio, agitacion extrema, anorexia.

La inflamacion puede permanecer localizada en la region mastoidea, ó extenderse á la porcion escamosa del temporal, y aun en ocasiones propagarse á los huesos inmediatos del cráneo.

La terminacion mas comun es la supuracion. Sin embargo, puede en algunos casos resolverse la enfermedad. No debe contarse con esta feliz terminacion cuando la periostitis se manifiesta desde el principio en forma muy aguda.

La formacion del pus se anuncia por sus síntomas habituales. Unas veces se ulcera la piel muy pronto y se vacía el absceso por una ó varias aberturas; otras, despues de haber llegado al período de supuracion, la enfermedad parece que queda estacionaria, y pasa al estado crónico. El autor ha visto sujetos que tenian así detrás de la oreja una bolsa purulenta, cubierta de una piel bastante gruesa aun y sin tendencia marcada á la ulceracion. En estos casos, se observa frecuentemente que el absceso se abre en el interior del oido, porque una presion ejercida sobre las regiones enfermas determina un flujo abundante de pus por el conducto auditivo externo.

Cuando la coleccion purulenta se ha abierto espontáneamente al exterior ó se la ha dado salida por una incision, el reconocimiento con el estilete demuestra que el periostio está desprendido y el hueso denudado. Por este modo de exploracion, es fácil asegurarse que el desprendimiento del periostio llega hasta los límites del conducto auditivo óseo, y aun se prolonga en el interior de este.

A falta del exámen con el estilete, se podrá recurrir á las inyecciones, que demostrarán mejor aun la comunicacion de la bolsa purulenta retro-auricular con el interior del oido. El líquido de la inyeccion, penetrando por la abertura exterior, saldrá en gran parte por el conducto auditivo externo.

Cuando se ha dado pronta salida al pus, la curacion se verifica por lo comun rápidamente, en el espacio de veinte á treinta dias.

En otras circunstancias, ora porque la inflamacion fuese desde el principio sumamente intensa y haya invadido á la vez el periostio y el hueso subyacente, ora porque se descuidase la enfermedad ó no se empleara el tratamiento conveniente, se ven persistir fístulas interminables con hinchazon, pastosidad y aun dolores; el estilete da á conocer porciones óseas denudadas. En una palabra, existe una ósteo-periostitis con cáries ó necroses mas ó menos extensas, cuya duracion indeterminada todo el mundo conoce.

Sucede á veces cuando la inflamacion invade toda la superficie de la apófisis mastóides que el pus se insinúa en la vaina del músculo externo mastoideo.

En las mismas condiciones, si la periostitis tiene tendencia á propagarse hácia la parte inferior de la apófisis mastóides y sobre todo cuando se complica con osteitis, las lesiones pueden invadir, no solo la cara inferior del temporal, sino tambien los huesos inmediatos y el occipital. En ocasiones se propaga la enfermedad hácia los huesos de la cara.

Diagnóstico.—Cuando la periostitis empieza por la porcion escamosa, no ofrece ninguna dificultad su diagnóstico. No sucede lo mismo si se localiza primitivamente al nivel de la apófisis mastóides. Entonces podria creerse que se trataba de una inflamacion supurativa de las células mastoideas. El doctor Duplay tiene la conviccion de que, en estos últimos tiempos sobre todo, se ha cometido frecuentemente este error de diagnóstico que ha determinado á algunos cirujanos á practicar la trepanacion de dicha apófisis en muchos casos en que no estaba de ninguna manera indicada. El diagnóstico no solo ofrece serias dificultades, sino que en ocasiones será imposible de

establecer, especialmente cuando no se ha asistido al principio de los accidentes.

La forma de la hinchazon de que ya nos hemos ocupado, la importantísima circunstancia de continuarse directamente, por decirlo así, con la del conducto auditivo, la desaparicion del surco que separa la concha de la oreja del temporal, son los caracteres de mayor interés para establecer el diagnóstico. En la inflamacion de las células mastoideas, el surco retro-auricular está frecuentemente mas marcado que en estado normal, y el pabellon del oido no presenta el aspecto exterior que hemos indicado como característico de la periostitis del temporal.

Si se examina á los enfermos al principio, se advierten otras diferencias apreciables. En la periostitis, la hinchazon ofrece mas bien los caracteres del infarto flemonoso que no los del edema propiamente dicho, que pertenece á la inflamacion de las células mastoideas; la presion, al mismo tiempo que permite apreciar estas condiciones, demuestra que la sensibilidad es mas viva en la periostitis que en la inflamacion de las células mastoideas. La misma diferencia cree el autor haber advertido en los dolores espontáneos que son mas agudos y con irradiaciones mas extensas en la primera que en la segunda de estas enfermedades.

En fin, el exámen del oido enfermo, que ha sido el punto de partida de la complicacion, podrá servir en ciertos casos para determinar la naturaleza y asiento de esta. Siendo toda periostitis del temporal la propagacion de una otitis perióstica, se deberá observar siempre la existencia simultánea de esta, revelada por los síntomas siguientes: hinchazon considerable, pastosidad edematosa de las paredes del conducto auditivo óseo, hasta el punto de hallarse completamente obstruido, supuracion abundante y fétida; signos de la perforacion del tímpano. En la inflamacion de las células mastoideas no es necesario que exista una otitis perióstica. A veces, no obstante, la pared posterior del conducto que corresponde precisamente á las células, cuando estas están muy inflamadas, presenta hinchazon y rubicundez que podrian hacer creer en una otitis perióstica. Se evitará el error recordando que esta no se encuentra nunca tan localizada, comprende

siempre la totalidad del conducto con una hinchazon casi uniforme. No obstante, preciso es confesar que en algunos casos no es posible tener seguridad completa respecto á la naturaleza y verdadero asiento de los accidentes. Lo cual consiste en que en cierto período de la inflamacion de las células mastoideas, hay al mismo tiempo una ósteo-periostitis de la lámina ósea que cierra por fuera sus cavidades. Por lo demás, esta incertidumbre del diagnóstico no puede durar mucho, porque el tratamiento que se debe emplear en estos casos juzga rápidamente la cuestion.

PRONÓSTICO.—Comparada á la inflamacion de las células mastoideas, la periostitis del temporal es relativamente poco grave. Cuando se aplica á buen tiempo un tratamiento conveniente, los síntomas calman como por encanto y no tarda en verificarse la curacion. Si por el contrario la enfermedad es abandonada á sí misma, puede propagarse la flegmasia á las partes inmediatas y aun acompañarse de una osteitis que terminará por necrose. A pesar de todo, esta complicacion de la otitis purulenta reviste á veces desde un principio un carácter de gravedad especial, cuando la inflamacion ataca desde luego el periostio y el hueso subyacente.

TRATAMIENTO.—Si la periostitis del temporal no empieza con una forma muy aguda, se la pueden oponer desde el principio los antiflogísticos ordinarios: sanguijuelas, cataplasmas, fricciones resolutivas, vejigatorios, al mismo tiempo que se prescriben inyecciones emolientes en el oido enfermo. Pero si este tratamiento es insuficiente, ó si los fenómenos son desde el primer momento sumamente agudos, no debe vacilarse en recurrir desde luego á un medio enérgico, pero tan seguro como rápido en su resultado. Wilde, de Dublin, que habia establecido la distincion entre la periostitis del temporal y la supuracion de las células mastoideas, aconsejaba en todos los casos en que se presenta una hinchazon inflamatoria en las regiones retro-auriculares, practicar en este sitio una ancha y profunda incision que penetre hasta el hueso. Si á las veinte y cuatro horas no se habian calmado los accidentes, creia que se estaba en el caso de trepanar la apófisis mastóides; práctica que

ha sido seguida por la mayor parte de los cirujanos auristas que están acordes en reconocer los felices resultados que se obtienen en cierto número de casos en que los accidentes se encuentran, por decirlo así, yugulados.

Pero precisamente en la periostitis simple del temporal es solo cuando la incision profunda de Wilde produce estas curaciones rápidas, y la única particularidad que el doctor Duplay desea hacer resaltar, insiendiendo mas de lo que se ha hecho hasta ahora en los caractéres clínicos de la periostitis que nos ocupa, es que en lo sucesivo y salvo algunos casos excepcionales, en que el diagnóstico es forzosamente incierto, la incision de Wilde no deberá constituir una operacion empírica mas ó menos insegura en sus resultados. Cuando se reconozca y diagnostique la periostitis se sabrá que hay un medio relativamente sencillo y siempre seguro de contener los progresos de la enfermedad y poner término á los accidentes. Es indudable que con la observacion de este precepto se habria evitado la trepanacion de la apófisis mastóides en muchos enfermos.

La incision de que hablamos no se hace con objeto de dar salida á una coleccion purulenta; constituye un simple desbridamiento del periostio, al mismo tiempo que obra como medio antiflogístico por la hemorragia que determina. En algunos casos es esta bastante abundante para que haya necesidad de moderarla, sobre todo cuando se interese en la incision la arteria auricular posterior.

En la mayor parte de los casos esta operacion es seguida de un alivio inmediato. La tumefaccion de las regiones periauriculares disminuye rápidamente, la herida no tarda en supurar y cubrirse de mamelones carnosos; la cicatrizacion comienza luego y termina en el espacio de veinte á treinta dias. A veces persiste un pequeño trayecto fistuloso correspondiente á un punto óseo denudado que acaba por cubrirse despues de un tiempo variable, sin que se advierta eliminacion de hueso.

La incision prematura cuyos brillantes resultados pueden anunciarse cuando se aplica con conocimiento de causa, se debe emplear igualmente en los casos raros en que es dudoso el diagnóstico entre la periostitis y la supuracion de las células mastoideas. El precepto formulado por Wil-

de conserva entonces todo su valor; si, en efecto, en las veinte y cuatro horas no se han calmado los accidentes locales y generales, se puede estar seguro que existe una inflamacion de las células mastoideas y debe pensarse en la trepanacion.

El tratamiento ulterior no ofrece ninguna particularidad que merezca ser notada. En algunos casos la denudacion del temporal deja trayectos fistulosos cuya curacion exige el uso de los medios terapéuticos aplicables á las fistulas osifuentes, y sobre los que no debemos insistir aquí.

Pitiriasis capitis: su naturaleza parasitaria y su tratamiento.
(*Bull. de thér.— Journ. de méd. et chir. prat.*)

La pitiriasis de la cabeza empieza, segun el doctor Chinchole, por una sequedad particular del cuero cabelludo, que pierde primero su untuosidad y flexibilidad normales, apareciendo luego escamas muy delgadas y muy secas que se desprenden facilísimamente. Si á esta descripcion debida al profesor Hardy, se añade que la enfermedad, insignificante al principio, se generaliza muy pronto á toda la cabeza y determina, pasado algun tiempo, una calvicie que va siempre en aumento, se tendrá todo lo que se conocia acerca de este padecimiento hace algunos años.

El doctor Malassez, preparador de histología del Colegio de Francia, ha introducido una nocion nueva y rica en consecuencias terapéuticas, demostrando que esta afeccion es el resultado del desarrollo de un hongo particular en las laminillas epidérmicas.

Conocida la naturaleza parasitaria, claro está que el mejor remedio habia de ser un parasiticida, y el doctor Malassez aconseja la pomada siguiente:

Manteca.	} aa. 20 gramos.
Aceite de ricino.	
Aceite de almendras dulces.	
Turbit mineral.	1 gramo.

Se unta con esta pomada mañana y noche el cuero cabelludo. Tres veces por semana se lava la cabeza con jabon y se corta el pelo á punta de tijera ó se afeita.

Debe notarse que al principio aumenta la caída del cabello, sin duda porque las fricciones y las lociones desprenden prematuramente el ya enfermo y que estaba destinado á perderse. Esto es pasajero, y poco despues cesa la caída y el pelo vuelve á nacer de nuevo.

La pitiriasis de la cabeza es una de las afecciones mas comunes y mas rebeldes, por cuyo motivo ha excitado en todos tiempos la sagacidad de los prácticos y ha hecho la fortuna de muchos charlatanes. Todo tratamiento empleado y recomendado en este caso por un clínico de mérito reconocido, debe tenerse muy en cuenta, y en tal concepto parécenos útil dar á conocer el que desde hace algunos años usa el doctor Lailler, médico del hospital de San Luis. El individuo, si es hombre, debe hacerse cortar préviamente el pelo, todo lo mas corto posible, y si es mujer se contenta con separar el cabello y aplicar el tópicico sobre las partes enfermas por medio de una brocha suave ó de una esponja. La solucion de que hace uso el autor se prepara del modo siguiente: se cuece un pedazo de corteza de leño del Panamá como del tamaño de una mano, en un litro de agua, hasta que merme una cuarta parte; se cuele, se deja enfriar y se añaden 100 gramos de alcohol. Esta solucion sirve para hacer fricciones sobre el cuero cabelludo dos veces por semana. Si se cae mucho pelo, es absolutamente necesario cortarlo aunque sea en las mujeres. En este caso, Lailler completa el tratamiento prescribiendo una friccion mañana y noche con una cantidad de bálsamo opodeldoc, del tamaño de una avellana. Esta preparacion, por sus propiedades aromáticas, excita y anima el cuero cabelludo, el jabon y el amoniaco que contiene emulsionan ó disuelven el barniz sebáceo de la cabeza. El bálsamo opodeldoc no debe usarse mas que cuando los cabellos están muy cortos. Presenta, en efecto, como todos los cuerpos jabonosos el inconveniente de pegarles, de aglutinarles, lo que especialmente en las mujeres no deja de ser atendible.

Podredumbre de hospital: su naturaleza y su tratamiento por medio de la tintura de yodo. (Siglo médico).

El estudio del conjunto de caractéres que constituyen a gangrena hospitalaria, la descomposicion rápida de los

tejidos, la repentina aparicion del mal en una superficie desprovista de tegumentos, y los fenómenos físico-químicos que en ella se producen, demuestran, á juicio del doctor Roure, una notable analogía entre este acto morboso y la fermentacion pútrida ocasionada por un agente exterior. Averiguada la existencia de este, nada faltaria, añáde, para que la fermentacion tenga lugar: sustancias albuminosas abundantes, como materia fermentescible, condiciones higrométricas y termométricas favorables, organismo microscópico animal ó vegetal que la determine, condiciones higiénicas apropiadas á la accion de esta. Nada se echa tampoco de menos en los resultados de ellas; desdoblamiento y combustion de los elementos que constituyen los tejidos animales; cambios consiguientes en su forma realizados con gran rapidez; invasion progresiva; transmision á otros individuos mediante el contacto de los materiales morbosos; generalizacion de la dolencia en una localidad, sean cuales fueren las circunstancias individuales de los enfermos.

Estas presunciones doctrinales han sido confirmadas, á juicio del doctor Roure, en el exámen microscópico que ha hecho del putrúlagó ó detritus de las heridas afectadas de gangrena hospitalaria. Mezclado con agua, tratado luego por el ácido acético que destruye algunos elementos y hace transparentes otros, aparecen unos lineamientos en diversos sentidos acompañados de unos corpúsculos esféricos ó elípticos adheridos á aquellos, solitarios ó acumulados, distinguiéndose tambien la cavidad de los filamentos. Si además del reactivo indicado, se hace obrar el éter sulfúrico sobre el detritus, entonces, disuelta completamente la sustancia adiposa, quedan casi solos los citados filamentos, que, cruzándose en diferentes sentidos, aparecen bien distintamente formados por una série de tubos cuya longitud media con un aumento de 250 diámetros puede calcularse en 44 centésimos de milímetros, y su diámetro máximo en 4 milésimas de la misma unidad. Las extremidades de algunos de ellos tienen una expansion que parece contener los pequeños cuerpos globulares de que se ha hecho mérito, algunos de los cuales están contiguos á aquella; en varios filamentos aislados ha visto el autor análoga dilatacion en su parte media, y con-

tenidos en ella algunos de estos corpúsculos que existían además constantemente en los diversos espacios que dejaban entre sí los filamentos, distinguiéndose muy bien de los glóbulos de pus, por su figura, por la falta de núcleo, por su aislamiento, y no teniendo semejanza alguna en cuanto á su forma y disposición con ningún elemento normal del organismo.

Ateniéndose el doctor Roure á los caracteres que estos filamentos presentan, cree que se les puede desde luego incluir entre los organismos microscópicos de naturaleza vegetal, y clasificarlos como un hongo parásito. Semejante por sus filamentos y *mycelium* al *penicillum glaucum*, ofrece en sus esporos alguna analogía con el *cryptococcus cerevisiae*, y la situación de estos, unas veces en receptáculo cerrado, y en los extremos ó la inmediación de los filamentos otras, hace que el autor dude cuál sea su verdadero lugar en las distintas y, por lo mismo, confusas clasificaciones micológicas, dejando la resolución de este punto á autores más competentes y versados en esta clase de estudios.

Los experimentos de Pasteur y la analogía de los fenómenos de la gangrena hospitalaria, con los que se observan en las fermentaciones, inclinan al doctor Roure á pensar que el organismo vegetal descubierto por él, es en realidad la causa generadora de la podredumbre, si bien confiesa que no tiene aun pruebas experimentales concluyentes.

TRATAMIENTO.—Los ácidos concentrados, sulfúrico, nítrico, clorhídrico y acético, así como los cáusticos potenciales y el cauterio actual han producido poco resultado en manos del autor. Lo mismo que de los ácidos, puede decirse de los álcalis concentrados, y en general de las diversas combinaciones de unos y otros con cuerpos que obran destruyendo la trama de los tejidos.

Poco satisfecho de los resultados obtenidos en su práctica con los medios citados y otros de distinto género, se le ocurrió apelar al yodo, cuya enérgica acción para modificar las soluciones de continuidad con tendencia á la putridéz había ya experimentado en muchas ocasiones, y cuya propiedad oxidante tanto se utiliza há tiempo en cirugía. El doctor Roure confiesa que, después de hechos

sus ensayos, ha visto en una publicacion periódica que M. Loyer, de Montpellier, usó hace años con ventaja la tintura de yodo en el tratamiento de la gangrena hospitalaria; y en una obra recientemente dada á luz se encuentra también muy recomendada semejante práctica por Gurdun, que da á conocer resultados enteramente idénticos á los obtenidos por nuestro distinguido compatriota. Estos no pueden ser mas completos y rápidos: siempre que desde la aparicion de la podredumbre se emplea para combatirla la tintura de yodo, la marcha invasora del mal no tarda en detenerse; y una vez desprendida la capa pulposa que cubre la úlcera, raro es el caso en que se reproduce. Los bordes de la solucion de continuidad cesan por lo comun de mortificarse desde que se ha conseguido limpiar el fondo de ella, empiezan á adherirse y la cicatrizacion marcha con gran rapidez. El procedimiento empleado por el autor consiste en lavar con agua fenicada, al chorro fuerte de una pera de inyeccion de cautchouc, la superficie de la solucion de continuidad, procurando separar toda la porcion posible de putrilago y destruir sus adherencias á los bordes; pasar despues debajo de estos, y por todos los puntos puestos al descubierto, un grueso pincel empapado en la tintura alcohólica de yodo de 5 á 10 por 100 y cubrir la úlcera con planchuelas de unguento digestivo animado, sobre las que se aplican compresas, una capa de algodón cardado y el correspondiente vendaje contentivo, repitiendo dos veces al dia la cura. Empleado este método oportunamente, los resultados son inmediatos. Si se recurre á él cuando ya ha trascurrido algun tiempo desde la manifestacion de la podredumbre, la curacion no se obtiene con tanta prontitud; pero siempre le ha parecido al autor segura, á no tratarse ya de destruccion de órganos importantes. En vista de lo expuesto, considera á la tintura de yodo como un medicamento eficazísimo, de accion enérgica, mas constante en sus resultados que todos los que hasta aquí se han empleado contra la gangrena hospitalaria, preferible con mucho á los cáusticos y al cauterio actual, así como tambien al ácido fénico, que no ejerce la accion electiva directa y rápida de la tintura de yodo, mereciendo mas bien, á juicio del autor, que se le incluya en la categoría de precioso preservativo

del mal, que en la de agente curativo de virtud segura y constante.

A la observacion paciente y repetida, tanto micrográfica como clínica, toca ahora confirmar las ideas del doctor Roure, ya respecto á la naturaleza parasitaria de la gangrena de hospital, ya tambien á la eficacia curativa de la tintura de yodo.

Puncion capilar de la vejiga con aspiracion: indicaciones.
(*Lyon méd.*).

Fundándose tanto en hechos personales, como en los que se refieren en la tésis de M. Watelet, en el *Tratado de aspiracion* de Dieulafoy, y en los que han citado Deneffe y Van Wetter y Lücke, ha tratado el doctor Fochier de establecer las indicaciones y la inocuidad de la puncion capilar de la vejiga, en un interesante trabajo publicado en el *Lyon médicale*, y del que solo podemos extractar las principales conclusiones.

1.^a Que la retencion sea completa ó parcial, la inocuidad de la puncion capilar debe hacer que se renuncie al cateterismo, siempre que sea imposible, difícil, peligroso ó muy doloroso; siempre que se considere conveniente que la orina no atraviese por la uretra y *cuando la vejiga pase del nivel del pubis*, será preciso recurrir á la puncion aunque la orina salga por el conducto.

La condicion subrayada parece que impone un límite á la intervencion de la puncion capilar. No es, en efecto, muy raro encontrar retenciones, aunque sean completas, sin que la vejiga, de paredes hipertrofiadas y rígidas, se deje dilatar hasta salir por encima de los pubis. En otros casos sucede que despues de una ó muchas evacuaciones, el órgano se retrae bastante para que no sea perceptible por encima del borde pubiano; entonces se reproducen las angustias de la retencion completa y los inconvenientes de la retencion parcial. De todos modos, la puncion hipogástrica capilar tendrá en estos casos muchos menos inconvenientes que la puncion ordinaria, porque en primer lugar, con la aguja tubulada no hay que respetar la region inmediata al borde superior del pubis, y en segundo, no hay que temer la herida del pe-

ritoneo ó de otros órganos, introduciendo la aguja oblicuamente en la pequeña pélvis.

Cuando la vejiga no sea accesible por la region hipogástrica, cree el autor que tampoco lo es por la puncion rectal. Quedan otras dos vias, el periné y el espacio subpubiano. El periné ha sido la primera region que se ha tratado de atravesar para llegar á la vejiga. M. Voillemier es el único cirujano que haya introducido intencionalmente un trócar en el espacio subpubiano para penetrar en una vejiga retraida. Son estas dos regiones peligrosas: la una, abandonada desde hace largo tiempo; la otra, apenas ensayada, pero que asusta cuando se trata del trócar ordinario. Sin embargo, hay aquí dos vias abiertas á la aguja tubulada, que podrá atravesarlas impunemente, cuando no aparezca la vejiga por encima del pubis y sea urgente ó simplemente útil vaciarla por completo. Es esta una aplicacion tan nueva, que no se la puede juzgar por los resultados de la puncion antigua que se hacia en condiciones muy distintas. Es preciso, pues, esperar las experiencias y los hechos, algunos de los cuales ya afirman las nuevas indicaciones de la evacuacion de la vejiga por medio de los instrumentos aspiradores.

El doctor Gailleton ha publicado posteriormente la observacion de un caso de retencion de orina con cistitis consecutiva á una uretritis blenorragica mal tratada, en que habiendo sido inútiles las sanguijuelas y los baños é imposible el cateterismo, practicó la puncion de la vejiga á dos centímetros por encima del pubis, en la línea media, con la aguja núm. 2 de Dieulafoy, y extrajo el líquido con auxilio de este instrumento. El alivio fué inmediato, los dolores desaparecieron instantáneamente y la calma mas perfecta sucedió á la agitacion y al tenesmo. Las dos primeras horas que siguieron á la puncion fueron completamente tranquilas, pero luego se reprodujo el tenesmo. Se practicó una nueva puncion á 1 centímetro de la primera, y se extrajo el líquido con el instrumento de Potain, mas fácil de manejar que la bomba de Dieulafoy. La operacion produjo los mismos resultados que la anterior. En los dos dias siguientes se hicieron otras dos punciones, continuando con los baños, las cataplasmas y la aplicacion del hielo. Al quinto dia el enfermo ori-

naba con facilidad, restableciéndose de un modo regular el curso de la orina. Termina el autor diciendo que si fuese permitido deducir consideraciones generales de un hecho aislado, él no vacilaría en establecer las proposiciones siguientes:

1.^a La puncion capilar de la vejiga es una operacion inofensiva; bajo el punto de vista de la gravedad, no se la puede comparar á la puncion con el trócar ordinario;

2.^a En las inflamaciones agudas de la uretra, y particularmente en la cistitis, cuando el cateterismo es imposible, ó no puede verificarse la introduccion de la sonda sino despues de largos tanteos, ó haciendo sufrir al enfermo violentos dolores, es menos peligroso puncionar la vejiga que maniobrar en un conducto así inflamado;

3.^a La puncion de la vejiga, suspendiendo durante cierto tiempo el curso de la orina por el conducto de la uretra, facilita singularmente la resolucion de la flegmasía, y puede considerársela como un medio curativo de verdadera importancia.

Punciones capilares del intestino. (*Bull. medical du Nord*).

Con motivo de un caso de peritonitis con una timpanizacion enorme en que las punciones capilares aspiradoras no habian producido efectos inmediatos, ha practicado Cuignier una série de experimentos acerca de estas punciones hechas en las asas intestinales distendidas, llegando á los siguientes resultados:

1.^o La puncion debe ejecutarse imprimiendo un movimiento de rotacion á la aguja y sosteniéndola entre los dedos en la superficie del cuerpo.

2.^o Se aprecia muy bien el momento en que la aguja llega á la cavidad gaseosa y aquel en que toca en la pared opuesta, lo que puede dar la idea exacta de la dimension de esta cavidad.

3.^o El gas no se escapa espontáneamente por muy distendida que esté la cavidad que le contiene, y es necesario hacer la aspiracion para extraerle.

4.^o Solo se vacía el asa picada, siendo por lo tanto preciso puncionar todas las asas distendidas para obtener una relajacion notable.

5.º Cada asa en que se ha hecho la puncion y que se aplana es reemplazada por las dos inmediatas de encima y de debajo, que mantienen la timpanitis en la misma region, mientras no se las vacía á ellas á su vez.

6.º Se puede á voluntad no extraer mas que el gas, ó el gas y la materia difluente del intestino, graduando la profundidad á que se introduce la aguja.

7.º En fin, es prudente extraer el líquido en la imediacion de la puncion.

Quemaduras: tratamiento (*Lyon med.*).

Fundándose el doctor Baldwin en su experiencia personal, aconseja aplicar sobre las quemaduras compresas de muselina usada plegadas en muchos dobleces y empapadas en huevos bien batidos, yema y clara juntos. El alivio es inmediato y completo. El apósito debe renovarse cada doce horas, y si se seca en el intervalo, se le humedece con algunas gotas de agua. Despues de las dos ó tres primeras curas es bueno añadir al líquido un poco de glicerina y de ácido fénico; por este medio se evita y se corrige el mal olor que exhala la herida y se facilita la cicatrizacion.

Quistes: cauterizacion de su superficie interna con el cilindro de nitrato de plata. (*Lyon med.*).

Hay tumores quísticos á los que puede aplicarse el mismo tratamiento á pesar de sus diferencias de volúmen, de asiento y de naturaleza. Segun el doctor Laroyenne, este tratamiento no es otro que la incision con la evacuacion, todo lo mas completa posible, de su contenido, seguida de la cauterizacion intra-quística bastante poco destructiva para que no pase los límites del tumor, es decir, el espesor de su pared. Es esta una barrera natural á la difusion de la flegmasia á las partes vecinas y evita la abertura de los vasos, de las sinoviales articulares, etc., en una palabra, de los órganos importantes en relacion con el quiste y que deben ser respetados. Confiesa el autor que no aspira á crear un procedimiento nuevo, sino sencillamente á demostrar las ventajas de esta cauterizacion, comparada con los otros modos de tratamiento. Es, ó modificadora, ó solo destructiva, y se efectúa cómodamente con el cilindro

de nitrato de plata que se pasea sobre la superficie interna de la envoltura cavitaria mas ó menos tiempo, segun su espesor. Si está tapizada de capas plásticas, fibrinosas ó formadas por agregados de los productos de secrecion, es muchas veces necesario repetirla diariamente ó á algunos dias de distancia para obtener su destruccion y su eliminacion.

En los tumores sebáceos, si despues de haberles abierto por medio de la pasta de Viena ó el bisturí, se elimina la bolsa al mismo tiempo que su contenido á beneficio de las presiones destinadas á vaciarla, la pequeña operacion está completamente terminada. Pero si se adhiere al tejido inmediato, que es lo que comunmente sucede, es preferible cauterizar su superficie con el nitrato de plata, que extirparla por diseccion.

Los quistes serosos uni ó multiloculares, adventicios ó preexistentes, subcutáneos, subaponeuróticos, mucosos ó submucosos, reclaman el mismo tratamiento. El autor ha obtenido fácilmente la curacion de quistes serosos de diversas regiones de fácil acceso, sin relacion ni comunicacion con órganos susceptibles de inflamarse y producir sérias complicaciones, con solo la aplicacion de los cáusticos. Pero hay otros como los del cuerpo tiróides y la excavacion poplítea, en los que considera la cauterizacion como mas inocente que la inyeccion yodada, á la que ha visto determinar una supuracion articular difusa y la muerte.

El espesor habitual de la membrana que constituye el higroma prerotuliano no puede conciliarse con una tentativa de inyeccion de líquido irritante. Una ancha abertura lineal ó aun crucial, efectuada por medio de la pasta de Viena y del cloruro de zinc, permite vaciar fácilmente su contenido, tanto libre como adherente á las paredes, y aplicar los cilindros de nitrato de plata que se dejan fundir en el mismo sitio. La cicatrizacion puede ser lenta, pero no ofrece ningun otro inconveniente. La extirpacion, por el contrario, es peligrosa, asi como el uso de los cáusticos enérgicos, si su accion llega á extenderse á los fondos de saco sinoviales de la articulacion. Importa en efecto tener bien presente una particularidad de estos quistes prerotulianos, que el autor ha observado en el ca-

dáver. Hay algunos que presentan 8 á 10 milímetros y más de espesor en su porcion subcutánea, hallándose reducida á 1 ó 2 milímetros la que confina con la rótula y la articulacion. Esta disposicion recuerda la que ha indicado hace ya largo tiempo el doctor Bach de Strasburgo, respecto á los hidroceles del cuerpo tiroídes, cuya pared profunda, contigua á la tráquea y á los grandes vasos, está desprovista de esas espesas estratificaciones que tapizan los otros puntos de la cavidad. Así, deben proscribirse las cauterizaciones enérgicas dirigidas hácia las partes profundas del quiste tiroídeo, afeccion en la cual, es mas fácil indicar el modo operatorio que no conviene, que establecer el que debe seguirse.

La cauterizacion destructiva ofrece aquí otros inconvenientes: interesado, puesto á descubierto en una grande extension el tejido de la glándula tiroídes, repulula, brotan de él mamelones con una actividad imposible de contener. La fiebre traumática intensa, consecutiva á las operaciones que interesan esta region, el obstáculo que su constitucion anatómica opone á la libre expansion del tumor inflamado por efecto de la intervencion quirúrgica, la laringitis edematosa ó flegmonosa, sin contar con otros accidentes, legitiman bien las dudas y vacilaciones respecto al procedimiento que haya de emplearse.

En Lyon, segun el autor, se abre el quiste con la pasta de cloruro de zinc; pero una vez hecho esto, piensa el doctor Laroyenne que debe abandonarse este cáustico reemplazándole por los cilindros de nitrato de plata, que se pueden aplicar diariamente sin recelo. M. Valette se sirve para abrir el tumor de una pinza porta-cáustico. Es seguramente un modo mas expedito y con el que ofrece aun menos riesgo la hemorragia. Pero podria temerse que una parte de la pasta de Canquoïn se extendiera por el quiste, determinando una inflamacion, tanto mas peligrosa cuanto que no existe en este momento una abertura suficiente para dar salida al líquido.

El autor ha sometido al tratamiento de la cauterizacion con el nitrato de plata, á cinco enfermos afectados de bocio quístico; todos curaron completamente, pero en dos se presentó una fiebre y un abatimiento alarmantes.

Por esta excursion rápida é incompleta en el campo de

la terapéutica de los tumores quísticos, se ha propuesto principalmente establecer la certidumbre de conseguir la curacion de los quistes sebáceos, dermoídeos y serosos, reduciendo las superficies cruentas á su mínimum de extension, á fin de disminuir las probabilidades de complicaciones consecutivas á la operacion. Practicada esta como acabamos de describir, es de una ejecucion sumamente fácil, y la cicatriz que resulta muy poco aparente.

Quistes riciformes de la muñeca: tratamiento por medio de la ignipuntura. (Bull. de thér.).

Habiendo repetido muchas veces, y siempre sin éxito, la puncion y la inyeccion yodada en varios casos de quistes riciformes de la muñeca, se le ocurrió al doctor Duplony, profesor de la Escuela de Medicina naval de Rochefort, la idea de emplear la ignipuntura, que le habia prestado excelentes servicios en diversas circunstancias, y, con efecto, se ha servido de ella en dos enfermos. La primera observacion se refiere á una muchacha de veinte y un años, en quien una primera puncion simple y los barnizamientos yodados no habian producido resultado alguno.

Seis meses despues, una incision hecha en la parte superior del quiste por M. Dolbeau, en el hospital Beaujon, dió salida á un gran número de cuerpos riciformes y algunos gramos de un líquido viscoso é incoloro. El tumor se reprodujo de nuevo. Una tercera operacion no fué mas feliz. Entonces es cuando M. Duplony decidió emplear la ignipuntura, aplicando unas veinte puntas de fuego el primer dia, y doce cuatro dias despues, sin provocar la inflamacion supurativa. El tumor se fué aplandando poco á poco para no volver á presentarse. Esta transformacion se verificó en el espacio de un mes; pero todos los dedos, sin exceptuar el pulgar, estaban casi inmóviles. La faradizacion y una gimnástica apropiada antes de que se organizasen adherencias definitivas bastaron para que se restableciesen casi todos los movimientos. En el segundo caso se aplicó la ignipuntura desde luego en un quiste de la muñeca y de la mano, que no habia comprometido aun los movimientos de los dedos;

solo en el pulgar se advertia cierta dificultad. Cuarenta y un puntos de *sutura cáustica*, diseminados en la superficie del tumor, produjeron el aplanamiento de la bolsa; sin otro fenómeno que la formacion de una aréola inflamatoria alrededor de cada punta de fuego. Habiéndose manifestado pasadas tres semanas una ligera prominencia hácia la parte superior é interna, bastaron cuatro puntos de ignipuntura para hacerla desaparecer. Todos los dedos conservaron sus movimientos, y el tumor no ha vuelto á reproducirse.

El autor admite, conforme á los experimentos de M. Julliard respecto á los tejidos ignipunturados que la aguja ígnea irrita, en un rádio muy poco extenso, las paredes que atraviesa, y determina entre ellas, en su trayecto, adherencias proporcionales al número de las picaduras; los exudatos filiformes, poco resistentes al principio, deben transformarse, en un tiempo bastante corto, en otros tantos pequeños tractus inodulares, que sufriendo la ley de la retraccion, comun á todos los tejidos cicatriciales, tienden á apretar cada vez más los tejidos reunidos; son, en una palabra, verdaderos puntos de *sutura cáustica*.

Evacuar los cuerpos riciformes por una puncion simple ó doble, esperar la cicatrizacion de las heridas, resultado de la puncion, para aplicar la ignipuntura, y no tardar mucho tiempo en movilizar artificialmente los tendones por la faradizacion y los movimientos comunicados, tal es la conducta que aconseja el doctor Duploux para el tratamiento de los quistes riciformes de la muñeca.

Quistes serosos: tratamiento por medio de la inyeccion de tintura de yodo ó de alcohol. (*Gaz. des Hopitaux*).

El doctor Panas emplea actualmente, contra los pequeños quistes serosos en general, el método que se ha usado en el hidrocele. Por medio de una jeringa de Pravaz, introduce en la cavidad del quiste algunas gotas de tintura de yodo ó de alcohol. La operacion es muy poco dolorosa, y produce una ligera hinchazon local con calor y rubicundez. Luego, generalmente, bajo la influencia de la excitacion, la pared interna del quiste empieza á reabsorber el líquido que contiene. Puede repetirse esta pe-

queña inyeccion intra-quística muchas veces con algunos dias de intervalo. No debe vaciarse la bolsa antes de introducir la tintura de yodo ó el alcohol, los cuales se mezclan con el líquido derramado.

Quistes del ovario y ascitis : procedimiento operatorio.
(*Journ. de méd.*).

Desde hace algun tiempo emplea el doctor Panas, para la puncion de la ascitis, y sobre todo para la de los quistes del ovario, un procedimiento que presenta notables ventajas sobre los que se usan ordinariamente. Este práctico hace la puncion con un trócar explorador fino; luego que está colocada la cánula, fija á ella un tubo de cautchouc bastante largo para venir á parar á una vasija puesta en el suelo. Una vez que el líquido ha comenzado á correr, puede tenerse la seguridad de que continuará hasta el fin, puesto que es solicitado, no solo por la accion de las paredes abdominales, sino tambien por la disposicion misma del tubo, que hace oficios de un sifon. Las ventajas que presenta este procedimiento son, en primer lugar, las inherentes al uso del trócar capilar, el cual produce una herida del peritoneo casi insignificante, y con la que hay mucho menos riesgo de lesionar un vaso de la pared abdominal ó de la pared quística, susceptible de dar lugar á un derrame de sangre en el peritoneo; falta casi completa de dolor, y, por último, la lentitud en la salida del líquido; es bien sabido, en efecto, que cuando se vacía rápidamente uno de estos grandes derrames, no es raro ver producirse en los enfermos un malestar, una tendencia al síncope, que impide á veces continuar la operacion. Además, con este método, no hay que temer esas congestiones de las vísceras abdominales que se verifican frecuentemente bajo la influencia de la decompression rápida, bastante intensas en ciertos casos para dar lugar á hemorragias internas á veces mortales; por el contrario, verificándose muy lentamente los cambios en el estado de tension de las paredes quísticas, los vasos con frecuencia varicosos y considerablemente dilatados que la surcan no están expuestos á romperse. Por otra parte, salvo los casos en que el líquido es muy viscoso,

siempre podrá salir, con mas ó con menos lentitud es cierto, pero esto no ofrece inconvenientes, puesto que una vez hecha la puncion, el cirujano dejará sin peligro al enfermo en esta posicion durante una parte del dia. En el hospital, ordinariamente se practica la puncion en la visita de la mañana, y no se retira la cánula hasta las cuatro ó las cinco de la tarde. En todo el tiempo que dura la salida del liquido, el enfermo, que no siente por ello ningun sufrimiento, puede comer y distraerse siempre que permanezca sentado en la cama. Desde que el doctor Panas emplea este método, no ha visto producirse ninguno de esos accidentes tan comunes en la puncion de los quistes ováricos, y que antes habia observado como todos los cirujanos.

Otra ventaja, en fin, consiste en que la pequeñez de la herida expone mucho menos á la formacion de adherencias que la producida por un trócar grueso, lo cual no carece de importancia bajo el punto de vista de una operacion ulterior. Además, puede suceder que despues de la puncion seguida de adherencias el quiste se encuentre como extendido en la cavidad abdominal, fijo en un lado por su pedículo y en otro por uno de esos puntos adherentes; se concibe bien que esta disposicion ha de dificultar mucho la retraccion de las paredes quísticas, oponiéndose por lo tanto á la curacion.

Reseccion del codo: nuevo procedimiento operatorio en los casos de anquilosis de esta articulacion. (Arch. gén. de méd.).

Cuando esta operacion tiene por objeto curar las anquilosis que sobrevienen á consecuencia de fracturas y luxaciones, no produce siempre resultados satisfactorios: en ciertos casos se obtiene una movilidad articular excesiva, y en otros, se unen de nuevo los dos huesos haciendo inútil la reseccion. El doctor Watson, de Edimburgo, que ha introducido una importante modificacion en el procedimiento operatorio, atribuye, con razon, el primero de estos inconvenientes al cambio inevitable que se produce en los músculos de la region despues de la operacion, y sobre todo á la falta de accion del triceps, cuyo punto de insercion se ha quitado; para remediarlo

ha tenido la idea de conservar las inserciones de este músculo. Hizo su primer ensayo en 1869 en un caso de fractura de la extremidad inferior del miembro. Despues de haber practicado una incision sobre el triceps, reseccó las superficies articulares, respetando solamente el olécranon; el resultado no fué satisfactorio, porque una nueva produccion de tejido óseo determinó la anquilosis completa.

Dos años más tarde, el doctor Watson volvió á insistir en su idea, y fundándose en las consideraciones siguientes, introdujo algunas modificaciones en su procedimiento: en la mayor parte de las fracturas del codo, el único afectado es el húmero y los huesos del antebrazo, no sufren notables alteraciones: aun admitiendo que el rádio y el cúbito se encuentren comprometidos, no resulta de aquí la necesidad absoluta de comprenderles en la reseccion; por otra parte, es evidente que la osteotomía de la extremidad superior del cúbito debe producir alteraciones en el funcionamiento ulterior del miembro, puesto que da insercion al triceps y al braquial anterior.

Estas razones movieron al doctor Watson á adoptar el siguiente manual operatorio: 1.º incision lineal sobre el lado interno del olécranon; debe ser un poco mayor que la que se practica ordinariamente para la reseccion del codo; 2.º diseccion minuciosa del nervio cubital, separándole hácia el cóndilo; 3.º introduccion en la articulacion de un bisturí de botón con el que se cortan las inserciones capsulares anterior y posteriormente; 4.º entonces se introduce el osteótomo, primero de arriba abajo para resecar la tróclea y la epitróclea, luego de abajo arriba para desprender el cóndilo y el epicóndilo; los fragmentos óseos deben separarse de las partes blandas, ya por torsion, ya por diseccion, pero siempre con mucho cuidado para no interesar el nervio cubital; el último tiempo de la operacion consiste en regularizar la extremidad inferior del húmero y separar por medio de la sierra la porcion de hueso necesaria para restablecer la rectitud del miembro.

El doctor Watson ha practicado seis veces esta operacion, obteniendo en cinco un resultado completamente satisfactorio. En el sexto caso sobrevino una ósteomieli-

tis que hizo temer un instante la reunion ósea; pero una nueva reseccion de la extremidad humeral tuvo un éxito feliz.

Las ventajas de este procedimiento, segun el cirujano de Edimburgo, consisten: 1.º en dejar intactas las inserciones del triceps y del braquial anterior; 2.º en limitar el campo de la operacion á la cápsula articular, lo que parece que abrevia la curacion de la herida; 3.º que una sola incision hecha sobre el borde interno del codo permite la ablacion de los fragmentos óseos y facilita la salida del pus. Se conservan tambien casi por completo las relaciones del nervio cubital.

No es necesario decir que este procedimiento operativo se aplica á las anquilosis de naturaleza fibrosa; sin embargo, en los casos en que á consecuencia de la fractura del codo se hubiesen producido adherencias óseas, se podria intentar la operacion despues de haber practicado préviamente la flexion y la extension forzadas durante la anestesia. En los casos de anquilosis completa, en que la flexion forzada hiciese temer una fractura del olécranon, se podria hacer una seccion transversal del húmero, por encima de sus cóndilos, separar una porcion de hueso á este nivel, y luego extraer los cóndilos por fragmentos valiéndose del osteótomo y el escoplo; si este procedimiento no tuviese buen resultado, habria siempre el recurso de la reseccion completa, tal como se practica ordinariamente.

Reseccion subperióstica del omóplato. (*Gazette médicale de Strasbourg*).

En una comunicacion presentada por el doctor Boeckel á la Asamblea general de los médicos del Bajo Rhin se refieren dos observaciones de reseccion del omóplato: en la una se trataba de la reseccion del acromion y del tercio externo de la espina del omóplato. La curacion era completa á los dos meses y los movimientos del brazo se hallaban perfectamente restablecidos á los seis. El segundo hecho era una cáries del omóplato; se hizo una reseccion subperióstica de la escápula menos la parte articular y el ángulo inferior, consiguiéndose la curacion

en el espacio de dos meses y medio. A los tres meses y medio habia una regeneracion ósea perfecta, y al cabo de los seis se habian restablecido las funciones del miembro. El doctor Boeckel describe del modo siguiente el procedimiento que empleó.

Incisiones. — Se practicó una primera incision transversal á partir de la extremidad del acromion hasta el nivel de las fístulas, es decir, hasta el tercio externo de la espina; luego, en lugar de seguir la direccion de esta en toda su longitud, como la mayor parte de los cirujanos, se aproximó el autor al borde superior del hueso, esperando de esta manera poner bien al descubierto la parte superior de la escápula, evitando la objecion que se ha hecho á la incision transversal de Langenbeck, Syme, etc., que descubre mal la fosa supra-espínosa. No pensaba el operador en este momento que la cáries pudiese ser tan extensa, y empezó á legrar el acromion y el principio de la espina, desprendiendo el músculo supra-escapular y el periostio de sus adherencias al hueso. Esta maniobra se ejecutó con mucha facilidad, gracias á las débiles adherencias del periostio. Llegado cerca del borde espinal encontró esta parte enferma, y entonces practicó una incision perpendicular á la primera, siguiendo el borde espinal y llegando hasta el hueso, en la extension de algunos centímetros; pero bien pronto fué necesario prolongarla á causa de la cáries que se extendia mas lejos de lo que se habia pensado á primera vista; de suerte que, en definitiva, se hizo una incision vertical de 9 centímetros.

Entonces se prosiguió activamente la *denudacion* del hueso: en la fosa supra-espínosa se separó el músculo supra-escapular; en la fosa infra-espínosa se desprendieron los músculos hasta dos traveses de dedo del ángulo inferior que estaba sano; las fibras inferiores del subespínoso fueron seccionadas; pero se respetaron las inserciones del redondo mayor. El operador trató en seguida de levantar el omóplato y legrar una parte de la fosa subespínosa para pasar la sierra de cadena y dejar el ángulo inferior del hueso en la herida. Despues de haber interesado algunas fibras del subescapular, practicó la seccion del hueso, que se pudo entonces coger bas-

tante bien, sacarle fuera de la herida y acabar la denudacion: esta maniobra se hizo con facilidad, ejecutándose en las dos caras del omóplato hasta cerca de la cavidad glenoidea.

Extirpacion del hueso. — Habiendo parecido que los bordes de la cavidad se hallaban relativamente sanos, se pasó la sierra de cadena á través de la escotadura coracóidea y se hizo la seccion del cuello. En este momento la arteria supra-escapular dió un fuerte chorro de sangre y costó algun trabajo ligarla. Se terminó la amputacion por la seccion de los ligamentos acromio-claviculares.

Ya hemos dicho al principio cuál fué el resultado de esta grave operacion.

Retraccion de la aponeurosis palmar: etiología y tratamiento quirúrgico. (*Berlin klin. Wochens.*).

El estudio de la etiología y tratamiento quirúrgico de la retraccion de la aponeurosis palmar ha sido para el doctor Madelung, de Bonn, objeto de una interesante Memoria que analizaremos, siquiera sea sucintamente, por no permitirnos otra cosa la falta de espacio.

La contractura palmar, descrita por primera vez por Dupuytren, no se observa únicamente, segun el doctor Madelung, en los individuos que se dedican á trabajos manuales penosos; es mas frecuentemente de lo que se cree consecutiva á las inflamaciones crónicas de la palma de la mano.

El autor emite, en cuanto á la patogenia, una opinion que no ha podido comprobar aun en las autópsias. Para él, la enfermedad es ocasionada por la desaparicion de los pelotones adiposos comprendidos entre las bridas fibrosas rígidas de la aponeurosis palmar y las numerosas prolongaciones que envia á la piel.

La edad determina la desaparicion de esta grasa tan difícil de quitar en las preparaciones anatómicas. Los traumatismos que producen la inflamacion de la cara interna de la mano obran de una manera análoga aun cuando el proceso inflamatorio no termine por supuracion. Este tejido adiposo sirve para proteger las capas profun-

das contra las presiones, moderando estas últimas y repartiéndolas sobre superficies mas extensas. Cuando no existe esta grasa, ciertos puntos de la palma mas expuestos que otros, pueden ser lesionados por las presiones frecuentes; así sucede al nivel de las cabezas de los metacarpianos y de los tendones flexores. Bajo la influencia de presiones repetidas, el tejido celular, que no está suficientemente protegido, se inflama crónicamente: hay hiperplasia, luego retraccion de los cordones fibrosos, lo que determina una flexion permanente de los dedos.

Desde el momento en que esta retraccion de algunas porciones de la aponeurosis palmar ha llegado á cierto grado y que las partes correspondientes forman prominencia por encima del resto de la palma, el sujeto, que continúa sirviéndose de su miembro, expone cada vez más estos puntos enfermos aislados á las acciones ó causas mecánicas que no hacen mas que agravar la lesion. Solo así puede comprenderse por qué se detiene la afeccion cuando la corvadura del dedo ha llegado á ser tal que el individuo no puede ya utilizarle, y cómo la operacion que vamos á describir tiene un éxito completo, por qué destruye las protuberancias formadas por el tejido celular en la palma de la mano.

Si, como sucede frecuentemente, cuando se trata al enfermo desde el principio, el anular es el único dedo afectado, despues de haber dormido bien al paciente se talla un colgajo de piel triangular, cuya base viene á caer en el surco que separa este dedo doblado del hueco de la mano y cuyo vértice agudo termina al nivel del punto mas elevado de la palma, que se encuentra distendido cuando el dedo está en una extension completa. Se disecciona el colgajo á partir de la punta, comprendiendo la mayor cantidad de tejido celular que sea posible.

Ya cuando se secciona esta capa, que comprende los innumerables cordones de comunicacion entre la aponeurosis palmar y los tegumentos, el dedo doblado se deja extender un poco.

Una vez hecho esto, se practican tentativas de extension, y siempre que los haces fibrosos parecen oponer una resistencia demasiado fuerte á estos movimientos, se penetra dentro á pequeños cortes de bisturí, cortándoles

sucesivamente en toda la extension de la aponeurosis palmar puesta á descubierto. Procediendo de esta manera hay poco riesgo de herir una vaina tendinosa.

El dedo recobra lentamente su posicion de extension hasta que se restablece por completo. Entonces el colgajo cutáneo se retrae fuertemente y su vértice se enrolla un poco hácia adentro.

Cuando el dedo está extendido, queda sin cubrir una porcion de la herida. Frecuentemente es imposible reunir los ángulos inferiores de la solucion de continuidad, pero si las suturas ofrecen el peligro de poner tensa la piel de un modo exagerado, vale mas renunciar á ellas.

La operacion se ejecuta casi sin hemorragia.

Se cierra la herida con un ligero vendaje protector, poniendo la mano en una charpa, sin que el paciente haga ningun ensayo para conservar su dedo en la posicion de extension.

Los dolores, que son poco considerables, se limitan á las partes inmediatas á la herida; ordinariamente no hay fiebre.

Solo cuando las superficies están completamente granulosas, se podrá hacer ejecutar al dedo algunas tentativas tímidas de extension.

Se empezará por colocar en la mano cilindros de madera de diferentes diámetros; mas adelante se fijará el miembro sobre una férula dorsal.

Los movimientos activos y pasivos se ejecutan durante las maniobras necesarias para limpiar la herida.

No hay nunca necesidad de aparatos complicados.

La cicatrizacion, que se puede acelerar á veces con algunos ingertos de Reverdin, es completa á las tres ó cuatro semanas.

Cuando la afeccion ha invadido ya muchos dedos conviene no hacerlo todo en una sola sesion operatoria, á fin de no ensanchar más de lo regular las dimensiones de la herida palmar. Se puede, sin embargo, por medio de un colgajo triangular, seccionar las bridas fibrosas que dificultan los movimientos de los dedos inmediatos. La edad avanzada de los pacientes no es una contraindicacion.

La operacion no ha dado nunca lugar á infiltraciones

purulentas, á inflamaciones de las venas tendinosas ó al tétanos. Una vez solamente, en un pianista, hubo mortificación del vértice del triangulo cutáneo, quizá á consecuencia de ensayos prematuros de extension del dedo.

Muchos de los pacientes operados en la clínica de Bonn, habian sufrido ya sin éxito los tratamientos mas variados, entre ellos la seccion subcutánea de las bridas fibrosas.

Los resultados inmediatos conseguidos por este medio no se pierden con los años. Jamás se han quejado los enfermos de la cicatriz mas ó menos extensa de la palma de la mano.

Sin embargo, esta operacion no puede asegurar completamente contra la invasion posible de nuevos puntos. Tal fué el caso del pianista antes citado. En este sujeto hubo recidiva á los tres años, pero no en el mismo sitio. Cuando se hizo la operacion el dedo pequeño estaba doblado al nivel de su articulacion metacarpo-falangiana; al reaparecer el padecimiento, determinó la flexion viciosa del mismo dedo al nivel de la articulacion de la primera falange con la segunda. En semejante caso, nada impide que se practique una nueva operacion.

La Memoria de Madelung termina por un exámen crítico de los diversos procedimientos recomendados por Dupuytren, A. Cooper, Goyraud, Guerin y Malgaigne.

Sarna: tratamiento por medio del bálsamo del Perú, el estoraque y el ácido arsenioso. (Gaz. hebd.—The Lancet).

El doctor Wilh-Peters ha publicado un trabajo acerca del tratamiento de la sarna fundado en el análisis de tres mil casos prácticos. Las observaciones hechas en tan larga experiencia, han movido al autor á abandonar las pomadas sulfurosas, así como la brea y el ácido fénico, para limitarse casi exclusivamente al uso del bálsamo del Perú y del estoraque. Emplea el primero en sustancia y el segundo diluido en dos partes de aceite; una ó dos fricciones ligeras hechas con cualquiera de estos dos agentes, sin fricción jabonosa ni baño prévio, deben bastar, segun dicho clínico, para destruir los sarcoptos, sin que sea necesario dislacerar los surcos. Las principales ventajas de este modo de tratamiento son, segun el doctor Peters

evitar los eczemas que suelen provocar otros tratamientos de la sarna y ofrecer además un medio seguro y poco costoso de curarla.

El doctor Clement recomienda á su vez la fórmula siguiente :

Acido arsenioso.	5 centigramos.
Carbonato de potasa.	75 —
Tintura de jabon.	9 gramos.
Agua de lluvia.	90 —

Se deben friccionar dos veces al día las partes afectas con este linimento. Segun el autor, es muy eficaz y no ofrece ningun inconveniente. El carbonato de potasa se adiciona para aumentar la solubilidad del ácido arsenioso. Conviene limpiar como de costumbre los vestidos del enfermo, pero cuando no se puede tomar esta precaucion, el linimento mismo en exceso en la superficie cutánea, mata á los acaros que salen de la ropa.

Seccion del nervio suborbitario: nuevo procedimiento operatorio. (Lyon méd.).

Las neuralgias intensas y rebeldes de la cara exigen á veces la seccion del nervio suborbitario como último recurso terapéutico. El doctor Letieyant, cirujano del Hotel-Dieu, de Lyon, la ha practicado en dos casos empleando un procedimiento que le es propio y que describe en los siguientes términos. Se hizo una incision en la base del párpado inferior, siguiendo una línea curva de concavidad superior y de dos centímetros y medio de longitud. El bisturí penetró desde luego hasta el borde anterior del suelo de la órbita, una cuchara *ad hoc* deslizándose por debajo sostuvo y elevó el globo ocular y todas las partes blandas de la region.

Puesto á descubierto el suelo de la órbita, se vió la direccion del conducto suborbitario bajo el aspecto de una línea de un blanco menos mate que el resto. El operador rompió con el pico de una sonda acanalada la pared superior de este conducto y despues de haber extraido las laminillas óseas con pinzas, y puesto el nervio al descubierto, introdujo por debajo de él un gancho especial para elevarle y explorarle. Habiéndose asegurado que no es-

taba comprendida la arteria, practicó la excision del nervio en una longitud de 8 milímetros.

Secciones tendinosas antiguas : reunion. (*Gaz. des Hopitaux*).

Los cirujanos están unánimes acerca de la utilidad de las suturas tendinosas en los casos de heridas recientes. Era probable que una sección antigua curase con igual facilidad despues que se la hubiese refrescado y reunido por una sutura ; pero podía temerse un resultado completamente negativo en los casos en que el operador no podia llegar á poner en contacto las extremidades divididas de los tendones. El doctor B. Anger ha publicado una observacion clínica que demuestra que aun en estas circunstancias no se debe desesperar de obtener un resultado feliz, probando la posibilidad de reunir los tendones de largo tiempo divididos y lograr el restablecimiento de sus funciones.

El enfermo en cuestion era un hombre adulto á quien un instrumento cortante habia dividido hacia seis meses los tendones extensor comun y extensor propio del dedo pequeño. No habiéndose intentado la reunion se cicatrizaron aisladamente dejando este último dedo enteramente privado de su movimiento de extension y doblado de un modo permanente sobre la palma de la mano.

Conociendo algunas observaciones interesantes de reunion de tendones antiguamente divididos en que Sedillot, Syme, etc., habian practicado la reunion con éxito, el doctor Anger se decidió, accediendo á los ruegos del enfermo, á intentar una operacion. Despues de anestesiado el sujeto, practicó sobre el borde cubital del dorso de la mano una incision de 10 centímetros de longitud. Reconocidos aisladamente los tendones del extensor comun y del extensor propio, se vió que mediaba entre sus extremidades una separacion de 6 centímetros y que estaban muy adheridos al tejido fibroso de la cicatriz. No presentaban los abultamientos que se indican en las observaciones de algunos cirujanos.

El operador aisló los tendones del tejido inmediato y atravesó su espesor con un hilo de plata sobre el que ejerció algunas tracciones esperando poner las dos super-

ficies de seccion en contacto, pero no fué posible lograrlo. Colocada la mano en extension por medio de una manopla y tirando de los hilos, consiguió sin embargo hacer disminuir de una manera considerable el espacio que separaba las dos extremidades tendinosas, pero no pudo reducirle á menos de 2 centímetros; entonces dobló los hilos metálicos y curó la herida con una planchuela empapada en vino aromático. Aunque poco satisfecho del resultado obtenido, esperó sin embargo que el trabajo inflamatorio determinaria la formacion de una cicatriz bastante fuerte para reunir á distancia los tendones por un tejido intermedio, lo que podria permitir al dedo recobrar sus movimientos.

La herida se cubrió rápidamente de granulaciones y tres semanas despues de la operacion se desprendieron los hilos por sí solos, encontrándoseles en el apósito. La cicatrizacion no se hizo esperar mucho tiempo, y cuando el autor quitó la manopla, pudo observar que el dedo auricular conservaba su rectitud, llegando así á los límites de su extension. La flexion era un poco difícil, pero despues de algunas semanas de ejercicio se habia restablecido aunque no tan expedita como en los otros dedos.

La operacion tuvo, pues, un resultado satisfactorio, puesto que el enfermo recobró los movimientos de su dedo que sin esta feliz intervencion del arte, estaban irremisiblemente perdidos.

El doctor Anger recuerda un hecho análogo publicado en 1854 por M. Chassaignac. Los tendones flexores del pulgar y del índice divididos, se habian cicatrizado aisladamente dejando perdido el movimiento de flexion de estos dedos. El extremo inferior del tendon cortado se adheria á la cicatriz, y al autor se le ocurrió la idea de poner en contacto el extremo superior con esta misma cicatriz. Descubrió los tendones, separó con cuidado de las partes inmediatas el superior y atravesó su centro con un hilo de ligadura, y sin refrescarle previamente le puso en contacto con la cicatriz por un punto de sutura. A los seis dias la reunion era casi completa, y la enferma empezaba á doblar el índice; á los quince, estaban restablecidos los movimientos.

Sífilis: su naturaleza y efectos del tratamiento mercurial.
(Gaz. méd. de Paris.—Gaz. hebdomad.)

En todos tiempos ha tenido detractores el mercurio como agente terapéutico destinado al tratamiento de las afecciones sífilíticas; pero creemos que pocas veces se ha llegado á un grado de exageracion como el que revelan las siguientes conclusiones de una nota presentada por el doctor Hermann, médico del hospital Wieden, de Viena, á la Academia de Ciencias de Paris, en la cual se rompe tambien abiertamente con todas las creencias y opiniones hasta ahora admitidas respecto á la naturaleza del padecimiento.

1.^a La sífilis es una enfermedad local; no hay nada que pruebe que sea una afeccion general; se presenta bajo una forma primitiva; pero tiene formas consecutivas que ofrecen, sin embargo, en el organismo relaciones íntimas con la forma primitiva; es perfectamente distinta de las sífilides cutáneas.

2.^a Las formas á que se ha dado hasta ahora el nombre de *sífilis constitucional*, ó mas exactamente de *sífilis terciaria*, por ejemplo, las periostosis con dolores osteócopos, las úlceras cutáneas serpiginosas, las neurosis y otras, no son nunca producto de la verdadera sífilis. Estas formas solo se presentan despues de un tratamiento mercurial ó á consecuencia de otra enfermedad, y no son realmente mas que efectos debidos á la medicacion mercurial ó á otra discrasia.

3.^a Todas las formas de la sífilis, aun las mas graves, se curan sin mercurio y sin yodo. Del mismo modo que el mercurio no es un medicamento general, el yodo no es un antisifilítico; es un antimercurial, y al mismo tiempo un remedio seguro en la hidrargiria.

4.^a La curacion de la sífilis sin mercurio se obtiene en un tiempo esencialmente mas corto que cuando se ha empleado la medicacion mercurial; en efecto, mientras que en *Krankenhaus Wieden* se consigue este resultado en treinta ó cuarenta dias, la duracion media en el hospital general de Viena (*Allgemeine Krankenhaus*) es de sesenta dias por consecuencia del uso de los mercuriales.

5.^a La medicacion antimercurial cuenta un número de

recidivas que no excede de 2 á 3 por 100, mientras que despues del tratamiento con el mercurio se elevan á 10, 20 y hasta 30 por 100.

6.^a La diferencia en la mortalidad comparada entre los dos modos de tratamiento es realmente extraordinaria. Segun mi informe, hay una defuncion por cada 89 sífilíticos tratados por el mercurio en el hospital general de Viena, mientras que en el hospital Wieden, en el que está absolutamente excluido este método, solo se observa un muerto por cada 969 sífilíticos: así, pues, mas de 1 por 100 en el primer caso y casi 1 por 1,000 en el segundo.

El doctor Jullien ha publicado á su vez, en la *Gaz. hebdom.*, un ensayo de estadística sobre la sífilis terciaria. El autor se ha dirigido á los principales sífiliógrafos franceses, italianos é ingleses para recoger observaciones, y con las mas precisas de ellas ha hecho su trabajo, que se funda en mas de 200 casos, divididos del modo siguiente: sífilis naturales, es decir, que no han sufrido ningun tratamiento, 59; sífilis hidrargirizadas desde el principio, 47; sífilis hidrargirizadas tardiamente, durante los accidentes secundarios, 112; y en fin, sífilis tratadas por el yoduro de potasio, 7.

Las sífilis abandonadas á la naturaleza son las menos graves; llegan al período terciario en un término medio de cuatro años; no producen casi nunca afecciones nerviosas, 1,59 por 100, mientras que las sífilis hidrargirizadas dan 12,7 y 15,1 por 100.

En todas las sífilis, un período grave indica por lo comun la gravedad futura de los períodos siguientes. Por el contrario, la benignidad no sirve para establecer ningun presagio.

El mercurio, administrado desde el principio, retarda considerablemente la aparicion de los accidentes terciarios, que no se verifica por lo comun hasta los siete años por término medio.

El mercurio, dado solo durante los accidentes secundarios, no retarda la presentacion de los terciarios; por el contrario, aparecen despues de tres años por término medio.

El yoduro potásico, administrado dos veces al principio mismo de la enfermedad, ha retardado veinte y tres años

el período terciario. En el siguiente cuadro se ven los accidentes terciarios especiales á cada una de las tres principales categorías de sífilis antes indicadas:

	Gomas.	Afecciones óseas.	Afecciones testiculares.	Afecciones nerviosas.
Sífilis hidrargirizadas desde el principio.	51 por 100	21 por 100	14 por 100	12 por 100
Sífilis naturales.	67	28	3	1
Sífilis hidrargirizadas secundariamente.	48	25	11	15

Las lesiones terciarias del testículo y del sistema nervioso parecen ser el patrimonio casi exclusivo del tratamiento mercurial.

Si tuviésemos que colocar, dice el autor, de una manera general estas tres series por orden de benignidad, adoptaríamos el orden siguiente: 1.º sífilis naturales; 2.º sífilis mercurializada desde el principio; 3.º sífilis mercurializadas tardamente.

Sífilis: tratamiento de los dolores por medio del bromuro de calcio. (*Bulletino delle Scienze Mediche*).

El doctor Galozzi y el profesor Gamberini emplean con éxito el bromuro de calcio como sedante en los dolores de origen sífilítico. Esta sal es blanca, delicuescente, y se administra en una pocion en la siguiente fórmula:

Bromuro de calcio.	0,30 á 0,60
Agua destilada.	90 gramos.
Azúcar.	8 —

Se aumentan cada dia 0,10 centígramos á la cantidad de bromuro.

Sífilides pápulo-hipertróficas: tratamiento por la cauterización con el nitrato de plata, activada por el contacto del zinc metálico: modo de acción de este nuevo caterético. (*Gaz. méd.*).

De todas las lesiones secundarias de los órganos genitales, las pápulas afectadas de hipertrofia, que la irritación de las partes, la falta de cuidados y la fatiga excesiva excitan y entretienen, representan la mas triste y desagradable de las manifestaciones de las sífilides.

El doctor Julio Cheron, médico de San Lázaro, aprovechando la circunstancia de que las enfermedades de aquel establecimiento no pueden ser puestas en libertad hasta que se hallen completamente curadas, y que por esta circunstancia es fácil seguir hasta el fin los resultados obtenidos por diferentes métodos, ha estudiado, comparativamente, el procedimiento de Fournier, que cree que el reposo, los cuidados mas elementales de higiene y los polvos inertes reducen, en un tiempo muy corto, que puede sin embargo prolongarse hasta seis semanas, estas producciones, algunas veces monstruosas, y los diversos géneros de cauterizaciones, deduciendo de los casos observados que con estas últimas, los resultados son incomparablemente mas rápidos y mas seguros que los que se consiguen por el reposo y la limpieza.

El nitrato ácido de mercurio, de acción muy pronta, cuando se emplea sobre superficies hipertrofiadas y ulceradas de grande extensión, y si la inflamación es muy viva, ocasiona violentos dolores. El doctor Cheron tiene la costumbre de disminuir estos primeros fenómenos inflamatorios, barnizando la superficie de las placas, ya con una solución de nitrato de plata, á 10 por 100, ya tambien si la flegmasía es extensa y las ulceraciones segregan abundantemente, con una solución saturada de ácido pícrico, que goza de la propiedad de suprimir con mucha rapidez la secreción de las superficies ulceradas ó la hipersecreción de las mucosas.

Después de algunos dias de este tratamiento se tolera bien la cauterización con el nitrato ácido de mercurio, y en un espacio de tiempo que varía de diez á veinte y cinco dias, quedan completamente reprimidas las hipertrofias sífilíticas de la piel y de las mucosas de los órganos genitales.

La cauterización practicada con el cilindro de nitrato de plata ó la solución concentrada, no da resultados comparables á los que se obtienen por medio del nitrato ácido de mercurio, sino en un tiempo mucho mas largo.

Recientemente ha preconizado el profesor Corradi la cauterización con el nitrato de plata, tocando en seguida la parte con un cilindro de zinc, en el tratamiento de las pápulas sífilíticas hipertrofiadas.

El doctor Cheron dice que ha empleado durante muchos meses este medio, obteniendo los resultados mas interesantes y rápidos, por cuya razon se cree en el deber de publicarlos. A su juicio, este medio está destinado á destronar completamente en estos casos al nitrato ácido de mercurio.

En 26 enfermos afectados de sifíldes papulosas hipertrofiadas, á quienes se trató por el reposo, los baños y los polvos inertes, desaparecieron los accidentes en un espacio de tiempo que varió de 28 á 105 dias, siendo por consiguiente el término medio 53,53 dias.

En 23 casos tratados como los anteriores por los cuidados de higiene y además por la cauterizacion con el nitrato ácido de mercurio, se vieron desaparecer los fenómenos en un tiempo variable de 15 á 71 dias; término medio, 27,45 dias, es decir, casi un mes.

En 18 enfermos tratados por la cauterizacion con el nitrato de plata, activada por el contacto del zinc metálico, desaparecieron los accidentes en un espacio de tiempo que varió de 4 á 14 dias; término medio 8,72 dias.

Bajo el punto de vista clínico importa, pues, fijar la atencion en el hecho digno de notarse que si las sifíldes pápulo-hipertróficas se atenúan y aun tienden á desaparecer en un tiempo relativamente corto por los cuidados de higiene y un tratamiento general bien entendido, se obtienen resultados mucho mas rápidos con el uso de ciertos modificadores, entre los cuales debe darse la preferencia al nitrato de plata, cuya accion se activa por el contacto del zinc metálico.

Modo de accion de este nuevo caterético.—Antes de interpretar el modo de accion del nitrato de plata, ayudado del zinc metálico, debe recordarse lo que sucede cuando se tocan las mucosas ó la piel con un cilindro ó una solucion de la sal argéntica. Las partes toman inmediatamente una coloracion blanquecina, que se manifiesta principalmente sobre las que están desprovistas de epidermis y las placas cubiertas de mamelones; en las mucosas se presenta el color blanco de leche característico, debido á la formacion de albuminato y de cloruro argéntico. Este estado persiste y no desaparece hasta la caida de la escara, ó es reemplazado por un tinte rosa apizar-

rado de los tejidos subyacentes. Sobre la piel, el color blanco grisáceo es poco apreciable, pasa desapercibido, y la mancha que se produce empieza por tener un matiz pardusco, que se oscurece cada vez más, sin llegar á ser francamente negro.

Con el fin de explicar este modo de accion complexa del nitrato de plata y el zinc metálico, ha hecho el doctor Cheron un experimento bastante interesante.

Cuando se tocan los tejidos con una solucion de dicha sal, bajo la influencia del contacto de la materia orgánica, aquella se descompone, y la placa metálica, en forma de un polvo negro, impalpable, se une á la sustancia organizada y determina la modificacion.

En esta aplicacion se desarrolla una corriente eléctrica capaz de desviar la aguja de un galvanómetro poco sensible. La corriente cesa con la reduccion completa del nitrato de plata.

Los dos conductores que se dirigen al galvanómetro son de plata y atraviesa cada uno un tubo de cristal que le aísla. Sus extremidades están sumergidas en la gota de solucion del nitrato argéntico puesta en contacto con los tejidos orgánicos; la piel sana ó enferma por ejemplo.

Aplicando el mismo experimento al nitrato de plata, auxiliado del zinc metálico, se observa primero, que cuando se pone una solucion de aquella sal sobre los tejidos, transcurre cierto tiempo antes de que estos tomen la coloracion negra que todo el mundo conoce. Si, por el contrario, se toca con el zinc metálico la parte barnizada con la solucion, esta se pone instantáneamente de un hermoso negro de marfil, indicio cierto de la reduccion inmediata al estado metálico de toda la plata contenida en el líquido empleado.

Si se prepara el experimento como anteriormente, se comprueba la desviacion del galvanómetro, igual á 10 grados por ejemplo. Uno de los reóforos, bifurcado, termina por un delgado vástago de zinc metálico bien limpio. Cuando la aguja del galvanómetro ha quedado inmóvil, atestigüando el paso de la corriente suministrada por la reduccion de la plata, se introduce con rapidez en la gota de solucion el reóforo bifurcado, que termina por una varilla de zinc. Inmediatamente indica el galvanómetro

una desviación que pasa de 45° , y que prueba que la corriente eléctrica desarrollada es infinitamente superior á la que determina la reducción de la plata bajo la influencia del contacto de los tejidos orgánicos sin intermedio del zinc.

En una palabra, estos experimentos demuestran lo que los conocimientos químicos permitían ya suponer.

1.º Que en la cauterización con el nitrato de plata la reducción del metal se verifica con cierta lentitud, y que la modificación de los tejidos es debida á su impregnación por la plata metálica, así como á las fuerzas físicas puestas en juego bajo la influencia de la reacción química producida.

2.º Que cuando á esta cauterización se añade el contacto del zinc metálico, la reacción química es mas energética, puesto que en presencia de este último metal, la reacción de la plata es instantánea, y la intensidad de las fuerzas físicas desarrolladas mas considerable; por consecuencia, la modificación de los tejidos orgánicos es mas profunda y mas rápida en este último caso.

Supuración: tratamiento por medio de la quinina como medio de modificar su marcha. (*The Practitioner*).

Las investigaciones recientemente practicadas por el doctor Douglas Morton le han demostrado que la quinina modifica singularmente la marcha de la supuración. El autor cita en apoyo de esta idea tres casos en que ha empleado dicho agente. Dos de ellos presentaban circunstancias particularmente desfavorables y, sin embargo, el éxito obtenido fué completo. No solo la supuración disminuye y cesa rápidamente, sino que la vitalidad de las superficies y la formación de los mamelones carnosos aumentan de una manera notable.

La quinina ha dado asimismo muy buenos resultados en la blenorragia: el flujo cesa muy pronto, no reaparece luego que se suspende el tratamiento, y en los casos observados no se presentó, ni complicación testicular, ni blenorragia crónica.

Tenaza para resecciones. (*Journ. de méd. et chir. prat.*).

Este instrumento ha sido construido por M. Collin, siguiendo las indicaciones del doctor Farabeuf.

Siempre que en la práctica de las resecciones ó de las amputaciones intra-capsulares, tiene el cirujano necesidad de coger un hueso voluminoso, las tenazas de resecion hasta ahora conocidas son insuficientes.

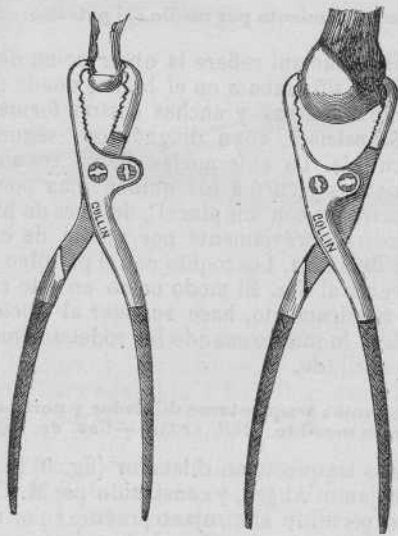


Fig. 8.

La separacion de los bocados, determinada por el volumen del hueso, produce una separacion proporcional en el mango, en términos que la mano no puede abarcar el instrumento.

La tenaza á doble articulacion de M. Farabeuf, fig. 8, permite al cirujano coger tan fácil y tan sólidamente la cabeza del húmero como la de un metacarpiano.

Muchas veces se ha empleado ya este instrumento con

ventaja, especialmente para las resecciones del hombro, de la mandíbula superior, de la rodilla, del calcáneo, etc.

Es fácil ver, examinando el grabado, que este instrumento se funda en un principio muy sencillo. Se le puede articular en la línea media como todas las tenazas, ó en una mortaja descentrada, en cuya posición los bocados están ya separados aun cuando no se halle abierto el instrumento; basta separar un poco los mangos para que la abertura sea considerable.

Tiña fabosa: tratamiento por medio del petróleo. (*Il Morgagni*).

El profesor Cantani refiere la observación de un enfermo atacado de tiña fabosa en el brazo, donde tenía desde muchos años gruesas y anchas costras formadas por el *Achorion Schenleini*, cuyo diagnóstico, según el autor, era indiscutible. La enfermedad había resistido á todos los tratamientos y curó á los quince días por la aplicación del petróleo con un pincel, después de haber hecho caer las costras previamente por medio de cataplasmas de harina de linaza. Los toques con el petróleo se repetían muchas veces al día. El modo como en este caso fué tolerado el medicamento, hace suponer al doctor Cantani que sucederá lo mismo cuando los rodetes fábicos ocupen el cuero cabelludo.

Traqueotomía: traqueotomo dilatador y porta-cánulas de extremo movable. (*Bull. de théér.—Gaz. des hopitaux*).

El nuevo traqueotomo dilatador (fig. 9) ideado por el doctor Benjamin Anger, y construido por M. Collin, tiene por objeto permitir al cirujano practicar por medio de un solo instrumento la abertura de la tráquea, previamente descubierta, obteniendo al mismo tiempo la dilatación de la herida.

La idea de un traqueotomo dilatador ha dado ya lugar á la invención de algunos instrumentos, entre los que podrían citarse los de Thompson, Maisonneuve, Marc See. Pero no habiendo parecido que ninguno de ellos responde satisfactoriamente á las condiciones de la operación, le ha parecido útil al doctor Anger modificar el instrumento dilatador traqueal del doctor Laborde, trans-

formando la lámina media en instrumento cortante, cuya punta sobresale un medio centímetro de las dos ramas laterales.

El instrumento así dispuesto penetra fácilmente á través de los anillos de la tráquea, sin mas que comprimir ligeramente con el índice sobre su convexidad. Luego la separacion de las ramas produce la incision de la tráquea en la línea media.

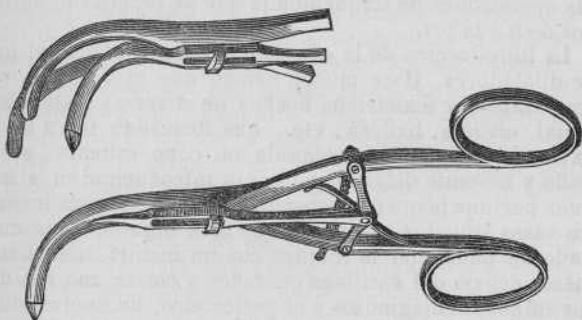


Fig. 9.

En una palabra, el mismo instrumento hace á la vez la incision traqueal y la dilatacion.

Una cremallera adaptada á las ramas permite que se las mantenga abiertas, verificándose la introduccion de la cánula con la mayor facilidad.

Aun cuando una circunstancia cualquiera obligue al cirujano á incindir la tráquea con el bisturí, el traqueotomo en cuestion podrá emplearse á título de dilatador y prestará exactamente los mismos servicios que los dilatadores de tres ramas.

Porta cánulas traqueal.—El doctor Pean ha sometido al exámen de la Academia de Medicina de Paris un porta-cánulas traqueal de extremo amovible que sirve para introducir en la tráquea, sin auxilio de ningun dilatador, las cánulas de todas dimensiones.

Las dos dificultades principales en la operacion de la traqueotomía son la hemorragia y la introduccion de la cánula. Desde hace más de diez años, el doctor Pean ha

vencido la primera por medio de sus pinzas hemostáticas que le sirven como en otras regiones para reemplazar con ventajas á los retractores durante la operacion. Las que coloca sobre los vasos las retira habitualmente terminada esta, ó deja puestas algunas si el calibre de la arteria lo exige. M. Pean se ha servido siempre del bisturí para poner al descubierto la tráquea, y con sus pinzas no ha tenido nunca que lamentar hemorragias en las numerosas operaciones de traqueotomía que ha practicado en niños ó en adultos.

La introduccion de la cánula exige de ordinario el uso de dilatadores. Hace mucho tiempo que el autor les reemplazaba por mandrines hechos de diversas sustancias, metal, madera, ballena, etc., que formando fuera de la extremidad libre de la cánula un cono saliente, aplinado y bastante delgado, pudieran introducirse en la tráquea por una pequeña incision. Para no herir inútilmente los vasos situados al exterior de este órgano, tiene cuidado de puncionar la tráquea con un bisturí, inmediatamente debajo del cartilago cricóides y cortar con rapidez los anillos cartilagosos y el pericondro, de dentro afuera, deteniéndose tan pronto como siente que se ha ven-

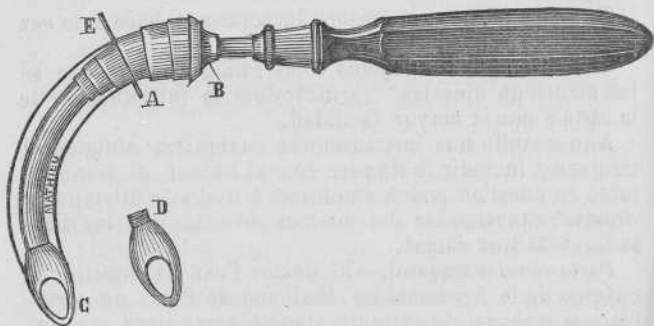


Fig. 10.

cido la resistencia. El cono formado por el mandrin permitia introducirle con la cánula todo lo rápidamente posible. Pero como en este tiempo de la operacion la aber-

tura traqueal y el paso de la cánula provocan una especie de sofocacion bastante alarmante, el doctor Pean ha hecho construir á M. Mathieu un instrumento que parece llena bastante bien estas indicaciones (fig. 10). Es hueco en toda su longitud, de modo que permite al operado respirar libremente mientras se introduce la cánula.

Se compone: 1.º de una varilla tubulada, curva, montada sobre un mango graduado en su base por escalones, correspondientes á los diversos calibres de las cánulas; 2.º su otra extremidad libre D es aplastada, cónica y delgada, á fin de que pueda penetrar sin dificultad por la abertura traqueal: esta varilla está todo lo mas abierta posible para dar paso al aire, y cerca del mango hay unos orificios B. La cánula se halla representada por A, E, C.

Aunque fundado en el mismo principio, este instrumento difiere completamente de la cánula de punta perforada del doctor Henrriette, de Bruselas.

El doctor Pean le ha empleado ya un gran número de veces con ventaja. No produce ningun desórden en la cara interna de la tráquea durante su introduccion, como puede suceder con los demás dilatadores y las otras cánulas. Simplificando la operacion, contribuye poderosamente á su éxito.

Tumor fibroso de la vejiga: extirpacion. (*Archiv. für Klin. chir. et New-York med. rec.*).

Un niño de doce años fué admitido en la clínica del profesor Billroth, el 3 de julio de 1874, sufriendo, segun se creía, de un cálculo en la vejiga. Desde hace diez meses, padecía dolores en la region vesical y en el glande, sobre todo despues de la miccion que era dolorosa, frecuente y casi involuntaria. Exploraciones repetidas con la sonda y el tacto rectal demostraron que se trataba de un tumor fijo en la parte superior y posterior de la vejiga, cerca de la línea media, que era del tamaño de un piñon muy pequeño y de naturaleza dudosa.

A los doce dias despues de la admision, se practicó la operacion siguiente: se hizo la talla perineal lateralizada, é introduciendo el dedo se confirmó el diagnóstico. Entonces se abrió de nuevo la vejiga por la talla supra-

pubiana, dividiendo las inserciones de los músculos rectos para abrir mas espacio. Se ligó el pedículo del tumor y luego se extirpó. Por último se puso un tubo de desagüe (*drainage*) en la herida perineal. El enfermo curó bien; al quinto dia se retiró el tubo, y á los diez y nueve pasaba la orina enteramente por la uretra. El tumor tenia mas de 7 centímetros y medio de longitud y 3 de ancho; presentaba la consistencia de un tumor fibroso y estaba constituido por tejido muscular como los tumores fibrosos del útero.

El tumor es raro, pero no lo es menos la operacion. El profesor Billroth nos tiene acostumbrados desde hace bastante tiempo á sus atrevidas empresas quirúrgicas, pero la que acabamos de referir merece figurar ciertamente entre las primeras.

Tumores melánicos: diagnóstico de su generacion por el examen microscópico de la sangre, de las orinas y de los esputos.
(*Archiv. gén. de méd.*).

El espacio no nos permite hacer mas que transcribir las conclusiones con que termina un interesante estudio publicado por el doctor Clauzel, acerca de esta materia.

1.^a Cuando un enfermo afectado de tumor melánico, se encuentra bajo la influencia de una generacion que produce en las diferentes vísceras tumores pigmentados de la misma naturaleza que el primero, el diagnóstico de esta generacion visceral es de una importancia extraordinaria para el enfermo y para el cirujano. Lo prueba la marcha sumamente rápida y á veces fulminante de la enfermedad despues que se ha practicado una operacion en semejantes condiciones.

2.^a El diagnóstico de la infeccion metastática puede hacerse por la observacion clínica y por el examen microscópico de la sangre, de la orina y de los esputos.

3.^a No manifestándose los signos clínicos que pueden hacer reconocer la enfermedad, hasta muy avanzado el mal, distan mucho de tener siempre el mismo valor. Solo algunos, como la caquexia y la metástasis cutánea, producen certidumbre; pero el primero aparece en el último período del proceso morboso, y el otro es bastante raro; hay algunos que tienen verdadera importancia (orina y

esputos realmente melánicos, infección ganglionar), pero no son constantes; otros, en fin, son constantes (recidiva, infarto ganglionar simple), pero su valor es dudoso é inseguro.

4.^a El exámen microscópico de la sangre, de la orina y de los esputos puede auxiliar poderosamente al cirujano en su diagnóstico, y frecuentemente este será su único elemento. El autor refiere 5 observaciones que tienden á demostrar este hecho.

La aplicación de este procedimiento debe reservarse de un modo exclusivo para los tumores francamente melánicos (enteramente pigmentados), y que han reproducido por metástasis otros tumores semejantes al primitivo.

En los demás casos, no proporciona datos tan seguros (tumores medio pigmentados).

5.^a El microscopio revela los productos siguientes en las orinas de los sujetos afectados de granulación melánica.

a. Agrupaciones irregulares de granulaciones negruzcas.

b. Moldes cilíndricos parduscos.

c. Cristales de color hortensia (Nepveu).

Cuando el microscopio descubre en las orinas de los sujetos melánicos semejantes productos, estos vendrán á confirmar con gran fuerza la idea de la generalización del padecimiento, y en la mayoría de los casos, permitirán asegurar su existencia.

6.^a La sangre de los sujetos afectados de generalización melánica, presenta al microscopio las alteraciones siguientes:

a. Glóbulos blancos ligeramente aumentados en número.

b. Granulaciones negruzcas en los glóbulos blancos.

c. Granulaciones pardo-rojizas en el suero, formando cilindros pequeñísimos.

d. Algunas veces los glóbulos rojos aislados ó reunidos en masas cilíndricas, presentan un tinte negro muy oscuro.

El procedimiento empleado para hacer el exámen de la sangre es sencillísimo; basta picar con un alfiler en la yema del dedo, colocar en la placa porta-objetos la gotita de sangre y examinarla en seguida en su propio suero.

7.^a La expectoracion de los desgraciados que padecen melanosis pulmonar presenta caractéres importantes. Los esputos son algunas veces negros, casi como la tinta, ó presentan un color que puede variar del gris ceniciento al azul apizarrado. Con el microscopio se descubren células epiteliales llenas de granulaciones grises ó negras en gran cantidad.

8.^a Todos estos signos, aunque no dan una certidumbre absoluta, ofrecen sin embargo grandísimas probabilidades.

Deseamos con el autor, que su excelente trabajo encuentre continuadores, y añadiremos por nuestra parte que sus esfuerzos contribuyen poderosamente á ilustrar una cuestion importante y aun poco estudiada.

Úlceras de las piernas sostenidas por lesiones del corazon.

(*Bull. de la Soc. anat.*).

Habiendo llamado la atencion al doctor Marcano en muchos casos, ver heridas simples producidas por un traumatismo, no curar en individuos afectados de una lesion orgánica del corazon, y sabiendo como todo el mundo que las varices sostienen las úlceras de las piernas, se ha preguntado si no podria desempeñar el mismo papel patogénico un obstáculo á la circulacion venosa situado en el corazon. Del exámen de gran número de hechos cree poder deducir las conclusiones siguientes :

1.^a Las afecciones del corazon predisponen á las úlceras de las piernas y pueden tambien producir las.

2.^a Estas úlceras, que podrian llamarse cardiopáticas, no son un hecho muy raro.

3.^a Hasta ahora no han podido observarse relaciones entre la evolucion de la ulceracion y los síntomas de la enfermedad del centro circulatorio. El papel etiológico que desempeñan las afecciones cardíacas, no parece consistir mas que en el edema permanente que determinan en las piernas, puesto que se ve siempre que este precede á las úlceras.

Úlceras venéreas: tratamiento por medio del yodoformo.
(*Annales de Dermatologie et de siphiliographie*).

El tratamiento de los chancros por el yodoformo no es nuevo; no obstante, es á veces útil confirmar los resultados beneficiosos obtenidos y presentar hechos recientes en apoyo de medicaciones que podrian caer en el olvido. Esto es lo que ha querido hacer el doctor Profeta en una interesante carta publicada en los *Anales de dermatologia*. Afirma en ella este profesor que el yodoformo es el tóxico mas poderoso que puede emplearse contra las ulceraciones venéreas, y en comprobacion de esta idea refiere detalladamente 12 observaciones de chancros no infectantes, curados con mucha rapidez por dicho medicamento. El método que el autor emplea es muy sencillo: dos veces al dia lava la úlcera con una solucion de yodoformo (2 á 3 gramos de yodoformo para 30 de glicerina y 10 de alcohol); luego hace la cura con el polvo de yodoformo, cubriendo perfectamente con él la herida.

Uña quirúrgica. (*Bull. de théér.*).

El doctor Motais ha presentado á la Academia de Medicina de Paris el modelo de una uña quirúrgica. Este instrumento consiste en una uña de acero que cubre la uña natural. Un anillo muy estrecho, que abraza la base de la última falange y una ranura en que encaja la uña verdadera, forman sus puntos de apoyo suficientemente sólidos.

Este instrumento, dando al dedo una gran fuerza de accion, *deja libre en toda su extension las sensaciones del tacto y la flexibilidad de sus articulaciones*. No es, propiamente hablando, la uña quirúrgica, es el dedo inteligente y armado el que obra, sintiendo exactamente lo que corta ó dislacera.

La idea de una uña artificial es ya antigua; M. Chas-saignac hizo construir un instrumento de esta clase para legar la base de los pólipos naso-faríngeos; pero no le dió otras aplicaciones, porque adaptándose esta uña sobre un tubo articulado, en el que se introducía el dedo, privaba á este órgano del tacto y de la flexibilidad necesaria en las operaciones.

La poca resistencia de la uña natural es un obstáculo para que se la emplee en sustitucion de los instrumentos cortantes, cuyo uso es peligroso y siempre un poco ciego en las operaciones que se practican en las cavidades naturales ó para la extirpacion de tumores profundamente situados en las regiones vasculares. La uña quirúrgica responde á este inconveniente, armando el dedo de una uña blanda ó cortante á voluntad y siempre muy sólida.

Este instrumento parece que debe encontrar aplicaciones útiles en la cirugía operatoria: en la diseccion de los tumores, y sobre todo de los adenomas del cuello y de la axila, de las adherencias de los quistes del ovario, de la placenta, en la extirpacion de los pólipos naso-faríngeos y uterinos.

Varices graves: nuevo método operatorio. (*The Lancet*).

En una leccion dada por el doctor Marshall, profesor de cirugía en University College hospital, y que resume el periódico *The Lancet*, describe este cirujano un método para operar las varices graves. El 14 de noviembre practicó con éxito esta operacion en un mozo de labranza, que tenia en los dos miembros inferiores tumores varicosos considerables, extendidos desde la embocadura de la safena hasta los maléolos. Estos tumores eran causa de violentos dolores, é imposibilitaban al enfermo de trabajar. La pierna izquierda estaba mucho mas afectada que la derecha, y en ella fué en la que hizo Marshall la operacion que describe en los siguientes términos:

Se cloroformizó al sujeto despues de haber tenido la pierna envuelta en compresas fenicadas durante una hora. Trazó con tinta el curso de la vena enferma debajo de la rodilla en una extension de 9 pulgadas próximamente. A cada una de las extremidades de esta línea hizo una ligadura por medio de un alfiler pasado debajo de la vena y de un pedazo de sonda uretral y un hilo arrollado en ocho de guarismo.

Practicó otras dos ligaduras semejantes encima de la ligadura superior, de modo que quedase entre ellas un espacio de 2 pulgadas, y otra á 2 pulgadas por debajo de la ligadura inferior. Los alfileres, sondas é hilos, todo habia

sido previamente fenicado. Entonces hizo aplicar sobre todo el miembro la venda de Esmarch, cuyo efecto fué vaciar enteramente la vena varicosa, sin exceptuar las partes comprendidas entre las ligaduras. Incindió en seguida la piel en toda la extension de la línea marcada con tinta, y abrió, con un disector y por medio del bisturí, toda la parte de la vena que habia sido puesta al descubierto.

Como esta formaba entonces en el centro de la herida una masa ancha y tortuosa, la ligó por abajo y por arriba, y la excindió con la pinza y las tijeras; luego colocó en el fondo de la herida un pedazo de gasa fenicada, y completó el apósito antiséptico. La operacion fué ejecutada bajo una pulverizacion de una solucion de ácido fénico, segun el método de Lister. No hubo la mas pequeña pérdida de sangre.

El 17 de noviembre, formacion de coágulos en la porcion de la vena que no habia sido excindida. El 11 de diciembre, rubicundez erisipelatosa en la parte interna del muslo y de la pierna, porque se habia dejado de curar con el agua fenicada, á la que se volvió de nuevo. El 5 de enero, curacion.

Marshall hace notar que la parte en que se habia excindido la vena curó mas pronto que la que estaba sencillamente cerrada por dos ligaduras, pero sin excision. En adelante se propone excindir la vena sin haberla abierto previamente sobre un conductor.

Varicocele: tratamiento por el vendaje herniario. (*Berl. Klin. Wochens.*)

Generalmente se indican entre las causas del varicocele las hernias, ó la costumbre de llevar un vendaje herniario. Invirtiendo completamente este modo de ver, el doctor Ravoth establece que en 1,500 enfermos afectados de hernia inguinal que ha podido observar, no ha encontrado un solo caso de varicocele bien marcado. Este hecho no solo le conduce á negar toda relacion entre la hernia y el varicocele, sino que le ha sugerido la idea de un tratamiento curativo. En efecto, entre estos 1,500 casos, es natural pensar que hubiese en su origen cierto

número de varicoceles que entonces habrían sido curados por la presión de la hernia ó de su vendaje. Fundándose en esto el doctor Ravoth, ha tratado 28 casos de varicocele haciendo llevar á los enfermos el vendaje que se usa ordinariamente en la hernia inguinal. Se tiene aplicado todo el día y se quita por la noche. Durante dos ó tres horas determina una presión considerable sobre las venas espermáticas á su entrada en el conducto inguinal, y el resto del día mantiene solo una presión moderada, pero siempre sensible. El autor confiesa ignorar cómo obra este tratamiento, pero no duda de su eficacia. Bajo esta presión, dice, el varicocele disminuye inmediatamente y aun de un modo visible de volumen; los dolores desaparecen también. No se puede explicar esto más, según el doctor Ravoth, que suponiendo que el curso de la sangre se acelera en las venas: al mismo tiempo se retrae el testículo hácia el conducto inguinal por efecto indudablemente de la irritación del cremaster.

El autor cree que este tratamiento podría prestar muchos servicios en las varices de las piernas y en los casos «de irritación incómoda de los órganos genitales, que se traduce por pérdidas espermáticas involuntarias y onanismo.» Su opinión se funda en razones puramente teóricas, pero parece en parte justificada por cierta experiencia. Para las varices coloca la pelota inmediatamente debajo del ligamento de Falopio de modo que comprima á la vena crural en el punto que desemboca la safena interna.

OFTALMOLOGÍA.

Agudeza visual: escala tipográfica decimal para medirla.
(Gaz. méd.).

El doctor Monoyer ha presentado á la Academia de Ciencias de Paris una escala tipográfica decimal acompañada de una nota que termina con las siguientes conclusiones:

1.^a La nueva escala comprende diez números; la mayor parte de las otras solo tienen siete.

2.^a Las dimensiones de los caracteres que componen los diversos números de esta escala han sido calculadas de manera que el conjunto de los diez números representen la série completa de los *décimos* de agudeza visual, de 1 á 10 ó de 0,1 á 1.

3.^a Cada uno de los números corresponde, por consiguiente, á un número exacto de *décimos* de la agudeza normal tomada como unidad; esta cifra la da el rango que el número ocupa en la escala; el intervalo entre los dos números consecutivos es, pues, constantemente igual á un *décimo* de la agudeza normal; no existe, por lo tanto, vacío alguno. En todas las demás escalas el intervalo es variable.

4.^a Esta escala da así á conocer *sin ninguna maniobra ni cálculo auxiliar* la agudeza visual con una aproximación constante de un *décimo*; al mismo tiempo la fracción decimal ha reemplazado á la ordinaria.

5.^a Si se quisiese sería fácil llevar la aproximación hasta *centésimos*; bastaría para ello hacer variar, por medios centímetros, hasta el límite de 45 centímetros la distancia de la escala al ojo cuya agudeza visual se trata de medir. Las indicaciones que preceden bastan para demostrar que el principio que ha servido de base á la construcción de la nueva escala consiste únicamente en la aplicación del sistema decimal á la medida de la agudeza visual, lo cual justifica su denominación.

6.^a La escala decimal está construída para la distancia de cinco metros.

7.^a A ejemplo de un médico americano, el doctor Green, autor de una escala tipográfica, en la que se ha aplicado el principio de una progresion regular, no al grado de la agudeza visual, sino muy inútilmente á las dimensiones de las letras, en la que nos ocupa, se han adoptado los caractéres llamados *antiguos*: esta clase de letras mayúsculas, se prestan mejor que las egipcias á las exigencias múltiples y frecuentemente opuestas de la estética, de la uniformidad de las relaciones geométricas, de la facilidad para ser reconocidas, etc.; tienen sobre las clásicas ordinarias la ventaja de estar formadas de líneas de igual grosor en todas sus partes.

Ambliopias alcohólicas: tratamiento por el bromuro de potasio. (*Annales d'ocul.*).

Segun el doctor Quaglino, el uso del tabaco únicamente no es una causa de ambliopia, porque el organismo se habitúa á la nicotina como á los demás venenos narcóticos cuando se toman en pequeñas dosis durante mucho tiempo. Fúndase esta opinion en los resultados negativos de las experiencias hechas en animales y en la rareza de los casos considerados como ambliopias relativamente á lo generalizada que está la costumbre de fumar. En todos los hechos observados por el autor y en los cuales se pudiera haber indicado el uso nocivo del tabaco, existian otras causas mas verosímiles para explicar la ambliopia, especialmente el abuso de los espirituosos.

Las ambliopias alcohólicas son frecuentes en la Italia septentrional, donde es muy comun la aficion excesiva á los aguardientes y licores. Fundándose Quaglino en el efecto producido por el bromuro de potasio contra los diversos fenómenos nerviosos del alcoholismo, y recordando que Lewitzki (de Kasau) y Albutt han observado el estrechamiento de los vasos de la pia madre y de la papila óptica á consecuencia de la administracion del bromuro de potasio á altas dosis, ha tratado por este medicamento principalmente los casos de ambliopia asociada á fenómenos de congestion del nervio óptico y á calambres en las extremidades.

Despues de haber administrado préviamente algunas

píldoras purgantes, prescribe 1 ó 2 gramos de bromuro de potasio al día y aumenta poco á poco la cantidad hasta que aparecen los primeros síntomas de intoxicación brómica (cansancio en las piernas, somnolencia, ligero entorpecimiento en la pronunciación y en la memoria). Hasta la cantidad de 9 á 12 gramos no se producen estos fenómenos, despues de cuya presentación se suprime el medicamento durante algunos días para administrarle en seguida con prudencia y en dosis progresivas. Los signos de eretismo nervioso ceden á las dosis de 8 á 9 gramos, y al mismo tiempo se aclara la niebla visual. La agudeza de la vista es normal en los casos poco graves, mientras que la ambliopia subsiste en parte en los inveterados, en que la mitad externa de las papilas está ya decolorada y las arterias disminuidas; sin embargo, aun en estas últimas circunstancias se detienen los progresos del mal y se conserva el alivio obtenido en la vision. Varios de los siete enfermos, cuyas observaciones refiere el autor, presentaban reflejo grisáceo de la retina, turgencia de las venas y enturbiamiento de la papila.

El bromuro de potasio puede afectar el órgano visual en pocos días y en casos en que no producen efecto otras medicaciones. Dos de los enfermos tomaron hasta 20 gramos diarios, lo que dió lugar á síntomas bastante graves de bromismo, especialmente en uno de los casos en el cual descendió la temperatura del cuerpo y hubo necesidad de emplear sinapismos y estimulantes.

Atropina : accidentes consecutivos á su uso en colirios.

(Recueil d'ophthalmologie).

Conocidos son de todos los prácticos los peligros á que puede exponer la administracion intempestiva ó poco prudente de la atropina bajo ciertas formas, con especialidad por el método hipodérmico; pero no se conocen tan bien y era importante llamar la atencion acerca de los accidentes, ya locales, ya generales, que pueden resultar de la administracion prolongada de la atropina en instalaciones en el ojo para el tratamiento de las enfermedades oculares en que su utilidad está por otra parte tan perfectamente demostrada. A un periódico especial como el

Recueil d'ophthalmologie, y sobre todo á su director M. Galezowski, tan competente en esta materia, correspondia ilustrar este punto por medio de observaciones útiles. En una nota publicada en dicho periódico, aquel distinguido oftalmólogo nos da á conocer por ejemplos tomados en su propia práctica las dos clases de accidentes á que puede dar lugar la instilacion de la atropina en el ojo, y que son locales y generales.

Entre los accidentes locales figura en primera línea la conjuntivitis, susceptible de adquirir grandísima intensidad si se persiste en el uso de la atropina, y que no cede mas que á la suspension de este agente y á la aplicacion de los chorros de vapor y las cauterizaciones.

La irritacion que produce la atropina en ciertos ojos no se detiene solo en la conjuntiva, sino que se comunica á veces á la córnea, determinando abscesos y úlceras mas ó menos profundas y muy tenaces.

Uno de los efectos mas notables de las instilaciones intraoculares de este alcalóide es la inflamacion del saco lagrimal con desviacion del punto del mismo nombre. M. Galezowski habia notado ya hace mucho tiempo que en ciertos individuos la instilacion de la atropina ocasionaba alteraciones en las vías lagrimales. Pero no habia tenido aun ocasion de observar la produccion de estos accidentes hasta el punto que se han manifestado en un enfermo que ha visto recientemente y que estaba afectado de iritis con conjuntivitis muy intensa. El uso de la atropina, que la iritis hacia indispensable, determinó en este caso una verdadera dacriocistitis, que terminó por supuracion. Fué preciso renunciar al uso de aquel medicamento que á cada nueva instilacion aumentaba la intensidad de los síntomas inflamatorios.

En cuanto á la intoxicacion general revelada por el delirio atropínico, se habian observado ya ejemplos hace largo tiempo. A los hechos conocidos, añade Galezowski dos nuevos en su nota, el uno observado por Richet, y el otro por él mismo.

De aquí la importancia de esta nota llamando la atencion de los prácticos acerca de estos peligros.

Blefaroplastia : ingerto dérmico. (Gaz. des Hop.).

El doctor Sichel ha presentado, á la Sociedad de Cirugía de Paris, una mujer en que habia practicado quince meses antes una blefaroplastia por ingerto dermo-epidérmico, segun el procedimiento de Ollier.

Era la enferma una mujer de cuarenta y ocho años que habiéndose caido en un brasero se hizo una quemadura en el párpado superior y en la mitad derecha de la cara. El párpado, completamente quemado, desapareció resultando un lagofthalmos con ectropion de ambos párpados, poco pronunciado en el inferior, pero muy extenso en el superior. El estado de los tegumentos inmediatos hacia inadmisibile la idea de una blefaroplastia. No obstante, vista la urgencia de intervenir quirúrgicamente, el doctor Sichel se decidió á hacer una blefaroplastia por heteroplastia ó ingerto dérmico. A este efecto tomó un colgajo de piel de 4 centímetros cuadrados en la region posterior y superior del antebrazo derecho y quitándole todo el tejido celular y adiposo, le dividió en 6 fragmentos que colocó sobre la superficie cruenta despues de haber desprendido con cuidado el borde libre del párpado, disecando este de manera que pudieran ponerse en contacto los dos bordes de los párpados superior é inferior. Se avivaron estos y se reunieron por medio de una sutura. Los ingertos se mantuvieron en posicion con tiras de tripa engomada fijas por medio de colodion. Una gruesa capa de algodón formada de diez hojas sobrepuestas y sujeta por un vendaje circular puso la region operada al abrigo de toda violencia exterior.

A los seis dias se levantó el apósito, viéndose debajo de la tripa un mosaico formado por los ingertos. La epidérmis se habia mortificado, pero ya estaba reemplazada por otra de nueva formacion. Quince meses despues el párpado tenia casi sus caractéres normales, y el autor se reservaba hacer mas adelante la separacion de los dos párpados.

Posteriormente ha dado cuenta de otro hecho análogo en que se obtuvo tambien un éxito feliz. Cuando se tallan los colgajos, dice M. Sichel, se retraen considerablemente, pero se extienden de nuevo al soldarse á la super-

ficie de la herida. Se tocan primero, luego se cruzan sus bordes formando tubérculos que se reabsorben ulteriormente, pero que á veces son tan considerables que es preciso excindirlos.

El doctor Lefort ha empleado este procedimiento, segun dice, antes que Ollier, en 1867 por primera vez, pero con mal resultado por consecuencia del uso de un colgajo único y demasiado grande. Una segunda vez, en 1872, fragmentó el colgajo y consiguió la curacion, que comunicó á la Academia de Medicina. No reclama sin embargo la prioridad, porque habia leido en un periódico inglés la relacion de esta operacion hecha en un indio por un barbero indígena.

Blefaroptosis ó caída del párpado superior: aparato protéico para remediarla. (*Journ. de théér.*).

El doctor Constantino Paul ha comunicado, á la Sociedad de Terapéutica de Paris, tres casos de blefaroptosis que ha observado y que se presentaron en las condiciones siguientes en sujetos de edades diversas: el párpado superior se prolonga de un modo extraordinario, se pliega, distiende el músculo elevador y cubre mas ó menos completamente el globo ocular. Esta distension exagerada tiene por consecuencia la aparicion de líneas equimóticas sobre la piel y la atrofia completa del músculo elevador. Fácilmente se concibe que los enfermos, encontrándose ciegos, por decirlo así, por este velo membrano-inerte que cubre sus ojos, no tengan otro remedio para ver, que echar fuertemente la cabeza hácia atrás ó mejor aun levantar directamente con sus dedos los párpados paralizados. Este artificio acaba al fin por ser muy penoso de practicar y los sujetos renuncian de ordinario á ejercer su vision á precio de tales esfuerzos.

Debemos añadir que esta enfermedad es al parecer incurable; los tres sujetos observados por Paul, fueron tratados inútilmente por la electricidad en forma de corrientes de induccion ó contínuas; sufrieron sin éxito diversas operaciones quirúrgicas y no obtuvieron el mas pequeño alivio con los diversos medios farmacológicos que se emplearon contra su blefaroptosis. Esta incurabilidad se ex-

plicaria, segun M. Paul, por la naturaleza misma de la afeccion. Trátase en efecto en este caso, segun él, de una lesion de nutricion del párpado, que interesa principalmente su capa cutánea, y no de una enfermedad nerviosa pura y simple que tuviera por asiento el ramo del tercer par que anima al músculo elevador.

No quedaba, pues, mas que un solo recurso que oponer á esta blefaroptosis: un aparato protéico destinado á elevar mecánicamente los párpados. El autor ha hecho construir unos anteojos especiales que llenan perfectamente el objeto. Se adapta una placa transversal de centímetro y medio de ancho á la mitad superior de la armadura de unas gafas ordinarias, ensanchando por consiguiente de un modo considerable la pieza elíptica que sostiene los cristales. Esta placa está destinada á penetrar con cierta fuerza en el surco óculo-orbitario superior, empujando hácia esta cavidad el párpado y sosteniéndole elevado mecánicamente. El doctor Paul añade que una jóven afectada de prolapso del párpado, lleva este aparato desde hace mucho tiempo, sin molestia y con excelentes resultados.

Catarata: extraccion á colgajo periférico. (Gaz. méd.).

El doctor Wecker ha dado á conocer, en una nota presentada á la Academia de ciencias de Paris, el procedimiento operatorio de la catarata que denomina extraccion á colgajo periférico.

Segun este distinguido oftalmólogo, cuando se obtiene un éxito completo por el antiguo procedimiento clásico de *Daviel*, es lo mas perfecto que un cirujano puede ambicionar como resultado operatorio. Desgraciadamente la experiencia ha demostrado que con este procedimiento el operador mas hábil no puede evitar que de cada diez casos se desgracie uno por completo, y en otro enfermo no se restablezca la vista sino á precio de una segunda operacion incierta tambien en su resultado.

Para evitar estos escollos, independientes del operador, pero inherentes en gran manera al procedimiento, se ha variado por una parte la seccion de *Daviel*, llevándola de la córnea al punto de union de esta membrana con la esclerótica, segun ha hecho *Jacobson*; por otra parte se ha

cambiado completamente la forma de esta seccion, dándola una direccion casi rectilínea, conforme ha indicado de Graefe.

Estas modificaciones, que tienen por principal objeto asegurar á la seccion una coaptacion y cicatrizacion mejores, han reducido las pérdidas inmediatas á 5 y aun á 2 por 100, y el número de los resultados incompletos á la mitad del que daba el procedimiento de Daviel. Así, la extraccion lineal ha aventajado en estos últimos tiempos al antiguo procedimiento clásico, aunque produce un agrandamiento definitivo de la pupila por la excision de una porcion del íris.

Es no obstante incontestable, que si ha ganado mucho la seguridad de la operacion, en cambio ha perdido algo la pureza de los resultados bajo el punto de vista óptico. Se ha intentado por esto evitar la necesidad de la pupila artificial, haciendo la seccion lineal en la córnea. Pero estos ensayos han sido poco felices, porque se vuelve á colocar á la seccion en las mismas condiciones desfavorables de cicatrizacion que en el procedimiento de Daviel, y aunque la coaptacion de estas heridas por ser lineales pueda verificarse de una manera mas íntima que en la seccion á colgajo, es imposible en muchos casos evitar el prolapsos y enclavamiento del íris, que constituyen uno de los principales inconvenientes y peligros del antiguo método.

Un procedimiento operatorio perfecto tendrá pues en el estado actual de la ciencia que llenar los *desiderata* siguientes, segun el doctor Wecker :

1.º La seccion debe ponerse en las mejores condiciones de coaptacion y de cicatrizacion, debiendo por consecuencia ocupar la union de la córnea con la esclerótica.

2.º Esta seccion debe permitir la salida fácil y completa del cristalino, *sin que haya necesidad de agrandar la pupila.*

3.º Deben evitarse, cuanto sea posible, los enclavamientos y prolapsos del íris á que predisponen mas que ninguna otra las secciones periféricas.

4.º Será necesario no obtener, como en el procedimiento de Daviel, ciertas ventajas á precio de un número tan considerable de éxitos desgraciados; pero deberán conseguirse y aun excederse los mismos resultados satis-

factorios que han dado hasta ahora los procedimientos combinados.

El doctor Wecker cree que llena todas estas condiciones el siguiente procedimiento operatorio.

Primer tiempo.—El ayudante levanta con el dedo el párpado superior, ó, si el enfermo es poco dócil, se hace uso de un pequeño separador, con el que se tienen los párpados suspendidos encima del globo del ojo. El operador, despues de haber fijado este con una pinza, cerca

Fig. 11.



Fig. 12.

de la parte media del borde interno de la córnea, desprende exactísimamente el tercio superior de esta membrana en su union con la esclerótica. Forma de este modo, en una córnea de 42 milímetros de diámetro, un colgajo de 4 milímetros de altura y 11^{mm},31 de base (1). Luego que está hecha la contrapuncion y que el iris no puede precipitarse sobre el corte del cuchillo (figura 11) (2), el operador quita la pieza de fijacion y termina la seccion sin formar colgajo conjuntival, dejando caer en seguida el párpado superior.

(1) Las figuras 13, 14 y 15 representan la antigua seccion á colgajo, la de Jacobson y la del doctor Wecker. Segun que se hacia por el antiguo procedimiento (en una córnea de 12 milímetros de diámetro), la puncion á uno ó medio milimetro del borde esclerotical, el colgajo tenia 10 ú 11 milímetros de base. La seccion Jacobson, situada en la union de la córnea con la esclerótica y colocada á medio milimetro por debajo del diámetro horizontal de la córnea, da, en las mismas condiciones, una extension de 11,85 milímetros á la base del colgajo, medio milimetro próximamente mas que la seccion del doctor Wecker.

(2) El cuchillo de que el autor se sirve tiene la mitad de ancho que el antiguo cuchillo de catarata, y doble longitud que el que se emplea para las secciones lineales.

Segundo tiempo.— Se cubre el ojo con una esponja fria y se deja descansar al enfermo algunos instantes, al mismo tiempo que se le anuncia que todo lo que la operacion tiene de doloroso está terminado. Se procede entonces á la abertura de la cápsula del cristalino, sirviéndose del quistitomo ordinario y sosteniendo el operador mismo el párpado superior.

Tercer tiempo.— El ayudante vuelve á coger este párpado, y el operador, á la vez que empuja el cristalino con el párpado inferior hácia la abertura practicada en el ojo, deprime por medio de una delgada espátula de cautchouc (figura 12), el labio superior de la seccion y la insercion periférica del iris, de modo que se separe el cristalino del iris, que tiende á envolverle en el momento de su salida.

Cuarto tiempo.— Se procede á limpiar la pupila, que se desembaraza de las masas corticales que pueden haber



Fig. 13.

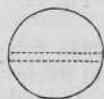


Fig. 14.

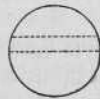


Fig. 15.

quedado retenidas en el ojo, haciéndolas deslizar hácia afuera por medio de frotos ejercidos de abajo arriba sobre la córnea al través del párpado inferior. Durante esta limpieza, no hay que preocuparse del prolapso del iris, así como tampoco hay que tenerle en cuenta en el segundo y tercer tiempo de la operacion. Luego que se han extraido todos los restos de la catarata, si el iris no ha entrado por sí mismo en el ojo, se reduce el prolapso por medio de la pequeña espátula, que se hace deslizar suavemente de plano en la herida, empujando delante de sí el iris.

Quinto tiempo.— Ocupando el iris la parte superior de la cámara anterior, se instilan 2 ó 3 gotas de una solucion de sulfato neutro de eserina (5 centígramos por 10 de agua), y se esperan cinco minutos, hasta que se produce la accion miótica, y contrayéndose la pupila, el iris no presenta la menor tendencia á remontar hácia la

seccion cuando se manda al enfermo que mire hácia abajo.

Se aplica entonces el vendaje compresivo, y el sujeto puede levantarse é ir á su cama. Es prudente quitar el vendaje una ó dos horas despues de la operacion é instilar de nuevo la eserina si la accion miótica de esta sustancia no se manifiesta muy acentuada en este segundo exámen. Por el uso de esta fuerte solucion de eserina (1) se obtiene una miosis que dura mas de veinte y cuatro horas, tiempo suficiente para la reunion de la herida, de modo que se puede entonces, si es necesario, recurrir á los midriáticos, sin temor á un enclavamiento del íris.

Catarata: extraccion por la queratomía media. (*La Crónica oftalmológica*).

El distinguido práctico de Sevilla, doctor Chiralt, estudia desde hace muchos años el bello ideal de la operacion de la catarata, que consiste en hallar el procedimiento quirúrgico que tenga mas condiciones de éxito, que produzca menos accidentes secundarios y que deje al ojo en el estado mas fisiológico posible. El laborioso oftalmólogo español cree haberle encontrado en el procedimiento que vamos á dar á conocer, tal como él mismo le ha descrito.

En abril de 1869 dice que practicó su primera operacion por incision lineal simple (media) superior, sin iridectomía, en un hombre de sesenta años, en el cual no hubo el menor accidente, obteniéndose un resultado anatómico y fisiológico completo. Bajo tan feliz auspicio, continuó la série de sus experiencias, ejecutando siete operaciones en personas de cincuenta á setenta años, y

(1) El sulfato de eserina, absolutamente neutro, no ocasiona dolor en el momento de su contacto con la conjuntiva, y no irrita el ojo que se acaba de operar, aun cuando se repitan tres ó cuatro veces las instilaciones. Para obtener una poderosa accion miótica es necesario emplear una solucion fresca de sulfato neutro de eserina que, siendo perfectamente limpida, presenta un ligerísimo tinte ambarino. Las soluciones que cuentan algunas semanas de preparacion, toman un color rosa, ó aun rojizo, y contienen entonces un producto de oxidacion la rubreserina que no tiene ni accion tóxica ni poder miótico.

consiguiendo seis éxitos completos y uno mediano (1). En este mismo año expuso verbalmente en el seno del Instituto médico Valenciano y del Barcelonés, el procedimiento que tenia en estudio, y del que se publicó un extracto en el *Boletín* de la primera de dichas Sociedades, y en la *Independencia Médica*.

El procedimiento del doctor Chiralt consiste en lo siguiente :

Primer tiempo.—Con un cuchillo queratótomo de Graefe, cogido en la posición del queratótomo ordinario, se verificará la punción en el punto de unión de la zona media con la inferior de la córnea, é inmediatamente por fuera del punto de unión aparente de la córnea con la esclerótica, y avanzando horizontal y rápidamente, hará la contrapunción en el punto correspondiente, y con la mayor suavidad de movimientos terminará la incisión hácia abajo, cortando *en realidad* un colgajo de una altura menor que la anchura del cuchillo. La destreza personal hará que el operador no pierda humor acuoso en este tiempo, facilitándosele así los siguientes.

Segundo tiempo.—De igual modo que se procede en la operación á colgajo se dislacerará la cápsula con el quistitomo de Graefe.

Tercer tiempo.—Después de separar el *ecarteur*, tomará el operador con su mano derecha la cucharilla de goma elástica endurecida de Graefe, y al mismo tiempo que con ella abre la incisión corneal, apoyando sobre el labio inferior de la misma, hará presiones sobre el globo ocular por encima del párpado superior en el punto correspondiente á la altura máxima de la córnea, con el objeto de expeler la catarata, lo que se conseguirá con la misma facilidad que en la operación á colgajo ordinario.

Cuarto tiempo.—Este no es constante, reduciéndose, cuando se practica, á la extracción de los restos de sustancia cortical procedentes de la catarata, por medio de suavísimas fricciones con la yema del dedo índice, sobre el párpado superior y la córnea en dirección á la inci-

(1) El autor llama resultado bueno ó completo cuando, el enfermo consigue leer el número 4 de Snellen; mediano, cuando lee un número mayor del 4, y malo ó nulo, cuando no alcanza á leer ni aun el 200 de dicha escala.

sion, y valiéndose en caso necesario, de la cucharilla de Daviel.

El doctor Chiralt refiere el resultado de 85 operaciones practicadas por este procedimiento (47 hombres y 38 mujeres) que fué el siguiente :

RESULTADOS DEFINITIVOS.

Buenos.	El operado podía leer el número 4 de Sne-	
	llen.	75
Malos.	No alcanza á leer el número 100.	5
Medianos.	Lee un número mayor del 4.	7
		<hr/> 85

El autor advierte que el resultado de sus experiencias es tanto mas favorable cuanto que en ellas incluye sus primeras operaciones por este método, en las que carecia aun de la destreza y precision que ha adquirido despues.

Posteriormente ha modificado un detalle operatorio que cree de verdadera importancia, y se refiere á la expulsion ó parto del cristalino. Segun la descripcion que acabamos de transcribir, la catarata es obligada á salir, oprimida medianamente entre dos fuerzas, emanada la primera del dedo índice, que obra por encima del párpado, y la segunda de la cucharilla, que al propio tiempo entreabre la herida, haciéndola practicable; actualmente coloca la cucharilla de Critchett apoyando sobre el borde superior de la incision, que la misma sostiene entreabierta, y en vez del dedo comprime sin intermedio del párpado con la cucharilla elástica ó flexible de Graefe, sobre la extremidad inferior del diámetro vertical de la córnea, ascendiéndola á medida que va siendo expelido el cristalino, y cesando tan pronto como ve que la mayor parte de la catarata ha atravesado la abertura corneal.

El doctor del Toro hace notar que el procedimiento de Chiralt se diferencia del de Lebrun en la menor altura del colgajo, y que aunque fueran idénticos, la prioridad corresponde á nuestro compatriota, que le dió á conocer antes que Lebrun practicase su método.

El doctor Clement, en un artículo publicado en el *Repertorio Jalisciense*, periódico de Méjico, y que ha transcrito el *Anfiteatro anatómico español*, atribuye la idea primitiva de este procedimiento al doctor Pallucci, que fa-

llecio hace cerca de un siglo, y pretende que él, en 1866, elevó á la categoría de método científico esto que no era en el oftalmólogo antiguo mas que una inspiracion empírica. Posteriormente, en 1868, Lucé (de Vire) le recomendó tambien, copiando geométricamente la incision de la córnea de Pallucci, sin mas modificacion que la exigida por las modas de la época: cuchillo triangular é incision llamada superior. Por último, concede el tercer lugar en el orden de prelacion á nuestro distinguido compatriota.

Ajenas á nuestro propósito estas cuestiones de prioridad, creemos con el doctor Clement, que lo que importa es la verdad clínica, la demostracion de las ventajas que el método traiga consigo, y esta verdad es, en opinion del práctico citado, que el peor de los procedimientos que hasta ahora han nacido del método *paracéntrico*, es superior al mejor de los demás.

Catarata : extraccion lineal: cuchillos y aguja para practicarla. (Bull. de théér.).

El doctor Pean ha presentado, á la Academia de Medicina de Paris, una aguja y cuchillos destinados á simplificar la operacion de la catarata (figs. 16 y 17).

El objeto de estos instrumentos es permitir al práctico menos ejercitado tallar un pequeño colgajo con toda la seguridad posible; en otros términos, poner el método de extraccion lineal al alcance de todos.

La aguja sirve de conductor: está sostenida por un mango, su extremidad es fina y lanceolar, su vástago, acanalado, tiene un tope en el que se continúa la ranura. La longitud de esta varilla desde la punta hasta el tope no debe de exceder del diámetro mayor de la córnea; recuerda por sus proporciones la que se emplea para la depresion del cristalino. Con ella se hace la puncion y la contrapuncion siguiendo el diámetro transversal de la córnea por delante del fris. Una vez introducida la aguja se la vuelve de modo que su canal se dirija hácia arriba ó abajo, segun en la direccion que el operador quiera tallar el colgajo.

El primer modelo de cuchillo representa bastante bien

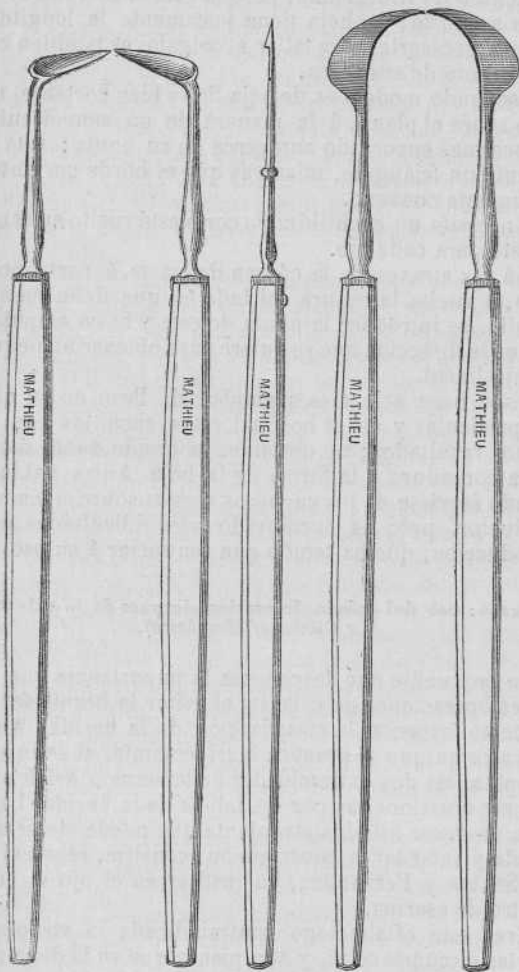


Fig. 16.

Fig. 17.

un cuchillo de iridectomia, porque está encorvado al nivel de su corte; la hoja tiene justamente la longitud y anchura necesarias para tallar el colgajo; es tambien cóncava en uno de sus lados.

El segundo modelo es de hoja fina y bien cortante, muy corvo sobre el plano, á la manera de un semicírculo y un poco mas encorvado aun cerca de su punta: esta representa un triángulo, mientras que el borde cortante es ligeramente convexo.

Se necesita un cuchillo cuyo corte esté vuelto en sentido opuesto para cada ojo.

Una vez atravesada la córnea de parte á parte por la aguja, y vuelta la ranura del lado en que debe pasar el cuchillo, se introduce la punta de este y basta empujar la hoja en la direccion que se quiere para obtener un pequeño colgajo lineal.

Desde hace seis meses emplea M. Pean en su clientela particular y en el hospital estos cuchillos con muy buenos resultados; no obstante, ha creído deber modificar la corvadura y la forma de la hoja. Antes habia intentado servirse de los cuchillos corvos sobre el plano sin conductor, pero ha encontrado tales dificultades en la introduccion, que ha tenido que renunciar á su uso.

Catarata: uso del colirio de eserina despues de la extraccion.
(*La Clínica oftalmológica*).

No hay nadie que desconozca la importancia que tiene en las operaciones de catarata el evitar la hernia del iris, así como favorecer la cicatrizacion de la herida. Aun en los casos en que se practica la iridectomia, si se instila la atropina, las dos extremidades de la seccion del iris pueden ser aprisionadas por los labios de la herida. La manera de evitar este inconveniente que puede deformar la pupila y retardar la cicatrizacion, consiste, segun el doctor Santos y Fernandez, en instilar en el ojo el sulfato neutro de eserina.

Cree este oftalmólogo contraindicada la atropina en ciertas circunstancias, y aun piensa que se la debe reemplazar por la eserina, habiéndole inducido á esta sustitucion el observar por una parte la forma que toma la pu-

pila cuando se usa el primero de estos alcalóides, y por otra, la atonía de ciertas incisiones. En efecto, las fibras radiadas inmediatas á la seccion del iris se contraen bajo la influencia de la atropina, llevando hácia la periferia y en sentido opuesto las dos extremidades del diafragma iridiano. Verificado esto, la pupila artificial (suponiendo que la iridectomía sea superior, puesto que es la menos imperfecta), queda mas ancha en el sentido transversal del ojo que en el vertical; esto es, separándose de la forma de la pupila de gato que el párpado superior corrige muy bien.

El doctor Fernandez temió al principio emplear un medicamento antagonista de la atropina reconocida como antiflogístico, y que podia por lo tanto ocasionar serias complicaciones. Pero la atonía de ciertas incisiones quirúrgicas y el deseo de excitar los bordes de la herida, así como precaver la hernia de las extremidades del iris ya indicada, le decidió á usarle, si bien algunos dias despues de la operacion. Observada su inocuidad y atendida la deformidad de la pupila en los operados con iridectomía, se decidió á instilar la eserina despues de la operacion, lo mas próximo á ella y en los siguientes casos:

I.^a OBSERVACION.—Hombre de cincuenta y siete años: dos cataratas lenticulares de color blanco. Se practicó la operacion en el ojo izquierdo, prévia la instilacion de la atropina. La queratomía é iridectomía superior permitió extraer la catarata con la cucharilla de Crichtett, porque se detenia en salir por sí sola. Cuando al dia siguiente se levantó el apósito, se encontró la herida cerrada y se permitió al enfermo que se sentase en un sillón. Antes de colocar nuevamente el apósito, instiló el autor una gota de colirio de eserina, repitiendo lo mismo por la noche y al dia siguiente, tres veces en las veinte y cuatro horas. Al tercer dia, se quitó definitivamente el vendaje, haciéndose la última instilacion de eserina. El enfermo no habia sufrido la menor incomodidad; la rubicundez del ojo consecutiva á la operacion era moderada, y la pupila mas grande en el sentido vertical que en el horizontal; por no saber leer no fué posible precisar la agudeza visual. Ocho dias despues fué operado del ojo derecho del mismo modo, y practicando la cura de igual manera que en el

izquierdo. En este, la rubicundez fué mas intensa, si bien no existia molestia alguna.

II.^a OBSERVACION. —Catarata doble. Practicada la que-
ratomía é iridectomía superior en el ojo izquierdo, la
lente opaca salió fácilmente, gracias á la quietud é insen-
sibilidad del operado. Colocado el apósito permaneci6 el
enfermo en decúbito supino hasta el dia siguiente; le-
vantado entonces el vendaje y encontrando los bordes
de la incision adheridos, se permiti6 al enfermo sentarse
en un sill6n, dando principio á las instilaciones de la
eserina como en el caso anterior. Este individuo tenia
habitualmente las conjuntivas inyectadas, y despues de
la operacion se aument6 un poco la rubicundez. El enfermo
no manifest6 ningun género de sufrimiento, y la pupila
artificial qued6 tan estrecha como se requiere para la
percepcion visual.

De las observaciones que preceden deduce el autor que
la eserina puede emplearse con ventaja, despues de la
operacion de la catarata, y abriga la esperanza de que se
podrá sacar aun mayor partido en las operaciones de
cataratas glaucomatosas (si es forzoso practicarlas), pues
es bien conocida la nociva influencia de la atropina en el
glaucoma.

El doctor Fernandez se reserva estudiar por nuevas
investigaciones, si antes de la operacion y en el acto de
practicarla, puede instilarse la eserina.

Advierte, sin embargo, que este medicamento usado
sin prudencia y sin vigilar al enfermo, despues de la
operacion de la catarata, puede dar lugar á dolores pul-
sativos en la region ciliar, que podrian traducirse como
un violento espasmo del músculo acomodador y conges-
tion de los procesos ciliares, capaces de producir la ci-
clitis, la iridociclitis ó un desprendimiento de la retina,
especialmente en los miopes. Semejantes riesgos se evi-
tan no instilando la eserina mas que los tres primeros
dias, lo cual es suficiente, y en caso que se inicie el dolor
pulsativo, se recurre á la atropina, que teniendo una ac-
cion mucho mas enérgica que la calabarina, restable-
ce pronto la funcion muscular y vascular de la region
afectada.

Desde el año de 1874, usa el doctor Del Toro, en su

clínica, el colirio de eserina inmediatamente despues de la extraccion de la catarata, cuando esta sale envuelta en su cápsula, con el objeto de prevenir las hernias del iris en los extremos de la incision querato-esclerotical.

Así se consigna en una nota de la redaccion de la *Crónica oftalmológica*, con motivo del artículo anteriormente analizado.

Hemos visto tambien que el quinto tiempo de la operacion del doctor Wecker consiste en la instilacion de este colirio.

Catarata: contraindicaciones de la extraccion lineal, segun el procedimiento de Graefe. (Rev. des Sc. méd.).

Las estadísticas han demostrado que el número de los resultados obtenidos por el procedimiento de Graefe en las operaciones de catarata es superior á los que daban los otros métodos. Esta ventaja, ya considerable, unida á una curacion mas rápida, han hecho adoptar este procedimiento por la mayor parte de los oftalmólogos.

La extraccion lineal presenta, no obstante, segun el doctor Rothmund, algunas dificultades de ejecucion poco importantes en los casos sencillos, ordinarios, pero que pueden presentar sérios inconvenientes en los difíciles y complicados. Es el primero la excision del iris, manobra delicada que debe ejecutarse mientras la fijacion del ojo está confiada á un ayudante; viene luego la necesidad de mantener durante todas las maniobras el ojo enfermo dirigido hácia abajo. En ciertas formas de catarata la imposibilidad de ejecutar bien estos tiempos importantes de la operacion constituye una verdadera contraindicacion de este procedimiento.

Segun Rothmund, la extraccion lineal está contraindicada:

1.º Cuando la operacion ha tenido ya buen resultado en un ojo, en cuyo caso hay ventaja en operar el segundo por el antiguo procedimiento á colgajo, sin iridectomia, porque el ojo en que la pupila conserva su forma normal, posee de ordinario mejor agudeza visual que cuando se ha excindido el iris. Se ha creido durante largo tiempo que el astigmatismo que de ordinario se observa, despues

de la extraccion lineal, era la causa de la disminucion de la vision. Pero las observaciones precisas han demostrado que la misma anomalía de refraccion sobrevenia despues de la extraccion á colgajo. Es preciso, pues, buscar en otra parte la causa de esta diferencia en los resultados. En la extraccion con iridectomía, el coloboma del iris queda en verdad cubierto por el párpado superior; pero la posicion del diafragma membranoso, que limita la penetracion de los rayos de luz en el ojo, no es la misma. En estado normal, en efecto, este diafragma no es otra cosa que el iris mismo colocado detrás de la córnea en la cámara anterior, mientras que despues de la iridectomía el diafragma, al menos en cierta extension, está formado por el párpado superior, situado *delante de la córnea*.

Ahora bien; de los cálculos de Steinheil resulta que en un instrumento de óptica como el ojo, la posicion mas favorable del diafragma es precisamente la que ocupa el iris. Estas consideraciones se aplican sobre todo á la vision excéntrica, mucho mas defectuosa en los ojos sometidos á la iridectomía que en los otros.

2.º En todas las formas de catarata traumática. Por lo demás, aquí no se trata solo de saber cómo, sino tambien cuándo es preciso operar. La mayor parte de los autores clásicos admiten que cuando el cristalino lesionado se abulta y da origen á fenómenos inflamatorios directos, debe practicarse inmediatamente la extraccion. La clínica no confirma este dicho. Todo el mundo sabe que, á consecuencia de una ancha discision, el núcleo, y á veces la lente misma pueden ocupar la cámara anterior y aun permanecer algun tiempo, no dando lugar mas que á una irritacion bastante viva que acaba por desaparecer; se efectúa la reabsorcion y queda una agudeza visual satisfactoria. La extraccion inmediata en semejante caso expone el ojo á un peligro inútil. La urgencia de la operacion solo estaria justificada cuando la pupila queda contraída, á pesar de las instilaciones de atropina, estando turbio el humor acuoso. La aparicion de síntomas glaucomatosos seria una indicacion apremiante.

Una vez juzgada oportuna la extraccion, Rothmund la practica de preferencia con un ancho cuchillo lan- ceolar, haciendo directamente la incision de la córnea.

Esta manera de proceder tiene muchas ventajas; la presión ejercida por el instrumento cortante sobre el globo ocular es menos considerable que en la sección con punción y contrapunción. Gracias al sitio elegido, las maniobras son más fáciles, no exigen tanta paciencia y buena voluntad de parte del enfermo, y se hace posible operar con instrumentos rectos, cuyo manejo es siempre más sencillo.

3.º En los casos de cataratas cretáceas, Rothmund practica una incisión en el borde externo de la córnea con el cuchillo lanceolar, hace una extensa iridectomía, desprende las adherencias con el gancho romo de Weber y luego extrae el cristalino en su cápsula con la cucharilla de Pagenstecher.

4.º Si la lente está luxada, es más ventajoso emplear el procedimiento á colgajo inferior y servirse de un cuchillo lanceolar; en el momento de retirar el instrumento, el borde del cristalino se aplica por sí mismo entre los labios de la herida, impidiendo así que se escape el cuerpo vítreo; no hay más que deslizar una cucharilla detrás de su cara posterior para terminar la operación. Estas ventajas no existen en la extracción con punción y contrapunción.

Cisticercos vivos en el cuerpo vítreo. (Rev. méd.).

En una nota presentada por el doctor Desmarres, padre, á la Academia de Medicina, dice este ilustre oftalmólogo que hasta 1859 no se habían observado más que trece casos de cisticercos en los ojos humanos: siete en Francia, pertenecientes todos á Sichel padre, y seis solamente en el extranjero. De Graefe es el primero que ha comprobado su presencia en el cuerpo vítreo; Wels ha visto un solo ejemplo en Londres; el mismo doctor Desmarres no ha observado más que uno en París (descrito también por Follin); posteriormente Galezowski y Guignet han encontrado un caso, y, en fin, M. Sichel hijo ha observado otro y ha hecho la extracción por la esclerótica.

El cisticercos del ojo humano se ha visto más frecuentemente en la conjuntiva, el iris, la cámara anterior y

la retina sobre todo por los alemanes. En 80,000 enfermos, de Graefe le ha reconocido ochenta veces en diversas partes del ojo. El doctor Desmarres padre ha tenido ocasion recientemente de ver un cisticerco en el cuerpo vítreo, que ha presentado á su vez al exámen de los miembros de la Academia de Medicina de Paris.

El sujeto de esta observacion es un hombre de veinte y dos años. Despues de dilatar préviamente la pupila, el exámen con el oftalmoscopio (imágen invertida) permitió reconocer en la parte inferior é interna del cuerpo vítreo una vesícula esférica que ocupaba el centro del campo de observacion, y hácia la parte media de esta vesícula la cabeza y el cuello encogido.

Al dia siguiente de esta primera observacion, que fué el 2 de febrero, el doctor Desmarres pudo comprobar con certidumbre que la cabeza y el cuello aparecian directamente en la parte superior de la vesícula, que estos órganos se ocultaban con bastante rapidez detrás de la esfera azulada, y luego se manifestaban de nuevo. Pasado un cuarto de hora, la cabeza y el cuello se ocultaron definitivamente.

Desde entonces ha visto el autor al enfermo todos los dias, observando que el cuello y la cabeza estaban muy prolongados, fuera de la vesícula unas veces; que otras lo estaban menos, y que muchas permanecian invisibles. El oftalmoscopio le ha permitido además durante una observacion de catorce dias tomar nota de los hechos siguientes:

El campo de observacion del fondo del ojo era de un color rojo un poco pálido, ligeramente turbio.

La vesícula, que se podia observar en todo su contorno, era blanco azulada en su conjunto, ligeramente naranjada en sus límites. Un vaso retiniano pasaba por detrás probando que está en el cuerpo vítreo y no en la retina, que no se encontraba elevada en ninguna parte en este sitio. Además sobre la superficie del tumor se veian muchos pequeños puntos brillantes, de un blanco deslumbrador (corpúsculos calcáreos) que reflejaban fuertemente en la luz.

Podia reconocerse fácilmente la papila del nervio óptico, aun cuando estaba envuelta en una ligera niebla. Parecia normal, salvo en su lado interno. En este punto

y ocultando cierta parte de un vaso retiniano, se veía una mancha blanca lechosa, bastante brillante sin embargo, y que cubría el borde de la papila y la papila misma en la sexta parte próximamente de su extension.

Esta mancha parecía elevarse sobre el nivel de la retina y terminaba hácia adentro por algunas prolongaciones radiadas. Debajo de la mancha pasaba un vaso retiniano que dejaba de ser aparente en un corto trayecto.

El doctor Desmarres se pregunta si, conforme á la opinion del doctor Sichel, que ha observado tambien al enfermo, seria por este vaso por donde hubiera penetrado el óvulo del *tænia solium*, y considera esta hipótesis como muy admisible.

El cuerpo vítreo se hallaba en su mayor parte, y especialmente en la inmediacion del cisticerco, bastante turbio para que no se pudiese estudiar el fondo del ojo en esta direccion.

La presencia del parásito daba lugar en este enfermo á fenómenos subjetivos muy pronunciados; la vision central estaba abolida hasta el punto que el sujeto no distinguía la mano cuando se le ponía delante del ojo; advertía que pasaba un cuerpo cuando se la movía á dos piés debajo de la cara; pero contaba aun bien los dedos colocados hácia la parte externa.

El cisticerco del cuerpo vítreo ocasiona casi siempre accidentes considerables, debiendo colocarse en primera línea la irido-coroiditis que se acompaña de dolores violentísimos y frecuentemente de accidentes simpáticos en el ojo sano.

La observacion de estos hechos ha conducido á los cirujanos á practicar la extraccion del entozoario, ya por la córnea, ya mas raramente por la esclerótica. De Graefe, que ha reglado esta operacion, presentó además un cisticerco que habia extraido del cuerpo vítreo por una puncion de la esclerótica, paralela á la córnea, entre dos músculos rectos; pero el ojo, conservando perfectamente su forma no recobró nada de la vision. En lugar de imitar esta conducta, le parece preferible al doctor Desmarres en este caso mantenerse en la espectacion, porque estando el ojo casi absolutamente perdido, con ó sin operacion, no hay inconveniente en seguir por algun

tiempo más la marcha del padecimiento. Además, el cisticerco puede perecer espontáneamente en el ojo, como en el ejemplo observado anteriormente por el autor. En todo caso, si le pareciese necesaria una operación, dice que no recurriría á la extracción inmediatamente; se limitaría á procurar la muerte del entozoario puncionando la vesícula con una aguja de catarata muy afilada y cortante, iluminando el ojo por un espejo cóncavo, convenientemente colocado en la frente del operador. Por de pronto, el doctor Desmarres ha prescrito el sublimado en colirio (1 centígramo por 150 de agua) y en compresas sobre el ojo, y desde este momento es cuando ha dejado de presentarse la cabeza del cisticerco. Mas adelante se propone recurrir á las unturas mercuriales alrededor de la órbita, con la esperanza de matar así al entozoario. De todos modos promete informar á la Academia de las consecuencias de la enfermedad y de la operación, si al fin tuviese necesidad de recurrir á ella.

Efectos mióscicos de los extractos de jaborandi aplicados directamente sobre el ojo. (*Journ. de théér.—Correio Médico de Lisboa*).

Aplicando en el ojo de un perro los extractos acuosos de hojas ó de cortezas de jaborandi han visto los doctores Galippe y Bochefontaine, que la pupila no tardaba en contraerse hasta el extremo de hacerse puntiforme. La atropina instilada en el ojo hacia cesar la contracción pupilar producida por el jaborandi y vice-versa. Este último estrecha la pupila dilatada por la atropina; pero la potencia de el alcalóide de belladona es siempre preponderante: sus efectos son mas manifiestos ó mas prolongados que los de extracto de jaborandi.

El doctor John Tweedy ha hecho algunas experiencias interesantísimas, sirviéndose tambien del extracto de jaborandi depositado en la conjuntiva de los individuos en quienes practicaba sus ensayos.

En seis ó siete pacientes notó que la pupila se contraía y que en el ojo, no alterado, se veía claramente el fondo sin que fuera necesario recurrir á ninguna lente colocada detrás del espejo del oftalmoscopio; mientras que en el otro, sometido á la acción del jaborandi, era necesario

emplear una lente débil, lo que demostraba tension en la acomodacion. Queriendo estudiar el fenómeno con mayor rigor, resolvió hacer el ensayo en sí propio introduciéndose un poco del extracto en el ojo izquierdo, y de sus experimentos minuciosa y detalladamente descritos, deduce que el jaborandi aplicado localmente en los ojos, determina: 1.º contraccion de la pupila, siendo por lo tanto un antagonista de la atropina; 2.º tension del aparato de la acomodacion con aproximacion del punto próximo y del remoto de la vision distinta; 3.º ambliopia á consecuencia de la disminucion de la sensibilidad de la retina.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos efectos son pasajeros.

Enfermedades de los ojos: importancia de la hiosciamina en su tratamiento. (Rev. des Sc. méd.).

Las instilaciones de atropina largo tiempo repetidas acaban algunas veces por ser mal soportadas; pueden provocar una irritacion tal de la conjuntiva y de los párpados, que hace preciso suspender su uso. La necesidad de tener un medicamento que gozase de propiedades midriáticas análogas y no ejerciera ninguna influencia perjudicial sobre el fondo de saco de la conjuntiva, era reconocida por todos los oftalmólogos. La daturina y la hiosciamina, alcalóides que por el origen de su extraccion y su composicion se parecen á la atropina han sido sucesivamente ensayados.

El trabajo del doctor Simonovitsch que vamos á analizar tiene precisamente por objeto estudiar de una manera mas completa que hasta aquí se habia hecho la accion fisiológica y terapéutica de la hiosciamina; es un esfuerzo más para hacer entrar en la práctica el uso de esta sustancia, que en algunos casos particulares puede prestar grandes servicios.

El autor ha tratado en primer término de resolver, por medio de una série de experiencias, el problema fisiológico de la dilatacion de la pupila producido por la hiosciamina. Este alcalóide, en efecto, goza de propiedades midriáticas análogas á las de la atropina, aunque mucho menos marcadas.

Para probar si la dilatacion pupilar provocada por la hiosciamina es debida á una irritacion particular ejercida por esta sustancia sobre el gran simpático ó sus fibras terminales, se ha seccionado este nervio en la region cervical y dos meses despues cuando la degeneracion adiposa de dichas fibras ha tenido tiempo de producirse, la instilacion de la hiosciamina determinó la misma dilatacion, prueba manifiesta de que este alcalóide no obra por intermedio del gran simpático.

Es mas difícil darse cuenta de la accion de la hiosciamina sobre el motor ocular comun. En ojos recientemente enucleados, la aplicacion de esta sustancia en polvo sobre el iris mismo solo da resultados negativos.

Bezold y Laurent han demostrado que la atropina goza de la propiedad de paralizar las fibras musculares lisas. El primero de estos autores en particular comprobó que en un animal envenenado por la atropina, el intestino y los uréteres permanecian inertes á pesar de las irritaciones eléctricas y mecánicas intensas. La aplicacion directa de esta sustancia sobre los músculos lisos les hace perder tambien sus propiedades contráctiles, lo que no tiene lugar en los estriados, segun ha establecido Laurent.

El doctor Simonowitsch se ha fundado en estos hechos para explicar la accion de la hiosciamina. Instilado en el ojo del pichon, cuyo iris segun ciertos anatómicos, no posee mas que fibras musculares lisas, este alcalóide no tiene accion alguna,

Analizando y resumiendo el conjunto de sus experimentos, deduce el autor :

1.º Que la dilatacion de la pupila producida por la hiosciamina, no es debida á una accion estimulante directa sobre el gran simpático ó sus fibras terminales.

2.º Que esta dilatacion resulta mas bien de una accion paralizante directa y ejercida sobre las fibras musculares lisas del iris.

3.º Que si las fibras radiadas no sufren la misma influencia que las circulares, esto depende sin duda de una accion irritante ejercida por la hiosciamina sobre los *gánglios nerviosos* del iris.

Las experiencias en el hombre se han hecho con el extracto amorfo de hiosciamina, cuya composicion es mal

definida y con la hiosciamina pura obtenida por el procedimiento de Merck (destilacion en una corriente de hidrógeno y neutralizacion por el ácido oxálico ó acético). La solucion empleada era generalmente de 1/500. No se podrá llegar á una dosificacion exacta de la sustancia activa hasta que se haya podido obtener la hiosciamina cristalizada y siempre por lo tanto de una composicion idéntica.

El extracto de hiosciamina amorfa y la hiosciamina de Merck, empleadas en solucion en las proporciones que acabamos de indicar, tienen una accion midriática muy inferior á la de la atropina.

La dilatacion de la pupila es menos considerable y de mas corta duracion ; el músculo ciliar no se paraliza tan completamente, propiedades ventajosas para los exámenes del fondo del ojo en que es necesario dilatar la pupila sin condenar al enfermo á permanecer muchos dias con la acomodacion paralizada.

Bajo este punto de vista la hiosciamina es muy preferible á la atropina.

El profesor bajo cuya inspiracion se ha escrito el trabajo que analizamos, ha tenido ocasion de emplear la hiosciamina en muchas afecciones oculares, obteniendo excelentes resultados en las queratitis intersticiales, en que, á pesar de un tratamiento prolongado por la atropina, las compresas calientes y el vendaje compresivo, la enfermedad permanecia estacionaria. En el espacio de dos á tres dias el uso de la hiosciamina modificaba el padecimiento verificándose rápidamente la curacion. La hiosciamina ha dado tambien buenos resultados en la iritis crónica, en que era mal tolerada la atropina. El doctor Dor añade con razon, que es de desear, para que puedan continuarse estos felices ensayos, que la farmacia proporcione un producto homogéneo.

Enfermedades de los ojos: tratamiento por medio de la electricidad. (*Archiv. f. ophthalmologie*).

Las afecciones oculares contra las que el profesor Dor ha empleado la electricidad, son: la *atrofia blanca del nervio óptico*, la *retino-coroiditis* y la *retinitis pigmentaria*.

Al principio usaba el autor el aparato de induccion,

y despues las corrientes continuas desarrolladas con diez grandes elementos de Meidinger. Segun la resistencia á la transmision del fluido eléctrico que presentaban los individuos sometidos al tratamiento, variaba el número de los elementos. Los polos se aplicaban, si la afeccion era doble, sobre las dos sienes; cuando no existia mas que en un solo lado, sobre la apósis mastóides y la arcada superciliar del lado enfermo; las sesiones se repetian todos los dias por espacio de cinco minutos. Para medir el campo visual, el profesor Dor emplea el campimetro de Wecker. En la atrofia del nervio óptico, el autor obtuvo un alivio verdaderamente importante en 40 á 50 por 100 de los casos (aumento del campo y de la agudeza visual central). En la retinitis pigmentaria se producía tambien un aumento del campo visual bajo la influencia del tratamiento eléctrico; pero los resultados mas satisfactorios se consiguieron en los casos en que, á consecuencia de una retino-coroiditis diseminada, se habia formado despues de la cesacion de los fenómenos inflamatorios una atrofia consecutiva de la retina acompañada de escotomas.

Enfermedades de los ojos: tratamiento por la luz; vidrios coloreados; hemeralopia. (*Journ. de méd.*).

En una buena Memoria, leida en Montpellier en el año anterior, demuestra el doctor Roustan, que se descuida demasiado el empleo de la luz en el tratamiento de las enfermedades de los ojos. El autor consagra la primera parte de su trabajo á consideraciones de física y fisiología, y luego examina la accion de la luz sobre el aparato ocular. La luz, dice, á más de su accion en la vision, obra tambien de una manera muy interesante sobre el ojo: en estado fisiológico hace mas perfecta la nutricion en todos los puntos del órgano, y en estado patológico puede aumentar una congestion y una inflamacion, ó bien facilitar la resolucion.

La oscuridad es un agente de ahorro ó economía que disminuye ó hace mas lentas las combustiones en los tejidos del ojo, mientras que la luz por su excitacion las favorece produciendo extenuacion y fatiga.

Por lo demás, los diferentes rayos no ejercen la misma accion en todos los tejidos del ojo. Los rojos son los mas excitantes para la córnea y para la sensibilidad ordinaria ; despues de ellos vienen los azules y violados, y en último lugar, los verdes y amarillos. Por el contrario, la retina y la sensibilidad especial son modificadas sobre todo por los rayos mas luminosos (verdes y amarillos).

Estudiando la accion de los vídrios encuentra Roustan favorable la de los violados, que no alterando el color de los objetos, preservan bien la retina y excitan la córnea en los casos de inflamacion crónica. Critica mucho el uso generalizado de los vídrios azules que dejan pasar un gran número de rayos calóricos, no retienen ningun rayo químico, de suerte que son muy perjudiciales para las enfermedades agudas de la córnea, de la conjuntiva y del iris. En fin, para las enfermedades de la retina debe darse la preferencia á los vídrios violados, si se trata de calmar, y á los verdes, si se desea excitar. Alteran mucho el color de los objetos lo que es un grave inconveniente.

Los vídrios azules serian muy útiles, si solo dejasen pasar los rayos azules, pero no sucede así, y aun confesando que los vídrios azules perfectos son los que excitan menos, cree el autor que deben preferirse á ellos los ahumados y aun los violados.

En las inflamaciones crónicas de la córnea se podrian emplear con ventaja los vídrios rojos para excitar y facilitar la resolucion.

En los matices débiles, el tinte verde es bastante agradable ; tiene el inconveniente de cambiar el color de los objetos, pero menos que el azul. Los vídrios verdes dejan pasar pocos rayos químicos y caloríficos ; son muy útiles para excitar la retina y calmar la córnea.

Los vídrios ahumados disminuyen la intensidad de todos los rayos ; son los únicos que atenúan la luz sin alterarla.

Aparte de los vidrios se puede recurrir á la accion directa de la luz, dar á los ojos verdaderos baños de luz. Todo el mundo sabe de qué manera afirmaba Velpeau la necesidad de exponer á la luz á los niños escrofulosos, lo que determina la disminucion del espasmo de los órganos

que aumenta cuando se retiene al niño en la oscuridad.

Por último, M. Roustan expone un modo de tratamiento que ha aplicado con el mayor éxito en la hemeralopia.

Esta enfermedad caracterizada por la pérdida de la vision á una luz débil, á la puesta del sol, por ejemplo, es comun en las personas que han estado expuestas á una luz demasiado intensa.

Resulta de un entorpecimiento de la retina que puede atribuirse, bien á una alteracion general, ó bien á una excitacion exagerada del órgano.

Ya sea la hemeralopia anémica ó congestiva, la accion de la luz es favorable; debe ser ó prolongada y excitar la retina, ó corta y provocar solamente la contraccion de los vasos. El medio mas sencillo consiste en proyectar la luz en el ojo con un oftalmoscopio, y despues de algunas sesiones, frecuentemente desde el principio, desaparecen todos los accidentes.

M. Roustan refiere muchos casos de hemeralopia curados con mucha rapidez por este medio, que opone al que consiste en encerrar á los enfermos en habitaciones oscuras, procedimiento inseguro y difícil de soportar.

Este trabajo contiene muchos hechos interesantes y toca á varias cuestiones que en la actualidad están á la órden del dia. Los puntos prácticos que hemos indicado pueden ser de mucha utilidad, y el autor los desenvuelve con un calor completamente meridional, que convence al lector.

Entropion y triquiasis del párpado superior: nuevo procedimiento operatorio. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*).

Este procedimiento, debido al doctor Warlomont, consiste, en el desdoblamiento del borde ciliar y la fijacion por medio de suturas al borde superior del cartílago tarso, del superior tambien del colgajo palpebral en que están implantadas las pestañas y que se ha separado de la tabla profunda del párpado. Los instrumentos especiales necesarios para esta operacion son: un cuchillo de doble corte, corvo sobre el plano, y un blefarospato, cuya placa es susceptible de desplegarse á la manera de un abanico;

por esta disposición la placa eleva y pone tensas las extremidades del párpado, que no pueden sustraerse al cuchillo, como sucede la mayor parte de las veces con una placa de tamaño invariable, y siempre demasiado pequeña para extenderse hasta las extremidades palpebrales.

Estando eterizado el enfermo, se introduce la placa del blefarospato debajo del párpado, se la abre lo más que se pueda y se aplica el anillo.

Primer tiempo.—Se hace una incisión paralela al borde ciliar y se disecciona la piel de modo que se ponga al descubierto el músculo orbicular hasta el borde superior del cartílago tarso.

Segundo tiempo.—Levantando el borde ciliar con una pinza de dientes, el operador introduce un bisturí de dos cortes por detrás del labio inferior de la herida, y le hace salir costeadamente el cartílago tarso en el borde ciliar, inmediatamente detrás de la fila de las pestañas. El bisturí es conducido de este modo lentamente hacia una y otra extremidad del párpado.

Tercer tiempo.—La banda ciliar así desprendida conserva dos raíces á derecha é izquierda del párpado. Se excinden algunas fibras del orbicular para poner á descubierto el cartílago tarso; se practica la sutura con cuatro agujas que atraviesan primero de fuera adentro el borde superior de la banda desprendida, luego un pequeño haz de tejido fibroso supra-tarsal ó aun el cartílago. La piel del párpado disecada se abandona á sí misma.

Esta operación bien practicada es radical y no expone á recidivas.

Escotoma centelleante ó amaurosis parcial temporal.
(*Gaz. des hop.*).

Hay fenómenos esencialmente subjetivos y que no pueden por lo mismo ser bien analizados y descritos mas que por los que han experimentado todas las sensaciones. Esta circunstancia nos ha parecido que daba un interés particular á la descripción de un accidente ó de un fenómeno patológico especial, el escotoma centelleante, afección poco conocida aun, á la que ha consagrado su tesis un

antiguo interno de los hospitales de Paris, el doctor Dia-noux.

El autor describe en los siguientes términos una série de accesos de escotoma centelleante que ha sufrido. «Una mañana, dice, acababa de sentarme á la mesa, cuando advertí que no veía muy distintamente; una especie de nube velaba los objetos en una pequeña parte de la mitad inferior del campo visual derecho; poco á poco la nube se fué extendiendo y elevándose cada vez más hácia la parte superior del campo visual, cuya mitad derecha no tardó en ocupar: en el punto de fijacion podia, sin embargo, distinguir aun con bastante claridad los objetos.

»Cerrando el ojo derecho observé que existia en el campo visual izquierdo una laguna perfectamente semejante y en el mismo sitio. En la parte izquierda del campo visual comun la vision permanecia clara. El escotoma revestia así la forma hemióptica; pero el borde vuelto hácia el punto de fijacion tenia una figura cóncava. Estos fenómenos habian tardado cinco minutos en verificarse; entonces apareció el centelleo. En los sitios que se habian quedado ciegos los primeros, es decir, en la parte inferior y en la derecha, aparecieron dos ó tres pequeñas llamas, cuyo número aumentó, disponiéndose rápidamente en una especie de arco, cuyo borde interno cóncavo presentaba dentellones que vibraron fuertemente. Este arco fué ensanchándose hácia el punto de fijacion. Un segundo y luego un tercer arco se superpusieron al primero, y bien pronto toda la parte del campo visual que se habia oscurecido al principio, fué invadida por el centelleo. Los fenómenos no se detuvieron aquí; en breve los semicírculos luminosos pasaron la línea media é invadieron todo el campo visual, las pequeñas llamas oscilaban vivamente y presentaban un brillo incomparable; su coloracion recordaba la del relámpago. En este momento me era imposible distinguir nada; estaba literalmente ciego. Me eché, dice el autor, en una cama, bastante inquieto, cuando habiendo colocado por casualidad la cabeza en el borde, en una posicion mas declive que el resto del cuerpo, advertí que disminuia rápidamente el centelleo, las llamas ganaron la parte superior del campo visual, y todo

desapareció en el espacio de algunos segundos; la vista se había restablecido por completo, y pude convencerme cogiendo un libro, que mi actividad visual era la misma que antes del accidente.

»No experimenté en ningún momento vértigo, cefalalgia, ni dolor, pudiendo analizar con completa lucidez de espíritu las diversas fases de este ataque, cuya duración total fué próximamente de quince minutos, habiendo permanecido los fenómenos limitados rigurosamente al aparato ocular.»

El autor sufrió aun otros dos ataques análogos; pero desde hace tres años no ha vuelto á sentir nada. Tomando la misma actitud, echada la cabeza hácia abajo, desapareció el centelleo, como la vez primera. Examinados los ojos con el oftalmoscopio no han presentado lesión ninguna patológica.

M. Dianoux ha reunido en su trabajo todos los hechos semejantes que ha podido encontrar en los anales de la ciencia y las observaciones inéditas que algunos de sus compañeros le han comunicado. Encuéntrase entre otras, una observación de Forster, hecha en sí mismo y comunicada á la Sociedad oftalmológica de Heidelberg, en 1859, y que presenta grande semejanza con la que acabamos de describir, solo que en Forster el ataque iba seguido de jaqueca.

Del análisis de estos diversos hechos resulta, que la amaurosis parcial temporal está constituida por dos fenómenos fundamentales: 1.º un escotoma de forma variable (hemiopia vertical ú horizontal, simple escotoma central ó un poco distante de la mácula) afectando un solo ojo ó los dos, igual ó desigualmente; 2.º el centelleo que sigue al escotoma.

Esta alteración funcional puede constituir por sí sola toda la afección, la cual otras veces puede complicarse con fenómenos generales, como entorpecimiento en la pronunciación, pérdida de la memoria ó parálisis pasajera de un miembro, vértigos, zumbido de oídos. Estas alteraciones no son en general mas que los prodromos de una jaqueca intensa (la jaqueca oftálmica de M. Piorry). Pero entonces estos diversos síntomas complican la afección sin formar parte constitutiva de ella.

El padecimiento parece ser de naturaleza neurósica y tener su asiento en el nervio óptico. Su pronóstico es poco grave. La duración de los accesos varía de un cuarto de hora á media hora; pueden ser regulares ó irregulares, raros ó muy frecuentes. Sobrevienen casi siempre bajo la influencia de fatiga, lecturas prolongadas, ó un malestar digestivo. El tratamiento deberá de dirigirse por consecuencia en primer término al estado general. La duración del ataque podrá acortarse por la posición declive de la cabeza, la impresión del aire fresco ó del agua fría sobre la cara ó, por último, como se ha observado en algun caso, por la ingestión de un licor alcohólico.

Gancho-pinza para la estrabotomía. (Gaz. des Hop.).

Siguiendo las indicaciones del doctor Wecker, ha construido M. Mathieu un gancho-pinza (figura 18) destinado á facilitar el avanceamiento de los músculos del ojo.

Este instrumento está formado de dos ramas; la una, fija al centro del mango, se halla encorvada en ángulo recto; la otra, que tiene la misma corvadura en su extremidad, forma en su longitud un tubo que gira alrededor de la rama fija por medio de un pedal colocado en el mango; ambas se reunen en su corvadura como los bocados de un rompe-piedras.

Separadas las dos ramas, el operador pasa la fija por debajo del tendón; luego, por medio de la corredera, hace descender la móvil sobre dicho tendón, de modo que queda sujeto fuertemente entre los bocados del instrumento.

Una vez sujeto el tendón con solidez, el operador puede entonces desprenderle sin temor de que se retraiga y hacer pasar muy fácilmente las suturas necesarias á su avanceamiento.



Fig. 18.

Fotofobia: hidrato de croton cloral. (*Medical Times*).

El doctor Bader ha visto á este agente curar con suma rapidez la fotofobia en un caso de iritis sifilítica. Administró de 30 á 60 centígramos del medicamento, dosis que por lo demás puede usarse sin peligro. Uno de los inconvenientes de este medicamento es su sabor desagradable.

Glaucoma hemorrágico. (*Gaz. méd.*).

Las afecciones glaucomatosas del ojo son debidas á causas diversas, segun M. Hache, que ha dado á conocer la forma hemorrágica no descrita hasta ahora, y que reconoce como lesion primitiva la alteracion esclerosa de las paredes vasculares.

Hasta estos últimos tiempos no se poseian mas que observaciones aisladas de esta variedad de glaucoma, cuyo conocimiento perfecto no pudo hacerse hasta que Lionville hubo demostrado la existencia de la generalizacion de los aneurismas miliars y su presencia en la retina.

En un primer período el glaucoma hemorrágico está caracterizado únicamente por manchas equimóticas y difusiones sanguíneas existentes en la retina. Hasta mas adelante no aparecen los fenómenos glaucomatosos, que en este caso revisten una gravedad excepcional, porque la iridectomía es impotente para detener la enfermedad, que no tarda en invadir el ojo congénere.

Como se ve, es importante para el médico establecer desde el principio la naturaleza de la afeccion á causa de la gravedad del pronóstico.

Inversion de los párpados: tratamiento galvánico. (*Lyon méd.*).

Cree el doctor Dutrait, de Lyon, que hay una causa productora de las inversiones de los párpados *entropion* ó *ectropion*, susceptible de un tratamiento racional, y á la que se ha dado hasta ahora poca importancia, si ya no se la ha descuidado por completo. Esta causa se encuentra bajo la dependencia de la integridad del músculo orbicular. Piensa el autor que pueden referirse á una accion

muscular insuficiente la mayor parte de las inversiones adquiridas y esenciales, es decir, las que no es posible atribuir ni á un vicio congénito, ni á la deformacion producida por un tumor, ni á una flegmasia, ni á la existencia de bridas cicatriciales. Esta distincion, interesante bajo el punto de vista del mecanismo, así como en el concepto práctico, no ha sido generalmente indicada de un modo preciso por los autores clásicos. Es necesario, segun el autor, llegar á Wecker, para ver atribuir al elemento muscular una parte importante en la produccion de las inversiones palpebrales. Para aquel eminente oftalmólogo, la falta ó la exageracion de accion interviene en casi todas las formas de estas enfermedades, aunque ordinariamente como elemento secundario.

Dos enfermos observados en el Hotel-Dieu, de Lyon, han demostrado la parte preponderante de la insuficiencia de ciertas porciones del orbicular. El profesor Gayet hizo notar á M. Dutrait que no existian en estos sujetos ninguna de las lesiones primitivas invocadas en los autores; por consecuencia, estos casos debian ser curables por el tratamiento galvánico, que ya habia producido á M. Gayet excelentes resultados en circunstancias análogas. Con este motivo, dicho profesor ha expuesto algunas particularidades nuevas que ha observado en el modo de contraccion del esfínter, en sus parálisis y en su manera de responder á la excitacion de la pila.

La primera enferma era una religiosa de cuarenta años, que hacia algunos meses se sintió molestada por una sensacion de cuerpo extraño en el ojo derecho, que aumentaba por la tarde y producía lagrimeo. Muy poco despues advirtió que su párpado se volvía hácia adentro. Frecuentemente, frotándose el ojo con el dorso de la mano, todo entraba en órden por un tiempo bastante largo. Habiéndose agravado en setiembre de 1874, se presentó á consultar al autor. El ojo era pequeño, sin estar verdaderamente hundido. No existia tumor, cicatriz ni enfermedad alguna del párpado inferior, que no presentaba ni aun esa exuberancia de pliegues que es frecuente encontrar. Deprimiendo el párpado y empujándole con el dedo por debajo del globo del ojo, se conseguía fácilmente enderezar su borde libre. El cartílago, sin embargo, estaba

completamente vuelto. Cuando se colocaba el párpado en buena posicion, conservaba su rectitud mientras se hallaba inmóvil; pero los movimientos reproducian inmediatamente la deformacion, lo cual probaba que no habia bridas ni espasmos que produjesen el entropion.

Se practicaron dos sesiones diarias de electrizacion, de cinco minutos primero y luego de diez, con la corriente muy débil de una pila de bicromato de potasa. Por lo comun se hacia tener á la enferma uno de los electrodos en la mano, y se reemplazaba el otro cilindro de cobre por un cuerpo delgado y flexible, un estilete, por ejemplo; en fin, siempre se tenia la precaucion de poner el párpado en su posicion normal. Aplicando el reóforo cerca del borde libre del cartilago tarso, se observó una contraccion sumamente débil al principio, que despues de cierto número de sesiones llegó á imprimir al párpado una ligera dislocacion mas acentuada hácia el ángulo interno que hácia el externo.

Si se ponía el estilete sobre los pómulos ó hácia la nariz, se observaba una tendencia al descenso en masa del párpado (contraccion de los músculos, cuyas fibras se entrecruzan con las del orbicular).

En fin, si se aplicaba el reóforo sobre el orbicular, al nivel del reborde orbitario, en una posicion intermedia á las dos anteriores, se obtenia inmediatamente una contraccion enérgica que reproducia la inversion.

En vista de todo esto, se electrizaron los puntos que determinan la tension del borde palpebral, evitando en lo posible provocar las contracciones en masa del esfinter. Los primeros dias se aumentó un poco cada vez la intensidad de la corriente ó la duracion de la sesion; pero muy en breve fué preciso disminuir aquella, porque las fibras se habian hecho muy sensibles á la excitacion.

Desde las primeras sesiones empezó á notarse un alivio muy marcado, que fué aumentando progresivamente. Los últimos dias la faradizacion cerca de los bordes libres restablecía la posicion normal del párpado, que la conservaba bastante tiempo, á pesar de los movimientos. En este estado, muy próximo á la curacion, se empeñó la enferma en salir del hospital, sin que se sepa si, como es de esperar, se completó aquella.

El autor refiere otros tres casos análogos, en algunos de los cuales se obtuvo una curación completa y en todos un alivio muy notable por este medio. En vista de ellos, el doctor Dutrait cree que la electricidad puede prestar grandes servicios, y que deberá ensayarse siempre que no existan lesiones primitivas palpebrales. Tiene el inconveniente de ser un tratamiento de larga duración y un poco doloroso.

Miopia : tratamiento por el reposo y la atropina.
(*Ann. d'oculistique*).

Un trabajo recientemente publicado por el doctor Schies-Gemseus de Basilea, hace esperar que se obtengan buenos resultados del reposo y la atropina en el tratamiento de los jóvenes miopes.

El doctor Dobrowoski había ya indicado el hecho siguiente: en la miopia, sobre todo al principio, hay que atribuir una buena parte al calambre de la acomodación que se acompaña de inyección ocular, catarro, y muy frecuentemente de parpadeo. El oftalmoscopio demuestra que el fondo del ojo tiende á alterarse, y hay muchas razones que permiten suponer que estos resultados son consecuencia de la tensión continua del músculo acomodador.

Estaba, pues, indicado, tratar de suprimir este calambre de dicho músculo, lo cual se consigue por el uso de la atropina. Sabidos son los efectos favorables que se obtienen de esta sustancia siempre que se quiere disminuir la tensión del globo ocular.

Solo el reposo del ojo, en la miopia fuerte, puede hacerla disminuir mucho. Pero la instilación de la atropina ha hecho desaparecer la miopia en una quinta parte de los niños observados, disminuye mucho en otros y queda sin acción en algunos.

El autor deduce de estos hechos, que el uso de la atropina puede mejorar definitivamente un gran número de miopias, y en algunos casos cuando es débil, hacerla desaparecer enteramente. Ha podido comprobar el resultado largo tiempo después de haber cesado el tratamiento. Este consiste solamente en la instilación una ó dos veces al día, de una gota de una solución de atropina á 1,120;

el uso de anteojos azules y la supresion de todo trabajo aplicado; el tratamiento no ha durado más de tres á cuatro semanas.

Esta rápida exposicion demuestra que el práctico puede intervenir con fruto para precaver los accidentes y aun para curarles. Debemos por consiguiente dejar de considerar la miopia como un vicio congénito y un mal inevitable.

Muscarina: accion sobre el músculo de la acomodacion y sobre la pupila. (*Rev. des Sciences de méd.*).

Una série de curiosos experimentos practicados por el doctor Kreuchel, de Copenhague, le han demostrado que la instilacion de una sal de muscarina en el ojo determina generalmente la contraccion del músculo de la acomodacion, diez á quince minutos despues del principio del experimento. Esta contraccion llega á su máximo en los quince á treinta minutos siguientes, y desaparece por completo transcurrida una hora ú hora y media.

La accion de la muscarina sobre la contraccion de la pupila no es tan regular; varía en las diferentes personas sometidas á las experiencias. En las unas no produce contraccion pupilar, ó es esta débil, acompañada de una contraccion muy fuerte del músculo de la acomodacion. En otros sujetos, la contraccion pupilar despues de la instilacion de la muscarina es muy pronunciada, mientras que sucede lo contrario con la de la acomodacion.

La contraccion de la pupila empieza solo despues que el punto mas remoto se aproxima. Continúa aun, cuando este empieza á separarse, y se encuentra todavía en su máximo, cuando ya está completamente relajado el músculo de acomodacion. La disminucion de la contraccion pupilar es gradual y no quedan vestigios de ella transcurridas de tres á veinte y cuatro horas.

Estos experimentos vienen á confirmar los de Schmieberg y Koppe, acerca del mismo objeto, y demuestran que la accion de la muscarina sobre el iris es independiente de la producida en el músculo de la acomodacion. La independencia de estas dos contractilidades se hace aun mas manifiesta por la instilacion simultánea de la

muscarina y de la atropina. Con una dosificación apropiada de estas dos sustancias se llega á producir al mismo tiempo una contraccion del músculo ciliar y una dilatacion de la pupila.

La accion de la muscarina difiere de la de la physostigmina por los dos caractéres siguientes :

1.º La physostigmina tiene una accion muy pronunciada y muy rápida sobre la contractilidad de la pupila, y no obra sobre el aparato de la acomodacion sino á dosis bastante fuertes ; mientras que la muscarina, por el contrario, obra muy rápidamente sobre la acomodacion. Su accion sobre la contraccion pupilar es mas lenta y menos regular, pero sus efectos son mas durables.

2.º La physostigmina aumenta primero la extension de la contraccion en el músculo ciliar; luego, á dosis mas fuertes, se produce un verdadero estado espasmódico de este músculo. La muscarina, por el contrario, determina en primer lugar un espasmo del aparato de la acomodacion, no viniendo hasta despues el aumento en la extension de esta.

La muscarina no posee hasta ahora ninguna cualidad que pudiera hacer ventajoso su uso en la práctica oftalmológica. Donders cree que se la podria emplear para la determinacion de las corvaduras del cristalino. Su uso asociado al de la atropina, facilitaria las observaciones oftalmométricas.

El autor añade á su trabajo algunos experimentos acerca del supuesto antagonismo entre la physostigmina y la atropina, admitido por Rosbach y Fröhlich, y sus experimentos tienden á demostrar que no existe semejante antagonismo.

Pannus de la córnea : tratamiento por el colirio de esencia de trementina. (*Progres méd.*).

El doctor Warlomont preconiza la esencia de trementina en los casos de pannus de la córnea. Generalmente emplea el siguiente colirio :

Esencia de trementina..	4 gramos.
Aceite de olivas.	8 —

Se mezclan agitándolos.

Se instila una gota diaria en el ojo para combatir el pannus vascular. En un caso inveterado ha visto el autor una mejoría sensible desde las primeras instilaciones. La córnea se pone mas pálida á consecuencia de la atrofia progresiva del pannus; de suerte, que al cabo de algunas semanas se puede distinguir el color del iris y muy pronto despues el contorno pupilar. Con el tiempo la curacion es completa.

Sarcoma coroidiano : diagnóstico. (Bull. de thér.).

Despues de haber insistido M. Perrin en la necesidad de reconocer el sarcoma coroidiano en su principio, estudia los diferentes signos que sirven para el diagnóstico. Los tres primeros : el ojo de gato amaurótico, el desprendimiento de la retina y el aumento de la presion intra-ocular, pertenecen á de Graefe; dan grandes probabilidades, pero no una certidumbre absoluta de la existencia de un tumor detrás de la retina. No sucede lo mismo con el cuarto, que ha sido indicado por Otto Becker, y sobre el que el doctor Briene ha llamado recientemente la atencion. Este signo, que consiste en la aparicion y el desarrollo en el fondo del ojo de una nueva red vascular, independiente de las redes coroidiana y retiniana, ha permitido á M. Perrin llegar desde el principio del tumor á adquirir una certeza absoluta respecto á su existencia; así, este cirujano le atribuye gran importancia.

El doctor Panas ha tenido ocasion de observar recientemente el fenómeno que indica M. Perrin.

OBSTETRICIA,

ENFERMEDADES DE MUJERES Y DE NIÑOS.

Aborto: hidrato de cloral en lavativas como medio de evitarle.
(*Journ. de ther.*).

El doctor Martineau ha referido un nuevo hecho completamente favorable al uso del cloral para evitar un aborto inminente. Una jóven, embarazada de cuatro meses y medio, fué acometida de pleuro-pneumonía. Después de haberla administrado un vomitivo, hecho una sangría, y aplicado ventosas y vejigatorios al pecho, se presentaron al tercer día los primeros síntomas del aborto. Inmediatamente prescribió el doctor Martineau una lavativa con un gramo de hidrato de cloral; á las cuatro horas, cesaron los dolores y disminuyó el flujo sanguíneo. Se administró una segunda lavativa y otras dos luego, con un intervalo de cuatro á seis horas, ó sean 4 gramos de cloral en las veinte y cuatro horas.

Al día siguiente, cuarto de la pleuro-pneumonía, habían desaparecido todos los fenómenos que indicaban el aborto, y transcurridos algunos días más, los movimientos del feto demostraron que se encontraba vivo y la madre entraba en convalecencia.

Adherencias de la placenta: su desprendimiento por las inyecciones frias en la vena umbilical y la tintura llamada tocológica. (*Gaz. des hop.*).

Hace algunos años que el doctor Liegard, de Caen, ha recomendado las inyecciones frias en la vena umbilical como un medio suave y seguro de conseguir el desprendimiento de la placenta, y le considera desde luego muy preferible á la introduccion de la mano en la matriz. El modo operatorio de estas inyecciones es bien conocido; el autor se limita á recomendar que se emplee un jeringa

de 150 gramos de capacidad y cuya cánula sea larga y fina.

Antes de introducirla en la vena debe hacerse una sección limpia del cordón, á fin de ver bien el vaso y con objeto asimismo de disminuir su longitud, puesto que no debe tener más de 20 á 30 centímetros. En los primeros experimentos empleaba el autor ordinariamente agua y vinagre; pero en la actualidad se sirve solo del agua fría por haberle demostrado la experiencia que su acción es igualmente poderosa. La cantidad de líquido inyectado debe ser tanto menos considerable cuanto mas baja sea la temperatura; por consiguiente, á la temperatura comun, una inyección de 150 gramos basta ordinariamente en invierno, mientras que en el verano se necesita doble ó triple cantidad.

El doctor Liegard refiere en su nuevo trabajo varios hechos en que se consiguió por este sencillo medio el desprendimiento de la placenta que habia resistido á otros muchos de los que se aconsejan en tales casos.

A pesar de los felices resultados obtenidos por las inyecciones frias en la vena umbilical, cuando la placenta está adherida veinte minutos despues del parto, el doctor Liegard recomienda con el mayor entusiasmo una composición farmacéutica que designa con el nombre de *tintura tocológica*, y que en los diez años que hace que la usa, ha podido reemplazar en casi todos los casos á las inyecciones frias. La fórmula es la siguiente:

Sabina.	20	gramos.
Ruda pulverizada.	12	—
Cornezuelo de centeno.. . . .	40	—
Uva ursi	15	—
Alcohol á 55°.	150	—

Se hace macerar durante ocho dias, teniendo cuidado de agitarlo dos veces en las veinte y cuatro horas. Se exprime fuertemente, se filtra y se añade:

Ergotina. 1 gramo.

Esta tintura se administra á cucharadas de café, mezcladas cada una con tres cucharadas de las comunes de café puro dulcificado: una dosis algunos minutos antes del

parto; la segunda veinte minutos despues de la salida del feto, y la tercera á la media hora de la expulsion de la placenta. A las tres horas, la matriz está fuertemente contraida sobre sí misma, de tal modo que no hay hemorragia alguna ni calambres uterinos. Si contra la regla general se presentasen algunos de estos, se podrian administrar otras dos dosis con una ó dos horas de intervalo.

Esta tintura, segun el autor, reemplazará en todos los casos con gran ventaja al cornezuelo de centeno, cuya conservacion no es siempre perfecta, y su accion, por consecuencia, insegura. El doctor Liegard dice que no va nunca á asistir un parto sin llevar consigo un pequeño bote con esta eficacísima composicion, y aconseja á todos los comadrones que imiten su ejemplo.

En un artículo publicado, en 1826, en los *Archivos de medicina*, ya recomendaba el doctor Mojon la inyeccion de agua fria ligeramente acidulada con vinagre en la vena umbilical del cordon. Apenas terminada la inyeccion, dice este autor, la placenta se desprende espontáneamente, sin que haya necesidad de introducir la mano en el útero.

Es cierto que el doctor Mojon indica este procedimiento para combatir las hemorragias ocasionadas por la retencion anormal de la placenta; pero el principio es el desprendimiento de esta provocado por la inyeccion.

Alumbramiento facilitado por la compresion supra-pubiana del útero. (*Brit. Méd. Journal*).

Fundado el doctor Goodell en su propia experiencia y conforme á la opinion de muchos autores, cree que debe vulgarizarse el método de alumbramiento de Credé, modificándole ligeramente. El procedimiento recomendado por Goodell consiste en lo siguiente:

Desde que la primera contraccion uterina que sigue á la salida del feto ha llegado á su máximum, se coge la matriz á través de las paredes abdominales entre el pulgar por delante y los otros dedos por detrás: se la comprime entonces fuertemente mientras que se la empuja hácia abajo y atrás. Por este medio la placenta y las membranas son desprendidas y expulsadas desde luego.

con frecuencia bruscamente, como se lanza un hueso de cereza entre dos dedos. Otras veces es necesario repetir la operacion en dos ó tres dolores seguidos para conseguir la expulsion de las secundinas. Cuanto más pronto se emplee esta maniobra despues de la salida del feto, más fácil es de ejecutar.

Luego que se ha ensayado este método, no se puede menos de encontrar en él muchas ventajas; disminuye en primer lugar los peligros de contagio de afecciones puerperales; además la expulsion de la placenta por una *vis á tergo* es mas racional que tirando del cordon. Este no puede romperse, porque no sufre ninguna tension; se observan con menos frecuencia placentas adherentes. Por último, se evita lo introduccion de la mano en el útero y además la entrada del aire en esta cavidad. En fin, la contraccion uterina enérgica y persistente que sigue á esta maniobra, precave las hemorragias y los entuertos demasiado violentos.

Anillo-pesario. (*Bull. de thér.*).

El doctor Dumontpallier ha presentado á la Academia de Medicina de Paris un anillo-pesario (figura 19) que

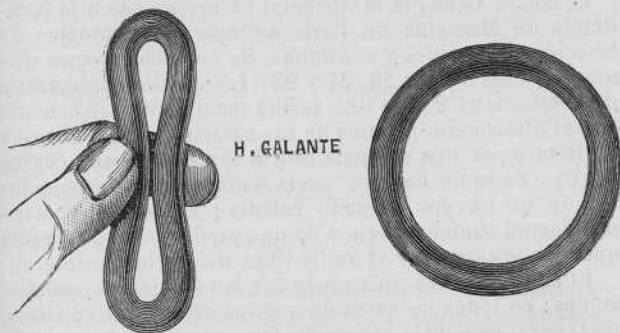


Fig. 19.

es una modificacion de el de Meigs, de Filadelfia, y presenta mucha analogía con el de Gairal. Está compuesto

de muchas espirales de un muelle de reloj sumamente flexible y elástico, cuyas extremidades se hallan sujetas por un hilo metálico circular que permite cierto juego á los dos extremos del resorte; además, las vueltas de las espirales en medio de su curso están sostenidas en el mismo plano por un pequeño anillo movable que deja á cada una su independencia y todo se encuentra cubierto con una envoltura de guttapercha. De esta suerte se ha obtenido un anillo-pesario sumamente flexible, y que sea la que quiera la forma que se le dé por la presión, vuelve á recobrar la suya primitiva. De aquí resulta que puede ser introducido con suma facilidad. Además cuando está aplicado, su flexibilidad le permite amoldarse á la forma de las partes con que se halla en relación, y por esta causa no ocasiona molestia en el recto ó el cuello de la vejiga. La flexibilidad de este anillo le permite cambiar pasajeramente de forma en cualquiera punto de su circunferencia; pero su elasticidad le vuelve á la circular inmediatamente que desaparece la presión.

Aparato tocológico de tracciones movibles y continuas.
(*Gaz. hebdom.*)

El doctor Cros (de la Rochela) ha presentado á la Academia de Medicina de Paris un aparato tocológico de tracciones movibles y continuas. Se compone, segun demuestran las figuras 20, 21 y 22: 1.º de una almohadilla de contención; 2.º de una varilla movable que se articula con el almohadon por una de sus extremidades y termina en la otra por una pequeña cámbria armada de una correa á cuyo extremo hay un porta-mosqueton de rotación; 3.º de un fórceps llamado rotador; 4.º de un porta-mosqueton suplementario y de una varilla redonda y recta que puede pasar por el anillo libre del porta-mosqueton.

El autor termina su trabajo con las siguientes conclusiones: en todos los casos de presentaciones del vértice ó de la cara, cuando la cabeza del feto se encuentra detenida en el estrecho superior ó en la excavación pelviana, se la debe coger por su diámetro biparietal ó bitemporal. Con el auxilio de este aparato será casi siempre posible por una sola aplicación de fórceps traer el occipucio

debajo del púbis en las presentaciones de vértice. Lo mismo sucederá con el menton en las presentaciones de la cara. Este fórceps, auxiliado del aparato de tracciones movibles y continuas, podrá ser no solo el correctivo del cefalotrivo en ciertos casos de distocia, sino también sus-

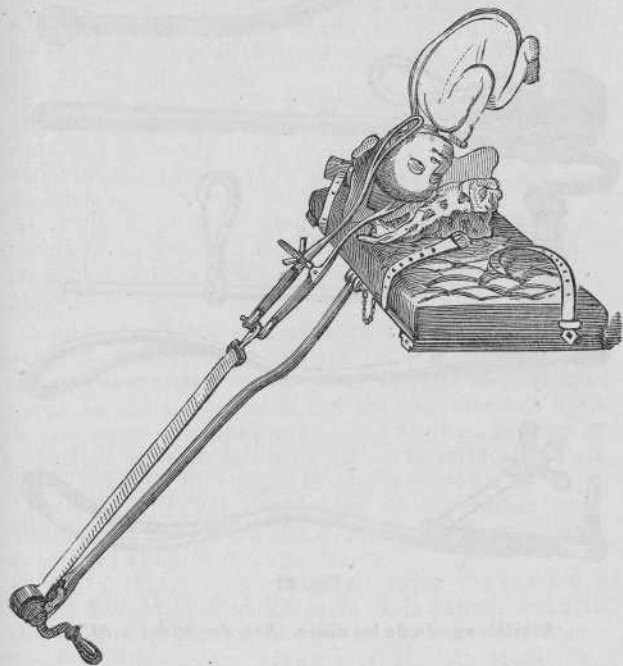


Fig. 20.

tituirle siempre que haya indicacion de recurrir á este peligroso instrumento. No obstante, en algunas ocasiones, el fórceps deberá ser reemplazado por otro semejante á él, pero en que apenas tengan corvadura las cucharas.

En las presentaciones del dorso y aun de los hombros, cree el autor que en casos muy laboriosos, el tocólogo podría estar autorizado para hacer volver al feto por medio

del forceps rotador á fin de facilitar su expulsion por la extremidad pelviana.

Fig. 21.

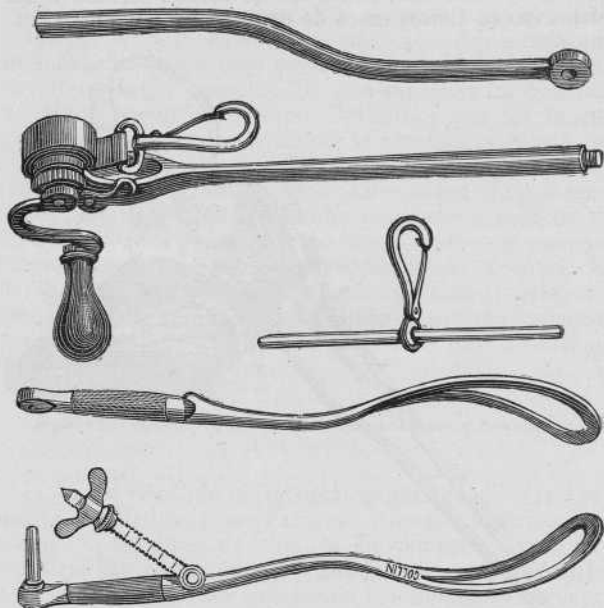


Fig. 22.

Artritis aguda de los niños. (*Rev. des Scienc. méd.*).

Con este nombre describe el doctor Smith una enfermedad que toma probablemente sus caracteres distintivos de la época de la vida en que se manifiesta. Se la observa en el curso del primer año; está caracterizada por lo repentino de su principio, la rapidez de su curso y su terminacion. Cualquiera que ella sea, fatal ó no, esta artritis compromete la existencia y destruye profundamente las extremidades articulares de los huesos, que en este período de la vida son ámpliamente cartilagosas.

En fin, uno de los rasgos de la enfermedad es que rara vez produce la anquilosis, pero deja al niño con un miembro acortado por la pérdida de una parte de la extremidad articular de un hueso y con una movilidad anormal por la debilitación de las articulaciones.

Este padecimiento no está ligado á la sífilis, aun cuando ofrece una grosera semejanza con la afección de las epífisis tan justamente atribuida á esta causa por Waldeyer, Kœbner, Parrot y otros.

En los 21 casos que el autor refiere, solo dos veces hubo un traumatismo. Todos los niños se hallaban en el primer año de la vida; 8 tenían menos de un mes, 4 menos de dos, 7 contaban de dos á seis meses, y 3 de seis meses á un año.

En todos la enfermedad invadió primero el hombro, la articulación coxo-femoral ó la rodilla, y frecuentemente fueron atacadas otras muchas articulaciones en el mismo sujeto.

El mal empezó por la disminución del movimiento, la flexión de la coyuntura enferma seguida de dolor, hinchazón y supuración rápida en el exterior de la articulación. La rubicundez de la piel era poco marcada hasta que el absceso se hallaba próximo á abrirse. Después de la abertura espontánea ó artificial, si se verificaba la curación, dejaba de fluir el pus mucho más pronto de lo que se observa en los casos ordinarios de supuración intra-articular. La muerte era efecto de la extenuación, y algunas veces también de la puohemia.

En la autopsia se encontró en todos los casos una pérdida de sustancia considerable de la extremidad articular de uno de los dos huesos largos que concurren á formar la articulación. Algunas veces, esta absorción ó ulceración había procedido de las partes superficiales á las profundas; otras, la destrucción del tejido había comenzado por un absceso en el interior de la extremidad articular, el cual se abría en la articulación por un pequeño orificio cerca del borde del cartilago. El autor refiere en seguida 21 observaciones que ha recogido y demuestra, por medio de grabados, el modo de alteración de las superficies óseas.

Cardiodinia histérica: tratamiento. (*Revue de théér.*).

Con el nombre de cardiodinia histérica designa el doctor Peter los dolores violentos que se observan en la region del corazon, con sumum de intensidad hácia la punta al mismo tiempo que palpitaciones, en las mujeres histéricas: estos dolores son en ciertos casos tan intensos que se acompañan de los mismos sintomas que la angina del pecho, menos la irradiacion dolorosa hácia el brazo; se les calma fácilmente segun el autor por la siguiente pocion antiespasmódica:

Jarabe de éter.	50 gramos.
Agua de laurel cerezo	10 —
Agua de lechuga.	80 —

Se administra á cucharadas hasta que se consiga el efecto calmante.

En el intervalo de las crisis debe prescribirse un tratamiento antihistérico y animar á las enfermas que generalmente están convencidas de que tienen una lesion cardíaca muy grave.

Clorosis: tratamiento por el fósforo y el fosfuro de zinc.
(*The. Lancet*).

El doctor Ashburton Thompson recomienda el fosfuro de zinc en la clorosis y la anemia. Considera este medicamento como muy útil despues de las hemorragias uterinas; parece obrar maravillosamente sobre las neuralgias que dependen de la debilidad general. El fosfuro de zinc es, segun el autor, mas fácil de manejar que el fósforo. El doctor Thompson dice, que el fósforo puede emplearse como estimulante, como tónico y como tóxico, todo es cuestion de dosis.

Como estimulante, prescribe una solucion de 0,06 centígramos de fósforo en 30 gramos de éter. Recomienda tambien una solucion en el alcohol absoluto en la proporcion de $\frac{1}{320}$. Empieza por $\frac{1}{20}$ de grano (3 miligramos), en 20 granos de éter, para tomar cuatro veces al dia con dos horas de intervalo; se puede llegar hasta $\frac{1}{10}$, y aun $\frac{1}{8}$ de grano.

Como tónico, administra una píldora de $\frac{1}{100}$ de grano (medio milígramo), tres veces al día.

Un décimo de grano (6 milígramos) de fosforo de zinc corresponde á $\frac{1}{100}$ de grano (medio milígramo) de fósforo.

Coma histérico. (*Arch. génn. de méd.*).

Bajo este nombre designa el doctor Boutges un estado caracterizado por los fenómenos siguientes: ataque de invasion brusca, sueño repentino, cara tranquila, no cianosada; párpados cerrados, ojos convulsos, pupilas dilatadas, poco ó nada sensibles á la luz; resolucion completa de los miembros que caen pesadamente cuando se les levanta; retencion habitual de orina, sensibilidad nula, indiferencia al dolor, abolicion de los sentidos, pulso ordinariamente mas lento que en estado fisiológico, temperatura normal.

La duracion del ataque excede de veinte y cuatro horas. Al despertar, lo que tiene lugar de pronto, las enfermas se quejan de quebrantamiento, cansancio, recordando haber dormido, pero sin tener plena conciencia de la duracion de este sueño.

El coma puede presentar grados diferentes: en los menos elevados mereceria mas bien la denominacion de somnolencia.

El autor refiere como ejemplos de una crisis intensa dos observaciones repetidas, una en la clínica del doctor Moissenet, y otra en la del doctor Broca. Era la primera enferma una muchacha de diez y ocho años, de constitucion robusta, pero que padecia alteraciones nerviosas mal definidas. El 16 de febrero de 1874, fué acometida de una cefálea violenta con vómitos, encontrándola al otro día en el estado siguiente: decúbito dorsal, miembros en resolucion, lo mismo en un lado que en otro. De tiempo en tiempo, sin causa determinante apreciable, era acometida de convulsiones tónicas. Extendia violentamente los brazos, llevándolos á los lados de la cabeza; los puños estaban cerrados, los pulgares en adduccion, los antebrazos en extension forzada, las mandíbulas apretadas, los miembros inferiores extendidos y comprimidos uno contra otro. Los músculos cervicales y torácicos posteriores se

hallaban en contraccion, y el tronco ranversado hacía atrás. No habia incontinencia de orina ni de materias fecales durante estas convulsiones. Se observaban tres ó cuatro de ellas cada hora.

La sensibilidad cutánea se hallaba abolida; las diferentes exploraciones practicadas no provocaron movimientos reflejos. Ninguna excitacion por fuerte que fuese pudo hacer salir á la enferma del coma.

La cara estaba ligeramente encendida, pero sin el menor vestigio de cianosis; no existia espuma en la boca.

Los párpados estaban bajados, pero se les podia levantar sin resistencia, y una vez hecho esto, no tendian á caer bruscamente. Los globos oculares convulsos: el derecho dirigido hacía fuera y abajo, y el izquierdo hacía abajo y adentro. Las pupilas se presentaban dilatadas, pero se contraian durante las convulsiones tónicas para recobrar su estado de dilatacion luego que terminaba el ataque. La luz las hacia tambien contraer de una manera casi imperceptible. Sobre cada uno de los globos oculares existia un equimosis subconjuntival simétricamente colocado y de la misma forma; eran triangulares, con el vértice hacía la córnea, y la base inferior y en direccion á la órbita. La conjuntiva estaba casi insensible; sin embargo, tocándola con un poco de fuerza, se provocaban movimientos en el ojo.

Respiracion frecuente, no estertorosa, desigual, y de tiempo en tiempo se notaban pausas notables entre dos movimientos respiratorios. La sonoridad torácica normal, percibiéndose muy bien el murmullo respiratorio.

Pulso pequeño, desigual, intermitente, 60 pulsaciones. Los ruidos del corazon ofrecian á la auscultacion los mismos caractéres que el pulso. La piel estaba un poco fria.

El abdómen voluminoso, tumefacto, renitente; sonoridad exagerada á la percusion, menos en la region hipogástrica, donde se notaba la vejiga distendida por la orina, llegando hasta cerca del ombligo. El cateterismo dió salida á 2 litros de orina clara y trasparente, en la que no se encontró albúmina ni glucosa. Todo el dia siguiente, 18, continuó el mismo estado. El 19 por la mañana salió la enferma de su coma para no volver á caer en él. Su inte-

ligencia, al principio oscurecida, se despejó de una manera gradual, pero muy rápida.

Examinándola entonces con cuidado, se advirtió que estaba hemipléjica del lado izquierdo. Los miembros, tanto superior como inferior, se hallaban flácidos, inertes, y no podían hacer ningún movimiento. Los del lado derecho, por el contrario, estaban íntegros, ejecutando todos los movimientos con precisión y sin vacilar nada. No había incontinencia de orina ni de de las materias fecales. La cara se hallaba completamente indemne. La lengua no presentaba temblor ni desviación; la pronunciación era fácil.

La sensibilidad abolida en toda la mitad izquierda del cuerpo. Si se pellizcaba á la enferma, se la tocaba, se aproximaba un cuerpo caliente ó frío, no percibía ninguna sensación. Las mucosas estaban también insensibles; se podía pasar el dedo por la superficie de la conjuntiva sin determinar el menor dolor ni contracción de los párpados. Podía igualmente titularse la mucosa nasal del lado izquierdo, sin provocar estornudo, y excitar el istmo de las fauces, sin determinar movimientos reflejos. La vista y el oído parecían ligeramente disminuidos en el lado izquierdo. La sensibilidad se encontraba menos apagada en el miembro inferior que en las otras regiones. La presión determinaba un dolor bastante vivo en la fosa ilíaca izquierda, al nivel del ovario.

Al día siguiente la hemiplejia y la anestesia habían disminuido, se observaron algunos movimientos en el miembro paralizado, y la sensibilidad era mucho menos obtusa. El alivio fue tan rápido, que nueve días después de la invasión del mal la enferma pudo levantarse y andar con bastante facilidad, notándose solo que el lado izquierdo estaba un poco más débil que el derecho, pero con todos los movimientos restablecidos.

La segunda observación recogida en el servicio del profesor Broca, presenta tantas analogías con la que acabamos de exponer, que nos parece excusado reproducirla en obsequio á la brevedad.

En esta última enferma se observaron tres accesos á intervalos variables, pero siempre en la época de las reglas.

En estos dos hechos el coma ha marcado el principio de una parálisis mas ó menos completa. Las cosas han pasado como en el curso de una afeccion cerebral, y no se manifestó la parálisis hasta que hubo cesado el estado comatoso. La misma sucesion de accidentes se ha producido en otras histéricas, cuyas observaciones refiere el autor.

Sin entrar en el estudio del diagnóstico diferencial, parécenos interesante notar este modo de invasion de las parálisis histéricas, cuyo principio ofrece tantas diversidades.

Convulsiones puerperales ó eclampsia: curacion por medio de las ventosas secas. (Lyon méd.).

El doctor Washington ha publicado una observacion, en que se contuvieron casi instantáneamente unas convulsiones puerperales por una extensa aplicacion de ventosas secas á lo largo de la columna vertebral. El autor asegura haber logrado frecuentemente por este mismo medio reanudar las contracciones en los casos de inercia uterina, y hacer desaparecer los accidentes llamados simpáticos en mujeres embarazadas. Le ha empleado tambien con éxito en las jaquecas, las neuralgias y aun erupciones de veinte á treinta años de duracion.

Coqueluche: tratamiento por las inhalaciones fenicadas, las de éter y cloroformo, el tártaro estibiado, el extracto de belladona al interior y el extracto de castaño. (Bull. de théér.—Union méd.—Allg. méd. Centralz.—Rivista clin. di Bologne y The Clinic.).

El doctor Ortille, de Lilla, recuerda que las recientes investigaciones de Letrerich, demostrando la presencia de un parásito en la coqueluche, han marcado una nueva vía al tratamiento de esta afeccion, puesto que de existir aquel es lógico atacarle directamente por las inhalaciones.

Este práctico dice que emplea de preferencia el ácido fénico, y que durante el acceso, en el momento en que se produce la inspiracion sibilante que sigue á las inspiraciones repetidas, es cuando hace aproximar á la boca de los pequeños enfermos un frasco de boca ancha.

La inspiracion es entonces muy enérgica, y los vapores

son arrastrados profundamente al árbol aéreo. Durante los minutos que siguen á la expulsion de las mucosidades por efecto de la tos espasmódica, se debe mantener el frasco en la corriente de la columna de aire aspirado. Las vías están entonces libres del moco que las tapiza, y las inhalaciones pueden alcanzar al hongo, causa primera de la afeccion.

Durante la noche, hace el autor colocar en la alcoba un plato lleno de petróleo, de benzina ó de ácido fénico.

No por atacar la causa primera de la enfermedad descuida los antiespasmódicos como calmantes del eretismo del sistema nervioso. Recurre á la hiosciamina ó á la belladona, cuyas dosis varia segun la edad de los enfermos.

Los paseos al aire libre, una alimentacion fortificante, el café despues de las comidas para evitar los vómitos, son medios auxiliares de que se saca mucho partido.

El doctor Ortille emplea igualmente el polvo de ipecacuana para facilitar la expulsion de las mucosidades por los vómitos y la secrecion bronquial abundante que sigue á su administracion, y entonces, inmediatamente despues de los vómitos, hace aspirar el ácido fénico.

Casi siempre por estos medios se abrevia considerablemente la duracion del padecimiento que no pasa de tres á cuatro septenarios y sin complicacion de ningun género.

Este tratamiento, puesto ya en práctica con ventaja en Alemania por Gerhardt, merece ser experimentado, sobre todo empleando el método tan sencillo del doctor Ortille.

El doctor Cárlos, de Bahía, creyendo tambien que la coqueluche reconoce una causa parasitaria, ha ensayado el ácido fénico en un caso que resistia á todos los medios de la terapéutica. Despues de haber agotado el largo catálogo de las sustancias conocidas en la práctica como mas ventajosas para combatir esta enfermedad, recurrió á la fórmula siguiente:

Acido fénico cristalizado.	25 centigramos.
Agua destilada de azabar.. . . .	5 gramos.
Julepe gomoso.	50 —

Se administraron cuatro á seis cucharadas de las de café en las veinte y cuatro horas sin ninguna otra medi-

cacion. A los tres días, el estado general se había aliviado mucho; la tos había desaparecido; no existía fiebre.

Después de este excelente é imprevisto resultado, el doctor Cárlos ha continuado administrando el ácido fé-nico siempre con grandes ventajas.

Eter y cloroformo.—El doctor Wild dice, *que cura en ocho días* toda coqueluche por medio del tratamiento siguiente: el niño no ha de salir de la habitación, y á cada acceso de tos debe colocarse delante de su boca un pañuelo doblado muchas veces y empapado con una cucharada de té de la mezcla que sigue:

Eter.	6 partes.
Cloroformo.. . . .	50 —
Trementina.	1 —

El doctor Leser recomienda á su vez las inhalaciones de petróleo, obtenidas á la temperatura ordinaria. Pone á este efecto el petróleo en la alcoba del niño ó hace practicar fricciones mañana y noche sobre el pecho y la espalda con media ó una cucharada de las de café de dicho aceite.

Los enfermos sometidos á este tratamiento no tienen los vómitos, las equimosis, ni los demás accidentes que determina la violencia de los accesos de tos en el período convulsivo. En los casos inveterados, dice el mismo autor, este medio ha sido ineficaz.

Extracto de castaño.—El doctor Thomas Davis ha experimentado el extracto de castaño (*castanea vesca*) contra la coqueluche, en el asilo de niños de Filadefia.

Quince enfermos afectados de dicho padecimiento fueron sometidos á este tratamiento: tenían de cuatro á siete años y habían llegado todos al período de estado del mal, cuando tomaron el extracto blando de castaño.

Antes de usar el medicamento que nos ocupa los quince niños tomaban la belladona; tenían entonces de diez á diez y seis accesos en las veinte y cuatro horas. Se suspendió la belladona, y el número de los accesos se elevó á los dos días á doce ó veinte y siete en el mismo tiempo. En estas condiciones es cuando se prescribió el extracto de *castanea vesca*. Al tercer día de tratamiento, los accesos descendieron á nueve diarios, y al quinto día, de los quin-

ce enfermos diez no habian tenido acceso, tres solo sufrieron dos, y los dos restantes uno solo en las veinte y cuatro horas.

El medicamento produjo un efecto sorprendente sobre la tos que perdió sus caractéres convulsivos aunque continuase.

El extracto de castaño se prepara con las hojas que deben cogerse de julio á fin de octubre. Su actividad es mayor cuanto mas tarde se hace la recoleccion. Se administra en d6sis de media á una cucharada de café cada tres ó cuatro horas en un niño de seis años.

Tártaro estibiado y belladona.— El doctor Mascarel recomienda un tratamiento que consiste en los medios que siguen :

1.º Todas las mañanas entre cinco y ocho se administra al enfermo de una cucharada de café á una cucharada de sopa, segun su edad, de una solucion de tártaro estibiado (5 centígramos en 120 gramos de agua). En los niños impresionables, se reemplaza el tártaro estibiado por la ipecacuana.

2.º Por la noche, despues de comer, se da el extracto de belladona empezando por $\frac{1}{6}$ de grano para subir progresivamente hasta 1 grano. El extracto debe ser de buena calidad y ha de llegarse hasta la produccion del eritema y de la sequedad de la garganta especiales á la belladona. Se disminuye progresivamente la d6sis á medida que se atenúa la intensidad de los paroxismos. Si los v6mitos fuesen tan repetidos que llegasen á alterar la nutricion general del niño, se administraria la morfina á pequeña d6sis cada tres ó cuatro horas, así como algunas cucharadas de café puro despues de la comida.

Hace diez y ocho años que el autor emplea este tratamiento en la coqueluche y siempre ha conseguido disminuir la intensidad y la duracion del padecimiento. La curacion se verifica en tres ó cuatro semanas y aun mas pronto.

Coqueluche: tratamiento por medio del sulfato de quinina.
(*Union méd.*.)

Cuando se estudia con cuidado el curso de esta enfermedad, se reconoce segun el doctor Hervez de Chégoin,

que sucede siempre á una afeccion catarral de las vías aéreas y que por consecuencia no es nunca una enfermedad primitiva.

Observando lo que pasa en otros órganos el autor se ha formado una opinion particular acerca de la naturaleza de la coqueluche: siempre que un tejido cualquiera ha sido asiento de un estado inflamatorio ó simplemente congestivo, el elemento nervioso que entra en la composicion de este tejido participa de su sufrimiento y continúa sufriendo, porque es mas sensible, aun cuando la afeccion primitiva de todo el tejido haya desaparecido; y conforme á una ley que pertenece al sistema nervioso de revestir casi siempre la forma intermitente, los síntomas se renuevan con algunas circunstancias que inducen á error acerca de este estado secundario.

Haciendo aplicacion de estos datos á la coqueluche, se observa que ordinariamente despues de quince ó veinte dias de una afeccion catarral de las vías aéreas superiores es cuando la tos toma el carácter convulsivo que la distingue y se repite por accesos; pero la intermitencia que depende del estado nervioso no es regular, porque otra causa que tiene su asiento en los ventrículos de la laringe ocasiona tambien accesos que alteran la regularidad de los francamente nerviosos; es la secrecion en la laringe misma de una materia de aspecto gelatinoso que produce tos cuando se acumula en cierta cantidad y determina la necesidad de expectorar.

Conforme á estas ideas el tratamiento que le parece al autor mas racional consiste en administrar el sulfato de quinina á dosis variable, segun la edad de los niños y aplicar sobre las partes laterales de la laringe una mosca de Milan, que se espolvorea con medio centígramo y aun menos de sulfato de morfina. Estos medios particulares no impiden emplear los purgantes ligeros y algunas pastillas de ipecacuana. En los casos que el autor ha observado, la coqueluche se curó en el espacio de veinte y cinco á treinta dias.

Corea: tratamiento por el arsénico á altas dosis y la hiosciamina.
(*British méd. journ.*).

El uso del arsénico en el corea es conocido de todo el mundo; pero no lo es tanto de seguro su sorprendente accion curativa cuando se administra á altas dosis, segun asegura el doctor Smith. Los niños le toleran, por otra parte, de una manera notable, especialmente los que están coréicos. A estos, y en la edad de cinco á doce años, se les puede prescribir la solucion de Fowler en dosis de 50 centígramos, tres veces al dia inmediatamente despues de las comidas. A muy poco tiempo se observa la accion de este medicamento sobre la enfermedad y nunca sus efectos tóxicos. Se curan en pocos dias coreas que han resistido á las dosis pequeñas de arsénico; los casos mas graves persisten cuando más dos ó tres semanas.

El doctor Spender ha publicado recientemente en el mismo periódico una nota que confirma la del doctor Smith. Las dosis no han pasado de 37 centígramos; pero en cambio se repetian cuatro veces al dia.

Hiosciamina.—El doctor Oulmont, que ha hecho un estudio especial acerca de la accion de la hiosciamina en ciertas neuroses espasmódicas y convulsivas, la ha empleado tambien en el corea con resultados bastante interesantes para que deban ser conocidos.

Los cinco casos en que el autor administró esta sustancia eran bastante intensos y habian resistido á la valeriana, el hierro, la quina, el bromuro en grandes dosis y otros varios medicamentos, obteniéndose en todos ellos un resultado satisfactorio.

El doctor Oulmont administra la hiosciamina en píldoras de un milígramo, prescribiendo dos al dia: una por la mañana y otra por la noche, y aumenta todos los dias un milígramo hasta que se manifieste el alivio ó algunos signos de saturacion. Entonces se queda con esta dosis continuándola hasta el fin del tratamiento. Una vez llegado á la cantidad de seis píldoras diarias, solo aumenta una cada tres dias y nunca ha pasado de diez en veinte y cuatro horas, procediendo siempre con la mayor precaucion á causa de la actividad del medicamento.

El alivio aparece de ordinario hácia el octavo ó noveno

dia del tratamiento y va graduándose sucesivamente. Al principio de esta mejoría le ha parecido al autor necesario continuar elevando la dosis del medicamento; de esta manera, el curso era mas rápido y la terminacion feliz mas segura. En otros casos tardó mas en presentarse el alivio, no habiendo sobrevenido dos veces hasta el décimoquinto, y en un corea crónico hasta el vigésimo dia.

Unas veces la mejoría tiene lugar sin presentar ningun fenómeno particular; otras, por el contrario, va precedida de fenómenos de saturacion, es decir, de una sequedad muy desagradable en la garganta y de una dilatacion mayor ó menor de las pupilas. Una vez producido el alivio, aumenta gradual y sucesivamente cuando se persiste en la medicacion; pero en varios de los casos observados por el doctor Oulmont ha bastado suspender el medicamento durante algunos dias para perder los beneficios que se habian obtenido, sirviendo este hecho como de contra-prueba á la accion de la hiosciamina.

Corea: tratamiento por medio de la eserina: efectos fisiológicos de esta sustancia. (Bull. de thér.).

Desde los trabajos de Fraser, dando á conocer algunos de los efectos de la eserina, se han hecho numerosos experimentos para determinar ya la accion fisiológica de esta sustancia, ya su antagonismo real ó imaginario con la atropina. Pero los resultados que se han obtenido, observando en los animales, son, á juicio del doctor Bouchut, tan diferentes de los que se ven en el hospital, que es necesario estudiarles bajo el punto de vista clínico. Este práctico, despues de haber empleado 437 veces el sulfato de eserina ó la eserina pura en el hombre, se cree en el derecho de afirmar que su accion difiere notablemente de la que resulta de los experimentos en los perros. Es cierto, añade, que no ha empleado las dosis tóxicas, pero ha llegado hasta los límites extremos de la tolerancia, á las dosis de 3, 4, 5 y 6 miligramos, cifra que ha considerado peligroso pasar.

Hasta ahora no se ha empleado en el hombre la eserina mas que en aplicaciones exteriores sobre la conjuntiva para hacer contraer la pupila; y al interior en al-

gunos casos de tétanos para calmar la excitabilidad muscular.

Dadas las propiedades paresiantes que posee, ha creído el doctor Bouchut que esta sustancia podría ser útil en el corea; y la ha ensayado con todas las precauciones necesarias cuando se emplea en la especie humana un medicamento tan enérgico y poco conocido.

Ha investigado primero cuál era la acción fisiológica de la eserina, qué forma, por qué vía, y á qué dosis debe emplearse.

Las 437 observaciones del autor han sido hechas: primero con la eserina pura y luego con el sulfato de eserina.

Entre ellas, 205 son resultado de la administración del medicamento por el estómago en forma de píldoras desde 2 á 5 miligramos.

Las otras 232 han sido hechas por medio de inyecciones subcutáneas, también en dosis de 2 á 5 miligramos.

Todas han tenido por sujeto niños atacados de corea ó neurosis convulsivas, y de siete á doce años de edad.

Inyecciones de eserina pura en dosis de 5 miligramos.—El 13 de diciembre de 1874 fueron sometidos á las inyecciones de eserina pura doce niños de siete á doce años, afectados de corea parcial, corea hemipléjica y corea general.

A los cinco minutos, malestar, dolores, llanto, quejidos, debidos á una angustia epigástrica muy penosa, palidez, un poco de enfriamiento, sudor en la cara, náuseas, esputación de agua y espuma, calambres de estómago, vómitos viscosos poco abundantes, pero dolorosos, y parálisis del diafragma mas ó menos pronunciada, según los enfermos, lo que hacia muy difícil el vómito. Las pupilas no se encontraban fuertemente contraídas en ninguno de los sujetos; solo estaban un poco estrechadas en dos de ellos, pero eran contráctiles. En todos los demás se hallaban dilatadas, aunque igualmente contráctiles.

El pulso, normal en algunos, era pequeño, contraído, lento en otros; pero nunca ha descendido á menos de 64 pulsaciones.

No se han observado cólicos ni diarrea. Respiración

penosa y difícil por la hipostenia ó por la parálisis del diafragma, pero no cianosis. En todos los enfermos las costillas se elevaban bien y el diafragma ascendia mas ó menos bajo el esternon, deprimiendo las paredes abdominales, en lugar de bajarse. No hubo anestesia ni alteracion de la inteligencia ó de los sentidos.

Estos fenómenos duraron tres horas; durante cuyo tiempo se suspendieron los movimientos coréicos para reaparecer progresivamente en diez á medida que se extinguia la accion; pero se modificaron disminuyendo por esta primera prueba.

En un caso bastó una inyeccion para curar un corea de mediana intensidad que databa de un mes. En otro, que tenia un corea parcial del brazo, se necesitaron tres inyecciones para conseguir la curacion.

Inyecciones de eserina á 2 miligramos y medio.—Despues de haber hecho esta primera série de inyecciones á 5 miligramos por efecto de un error de dosis, practicó el doctor Bouchut una segunda série á la dosis de 2 miligramos y medio, que era la que se habia propuesto emplear la primera vez.

Se sometieron á este tratamiento ocho niños afectados de corea hemipléjico ó general bastante fuerte, y que habian formado parte del grupo anterior.

Todos tuvieron los mismos fenómenos que con la inyeccion de 5 miligramos, pero mucho menos intensos.

En uno solo se observó la parálisis del diafragma bien caracterizada. En los otros siete solo habia un poco de embarazo en los movimientos de este músculo.

En ninguno se presentó contraccion de la pupila; estaba sensible y contráctil á la luz; mas bien dilatada que contraida.

Dos solos tuvieron un poco de lentitud de pulso; en los demás estaba normal.

En uno nada mas hubo palidez del semblante y la expresion de la fisonomía que caracteriza la náusea.

Estas alteraciones funcionales duraron una hora, y los enfermos pudieron luego comer sin que se alterase su digestion.

Inyecciones á un miligramo y un cuarto.—Los ocho niños en quienes se habia hecho la inyeccion á 2 miligramos y

medio, fueron luego tratados por la inyeccion á un milígramo y cuarto. Todos habian comido sopa una hora antes de la inyeccion.

Cinco tuvieron náuseas, malestar, esputacion de viscosidades ligeramete espumosas y pequeños vómitos. Tres solamente no sintieron nada de esto.

En ninguno de los ocho enfermos se observó contraccion de la pupila. En todos la respiracion estaba libre, sin parálisis ni dificultad en los movimientos del diafragma.

Como en los casos anteriores, el corea cesó todo el tiempo que duró la accion de la eserina, es decir, por espacio de una hora, y en todos se advirtió luego notable alivio. Cuatro curaron por completo. Solo un enfermo hizo excepcion á esta regla; en este continuaron los movimientos aun durante el malestar de la inyeccion esérica.

En otras cinco séries de diferente número de enfermos, en quienes se practicó la inyeccion á la misma dosis, pero en ayunas, se observaron fenómenos semejantes á los que hemos descrito, y que nos parece inútil repetir.

En un gran número de inyecciones con 2 miligramos, tambien se produjeron los mismos efectos, notándose solo en estas séries que hubo en algunos casos tolerancia completa.

Inyecciones con sulfato de eserina á 3 miligramos.—De siete enfermos á quienes se practicaron el 18 de enero, uno no sufrió nada; otros dos tuvieron náuseas sin vómitos ni ningun otro síntoma. En los cuatro últimos se presentaron náuseas con vómitos poco abundantes, esputacion y un poco de dificultad en los movimientos del diafragma. Estos accidentes duraron una hora.

El 20 de enero se hicieron otras ocho inyecciones á la misma dosis. Tolerancia en dos enfermos; en los otros seis se observó malestar, un poco de palidez, náuseas con esputacion ó vómitos y cuatro veces solamente un poco de dificultad en los movimientos del diafragma.

En otras sesenta y dos inyecciones practicadas diferentes dias, pero en la misma forma, se obtuvieron análogos efectos, lo que nos dispensa de detallarlos.

Eserina en pildoras.—Despues de haber usado este medicamento por el método hipodérmico, y en razon de la

intensidad de su accion, el doctor Bouchut se propuso averiguar si por la vía gástrica produciria los mismos efectos y, sobre todo, si la accion curativa en el corea podria obtenerse sin ninguno de los inconvenientes de las inyecciones.

El primer dia once niños de siete á doce años afectados de corea, tomaron una píldora de 1 milígramo, por la mañana en ayunas, no dándoles alimento hasta pasadas dos horas.

No se produjo ningun efecto, ni el corea sufrió la mas pequeña modificacion.

Al dia siguiente los mismos niños tomaron dos píldoras de 1 milígramo, tambien sin efecto apreciable.

Al tercer dia se administraron tres á doce niños, de estos, dos niñas pequeñas de siete y dos años, tuvieron algunas náuseas, esputos acuosos y espumosos, debilitacion del diafragma, un poco de lentitud en el pulso, pero ninguna contraccion de las pupilas.

En los otros diez enfermos no se advirtió fenómeno alguno que llamase la atencion.

Al cuarto dia con 4 milígramos, dos de estos niños tuvieron algunas náuseas, mientras que los demás no sintieron absolutamente nada.

El quinto dia, dos niños tomaron 4 milígramos y los otros diez 5. Los primeros sufrieron náuseas y arrojaron, escupiendo, algunas materias acuosas. De los otros diez, siete no sintieron absolutamente nada y tres solamente tuvieron náuseas, aguas en la boca ó pequeños vómitos, nada en la pupila ni el pulso y únicamente una ligera dificultad en los movimientos del diafragma.

Como se ve en esta série de observaciones hechas con objeto de comparar la accion fisiológica y terapéutica de la eserina en los niños afectados de corea, hay una diferencia considerable entre los efectos de esta sustancia administrada por el estómago ó por el método hipodérmico. En este último tiene una accion enérgica y rápida. No se puede pasar de 2 á 3 milígramos sin inconveniente, y el corea se modifica de un modo ventajoso. Por el estómago, al contrario, se pueden dar dosis mas considerables llegando á 3 y 5 milígramos sin que se produzca ningun fenómeno fisiológico.

Las orinas de los sujetos sometidos al uso de la eserina contenian una pequeña cantidad de sales que simulaban albúmina, precipitando por el calor, pero disolviéndose por la adición de ácido nítrico.

En los diferentes ensayos practicados por el doctor Bouchut no ha encontrado nunca glucosa, contra las observaciones de Duquesnel, Leven y Laborde, que dicen haber visto la glucosuria en los animales eserinados. Esto prueba, segun el autor, que las cosas no pasan siempre lo mismo en el hombre que en los animales.

Como principio y para evitar los vómitos despues de las inyecciones de eserina, no se las debe practicar mas que por la mañana en ayunas.

La parálisis del diafragma es el fenómeno mas desagradable que puede producirse con las altas dosis, y se comprende que llegase á determinar accidentes de asfixia. Usando el medicamento á menos de 3 miligramos no hay que temer este peligro.

Es un hecho curioso é inesperado que la pupila permanezca contráctil á la luz y aun se encuentre un poco dilatada. En todo caso en doscientas treinta y dos inyecciones nunca se ha presentado contraida como cuando se practica la instilacion directa de la eserina en el ojo.

En ninguno de sus experimentos ha observado el autor el temblor muscular, ni la tremulacion fibrilar que los experimentadores han visto en los perros, ranas y conejos de Indias. Casi nunca tampoco se ha presentado la contraccion pupilar ni la parálisis de los miembros inferiores. La mayor parte de los fenómenos que se dice existir en los animales no se observan en el hombre y en cambio hay en este otros que no se manifiestan en aquellos. Piensa M. Bouchut que esto pudiera consistir en la diferencia de dosis que en la experimentacion animal han sido tóxicas y tales como no es lícito emplearlas en la clínica; pero se inclina mas bien á creer que reconozca por causa la diferencia de accion de los medicamentos segun las especies animales en que se experimenta y de aquí deduce que los datos de la experimentacion animal no pueden aceptarse como aplicables á la especie humana hasta que han sido comprobados en la clínica.

Al anunciar el doctor Kohle (de Halle) que la eserina

producia la contraccion de los vasos periféricos, ha sentado, segun M. Bouchut, un hecho positivo, que es fácil de comprobar en el hombre por medio del oftalmoscopio. Cuando despues de las inyecciones de eserina se miran las venas de la retina, único sitio en que sin mutilacion se puede ver la circulacion á descubierto en sus arterias y sus venas, es fácil convencerse del efecto de contraccion que esta sustancia produce en los vasos. Pasada media hora de la inyeccion se nota que las venas están muy estrechadas, lo que se halla en armonía con la palidez á veces considerable de la cara y la lentitud del pulso. Estos dos fenómenos son, como se sabe, sobre todo el último, prueba de la tension exagerada de las arterias y del estrechamiento de lsistema capilar.

Accion de la eserina sobre el corea y sobre las enfermedades convulsivas.—Esta sustancia ha sido empleada por Th. Anger contra el tétanos, en inyecciones de 3 miligramos repetidas muchas veces al dia, y ha notado que todo el tiempo que el enfermo estaba bajo la influencia del medicamento, dejaban de producirse la rigidez y los sacudimientos propios de la enfermedad. Esto ha inspirado al doctor Bouchut la idea de ensayar la eserina en el corea.

Ya se ha visto en los párrafos anteriores cuáles han sido los efectos fisiológicos del remedio; resta ahora exponer sus ventajas terapéuticas.

Todas las observaciones del autor demuestran como un hecho cierto, que á la dosis de 3 miligramos en inyeccion y de 5 á 6 por la vía gástrica, la eserina detiene ó modera los movimientos coréicos todo el tiempo que dura la eliminacion del medicamento. El autor no se atreve á afirmar si dependerá esto de la isquemia espinal ocasionada por esta sustancia, pero lo cree posible.

Esta disminucion de los movimientos coréicos es solo temporal, pero á medida que se les modera artificialmente por este medio, disminuyen de dia en dia y acaban por desaparecer. La circunstancia de haber siempre en las salas del autor de ocho á quince niñas atacadas de corea, le ha permitido tratar en algunas semanas veinte y cuatro de estas enfermas. Entre ellas las habia con corea parcial, hemicorea ó corea general. Se emplearon las inyecciones, las píldoras ó la solucion. El padecimiento estaba en su

primera manifestacion ó en su segundo, tercero ó cuarto ataque. Contaba ya algunas semanas de duracion cuando se empezó el tratamiento.

Se obtuvieron veinte y cuatro curaciones. En algunas enfermas bastaron dos ó tres inyecciones, en otras fué necesario practicar hasta diez y ocho. El término medio fué siete. Como despues de las inyecciones, los niños que no se habian curado tomaron durante un tiempo de cuatro á doce dias, pociones de eserina que reemplazaron á las picaduras, conviene tener en cuenta este período, para determinar la duracion media del tratamiento. Apreciado de este modo el término medio viene á ser de unos diez dias. Resultado satisfactorio que merece llamar la atencion.

Pero si tal es la ventaja del tratamiento del corea por la eserina no debemos ocultar que ofrece un inconveniente sério. Es la sensacion de malestar en que tiene á los enfermos lo menos por espacio de una hora. Este inconveniente es el único; por lo demás la medicacion no ofrece ningun peligro. La sustancia no tiene nada de irritante, y en tantas inyecciones no ha habido una siquiera que produjese flemon. No determina cólicos ni diarreas; alguna vez hace vomitar cuando se da al interior.

El doctor Cadet-Gassicourt que ha empleado tambien este medicamento en cuatro casos, dice haber obtenido resultados que difieren notablemente de los que indica el doctor Bouchut, creyéndose autorizado á deducir en virtud de ellos, que los efectos fisiológicos de la eserina han sido los mismos en sus cuatro enfermos que en los animales, y que en todos ellos los resultados terapéuticos pueden considerarse como nulos, pues si bien los sujetos salieron del hospital casi curados, como esto sucedió á los sesenta y cinco, ochenta y treinta y cinco dias, no cree que pueda atribuirse á la accion del medicamento, sino mas bien al curso natural de la dolencia.

Denticion: accion de los calomelanos en la evolucion dentaria.
(*Journ. de théér.*).

Segun el doctor Champouillon, los calomelanos activarian en los niños la denticion.

En una niña de once meses, administró el autor este medicamento para una afección ocular; á los dos días la enferma, que tenía ya los dos incisivos medios inferiores, salivó abundantemente, y á muy poco salieron los incisivos medios superiores. Se continuaron los calomelanos y siguió la salivación. Pasados dos días, dos incisivos laterales inferiores rompieron la encía. A las pocas horas apareció el lateral izquierdo superior. En suma, 5 dientes en cuatro días.

En un segundo caso, en un niño de doce meses, salieron también 5 dientes en el mismo espacio de tiempo.

En ambos enfermos cesó el trabajo de la dentición, luego que se suspendió el uso de los calomelanos, aun cuando el grupo de los dientes que habían salido estaba incompleto y carecía de simetría.

Descenso del útero : nuevo pesario. (Bull. de thér.).

El doctor Gairal, de Carignan, ha dado cuenta, á la Sociedad de Terapéutica de Paris, de un nuevo procedimiento para remediar el prolapso y las desviaciones del útero, y que consiste en introducir en la vagina un anillo elástico que se alarga por la presión en un sentido determinado, y que una vez colocado, recobra la forma circular. Este anillo no obra de ninguna manera, como lo hacen los pesarios sobre el cuello del útero; no tiene acción mas que sobre la vagina, cuya longitud disminuye. Este órgano, uniformemente tenso en toda su circunferencia, forma sobre el contorno del anillo un repliegue que contiene á la matriz en los casos de prolapso ó la endereza si hay desviación. M. Gairal le ha aplicado para el prolapso en primero y segundo grado, complicado con desviaciones en uno ú otro sentido, y siempre ha recobrado el cuello su dirección normal.

El anillo elástico puede llenar también otros usos; basta hacerle seguir de un reservorio de cautchouc llamado cubeta *uterina*, para tener un baño aplicable en el tratamiento de las enfermedades del cuello con líquidos medicinales, ó bien un *orinal* en los casos de fistulas vesicovaginales, ó también un *medio hemostático* en los casos de *metrorragia*; bastaría al cirujano introducir una esponja

en la cubeta para formar un tapon obturador y oponerse al flujo sanguíneo. Las mujeres pueden con este aparato poco costoso, que se aplican y retiran ellas mismas, entregarse á sus ocupaciones; no impide las relaciones sexuales; M. Gairal ha aplicado ya mas de trescientas veces estos pesarios y siempre con resultados satisfactorios.

Descenso del útero: tratamiento por la tintura de yodo.
(*H. Raccogliore Médico*).

Una mujer de treinta años padecía un descenso del útero que en la posicion vertical salia entre los grandes labios hasta la mitad de su cuerpo. El doctor Zecchini, llamado á visitar á la enferma, tuvo la idea de emplear la tintura de yodo, y al efecto, despues de haber reducido el órgano, introdujo un especulum de cuatro valvas que abrió fuertemente é hizo sobre la vagina una aplicacion de dicha tintura. Se quedó la enferma en la cama con la pélvis elevada, las piernas en semiflexion durante dos horas, despues de las cuales se hizo una irrigacion de agua. No se produjo ningun dolor, y sí solo una sensacion de sequedad que desapareció con otra irrigacion. A las cuarenta y ocho horas se hizo una segunda aplicacion de tintura, y pasado el mismo tiempo una tercera. Se dejó á la enferma en reposo durante tres dias, al cabo de los cuales se aplicó por última vez la tintura. El útero se mantuvo en su posicion normal desde la segunda. A los ocho dias, la enferma estaba curada sin que despues haya vuelto á resentirse.

En la observacion que precede no se indica la causa del descenso del útero. Se ignora si ha sido producido por partos repetidos y á cortos intervalos, por una caída sobre las nalgas, una rotura del periné ó una gran laxitud de la vagina. Bien se comprende la importancia que habria tenido el conocimiento de este hecho, sobre todo despues del resultado del tratamiento. Sin rechazar las aplicaciones de tintura de yodo, puede pensarse que no en todos los casos serán igualmente eficaces.

Deviaciones uterinas: tratamiento y curacion por la miotomia uterina ignea sub-vaginal. (Gaz. méd.)

Con el título que encabeza este artículo ha presentado el doctor Abeille una extensa Memoria á la Academia de Ciencias de Paris, difícil de analizar aquí, pero que el mismo autor resume en las siguientes conclusiones:

1.^a Las desviaciones é inflexiones uterinas extremas han sido reputadas hasta ahora como incurables y condenadas por consiguiente las enfermas á sufrir durante su vida estos padecimientos con todas sus consecuencias, algunas de las cuales hacen insoportable la vida. Los medios para curarlas han sido insuficientes, frecuentemente ilusorios, á veces muy peligrosos.

2.^a Una práctica fundada en nueve años de experiencias y representada por 73 observaciones, permite establecer, que las desviaciones é inflexiones uterinas, como los accidentes á que dan lugar ó de que son consecuencia, se curan en la mayoría de los casos por mi método de tratamiento, sin que las enfermas corran el menor peligro. Bajo este punto de vista, es preciso distinguir las desviaciones uterinas en unas, que están libres de toda adherencia ó brida intra-pelviana, y que por lo tanto son susceptibles de reduccion, y otras que, mantenidas en posicion por bridas ó adherencias, no pueden reducirse por completo. El número de estas últimas es relativamente pequeño, puesto que en 73 casos no las he observado mas que seis veces, y aun en estas, se obtiene un medio resultado, atendiendo á que las enfermas se curan de las erosiones, granulaciones, exulceraciones, flegmasía catarral crónica, é infartos mas ó menos extensos que en suma son las causas inmediatas de las alteraciones funcionales locales y generales, y que las pacientes tienen con ciertos medios de contencion, la posibilidad de una existencia exenta de todo sufrimiento, y pueden andar y dedicarse al trabajo.

3.^a El método que propongo, comprende dos partes distintas: primera, el tratamiento general que tiene por objeto la reconstitucion de las fuerzas orgánicas y que se dirige á las diátesis, caquexias, vicios de constitucion, etcétera; segunda, el tratamiento local, cuya clave es la

operacion precedida y seguida de cuidados y curas locales.

4.^a El procedimiento operatorio que empleo, es la miotomía uterina ígnea sub-vaginal. No puede practicarse con los instrumentos cortantes en frio, á causa de las hemorragias incoercibles que resultarian, y de la facilidad de la reabsorcion pútrida ó purulenta por quedar abiertos los orificios de los vasos seccionados.

No podria hacerse tampoco por medio de la gálvano-cáustica á causa de la multiplicidad de formas de las secciones que se han de ejecutar, y esto á través de un estrecho espacio comprendido entre las paredes del espéculum y el cuello encajado en el campo del instrumento. No es ejecutable mas que con los tenótomos calentados al rojo oscuro ó rojo cereza, muy excepcionalmente al rojo blanco, y en estos casos, es preciso escarificar en seguida la superficie con un tenótomo al rojo oscuro para detener el mas insignificante flujo de sangre, lo cual constituye un punto esencial de la operacion.

Estos tenótomos fijos por la extremidad libre de su largo vástago á un mango de madera, son de formas múltiples y variadas para todas las indicaciones que deben llenar; romos ó puntiagudos en su extremidad, corvos sobre el plano á la derecha é izquierda, rectos ú oblicuos, encorvados sobre el corte ó sobre el dorso, en ángulo mas ó menos abierto, y aun en cuello de cigüeña para adaptarse al espacio comprendido entre las paredes del espéculum y el cuello, y poder obrar sobre los puntos precisos; se les dirige pues á estos puntos y solo obran en el sentido, la direccion, la extension y la profundidad que se quiere, cosa indispensable para la buena ejecucion.

5.^a Las secciones deben alcanzar á la capa muscular media del útero, centro de accion; en la anteversion y la retroversion es preciso hacer tres secciones transversales hácia la union del cuello con el globo: una á un centímetro ó centímetro y medio del hocico de tenca, y otra intermedia; es necesario en seguida practicar dos incisiones longitudinales de forma elíptica que vayan desde la seccion transversal superior á la inferior, y luego raer superficialmente los tejidos comprendidos entre estas. En el caso de que el hocico de tenca esté encorvado en forma de cuello de retorta, se hace con un secador en saca-

bocados, una excision en V invertida, cuya base abraza el reborde del labio que forma la curva, y el vértice se termina en la seccion transversal inferior. Con cauterios de diversas formas se hacen desaparecer en seguida las exulceraciones, erosiones, granulaciones cuando existen, y se va hasta la cavidad cervical á destruir las granulaciones y la mucosa, asiento de la flegmasia catarral crónica.

6.^a En la anteversion deben practicarse las secciones sobre la cara anterior del órgano; y en la posterior en los casos de retroversion. En ambas, cuando son oblicuas á la derecha ó á la izquierda, se opera en la parte anterior, á derecha ó izquierda, ó en la posterior del mismo modo, para obtener las cicatrices retráctiles en el sentido del enderezamiento que se desea conseguir.

7.^a Cuando se opera un descenso de la matriz, el procedimiento operatorio difiere del anterior. Es preciso entonces hacer dos secciones una á la derecha y otra á la izquierda, hácia la union del cuello con el globo; luego de cada ángulo de seccion se hace partir una incision que va oblicuamente, una hácia atrás, y otra hácia adelante, por terminar en los fondos de saco invertidos. Estas incisiones, profundas en el cuello, terminan superficialmente sobre los fondos de saco. Con el secador en forma de tijera, corvo sobre el plano, en ángulo casi recto hácia la punta, se hace la excision de una parte de los labios del hocico de tenca: esta excision debe ser mas profunda en el labio prominente, si existe. Si al mismo tiempo que descenso hay infarto del cuello, debe practicarse sobre cada cara lateral de esta porcion del órgano, una incision longitudinal que va desde la seccion transversal superior á medio centímetro de la abertura del hocico de tenca.

8.^a Cuando el descenso del útero se complica con devianciones, el globo se encuentra necesariamente caido en el sentido en que se desvia, y la parte opuesta no se ha movido ó se ha elevado mas ó menos considerablemente. En semejante caso, se opera primero para obtener el enderezamiento, como en las devianciones; luego, practicando sobre los ángulos de la seccion superior transversa las dos incisiones oblicuas que van á terminar al fondo de saco invertido, hay seguridad de conseguir el enderezamiento.

9.^a La operacion no expone á ningun peligro, no va seguida de ningun accidente, si se tiene cuidado de escarificar todos los puntos seccionados; nunca determina inflamacion intensa, gracias á esta escarificacion y á la aplicacion consecutiva del hielo sobre el bajo vientre. Una sola vez en 73 casos, ha habido necesidad de combatir un principio de infeccion pútrida debida á algunos vasos seccionados que habian quedado abiertos y dando sangre. Escarificando estas superficies con un tenótomo al rojo oscuro, se cerró la puerta á la reabsorcion, dominándose luego con facilidad los accidentes que se habian presentado.

10.^a Cuando se explora á las enfermas, despues de la completa curacion, se encuentran sobre el suelo vaginal y correspondiendo á las secciones superiores, transversas ú oblicuas, finos repliegues prominentes, resultado de cicatrices inodulares de la mucosa que sirven en lo sucesivo de lazos de sosten, mientras que toda la superficie del hocico de tenca presenta un tejido igual como si no se hubiese practicado ninguna incision.

11.^a En fin, no solo no experimentan alteracion ulterior las funciones genitales por consecuencia de la operacion, sino que en tres observaciones, las mujeres se hicieron embarazadas poco tiempo despues, llegando á término la gestacion cuando no habian podido ser fecundadas desde hacia tres y cuatro años.

Dilatador vaginal. (*Gaz. des Hop.*).

El doctor Meniere de Angers ha presentado, á la Academia de Medicina de Paris, un nuevo dilatador vaginal.

Este instrumento (fig. 23), destinado en principio á la dilatacion gradual de la vagina en ciertos casos de vaginismo, á combatir la estrechez del orificio vulvar, acompañada ó no de estrecheces vaginales, á embotar la sensibilidad en la hiperestesia vulvar, podria ser ventajosamente aplicado á la dilatacion forzada del recto y en la operacion de la talla perineal.

Muchos casos de vaginismo, cuyas observaciones se propone publicar en breve, el doctor Meniere, han cedido al uso de este dilatador, que es fácil de manejar, y

que reúne, á la sencillez del mecanismo, una gran fuerza, que puede aplicarse lenta ó gradualmente: se compone:

1.º De un mango que sostiene 6 valvas agujereadas, de bordes y puntas romos; cada valva es movable en una articulacion B.

2.º De un vástago A, D; de la extremidad del cual parten 6 brazos de fuerza, que todos se articulan en la cara interna de cada valva.

3.º De un tornillo ó volante E, destinado á hacer avanzar ó retroceder el vástago A, D, y de este modo separar ó aproximar las valvas por intermedio de los brazos de fuerza.

El aparato cerrado es cónico, y tiene 1 centímetro de diámetro en su extremidad; abierto, es cilíndrico y de 4 centímetros de diámetro.

Este instrumento lleva dos graduaciones: la una, grabada sobre las valvas, indica la profundidad á que se ha introducido; la otra, en la extremidad D del vástago central, mide exactamente la separacion de aquellas, es decir, el grado de dilatacion obtenida.

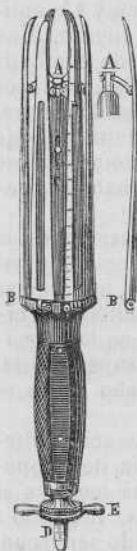


Fig. 23.

Eclampsia puerperal: tratamiento por el hidrato de cloral.
(*Bull. de thér.—Rev. méd.—Gaz. des Hop.*).

El éxito obtenido en 1872 por el doctor Darin en un ataque de eclampsia por medio del cloral, va encontrando numerosos imitadores, siendo conveniente consignar los hechos nuevos que se produzcan, á fin de que pueda juzgarse prácticamente la cuestion.

En el espacio de quince meses el doctor Portal ha tenido ocasion de emplear tres veces este medicamento con satisfactorio resultado.

Las tres enfermas eran albuminúricas; la primera fué acometida de los ataques de eclampsia seis horas despues del parto; las otras dos durante el trabajo; una de

ellas parió naturalmente, en medio de los accesos, un niño muerto; en la otra no hubo dolor alguno cuando cesaron los ataques, y fué preciso terminar el parto con el fórceps, extrayendo un feto vivo y bien conformado.

La primera de las enfermas habia tenido veinte y cuatro accesos, que se sucedian regularmente de cuarto en cuarto de hora. El autor hizo preparar dos pociones, cada una de las cuales contenia:

Hidrato de cloral.	6 gramos.
Jarabe de Tolú.	60 —
Esencia de menta.	algunas gotas.

Se administró una cucharada de las comunes cada quince minutos. La enferma sufrió un vigésimoquinto acceso antes de haber acabado la primera pocion; luego se suspendieron los ataques completamente, y á los tres ó cuatro dias la paciente habia recobrado por completo su inteligencia. Se la dió próximamente la mitad de la segunda pocion á cucharadas de las de café cada dos ó tres horas solamente.

La segunda de las enfermas llevaba ya ocho ataques, cada uno de los cuales era precedido de una grande agitacion de los brazos y de las piernas, y acompañado de gritos quejumbrosos. El doctor Portal prescribió la mitad de la primera pocion; el parto se verificó naturalmente. Los ataques se suspendieron durante hora y media; pasado este tiempo empezó de nuevo la agitacion de los brazos y de las piernas, así como los gritos, anunciando un acceso inminente; el autor hizo que la enferma acabase rápidamente la primera pocion, é inyectó 25 miligramos de clorhidrato de morfina. No se presentaron mas ataques; y á pesar de una pulmonía que la enferma contrajo, descubriéndose durante su enfermedad, la curacion era completa á los doce dias.

En el tercer caso habian tenido lugar siete ataques; el cloral, en cantidad de 6 gramos, administrado muy rápidamente, y una inyeccion de 25 miligramos de morfina, hicieron cesar las convulsiones.

Se pueden, pues, administrar, cucharada sobre cucharada, 6 gramos de cloral. En cuanto á los otros 6, se les tiene en reserva para continuar el medicamento si los

ataques persisten; y en el caso contrario, se sigue administrando cada dos ó tres horas una cucharada de las de café á fin de tener á la enferma durante algun tiempo aun bajo la influencia del remedio.

Estos tres hechos han llamado tanto mas la atencion al doctor Portal, cuanto que anteriormente habia tratado seis casos de eclampsia por las sanguijuelas y las inhalaciones de cloroformo, y todas las seis enfermas sucumbieron.

El doctor Desantí ha empleado tambien este medio en una mujer de treinta y cinco años, acometida de eclampsia á las pocas horas despues del parto. Desde las seis de la tarde hasta las cuatro de la mañana, los accesos se repitieron con una rapidez alarmante, sin que bastasen á contenerles todos los medios de que el autor podia disponer, cuando á las nueve de la mañana se empezó á administrar una pocion compuesta de 6 gramos de cloral en 100 de jarabe de grosella. El estado de la enferma era tan grave, que se la habian administrado los últimos sacramentos. Se la dió una cucharada de la mixtura cada quince minutos. A las diez se durmió, y los ataques cesaron como por encanto. Desde la una se continuó el cloral á intervalos mas largos. La noche fué buena y no se repitieron las convulsiones, restableciéndose la enferma con bastante rapidez.

En un caso referido por el doctor Allo, la eclampsia se presentó el sétimo mes del embarazo. Las lavativas purgantes, los sinapismos, las compresas frias, no impidieron que se reprodujesen los accesos. Entonces se administró el hidrato de cloral en la misma forma que en los anteriores, produciéndose el sueño á la cuarta cucharada. Los ataques cesaron, no habiéndose vuelto á reproducir.

El doctor Cassaignac ha contenido tambien ataques eclámpicos en una mujer embarazada por medio del cloral.

Eczema de los niños: tratamiento por el agua de cal.

(*Bull. de théér.*).

El doctor Caspari, médico en las aguas minerales de Meinberg, preconiza el agua de cal contra el eczema de

la cabeza y el impétigo de la cara en los niños. Pretende haber obtenido grandes ventajas con esta medicación, que prescribe al interior. La cantidad del medicamento varía de 150 á 300 gramos y está en relación con la edad del enfermo. En los de mas edad, y sobre todo en los casos en que la co-fluencia del mal provoca dolor y agitación, se dan las dosis mas altas. El agua de cal debe administrarse, ya mezclada á la leche, ya pura, pero en solución convenientemente diluida. El doctor Caspari elogia sobre todo este medio en los casos de eczema crónico que se habian manifestado rebeldes durante meses á todos los tratamientos, internos ó externos. Ordinariamente el alivio empieza á aparecer á los ocho dias de la medicación.

Raras veces es necesario emplear concurrentemente con el agua de cal los medios externos; solo están indicados cuando la secreción es muy irritante, y entonces el doctor Caspari recomienda espolvorear las partes con carbonato de magnesia. A los enfermos pobres les aconseja simplemente lavar una ó dos veces al dia las superficies afectas con un ligero cocimiento de ceniza de madera.

Enfermedades de los recién nacidos: administración de los medicamentos por la leche de la nodriza. (*Annali univ. di méd. é chirurg.*)

Este medio de administración de los medicamentos es conocido desde una remota antigüedad; pero el doctor Lewald ha estudiado de una manera mas científica de lo que generalmente se habia hecho hasta ahora la eliminación de algunas sustancias por la leche. Sus numerosos experimentos, para los que se ha valido de la cabra, han tenido por objeto el hierro, el bismuto, el yodo y sus compuestos, el arsénico, el plomo, el zinc, el antimonio, el mercurio, el alcohol y algunos narcóticos. Se administraba una dosis conocida del medicamento al animal, y algun tiempo despues se examinaba metódicamente la leche.

Las principales conclusiones que el autor deduce de sus estudios, son las siguientes:

- 1.^a Se puede administrar á un niño de pecho mayor

cantidad de hierro por la leche de la madre que por ningún otro medio.

2.^a El bismuto se elimina igualmente por la leche; se le encuentra algún tiempo después de la ingestión, pero en cantidades muy pequeñas.

3.^a El yodo no aparece en la leche hasta noventa y seis horas después de haber sido ingerido. El yoduro de potasio, dado en cantidad de 2 gramos y medio diarios, aparece á las cuatro horas de su ingestión y continúa comprobándose su presencia en la leche durante once días.

4.^a El arsénico se encuentra en la leche á las diez y siete horas, y su eliminación no es completa hasta las sesenta.

5.^a Aunque una de las preparaciones más insolubles es el óxido de zinc, se elimina, sin embargo, por la leche, y es probable que suceda lo mismo con otros compuestos del mismo metal; un gramo de óxido de zinc se encuentra en la leche al cabo de cuatro á ocho horas, y desaparece con tanta rapidez como el hierro, pues á las cincuenta ó sesenta horas ya no existen vestigios en la secreción mamaria.

6.^a La eliminación del antimonio es un hecho igualmente incontestable; deberá tenerse en cuenta en la lactancia. Lo mismo puede decirse de las preparaciones mercuriales.

7.^a No está demostrado que el alcohol y los narcóticos se eliminen por la leche.

8.^a El sulfato de quinina pasa muy bien á esta secreción; se podrá, por lo tanto, curar una fiebre intermitente en un niño de pecho, administrando la sal quínica á la nodriza.

Epitelioma del cuello uterino: tratamiento por las cauterizaciones con ácido crómico. (*France médical*).

El doctor Verneuil emplea con éxito el ácido crómico en las cauterizaciones de los epiteliomas del cuello del útero, si no para conseguir una curación radical, para evitar al menos muchos de los accidentes por ellos producidos. El siguiente caso, recientemente publicado en la

France medical, demuestra las ventajas de este método.

Era la enferma una mujer de cuarenta años, afectada hacia dos de un epiteloma ulcerado y voluminoso del cuello uterino. El pronóstico era grave y la muerte parecía próxima á causa de las hemorragias repetidas y considerables que estenuaban á la enferma. Pero durante diez y ocho meses un tratamiento paliativo tuvo contenido el mal; y aun se pudo destruir toda la parte prominente del cuello, cohibir completamente las hemorragias y reconstituir de una manera notable la salud general. Es cierto que el epiteloma no se curó, puesto que se prolongaba en la época á que se refiere la historia á una altura desconocida en la porcion profunda del cuello; pero los accidentes se redujeron á su mínima expresion, permitiendo contar con la prolongacion de la vida de la enferma.

Este resultado se obtuvo por medio de toques repetidos en las fungosidades con un pincel mojado en ácido crómico puro; se hacian una vez á la semana, pero muchas veces se suspendieron durante cuatro ó seis semanas consecutivas. Nunca determinaron accidentes, si bien es cierto que se tomaron siempre ciertas precauciones que conviene recordar. La primera consiste en no emplear mas que una pequeña cantidad de ácido y tocar solo las fungosidades para no dejar que el cáustico penetre en el cuello ni corra por la vagina.

A fin de impedir la cauterizacion de las paredes vaginales, es preciso aplicar un tapon, pero debe cuidarse de quitarle cinco ó seis horas despues de la operacion, sin lo cual su presencia obraria como un cuerpo extraño, determinando hemorragias.

Espina bífida: tratamiento por las inyecciones de glicerina yodada. (*British medical journal.*)

Despues de citar cuatro casos de curacion de espina bífida, tratados por las inyecciones de glicerina yodada, dos de su propia práctica y otros dos debidos al doctor Watt, refiere el doctor James Morton el hecho siguiente:

El 21 de junio fué llamado para ver una niña de siete semanas, delicada, y que tenia desde su nacimiento un

tumor globuloso, elástico, transparente, no pediculado, del tamaño de un melocoton y situado sobre la séptima vértebra cervical y la primera dorsal. Se le dijo al autor que por una dislaceracion habia salido un líquido claro. La abertura parecia haberse cerrado luego, y el líquido, acumulándose en la bolsa, habia hecho que esta adquiriese dimensiones considerables.

El cirujano de un hospital, donde se llevó en consulta á esta niña, no quiso intentar nada.

El 23 de junio se puncionó el tumor con un trócar fino y salió por la cánula una gran cantidad de líquido; luego se inyectó en la bolsa una solucion débil de glicerina yodada, cerrando en seguida la abertura por medio del colodion. No se advirtió ningun malestar en la enferma, á excepcion de haber llorado algo mas que de costumbre, pero cogió bien el pecho poco despues de la operacion. Por la tarde estuvo un poco agitada y no durmió en toda la noche; pero á la mañana siguiente, ya mas tranquila, tuvo un sueño reparador.

Al poco tiempo se acumuló el líquido segunda vez, demostrando que la inyeccion no habia producido el efecto que se deseaba.

El 3 de julio, nueva puncion y nueva inyeccion. Esta vez no se notó alteracion alguna en la niña: mamó y durmió segun su costumbre. Despues de la inyeccion salió mucha cantidad de suero y de sangre por el orificio, que costó bastante trabajo cerrar.

El 25 de julio, el estado general de la enferma habia mejorado mucho; despues de la última operacion no hubo ningun accidente, y la niña era completamente dueña de sus movimientos. La madre no la habia visto nunca de tan buena salud. El tumor fué disminuyendo gradualmente, en términos de hallarse reducido en esta época al volúmen de una fresa gorda, de color ligeramente purpúreo. Era enteramente sólido, su superficie irregular, arrugada como una pasa.

El 15 de agosto persistia la curacion.

Este caso y los cuatro citados al principio son los únicos en que se haya empleado este tratamiento, y en todos se ha conseguido un resultado feliz. Aunque en pequeño número, estas curaciones tienen una uniformidad que i. o

puede menos de excitar á los prácticos á repetir los ensayos. Seria una utopia esperar que siempre ha de obtenerse un resultado tan satisfactorio; pero si se consiguiera que la curacion fuese la regla, este procedimiento podria tenerse por el mejor de los que se conocen hasta ahora en el tratamiento de tan peligroso vicio congénito de conformacion.

Fiebre puerperal: tratamiento por el alcohol. (Gaz. des Hop.).

Habiéndose presentado bastantes casos de fiebre puerperal en el servicio de la Maternidad, á cargo del doctor Guibout, y ante la ineficacia de muchos de los medios preconizados, se le ocurrió al autor la idea de recurrir á una medicacion nueva, el tratamiento por el alcohol, y los efectos que con él ha obtenido merecen llamar la atencion de los prácticos.

La primera aplicacion no fué feliz, pero no sucedió lo mismo con las ulteriores. A la primera enferma acometida de fiebre puerperal se la administró inmediatamente despues de la visita, una pocion de Tood, ó sea 60 gramos de aguardiente con 4 gramos de alcoholaturo de acónito. La mujer, debilitada por su parto de la vispera y por la fiebre puerperal intensa y casi fulminante, sucumbió á la noche siguiente, á pesar de este tratamiento. Aun cuando se esperaba que este caso quedase aislado, no tardaron en ser invadidas otras 4 mujeres. El doctor Guibout prescribió tambien la pocion de Tood; pero en lugar de una sola fórmula que se dió á la primera enferma sin éxito, dispuso 2 al dia, ó sea 120 gramos de aguardiente con 8 de alcoholaturo de acónito. Para llenar todas las indicaciones terapéuticas, se emplearon al mismo tiempo fumigaciones aromáticas á fin de restablecer los loquios, fricciones al vientre con unguento napolitano belladonado, cataplasmas bien calientes de harina de linaza.

A la visita del dia inmediato se notó un alivio muy apreciable, continuándose el mismo tratamiento. El tercer dia el alivio era cada vez mas sensible; empezaron á fluir los loquios; el dolor del hipogastrio era menos intenso, así como la fiebre; se continuó la misma terapéutica, con la

sola diferencia de poner 50 en lugar de 60 gramos de alcohol y 3 gramos de alcoholaturo de acónito.

Al sexto día se suprimió la poción de Tood, así como las fumigaciones aromáticas, continuando solo las fricciones y las cataplasmas. Los loquios eran abundantes.

Las otras 3 enfermas atacadas de fiebre puerperal, fueron sometidas al mismo tratamiento, es decir, que tomaron 120 gramos de cognac y 8 de alcoholaturo de acónito al día, y en todas se consiguió la curación.

Segun una nota publicada posteriormente en la *Gaz. des Hop.*, este método se emplea desde hace algun tiempo en las salas del doctor Gallard, en el hospital de la Piedad, con resultados generalmente satisfactorios. El doctor Fangeyron, testigo de algunos de estos hechos, ha publicado varias observaciones de accidentes puerperales graves curados por los alcoholitos.

Fórceps del doctor Castillo y Piñeiro. (*Anfiteatro anatómico español.*)

El ilustrado y laborioso tocólogo doctor Castillo y Piñeiro ha presentado, á la Sociedad Ginecológica española, un fórceps que reúne en sí varios instrumentos, necesarios á veces de una manera inmediata en ciertos momentos de apuro. A juicio de la Comision nombrada por dicha Sociedad para informar acerca de las ventajas de este instrumento, ha venido á llenar una indicacion en los partos distócicos. De este informe tomamos la siguiente descripcion. El peso de este fórceps es próximamente de 850 gramos; su longitud total de 450 centímetros, midiendo 225 centímetros de la articulacion al extremo de las cucharas y otros 225 centímetros del fin de los mangos á la articulacion. Cerrado el instrumento, existe entre el centro de sus cucharas una distancia de 9 centímetros 5 milímetros, y entre el extremo de estas, de 2 centímetros y 5 milímetros. La curva de sus bordes es tal, que, colocado el instrumento sobre un plano horizontal, la punta de las cucharas dista de aquel unos 7 centímetros. En el mango de la rama derecha el doctor Castillo y Piñeiro, además del gancho agudo, ha colocado el porta-lazos de Tarnier, modificado, que puede, si se quiere, hacer el mismo ofi-

cio, en caso de urgencia, que el embriotomo de Pajot. En el mango izquierdo existe el gancho obtuso, que destornillándolo, deja al descubierto el perforacráneo de Blot, cuyas hojas se abren por la presión de la mano sobre una pequeña palanca que se oculta perfectamente en dicho mango. En la parte media de estos ha colocado transversalmente una barrita de hierro de 7 centímetros de largo, 5 centímetros de ancho y $\frac{1}{2}$ centímetro de grueso, dividida en centímetros y milímetros, que se puede poner á voluntad del operador y cuyo principal objeto es el de evitar una excesiva compresión de las cucharas sobre la cabeza del feto, la que evita el señor Castillo por medio de dos virolas que corren á lo largo de la indicada barrita, sujetando una de las ramas é impidiendo que el instrumento se abra ó cierre mas de lo que el profesor desee. Por este aditamento podemos tambien calcular, con bastante exactitud, por la separación de los mangos, la extensión del diámetro cefálico que abarcan las cucharas.

La Comisión no ignora existen algunos fórceps que tienen en sí varios instrumentos de embriotomía, pudiendo citar el de Guillon, que contiene en sus mangos un pelvicefalómetro, ganchos romos y agudos, perforacráneo y saca-cabeza. Basta citar este, y ver la descripción que hemos hecho del fórceps en cuestión para notar sus diferencias. Por otra parte, las analogías que pueden encontrarse entre dos instrumentos no destruyen el mérito de la invención.

Además de las ventajas indicadas, dos son las mas importantes que reúne el fórceps modificado por el doctor Castillo y Piñeiro, á juicio de la citada Comisión. La primera es que en un solo instrumento van unidos seis, cuales son: *fórceps, gancho agudo, pasa lazos de Tarnier*, aunque no de resorte, lo que es una ventaja, porque hay menos exposición á herir la matriz; *embriotomo de Pajot, gancho obtuso y perforador de Blot*.

La segunda ventaja consiste en su precio, toda vez que cuesta una tercera parte menos que los seis instrumentos que representa.

Si los resultados prácticos corresponden al juicio que puede formarse por un simple exámen, es indudable

que este fórceps ha de ser muy útil, sobre todo en las poblaciones rurales, en que es mas difícil procurarse en un momento dado los instrumentos necesarios en los casos difíciles de distocia.

Fórceps : modificacion destinada á permitir la fijacion de cordones de traccion en el centro de las cucharas. (Lyon méd.).

El doctor Laroyenne, cirujano en jefe de La Caridad, de Lyon, ha introducido en el fórceps una modificacion, que, aunque en apariencia insignificante, basta para realizar completamente el principio fundamental del aparato Chassagny, principio en virtud del que la fuerza debe estar unida al centro de figura del cuerpo á que se quiere hacer recorrer un conducto curvo como el de la pélvis. Consiste en hacer atravesar el borde anterior y posterior de cada cuchara por una abertura correspondiente al centro de la cabeza cogida por el fórceps. El fórceps ordinario puede soportar fácilmente el taladro de sus bordes, y no es preciso recurrir á un instrumento nuevo, circunstancia importante si se quiere que se generalice rápidamente el uso de las tracciones por los pequeños lazos pasados por los agujeros de las cucharas sustituyéndolas á las de la práctica comun.

Cada rama lleva, pues, antes de su introduccion un cordón distinto, de preferencia una cinta de hilo resistente que atraviese con facilidad los dos orificios indicados, de dentro afuera, es decir, de la concavidad hácia la convexidad. Aplicado el fórceps, los cabos de estas cintas que salen al exterior se atan reunidos y forman un asa en relacion con la comisura perineal, detrás de los mangos del instrumento. Esta asa se confia á un ayudante, ó dos si es necesario, que hacen el oficio de máquina y cuya eleccion es por lo tanto casi indiferente. Sentados en el suelo ó en un taburete, practican las tracciones en la direccion que se les indica como favorable al descenso de la cabeza y que es preciso variar según su progresion ó la resistencia que encuentra. El comadron tiene con las manos los mangos del fórceps, comprime fuertemente el ovoide craneano, si lo cree útil para obtener su reduccion, y facilita su entrada en el estrecho superior, su evolucion en la ex-

cavacion ó su rotacion sobre el suelo de la pélvis, cuando el occipucio se presenta atras ó transversalmente. Siempre dispuesto á contrabalancear los esfuerzos de los ayudantes, se opondrá á un desprendimiento demasiado brusco que podria producirse. En una palabra, los mangos del fórceps son en sus manos un timon que puede, segun las circunstancias, abandonarse en completa libertad ó maniobrar con destreza, combinando su accion con la de las tracciones cuya direccion y potencia hace variar á voluntad.

El orificio que atraviesa el borde posterior de las cucharas, puede estar 1 ó 2 centímetros mas elevado que el anterior. Esta disposicion, sin falsear el principio de la aplicacion, necesariamente aproximativa, de la fuerza al centro de figura, tiene por efecto facilitar el descenso de la porcion de la cabeza que se halla en relacion con la semicircunferencia posterior de la pélvis.

El doctor Chassagny ha expuesto extensamente, apoyándose en pruebas teóricas y experimentales, las ventajas de las tracciones que él ha sido el primero que ha aplicado directamente en el centro de la cabeza; ventajas obtenidas por el doctor Laroyenne con tan perfecta sencillez, que le parece dificil pueda aventajarse. Pero lejos de admitir con aquel autor, que no se deba tocar á los mangos del fórceps para no contrariar los efectos de las tracciones, cree que se les debe emplear para favorecerlas cuando se reconoce que son insuficientes. En la excavacion se obedece á esta indicacion imprimiéndoles sin esfuerzo la direccion que tienden á tomar por sí mismos y que va aproximándose progresivamente al abdómen de la madre, y asociando en el suelo de la pélvis, cuando sea necesario, un movimiento de rotacion para traer el occipucio debajo de la arcada pubiana; en el estrecho superior fijando sólidamente los mangos del instrumento, ya para moderar ó impedir el encajamiento de la porcion del ovóide craneano, en contacto con el pubis, ya para multiplicar el poder de las tracciones.

Ningun tractor mecánico de los hasta ahora conocidos puede ofrecer estas ventajas y facilidades. Los inconvenientes realmente serios y los peligros eventuales de las tracciones sobre los mangos del fórceps, desaparecen completamente si se les sustituye con los que se efectúan

sencillamente por el intermedio de los cordones. Así, á menos que existan condiciones excepcionalmente desfavorables, no hay que temer con el uso de este artificio la rotura de la sínfisis, ni las contusiones profundas de las partes maternas, accidentes que resultan especialmente de los movimientos impresos á la extremidad rígida de la palanca. Estos movimientos se suprimen por las tracciones manuales sobre los cordones, que hacen descender la cabeza fetal lentamente sin que se produzca ni aun esa especie de salto que se advierte en otros casos casi siempre en el instante en que el cráneo, deprimido por el promontorio, franquea el diámetro conyugado del estrecho superior.

Reclamando el doctor Chassagny la prioridad de esta idea, dice que ya en 1864, en un trabajo acerca de la rotura de la sínfisis, indicó que mientras se demostraban las ventajas de su fórceps especial, podría desde luego practicarse un agujero en cada una de las cucharas del fórceps ordinario, pasando por ellos unos cordones de cuyas extremidades libres se tiraría para evitar hacerlo de los mangos del instrumento. El autor está sin embargo convencido de que el doctor Laroyenne ignoraba completamente este trabajo, que él mismo había casi olvidado.

Gancho articulado para practicar la decolacion del feto por medio de un cordon. (*Art. medical*).

Todos los tocólogos saben por experiencia que no es siempre fácil la aplicacion del gancho ordinario sobre una parte cualquiera del feto. Para obviar todas las dificultades de esta maniobra tocológica, y especialmente para facilitar la colocacion de un cordon y poner por consecuencia la decolacion ó detroncacion fecal al alcance de los prácticos menos habituados á las dificultades del arte, ha imaginado el doctor Hyernaux un gancho articulado, copia fiel del dedo de la mano.

Este instrumento es, con efecto, un dedo de acero, cuyas cuatro falanges se doblan á voluntad por su propio peso ó contra el menor obstáculo que encuentra, y que se pone rígido, gracias á una especie de tendon del mismo metal que se desliza por una ranura tallada en la cara

dorsal de las falanges. El cordon secador, fijo á una terminacion olivar movable, pasa por unas vainas excavadas en el espesor de la cara palmar de las falanges.

El uso de este instrumento es sumamente fácil: sostenido con la mano derecha se le introduce recto y rígido, sirviéndole de guia la mano izquierda hasta el pliegue ó punto en que debe ser aplicado. Se baja entouces con el pulgar el tendon vector, al mismo tiempo que se imprime al instrumento un movimiento de propulsion, bajo la influencia del cual debe inevitablemente encorvarse sobre el pliegue que ha de coger. El operador no tiene entonces necesidad mas que de tijar la extremidad olivar entre los dos dedos que han servido de guia al instrumento; despues de lo cual se retira este en línea recta de los órganos maternales. El cordon se encuentra así colocado fácilmente, y no hay mas que hacerle funcionar á la manera de una sierra.

Este gancho tiene además la ventaja de poder servir de porta-lazos y como agente de traccion. Para este último destino el autor ha puesto un piton cerca del mango; se fija el cordon por medio de un nudo, y despues de haber colocado el gancho sobre la íngle ó la corva, por ejemplo, no hay mas que tirar de la extremidad olivar y poner tenso el cordon, arrollándole alrededor de la mano que sostiene el mango; la curva así obtenida puede resistir á los mas vigorosos esfuerzos, y con doble razon á los que deben desplegarse con prudente medida en tocología.

Como instrumento porta-lazos, le parece al doctor Hamon, de Fresnav, mucho mas cómodo el constituido por una sonda de Belloc, apropiada á la obstetricia. Es sencillo y fácil de manejar, y puede prestar grandes servicios en la práctica tocológica; siendo de extrañar que no se haya generalizado más su uso.

Hemorragia por rotura de una de las raices del clitoris en el trabajo del parto. (*Lyon méd.*).

La presion de la cabeza del feto, en su paso á través del anillo vulvar, puede determinar por delante en la vejiga y la uretra, y por detrás en el periné y el orificio del

ano, cistitis, dislaceraciones perineales, fisuras, etc. Pero hay otras lesiones mas raras que las precedentes y producidas por un mecanismo análogo. Una de ellas, observada por el doctor Laroyenne, de Lyon, no se menciona en los tratados de obstetricia, y solo M. Joulin dice en el suyo, que se ha notado algunas veces la contusion y aun la rotura de una de las raices del clitoris. Las consecuencias de esta dislaceracion, fáciles de presentir, pero de que el autor no habla, son precisamente acerca de las que desea llamar la atencion el doctor Laroyenne. El profesor Scanzoni ya dice que las hemorragias de la vulva tienen su asiento de preferencia en la parte superior y que frecuentemente son rebeldes á la accion de los hemostáticos mas enérgicos. Pero no se ha apercibido de la verdadera causa del accidente, y parece atribuirle exclusivamente á la dilatacion de los vasos de la region. No sucede lo mismo con otros observadores, citados por Schroeder, profesor de Erlanger, en la cuarta edicion de su libro.

Segun este autor, Kloproth, Winkel, Poppel, P. Muller y él mismo han comprobado estas dislaceraciones del tejido cavernoso con muchos casos de anemia mortal consecutiva á ellas. Esta triste perspectiva bien merece la pena de ocuparse de la lesion á que es debida. El doctor Laroyenne la ha observado seis veces, siempre en primíparas, y siempre de un solo lado, en dos partos terminados naturalmente; en tres, por medio del fórceps, y una vez con el cefalotrivo. Es seguida de una pérdida de sangre que no tiene ninguna tendencia á cesar espontáneamente. La testura eréctil del tejido lesionado en una extension variable, explica suficientemente esta particularidad, que es el principal objetivo de la nota del autor.

Cuando se está prevenido acerca de la posibilidad de este accidente, se le puede ver producir de un modo directo si se trata de un trabajo que necesite intervencion instrumental, ó cuya lentitud obligue á vigilar de cerca los últimos tiempos de la evolucion. En este momento, la circulacion retrógrada está dificultada por la compresion del feto sobre los vasos de retorno, y los cuerpos cavernosos tumefactos se encuentran comprimidos contra la arcaada pubiana. Bien pronto uno de ellos, distendido y ar-

trastrado por la cabeza que tiende á salir, se rompe con la mucosa que le cubre en un punto mas ó menos distante ó próximo al clitoris. Si resistiese la mucosa sola, podría producirse un hematoma submucoso, ó un trombus de la vulva ó la vagina. Pero el autor deja á un lado esta complicacion, que no ha visto nunca, para ocuparse solo de la hemorragia consecutiva á la dislaceracion del tejido eréctil y de la membrana mucosa subyacente. Esta herida produce una exudacion sanguínea abundante; algunas veces, separando las partes, se ven saltar finísimos chorros arteriales. Es muy importante estar prevenido acerca de esta variedad de hemorragia para que se la pueda sospechar y descubrir su origen, que en otro caso se atribuiria á la superficie interna del útero, ó solo á una dislaceracion de su cuello, si es ya bien manifiesta la retraccion del cuerpo del órgano. Fácilmente se concibe cuán perjudicial puede ser este error á la recién parida, cuya pérdida, bastante abundante y continua, se perpetúa indefinidamente desconocida y mal interpretada. Se la puede cohibir con facilidad por medio de una pinza compresiva ó de la forcipresion, como ahora dicen algunos autores. El doctor Fochier se ha contentado en una enferma con aplicar una *serrefine*; medio que elogia mucho Scanzoni. El autor la quitó doce horas despues de aplicada, sin que reapareciese la hemorragia. Así, en esta circunstancia, el diagnóstico es el punto esencial, puesto que las indicaciones son muy fáciles de llenar.

Hidroraquís : su curacion por la ligadura elástica. (*Bull. de la Soc. de chirurgie*).

El doctor Laroyenne ha presentado, á la Sociedad de Cirujía, la historia de un niño de tres meses, afectado de un hidroraquís en la parte superior de la region dorsal al nivel de la primera y quizá de la segunda vértebra dorsales. El tumor tenia el volúmen de una naranja de mediano tamaño, con un diámetro de 4 centímetros y medio en su base. La piel, adelgazada en el vértice, permitia percibir el líquido reducible en parte.

Se atravesó la base del tumor con dos agujas en cruz, debajo de las cuales se aplicó un cordon elástico de 2

milímetros y medio. Una vez anudadas sus extremidades se quitaron los alfileres. Desde el día siguiente el hidroráquis disminuyó por la salida de cierta cantidad de líquido al nivel de los puntos adelgazados de la cubierta; el tercer día por la noche, ulceracion circular debajo de la ligadura: el tumor cayó á los veinte días: durante todo este tiempo el niño mamó bien; y despues de la curacion quedó solo una cicatriz plana del diámetro de un duro.

Histerismo: tratamiento de los accesos por la compresion ovárica y epigástrica. (Gaz. méd.).

Segun el profesor Charcot, que ha puesto en honor este medio, la compresion ejercida con las manos sobre la region abdominal correspondiente á los ovarios, puede detener de un modo casi instantáneo los mas violentos accesos de histerismo. En una de las últimas conferencias dadas en la Salitrería, el sabio profesor ha demostrado la eficacia de esta práctica en una mujer afectada de histero-epilepsia. Muchas veces suspendió á voluntad la crisis comprimiendo sobre el ovario izquierdo. En cuanto cesaba la compresion volvía á continuar el ataque. Para ejercer una presion suficientemente prolongada y hacer abortar así la crisis, el doctor Charcot emplea en su enfermería una especie de torniquete. La presion por medio de los dedos se hace exactamente como la que tiene por objeto comprimir la arteria ilíaca.

Con este motivo refiere el doctor Caffé que hace cerca de treinta y cinco años fué testigo, con el profesor Chomel, de un violento acceso de histerismo en una señorita de la alta sociedad, contrariada en sus proyectos de matrimonio. Este sabio clínico, médico ordinario de la familia, aconsejó al doctor Caffé ejecutar con sus dos manos una presion enérgica sobre las fosas ilíacas de la enferma: el acceso cesó prontamente por la compresion del anra histerica.

No es menos interesante el segundo hecho que debemos á este mismo práctico. Era el enfermo un militar que habia contraído en Africa una fiebre perniciosa cuyo efecto fué deprimir profundamente su organismo. Como reliquia de esta afeccion palúdica quedó este oficial sujeto á ver-

daderos accesos de histerismo que se iban haciendo cada vez mas remotos, pero que eran de una intensidad extremada. Hace poco tiempo fué llamado el doctor Caffé para visitarle, encontrándole en medio de una de esas crisis con los síntomas siguientes : disnea extrema, turgencia muy marcada de las regiones yugulares, epigastrio muy elevado, miedo terrible de morir por sofocacion. No pudiendo hablar el enfermo, se apresuró á coger la mano del autor y aplicarla sobre la region del estómago haciéndole comprender que debia comprimir *contodas sus fuerzas*. Ejecutándolo así, observó el doctor Caffé con tanta sorpresa como satisfaccion que el alivio era tanto mas marcado, cuanto mas enérgico el grado de compresion. No pudiendo sostener esta durante largo tiempo ni aun con las dos manos, tuvo que ceder su puesto á un ayudante, é inmediatamente que se suspendia la presion se reproducian los fenómenos histéricos con la misma intensidad. Fué preciso continuar así por espacio de hora y media relevándose alternativamente. La crisis terminó por una abundante emision de orina clara.

Histero-epilepsia: inyeccion subcutánea de valerianato de atropina. (L'Independente).

El doctor Berrutti, que ha hecho frecuentemente uso del valerianato de atropina en inyecciones hipodérmicas contra diferentes formas de histerismo, ha publicado recientemente una curiosa observacion de accesos histero epilépticos, en una mujer embarazada, curados por este medio.

Despues de tres abortos y en un embarazo llegado á su término se presentaron algunos accesos convulsivos histeriformes que se reprodujeron verificado el parto, pero á largos intervalos. Habiendo sobrevenido luego un nuevo embarazo aparecieron otra vez los accesos que al cuarto mes se repetian cada quince dias, y luego cada siete ú ocho, durando cuatro á seis horas consecutivas, en las cuales habia pérdida completa de conocimiento. Se emplearon inútilmente toda clase de remedios, y en este estado vió á la enferma el doctor Berrutti que creyó seria necesario provocar el parto prematuro al séptimo mes, pero antes quiso intentar un último ensayo terapéutico. Ha-

biendo presenciado uno de los ataques, comprendió bien su intensidad y encargó que se le avisase tan pronto como se observasen los fenómenos precursores, vértigos, quejidos, estado particular que anunciaba el acceso con tres ó cuatro horas de anticipación.

Hizo preparar una solución con :

Valerianato de atropina	0,02 centigramos.
Agua destilada.	1 gramo.

A los pocos días la enferma se quejó de disfagia nerviosa y los demás síntomas acostumbrados que anunciaban el acceso. Entonces se hizo una inyección en el brazo izquierdo. Los movimientos convulsivos cesaron inmediatamente y la enferma se durmió.

A los diez días se produjo un nuevo ataque y ya sus manifestaciones eran violentas cuando se hizo una inyección subcutánea que las calmó inmediatamente, sin embargo de que la enferma estaba sin conocimiento y las contracciones eran muy fuertes. A los quince días de esta inyección se practicó una tercera á título de precaución y no se manifestaron nuevos accesos hasta que se presentó el parto en el que hubo necesidad de hacer la extracción del feto. El puerperio fué muy largo y complicado; pero no se desarrolló ningún accidente nervioso. La observación precedente á la que podrían añadirse otras del mismo género, demuestra la eficacia de las inyecciones subcutáneas de valerianato de atropina en los accidentes convulsivos. El autor se ha olvidado indicar el número de las gotas inyectadas cada vez. Es fácil, sin embargo, comprender cuál puede ser esta dosis, puesto que el valerianato de atropina bajo el punto de vista de los accidentes posibles, no puede diferir mucho del sulfato de la misma base que se ha empleado tan frecuentemente; la solución indicada contiene un milígramo por gota.

Histerismo : vómitos de sangre. (*Gaz. des Hop.*).

El doctor Ferran ha reunido en una buena tesis un número considerable de observaciones, la mayor parte inéditas, por medio de las cuales trata de constituir un grupo particular de esa forma de histerismo que los ingleses han designado con el nombre de *histerismo local*.

La localizacion aqui es la region epigástrica, y el fenómeno dominante la hematemesis, que no seria entonces un accidente secundario é independiente de la neurose, sino una de sus manifestaciones.

Del análisis de estos hechos nuevos unidos á los que ya se hallaban consignados en los anales de la ciencia, resulta que, como en la úlcera del estómago, pero con las diferencias sintomáticas de antecedentes y de concomitancias que dificilmente permitirian confundir estos dos estados, las enfermas de que se trata presentan dolores gástricos, vómitos y hematemesis.

Los dolores gástricos consisten en una gastralgia con sensacion de quemadura ó de dislaceracion, depravacion del apetito y verdadera repugnancia á los alimentos, asociada con frecuencia á una hiperestesia cutánea de la region epigástrica, la epigastralgia descrita por M. Briquet. Este dolor puede ser tal, que la presion sobre el epigastrio provoque los ataques, como lo hace la presion del ovario en las histéricas que presentan la ovarialgia.

En el grado mas elevado de esta gastralgia son constantes los vómitos.

Algunos momentos antes del vómito de sangre, el dolor gástrico habitual se exaspera; poco á poco en medio de grande ansiedad, sobreviene peso y plenitud de estómago, y luego la hemorragia acompañada de una elevación considerable de vientre que aumenta la opresion y las angustias. En algunas circunstancias precede al vómito un síncope que solo dura algunos minutos.

En una palabra, los caracteres notables de tales vómitos en una primera variedad de hechos, son estos dolores intensísimos.

En otras ocasiones, la hematemesis aparece como un fenómeno aislado y su principio es brusco y repentino: en medio de una salud relativamente buena, la mujer es sorprendida despues de un ligero malestar, por vómitos de sangre casi indolentes, y sin experimentar las molestias y los esfuerzos indicados en los casos anteriores. La hematemesis en las enfermas de esta segunda categoría no va precedida mas que de algunos fenómenos que indican un trabajo anormal en la mucosa gástrica, pero sin las contracciones y la sensacion urente ó de dislaceracion

de que acabamos de hablar. En estos casos, tambien cuando sobreviene el síncope, sigue mas bien que precede al vómito.

La cantidad de sangre arrojada varía desde algunas bocanadas á muchos vasos.

La época de la primera aparicion de los vómitos de sangre es muy variable. En dos de las observaciones que refiere M. Ferran, el vómito fué el primer fenómeno, y habria sido dificil referirle á la neurose, á falta de toda otra manifestacion histérica si estas no se hubiesen presentado luego. En otros casos, el vómito de sangre ha sobrevenido en personas cuyo estómago estaba ya preparado por vómitos alimenticios anteriores, supresiones y alteraciones de la menstruacion, hemiplegias, paraplegias, contracturas, hemi-anestias y ataques frecuentes.

En ciertos casos, la hematemesis se ha producido durante una pérdida completa de conocimiento, en medio de una crisis de movimientos convulsivos.

Algunas veces han acompañado á la hemorragia alteraciones sensoriales, como zumbidos de oidos y oscurecimiento de la vista.

El vómito ha sobrevenido en ocasiones bruscamente, sin prodromos, sin esfuerzos, saliendo la sangre á bocanadas.

Estas hemorragias, irregulares generalmente en su repeticion, se han manifestado á veces con cierta periodicidad, precediendo á las reglas ó coincidiendo con ellas.

En fin, un rasgo característico y muy importante de considerar en estos hechos, es la multiplicidad de las hemorragias.

Todas las enfermas cuyas observaciones refiere Ferran eran jóvenes ó no habian pasado la edad adulta, y en casi todas se notaba un temperamento nervioso, una naturaleza impresionable y vivas afecciones morales anteriores.

En resumen, del estudio que ha hecho el doctor Ferran acerca de este asunto, resulta que la hematemesis se presenta en las condiciones comunes en que se han encontrado todas las mujeres objeto de aquellas observaciones, con caractéres propios y determinados, que permiten considerarla como independiente de una causa material.

Infartos lácteos precursores de los abscesos de la mama: medio sencillo y rápido de hacerles desaparecer. (*Tribune medical.—Archiv. de Tocologie*).

Los infartos de las glándulas mamarias *acini* y *tubos* son frecuentes en las mujeres recién paridas, y sobre todo en las primíparas.

Los medios que generalmente se emplean contra esta afección tan dolorosa, que compromete á la vez la salud de la madre y la del niño, dan escasos resultados.

El doctor A. C. pretende haber conseguido hacer desaparecer instantáneamente un infarto, siempre que ha podido emplear desde el principio un medio sencillísimo, que consiste en practicar con la mano fricciones prolongadas en todos sentidos, y amasamiento sobre la parte indurada, ejerciendo una presión moderada, que varía según el grado de sensibilidad y el de resistencia. En las doce primeras horas bastan cinco á diez minutos para que desaparezca una induración del volumen de un huevo pequeño de gallina. Mas tarde, el infarto resiste y se necesitan muchas sesiones á diez minutos de intervalo y las fricciones son mas dolorosas y tienen que ser mas enérgicas. Empleando demasiado tarde este medio, fracasa constantemente. Sin embargo, cree el autor que aun ofrece ventajas á pesar de los dolores que entonces ocasiona. Desembarazando del infarto á una gran parte de la glándula, impide que se propague la flegmasía á una extensión considerable de tejido celular y limita de este modo las dimensiones del foco del absceso.

Por lo comun, es necesario repetir muchas veces la fricción. El infarto tiene tendencia á recidivar en el mismo sitio é importa vigilarle para obrar en el momento que se presente. Durante estas manipulaciones, sale casi siempre cierta cantidad de leche, al principio espesa (sobre todo en los infartos de segundo y tercer dia), amarillenta, á veces un poco grisácea, luego mas clara, y en fin, leche natural cuando la glándula está ya casi en su consistencia ordinaria. No se debe abandonar á la enferma hasta que la parte indurada ha recobrado el mismo grado de consistencia que el resto de la glándula.

Frente á frente á los amasamientos repetidos, aconse-

jados por el redactor de la *Tribuna médica*, los tocólogos ingleses Bathurst, Woodman, Barnes, Braxton-Kicks, Murray, etc., aconsejan para prevenir los abscesos mamarios que se eviten toda clase de fricciones y manipulaciones violentas, asegurando ante todo el reposo del órgano enfermo, hasta el punto de que el doctor Matthews, para hacer imposibles las fricciones y cualquiera otra intervencion, aplica sobre el pecho un gran parche de emplasto á base de plomo. La abstencion total de líquidos y la administracion de la tintura de acónito á dosis refractas, constituyen para el doctor Ashburton Thompson dos medios de tratamiento eficaces. Con el fin de hacer soportable á la paciente la privacion de líquido, se la dan pequeños terroncitos de hielo durante muchos dias.

El mejor medio de asegurar el reposo del órgano y de ejercer una ligera compresion, si se considera útil, es el aconsejado por Matthews. Este tocólogo aplica dos pañuelos anchos y suaves, el uno que pasa alrededor del cuello y debajo del pecho, y el otro en sentido inverso ó encima de la mama y alrededor del cuerpo, de tal manera que el pecho quede colocado entre los dos. La interposicion de una gran capa de algodón hace que la compresion sea mas suave y mantiene alrededor del órgano un calor dulce y uniforme.

Leucorrea: tratamiento por medio de los taponés empapados en una solución de tanino ó ácido fénico. (*Gaz. des hopit.— Journ. de méd.*).

Segun el doctor Guibout, las inyecciones no tienen eficacia ninguna en el tratamiento de la leucorrea, dejando que se eternicen los flujos; el taponamiento, por el contrario, los cura generalmente en el espacio de ocho á diez dias. Le practica por medio de bolas de hilas empapadas en un líquido astringente que puede variar. Se usan á veces las soluciones de nitrato de plata, de sulfato de zinc, de percloruro de hierro, así como la solución de alumbre; pero presentan tales inconvenientes, ya bajo el punto de vista de su naturaleza cáustica ó de su excesiva astringencia, ya respecto á las ropas de las enfermas, que el doctor Guibout las ha abandonado completamente, prefiriendo á todas ellas la solución de tanino, que tiene

poco color, es inodora, no mancha la piel ni las ropas, y no contrae, como la solución de alumbre, las paredes vaginales, hasta el punto de impedir y hacer muy dolorosa la extracción de los tapones. El procedimiento del autor consiste en lo siguiente:

Todos los días se introducen en la vagina, por medio del espéculum, dos primeros tapones, empapados en una solución concentrada de tanino (25 de tanino por 100 de agua), y un tercer tapon seco que absorbe el líquido contenido en los dos primeros, impidiéndole salir fuera del conducto. Estos tapones, hechos con hilas, son mas ó menos gruesos, segun la capacidad de la vagina. Cada uno de ellos tiene un hilo que sale al exterior, por medio del cual la enferma les retira fácilmente por sí misma á las veinte y cuatro horas. La paciente debe permanecer todo lo posible en cama, inmóvil y en posición horizontal.

Luego que, pasadas veinte y cuatro horas, se han extraído los tapones, se hacen una ó muchas inyecciones vaginales detergentes, despues de las cuales se introducen otros tres tapones semejantes á los primeros. Todos los días se repite la misma operación.

Generalmente se consigue la curación en el espacio de ocho á diez días, que bastan para extinguir la leucorrea y hacer desaparecer por completo los flujos vaginales blenorragicos, así como el estado inflamatorio de la mucosa de la vagina.

La acción de los tapones se explica fácilmente. Hacen el oficio de un cuerpo extraño, permaneciendo en contacto con superficies que no están á ello habituadas. Modifican la vitalidad de estas superficies enfermas, las aíslan las unas de las otras, é impiden su contacto recíproco. Si á su acción, ya modificadora por sí misma, se une la de un líquido que posee también, como el tanino, propiedades astringentes y modificadoras, es fácil comprender con qué energía y prontitud debe obrar este medio sobre la mucosa vaginal enferma, restableciendo en sus condiciones normales la secreción que la es propia.

Las contraindicaciones de este tratamiento son la proximidad de las reglas, y con mas razón las reglas mismas. Es preciso esperar, para empezarle, á que haya pasado la época menstrual. Lo mismo sucede con toda en-

fermedad intercurrente, que es una contraindicacion formal.

Además de la fatiga y de la progresion, se prohibirán á las enfermas las relaciones sexuales y todo lo que pueda determinar una congestion y una excitacion hácia el aparato genital.

Practicado de este modo y con tales precauciones, el taponamiento constituye un tratamiento seguro y rápido. Es además inofensivo, no produce molestia ni dolor local; las enfermas le soportan muy fácilmente y casi sin apercibirse, y no determina alteraciones nerviosas histeriformes, ni accidentes inflamatorios uterinos ó peritoneales.

Si el flujo por que se hace el taponamiento es una leucorrea sintomática ó efecto de un estado general de anemia y de debilidad, es evidente que habrá que ocuparse al mismo tiempo de levantar las fuerzas por una medicacion reconstituyente y una alimentacion reparadora.

Acido fénico. — En los casos de flujos muy abundantes, fétidos, purulentos, recomienda el doctor Trelat aplicar una ó dos veces al dia taponos de algodón empapados en el líquido siguiente:

Agua.	70	gramos.
Alcohol ó agua de colonia.	30	—
Acido fénico puro.	1	—

Este tratamiento no puede continuarse largo tiempo, y desde el momento que las partes estén detergidas es preciso recurrir á tópicos mas anodinos.

Como muchos otros cirujanos, el doctor Trelat emplea á menudo el tanino y la glicerina:

Tanino.	5	gramos.
Glicerina.	30	—

Hay otro tópico que produce muy buenos resultados, y que el autor usa frecuentemente, pero mas en su clientela particular que en el hospital, en las mujeres muy limpias y que siguen con exactitud las prescripciones; es el glicerolado de almidón, al cual puede añadirse un poco de esencia de rosa, y de este modo se obtiene un medicamento nada desagradable y muy parecido á las sustancias que se usan en el tocador.

Con estos dos tópicos, si las mujeres tienen la paciencia de someterse á aplicaciones repetidas, al menos cada dos dias, se obtienen curaciones muy rápidas. El glicerolado determina un flujo abundante, una especie de lluvia intravaginal, de tal suerte que las enfermas tienen necesidad algunas veces de adoptar las mismas precauciones que cuando están con la menstruacion, siendo, por lo tanto, preciso prevenirlas acerca de este hecho.

Leucorrea vaginal: tratamiento por el ácido pítrico y la infusion de mirto. (Rev. de thér.).

La leucorrea vaginal, frecuente por consecuencia de excesos venéreos, el embarazo, la vaginitis blenorragica, etc., es una afeccion incómoda, aunque poco dolorosa, que un tratamiento oportuno puede curar prontamente, exceptuándose cuando coincide con el embarazo.

El modificador mas poderoso de la secrecion de la vagina es, á juicio del doctor Cheron, el ácido pítrico diluido. El autor emplea una solucion saturada en caliente. Teniendo aplicado el espéculum, empapa un tapon de algodón en el líquido y le pone en contacto con el fondo de saco recto-vaginal.

Si la secrecion es muy abundante, es ventajoso emplear el ácido en polvo, dejando 30 ó 50 centígramos de él en la vagina. De este último procedimiento resulta algunas veces una ictericia artificial, debida al paso del ácido á la circulacion; pero esto no tiene importancia alguna, y la coloracion desaparece con mucha rapidez.

El doctor Cheron ha aplicado en muchos casos este ingenioso medio con gran éxito, cuando habian fracasado todos los demás recursos que se recomiendan contra la vaginitis. Emplea tambien metódicamente el ácido pítrico con soluciones de grados diferentes en un gran número de enfermedades de las mucosas, vaginitis, úlceras de cuello, blenorragia uretral, catarro de la vejiga, del oído, blefaritis y conjuntivitis, faringitis, etc.

El ácido pítrico es un modificador precioso de las mucosas, y un amargo franco y muy útil, que obra, como la cuasia, en dosis muy pequeñas.

Infusion de mirto.—El doctor Delieux de Savignac,

cree que el mirto, que contiene á la vez aceite esencial y tanino, está indicado en la leucorrea. Como las flores de mirto no tienen mas que aceite esencial, mientras que las bayas y las flores encierran á la vez este y tanino, aconseja el autor que se empleen estas últimas partes. Deben usarse en infusion, poniendo 10 á 15 gramos de hojas ó bayas en 1 litro de agua hirviendo. Si se quiere una accion astringente mas enérgica, se ponen 20 á 30 gramos de sustancia.

Para las inyecciones debe emplearse el agua fria ó ligeramente templada y muy abundante, 3 ó 4 litros, y hacerla llegar lo mas arriba posible. El aroma de este líquido hace agradable su uso y es mucho mas eficaz que el cocimiento de nogal, tan comunmente empleado.

Metrorragias: tratamiento por las inyecciones de agua caliente y por la aplicacion del calor á la region lumbar. (*Echo de la presse méd.—Ann. de gynecologie*).

Habiendo llamado la atencion al doctor Windelbaud la lectura de un artículo de un práctico americano, acerca del efecto de las inyecciones de agua caliente para contener las metrorragias, se propuso ensayar este método cuando se le presentase ocasion oportuna. Ofrecióse esta en un caso de aborto con hemorragia alarmante que no habian podido cohibir, ni el cornezuelo de centeno, ni las inyecciones de agua fria. Entonces inyectó el doctor Windelbaud agua á unos 100° Farenheit (55°,5 centígrados); á muy poco tiempo, ó mas bien en el momento de la entrada del líquido, se verificó una contraccion tan enérgica del útero, que el óvulo, que apenas podia alcanzarse á la entrada de este órgano, fué expulsado con sus membranas en el espacio de un cuarto de hora. Durante algunos dias, repitió las inyecciones siempre que habia temor de una hemorragia; y despues de esto, las continuó á una temperatura templada, hasta que la matriz volvió á sus condiciones normales. Dice el autor que ha empleado las inyecciones de agua caliente, con los mejores resultados, en muchos casos de su práctica, ocurridos durante el año último, y en los que se cuentan veinte y un casos de aborto, dos de hemorragia muy seria procedente de la placenta, algunas metrorragias producidas

por tumores fibrosos ó de otra naturaleza, casos de carcinoma, hemorragia puerperal, menstruaciones abundantes, etc. Está convencido que el agua caliente ejerce una accion mucho mas enérgica sobre la estructura muscular del útero que el agua fria, ya sola, ya llevando sustancias astringentes en disolucion. Hace las inyecciones con una ducha uterina ordinaria, variando la temperatura del agua de 53°,5 á 55°,5 centígrados, sin haber observado jamás malos resultados de esta práctica.

Aplicacion del calor á la region lumbar.—En un artículo de los *Ann. de gynecologie*, refiere el doctor Gueneau de Mussy, analizándolas, dos observaciones de metrorragias, combatidas con éxito por el uso del calor. Este método, preconizado por el doctor Chapmann, consiste en aplicar sobre la region lumbar un saco de cautchouc lleno de agua á la temperatura de 46° próximamente ó más prácticamente tan elevada como la enferma pueda resistirla. Esta aplicacion puede hacerse, ya renovándola cada tres horas, ya dejando el saco puesto y reemplazando el agua cuando se enfríe; la duracion del tratamiento será desde veinte y cuatro horas hasta siete ú ocho dias. Como hace notar el doctor de Mussy, el vehículo del calor puede modificarse segun las circunstancias. Un saco lleno de salvado ó cataplasmas muy calientes han dado los mismos resultados que los que se obtienen con el procedimiento de Chapmann. En la primera enferma, observada por el doctor G. de Mussy, las hemorragias se habian repetido ya muchas veces, sin que se encontrase en el aparato útero-ovárico mas que un poco de sensibilidad en la region del ovario izquierdo. Se habian empleado inútilmente todos los medios que se usan por lo comun en estos casos, la enferma se debilitaba y no podia sentarse en la cama sin sentir vértigos. En tales circunstancias, se aplicó el saco de cautchouc lleno de agua caliente á la region lumbar, renovando el líquido cada tres horas. Al dia inmediato habia disminuido mucho la hemorragia; dos dias despues se hallaba completamente contenida y reemplazada por un ligero flujo leucorréico. Sin embargo, los dolores ilíacos y suprapubianos de que se quejaba la enferma desde el principio de la metrorragia, aumentaron bastante con la aplicacion del calor; so-

brevino además muy luego una disnea intensa con congestión pulmonar y una ligera hemoptísis; eran evidentes los signos de una induración del vértice del pulmón derecho. Este estado mejoró pasados ocho ó nueve días; pero cuando se presentaron las reglas al mes inmediato, hubo una nueva hemorragia, que hizo necesario otra vez el uso de agua caliente; al cabo de treinta y seis horas, el resultado fué el mismo que en la primera ocasión; pero la persistencia de los dolores ováricos y los accidentes pulmonares que se reprodujeron indicaban lesiones en vía de evolución. El doctor Gueneau de Mussy cree, en efecto, que en esta mujer había probablemente una lesión tuberculosa del ovario ó mas bien de las trompas que por la congestión que determinaba en este aparato, constituía una especie de derivación de la lesión pulmonar, la cual se hacia mas manifiesta al disminuir la primera.

En la segunda enferma fué el caso mas sencillo. Después de un retraso del flujo ménstruo, se presentó este; pero transcurridos cuatro días, su prolongación mas allá del término ordinario, la expulsión dolorosa de coágulos, la abundancia de la sangre, demostraron que se trataba de un estado morbosó, y aun quizá de un aborto. Cuando la enferma entró en el Hotel-Dieu estaba sumamente pálida, el pulso débil y depresible. El doctor G. de Mussy ordenó primero el reposo horizontal; pero agravándose el estado de la paciente, aplicó el saco de Chapman. La hemorragia se detuvo en treinta y seis horas: á las veinte y cuatro habia disminuido en más de las dos terceras partes. Algunos ligerísimos fenómenos congestivos hácia la cabeza fueron los únicos accidentes que habrían podido imputarse á la medicación empleada; pero se desvanecieron con mucha rapidez, restableciéndose muy pronto la salud. Este antagonismo circulatorio entre las partes superiores y las inferiores, debe hacernos prudentes en la supresión de la hemorragia. Y esta prudencia es tanto mas necesaria cuando existe, como en la primera enferma, un foco de irritación morbosá que puede llamar hácia sí el molimen congestivo.

Sin aceptar absolutamente la opinión del doctor Chapman, que explica la acción medicatriz del calor por su

influencia sobre los gánglios del gran simpático, origen del sistema vaso-motor, M. Gueneau de Mussy ve aquí un método realmente útil, práctico, y que puede ser generalizado y aun reemplazado en ciertas ocasiones por la aplicación de la electricidad. En efecto, en dos casos de catarro sofocante que complicaban, el uno una lesión cardíaca, y el otro una tuberculosis pulmonar, observados por este médico, la faradización inter-escapular en el primero, y el saco de agua caliente en el segundo, produjeron un rápido alivio.

Metrorragias puerperales graves: tratamiento por medio de la compresión de la aorta. (*Bull. de théér.—Rev. de théér.*).

Con este título ha publicado el doctor L. Gros, en el *Bull. gén. de théér.*, una interesante Memoria de la que vamos á dar un sumario análisis.

El 8 de setiembre de 1828 propuso el doctor Baudelocque á la Academia de Ciencias de Paris cohibir las hemorragias consecutivas al parto, comprimiendo la aorta al través de las paredes abdominales. A pesar del gran número de hechos que probaban la superioridad de este método tan fácilmente aplicable, no fué aceptado por la mayoría de los tocólogos. Jacquemier, entre otros, en su excelente *Tratado de partos*, no admite este modo de hemóstasis; antes por el contrario, le rechaza como perjudicial á pretexto de que la compresión de la aorta interesa al mismo tiempo á la vena cava, lo que en su opinión tiende á aumentar la congestión de los plexos uterinos, y por tanto á favorecer la hemorragia en lugar de reprimirla. Cazeaux y otros prácticos no menos distinguidos dedujeron de este mismo hecho una conclusión enteramente distinta.

Sea la que quiera la divergencia de las opiniones y la respetabilidad de las autoridades en que se funden, las ideas teóricas más ó menos sutiles no podrán nunca prevalecer contra el gran número de hechos que atestiguan la excelencia de este método. Sin discutir la eficacia del zumo de limon, el hielo, la doble pelota de Chassagny, las inyecciones de tintura de yodo, y tantos y tantos otros medios como se han propuesto para cohibir estas he-

morragias, una sola consideracion bastaria para hacer prevalecer el procedimiento de Baudelocque. No siempre se tiene á mano hielo, limon, tintura de yodo, percloruro de hierro, un aparato eléctrico, etc. Antes que puedan proporcionarse estos agentes, la sangre que sale á mares puede determinar la muerte. El comadron, sin embargo, tiene siempre á su disposicion para oponer una barrera á la hemorragia el mas poderoso de los remedios. No necesita mas que hacer uso de sus dedos, de sus manos, y este medio es el mas seguro y el mas sencillo de todos.

El doctor L. Gros refiere, en apoyo de estas ideas, un gran número de hechos concluyentes.

En enero de 1860 fué llamado el autor por el doctor Fabre, con motivo de una metrorragia de las mas graves, ocasionada por la adherencia de la placenta con contraccion del orificio cervical del útero.

El primer cuidado de M. Gros fué practicar la compresion de la aorta, maniobra que tuvo por resultado inmediato la suspension de la hemorragia. Tranquilo por esta parte, el hábil tocólogo hizo la dilatacion metódica del orificio uterino, pudiendo penetrar muy pronto con toda la mano en el interior de este órgano. Dislaceró toda la porcion no adherida de las membranas, la extrajo, é introduciendo de nuevo la mano en el interior del útero, decorticó lentamente el resto de los cotiledones placentarios, unidos aun al tejido uterino por gran número de bridas fibrosas.

Este penoso trabajo no duró menos de una hora, y en todo este tiempo se ejecutó con el mayor cuidado la compresion de la aorta, continuándola aun despues por más de media hora, porque la hemorragia se reproducia inmediatamente que cesaba la compresion. Al mismo tiempo se administró el cornezuelo de centeno. La enferma se restableció muy pronto sin accidente ulterior.

En un segundo caso análogo, el doctor Gros tuvo necesidad de hacer comprimir la aorta durante cerca de dos horas, en cuyo tiempo prescribió 3 gramos de cornezuelo de centeno. El puerperio fué feliz.

En un caso referido por el doctor Seguret, de Rodez, fué necesario continuar la compresion por espacio de *cerca de tres horas*. Un hecho mas interesante aun, bajo este

punto de vista, es el de Duhamel, pues fué preciso sostener la compresion durante *nueve horas consecutivas*.

La interesantísima Memoria del doctor Gros contiene bastantes hechos análogos, ya de su propia práctica, ya de otros compañeros. La mayor parte de ellos son tan concluyentes que, leyendo este importante trabajo, no puede uno menos de quedar convencido de la excelencia de un medio hemostático que se tiene siempre á mano y que por sí mismo no puede hacer correr el menor riesgo á la enferma.

En esta Memoria se refiere una observacion, debida al doctor Flouviez, de Lilla, de que creemos deber dar una idea, porque se trata de un caso excepcional y quizá sin precedente en cuanto al medio de hemostasis empleado.

Una mujer de veinte y tres años, que habia parido felizmente su tercer hijo, fué acometida el *décimo* dia despues del parto, de una hemorragia que cedió al taponamiento y á las afusiones frias. Al dia siguiente nueva hemorragia, que compromete gravemente la vida. La compresion de la aorta sobre el ángulo sacro-vertebral la suspendió inmediatamente. Durante la compresion, que se prolongó cuarenta y cinco minutos, se volvieron á emplear los hemostáticos indicados mas arriba. A los seis dias (*diez y siete despues del parto*) nueva hemorragia con síncope, en términos de creer muerta á la enferma. Despues de tres cuartos de hora de compresion dió señales de vida. Se previno la reproduccion de la metrorragia, prolongando la compresion por muchas horas.

Esta observacion es notable porque se ven en ella dos metrorragias sobrevenidas á los *once* y á los *diez y siete* dias despues del parto, no pudiendo invocarse como causa la inercia uterina.

El doctor Hamon cree útil recordar á los prácticos que estas hemorragias secundarias pueden producirse hasta los veinte y cinco dias del parto y aun más. Dependen entonces muchas veces de que los vasos capilares de la nueva mucosa uterina que reemplaza á la caduca expulsada, no están aun revestidos de su epitelio. Bajo la influencia de diversas causas pueden congestionarse y abrir libre paso á la sangre. Se comprende que en semejante

caso la compresion de la aorta puede producir resultado satisfactorio, como sucedió en el hecho del doctor Plouviez.

Es bien sabido, por lo demás, que las hemorragias secundarias reconocen un gran número de otras causas.

El doctor Gros insiste, con razon, en la necesidad que hay de continuar la compresion cierto tiempo despues de haber cesado la hemorragia. Importa, en efecto, hacer que la sangre llegue en la mayor cantidad posible á los centros nerviosos que se hallaban en un estado anémico. Este efecto no se consigue sino á condicion de suspender ó disminuir mucho por el mayor tiempo posible la circulacion de la sangre en las regiones infra diafragmáticas. El doctor Vial, de Saint-Etienne, refiere dos casos en que sobrevino la muerte mucho tiempo despues de haber cesado la hemorragia, por suspender la compresion demasiado pronto.

Las enfermas advierten muy bien los efectos de esta práctica. Bajo su influencia, dicen, se sienten volver á la vida.

El distinguido tocólogo M. Hamon cree que en los casos refractarios, sin descuidar este precioso medio de hemostasis, conviene recurrir al mismo tiempo á otros capaces de despertar la tonicidad de la matriz afectada de inercia.

Así, en una metrorragia gravísima, el doctor Thompson obtuvo un resultado inmediato, recurriendo á la faradizacion.

El autor recomienda mucho la fórmula del doctor Dupierris, de la Habana, que ya hemos consignado en nuestros ANUARIOS anteriores, y que se compone de: tintura de yodo, 15 gramos; yoduro de potasio, 30 centigramos, y agua, 30 gramos. Se introduce esta inyeccion en el útero por medio de una jeringa, armada de una sonda de goma elástica. Bajo la influencia de esta excitacion local, la retraccion del órgano es tan enérgica que la mano que conduce la sonda, es expulsada violentamente del útero. Este medio, añade el autor, no ha producido nunca accidentes y sí resultados muy notables.

A falta de tintura de yodo se podría utilizar una inyeccion de aguardiente, ya puro, ya diluido en un poco de

agua, según su grado de concentración. También podría emplearse el oxicato, si no se tuviera otra cosa á mano.

El doctor Berenger Feraud ha publicado posteriormente una observación de metrorragia fulminante, contenida por la compresión de la aorta, sin la cual habría casi seguramente sucumbido la enferma. Solo mediaron algunos segundos entre el momento en que se declaró la hemorragia y el establecimiento de la compresión, y, sin embargo, la cantidad de sangre perdida fué bastante considerable para que la pobre mujer presentase todos los fenómenos de una hemorragia grave, hasta las náuseas, el ruido de campanas en los oídos y el síncope. El doctor Berenger cree que ningún otro medio hemostático hubiera podido llegar á tiempo en este caso.

Nævus: tratamiento por la electrolisis. (*The Lancet*).

El doctor Knott ha tratado cuarenta casos de nævus por la electrolisis sirviéndose de la pila de corriente continua de Stohrer y de Meyer y Meltzer. El número de los elementos empleados varía según las dimensiones del tumor; por término medio se necesitan 6 ú 8 si la pila está en buen estado. Si el nævus es pequeño, Knott coloca una ó dos agujas en el polo negativo y una sola en el positivo, que se implantan en el tumor. Cuando este es voluminoso pone muchas agujas en el polo negativo y una punta de carbon en el positivo.

Al poco tiempo empieza la descomposición viéndose desprender burbujas de gas alrededor de las agujas; entonces se forma un coágulo, el tumor toma un color blanco azulado, sufre la transformación fibrosa y acaba por curarse. Las ventajas del galvanismo son: la seguridad de su acción, su inocuidad, la poca apariencia de la cicatriz y la cesación del dolor inmediatamente después de la operación. Los enfermos tenían en su mayoría de algunas semanas á algunos meses de edad; solo uno contaba siete años. Algunos de los tumores eran de dimensión considerable y necesitaron hasta cuatro y seis sesiones. En todos los casos se consiguió la curación.

Partos : indicaciones del cloral. (*Gazzetta medica italiana.—Ann. de gynecologie*).

Las numerosas observaciones hechas en la clínica de obstetricia de Milan del profesor Chiara, por su jefe de clínica el doctor Chiarleoni, con el uso del cloral en los partos, han dado motivo á este último para publicar un artículo acerca de las indicaciones de dicho medicamento, dividiéndolas en cuatro categorías. En la primera coloca todas las mujeres de carácter irritable, pusilánime, ó las que han tenido una rotura prematura de la bolsa. El número de estos casos asciende á veinte, y en estas condiciones, el hidrato de cloral administrado á la dosis que indicaremos mas adelante, ha dado excelentes resultados, porque calmando la sensibilidad general, las contracciones uterinas se hacen mas fuertes, mas enérgicas, y el parto se verifica mas pronto.

En la segunda categoría clasifica las que estaban albuminúricas durante el embarazo ó el parto; el cloral ha prevenido siempre los accidentes eclámpicos, y, en un caso en que se presentaron, la cantidad de 14 gramos en las veinte y cuatro horas fué suficiente para contenerles.

En el tercer grupo comprende á las mujeres á quienes ha sido necesario operar y á las que el cloral ha proporcionado una insensibilidad completa; curaron perfectamente.

En el cuarto se incluyen los casos en que se ha debido administrar el cloral inmediatamente despues del parto para calmar á las enfermas.

El doctor Chiarleoni no ha observado nunca que este medicamento dejase á las mujeres pesadez de cabeza ni alteraciones intelectuales. La cantidad ordinaria es de 6 gramos en 100 de agua destilada y 60 de jarabe; pero se puede elevar mucho más la dosis sin peligro para la madre ni para la criatura. Si hay tendencia al vómito se administrará en lavativas en dosis de 4 gramos en 60 de agua en dos veces.

El autor deduce de sus observaciones que el cloral es preferible al cloroformo á causa de lo fácil de su administracion y de su inocuidad y que deberia usarse con mas frecuencia en la práctica tocológica.

En un artículo publicado por el doctor Chouppe en los *Ann. de gynécologie*, expone este autor las reglas que deben seguirse en la administración del cloral durante el parto. Toda sustancia anestésica que se use en estas circunstancias debe llenar dos condiciones: 1.^a ser inofensiva para la madre y para el feto; 2.^a no alterar y sobre todo no disminuir la energía de las contracciones uterinas. El cloral bien administrado posee, según el doctor Chouppe, estas cualidades en alto grado. De sus propias observaciones, así como de los trabajos y experimentos de otros clínicos, entre ellos, los de Pellissier y Lambert, deduce el autor que el cloral no solo es capaz de hacer desaparecer los dolores del parto, sino que esta supresión no es debida de ninguna manera á que disminuyan la intensidad ó la frecuencia de las contracciones uterinas, las cuales conservan por el contrario todo su vigor y aun es de notar que en ciertos casos en que un trabajo demasiado largo ha agotado las fuerzas de la enferma, el cloral, suprimiendo el dolor, devuelve muy á menudo la energía al útero, y con ella el poder y la regularidad que faltaban á sus contracciones. Por otra parte, bajo el punto de vista del feto, todos los autores que se han ocupado de esta cuestión están conformes en que el medicamento que nos ocupa es completamente inofensivo. El efecto producido sobre la salud de la madre presenta un fenómeno muy notable que exige mayor número de observaciones para ser bien comprobado; consiste en que la convalecencia de las mujeres que han sufrido la anestesia del cloral parece notablemente mas corta. Este efecto, aun inexplicado, podría interpretarse de dos maneras; ó simplemente por la disminución del cansancio que la mujer experimenta, ó por la acción antiséptica del cloral sobre la herida placentaria, en relación con la acción desinfectante bien conocida de esta sustancia.

Si es cierto que á causa de su inocuidad el cloral podría ser administrado en todos los partos, hay sin embargo condiciones que reclaman de un modo particular su uso si no se le quiere erigir en principio. Se le prescribirá especialmente en los partos muy prolongados, en las primíparas, cuando los dolores tienen una intensidad que no suele observarse en los partos ulteriores. En las mujeres

muy nerviosas, que se extenuan prematuramente en esfuerzos inútiles y que han perdido todas sus fuerzas en el momento decisivo, está formalmente indicado. También encontrará su aplicación en las que se aterran ante la idea de los dolores que tienen que sufrir en el momento del parto; en las que sufren ataques de histerismo y en las que padecen intensos dolores entuertos.

Sin que se pueda precisar el momento en que se debe prescribir el cloral, parece que el más oportuno es cuando se ha completado la dilatación y van á comenzar los dolores expulsivos: solo en casos muy raros y cuando las mujeres sufren mucho, se puede estar autorizado á darle durante el período de dilatación. El inconveniente á que nos exponemos en este caso, es mantener á la enferma largo tiempo bajo la influencia del anestésico. La dosis del cloral variará según el momento en que se administre, la susceptibilidad de las mujeres y el efecto que se quiera obtener. Sin embargo, de un modo general puede decirse que la dosis media es de 4 á 6 gramos, administrados ya en dos veces con media hora de intervalo, ya gramo á gramo de cuarto en cuarto de hora, cuando no se desee un efecto muy rápido. El mejor modo de usar este medicamento es el que emplea M. Bourdon y que consiste en disolver el cloral en jarabe de grosella que disimula mucho su mal gusto. En el caso que produjese vómitos, se emplearía en lavativas por el recto.

Parto: modo de vencer las dificultades producidas por la resistencia del periné ó mas bien por la exageración de flexión de la cabeza. (*Bull. de théor.*).

La cabeza se detiene frecuentemente durante muchas horas sobre el suelo de la pélvis por consecuencia de la resistencia de las partes blandas del periné, resistencia que produce consecutivamente una exageración de flexión de la cabeza sobre el pecho (Cazeaux). De cada diez aplicaciones de fórceps, nueve son practicadas por esta causa (Cazeaux). En este caso, el doctor Ernoul ha conseguido frecuentemente abreviar la duración de este período doloroso del parto y evitar la aplicación del fórceps cuando parecia indispensable.

El procedimiento que emplea es muy sencillo y de una

ejecucion muy fácil. Consiste en comprimir de atrás hácia adelante sobre la frente, en el momento de la contraccion uterina, con los cuatro dedos de una mano aplicados delante del coxis, detrás del sitio en que se siente la cabeza del feto. Algunas veces no basta esta pequeña maniobra. Entonces es preciso introducir el índice y el medio de la mano derecha en el recto, llevarles detrás de la frente, y comprimir sobre ella durante la contraccion uterina de modo que se produzca la deflexion de la cabeza y se dirija el occipucio hácia la vulva.

Pólipos del útero : extirpacion simplificando el procedimiento operatorio. (Bull. de ther.).

En un largo trabajo leído por el doctor Gueniot á la Sociedad de Cirugía, expone este distinguido práctico las modificaciones que ha introducido en el manual operatorio de la ablacion de los pólipos uterinos, y gracias á las cuales no es necesario para extirpar los pólipos, que hayan salido del útero; pueden ser accesibles á los medios de excision, aunque estén incluidos en totalidad en la cavidad de la matriz, siempre que el cuello se halle ligeramente dilatado. La modificacion de M. Gueniot se refiere á dos puntos principales: 1.º la supresion del descenso previo, ya del tumor, ya de la matriz; 2.º la aplicacion sobre la extremidad adherente del pólipo, de una asa metálica que se conduce por medio del constrictor de Maisonneuve hasta la cavidad, siguiendo las reglas prescritas para la introduccion de las ramas del fórceps. La primera de estas modificaciones, es decir, el descenso, se comprende por sí misma y no exige ningun comentario. Algunas ligeras explicaciones harán entender la segunda. Se trata aquí de llevar sobre el pedículo del tumor una asa metálica. Para esto, se ponen dos dedos en la vagina y se les introduce como la longitud de media falange, entre el orificio uterino y el cuerpo fibroso, luego se toma el asa metálica, que se tiene la precaucion de inclinar sobre la varilla del constrictor formando un ángulo de unos 120 grados, y se la hace deslizar hasta la abertura de la matriz. Cuando se ha llegado á este punto, se dispone el instrumento de tal manera que la

extremidad del tumor se encaje en el anillo metálico; basta entonces empujar ligeramente para llegar hasta el pedículo. La seccion se hace por el juego del constrictor.

Para completar su descripción, el autor añade los detalles siguientes: 1.º se facilitará la introduccion del aprieta-nudos haciendo que un ayudante sostenga el fondo del útero; 2.º el vértice del asa deberá corresponder al lado opuesto de la matriz en que se implante el tumor; 3.º se empleará de preferencia el constrictor de Maisonneuve, porque permite dar al asa metálica una inclinacion variable; 4.º á fin de evitar las hemorragias, se ejecutará la seccion con lentitud; 5.º en lugar de dos dedos, será algunas veces necesario emplear la mano entera para guiar el asa alrededor del pólipo.

Las ventajas de este modo operatorio consisten en permitir al cirujano intervenir muy pronto en los casos de pólipos uterinos, previniendo así las hemorragias que estenúan á las enfermas. Por la supresion del descenso del útero ó del tumor, se evitan á las pacientes los dolores intolerables que ocasionan en muchos casos estas tracciones. Las condiciones necesarias para el uso del procedimiento son las siguientes: 1.º el orificio uterino debe estar suficientemente dilatado para permitir la introduccion del asa y de la varilla del aprieta-nudos; 2.º la matriz no debe presentar ninguna depresion que pueda hacer temer una inversion parcial de sus paredes; 3.º en fin, debiendo pasar el instrumento por la vagina, es necesario que el diámetro del tumor no exceda del de este conducto.

M. Gueniot, que ha tenido recientemente ocasion de aplicar con éxito el procedimiento que acabamos de describir, resume su comunicacion en las siguientes proposiciones: 1.º ciertos pólipos incluidos en la matriz pueden ser extirpados muy pronto; 2.º el procedimiento aconsejado es mucho mas sencillo que los que se emplean generalmente cuando los pólipos han bajado á la vulva.

Pólipos vasculares de la uretra en la mujer: tratamiento por el ácido crómico. (*British méd. journal*).

La poca atencion que se concede á las vegetaciones vasculares de la uretra á pesar de su frecuencia en la mujer, es causa, segun el doctor Edis, de su gravedad y de que se necesite recurrir muy á menudo á la excision cruenta para conseguir una cura radical.

Ante el uso doloroso del nitrato ácido de mercurio, de la potasa cáustica y el ácido nítrico, de la ineficacia del nitrato de plata, y la dificultad del cauterio actual, el doctor Edis ha ensayado el ácido crómico en el hospital de mujeres de Soho-Square, obteniendo fácilmente la destruccion del pólipo. Basta enrollar un poco de algodón cardado á la punta de una varilla, y despues de haberle empapado en ácido crómico exprimirle fuertemente sobre la vegetacion hasta que toda la superficie esté arrugada. Deben protegerse las partes inmediatas con algodón en rama, impregnado en una solucion de carbonato de sosa, que se aplica sobre el tumor despues de su cauterizacion, para neutralizar el exceso de ácido, y produce una sensacion de quemadura fácil de suprimir por una inyeccion morfinada ó por aplicaciones locales.

El tumor es entonces insensible y la enferma no experimenta mas que la molestia producida por la presencia de una pequeña masa morbosa. Se repite la aplicacion cada ocho dias, segun el volúmen del pólipo; generalmente bastan dos cauterizaciones para obtener una cura radical, que es permanente, segun lo prueban 5 observaciones tomadas entre los numerosos ejemplos observados por el autor.

El ácido fénico, cristalizado ó en solucion saturada, puede tambien momificar estas vegetaciones y tiene menos inconvenientes que la mayor parte de los otros medios.

Prolapso del útero: tratamiento quirúrgico. (*Bull. de théér.*).

El doctor Panas ha comunicado á la Sociedad de Cirugía de Paris el resultado de dos operaciones que ha practicado con objeto de remediar el prolapso del útero. La primera la hizo en el hospital de San Luis en 1872. El

prolapso era completo; la cavidad uterina, medida con el histerómetro, presentaba 11 centímetros de profundidad. El tumor formaba prominencia entre las piernas; la vagina estaba completamente invertida y sus paredes parecían pergamino. En el vértice del tumor se percibía un pequeño orificio: era el hocico de tenca ulcerado y que daba paso á un flujo abundante.

El procedimiento operatorio, puesto en práctica por el cirujano de San Luis, pertenece á Marion Sims. Habiendo observado este último que la caída del útero era siempre precedida de prolapso de la pared anterior de la vagina, que arrastraba la vejiga, tuvo la idea de oponerse á la produccion del cistocele. Con este objeto, hizo una extensa excision de la pared vaginal anterior, y produjo una fístula vésico-vaginal, que restauró luego reuniendo los bordes de la herida por suturas metálicas; se obtuvo de esta manera una retraccion artificial. Habiéndole inspirado probablemente algunos temores este procedimiento, le ha modificado, contentándose con aproximar dos puntos opuestos de la vagina. Para esto practica dos incisiones divergentes, luego una horizontal, que las reúne; pone las suturas necesarias, y obtiene el resultado que desea, es decir, una retraccion de la vagina suficiente para impedir á este conducto dar paso al útero. Jobert de Lamballe hacia algo semejante á esto, ya por incisiones, ya por medio de cauterizaciones.

Tal es el procedimiento que Panas ha repetido en su enferma. La operacion duró mas de dos horas, y fué practicada sin cloroformo. Se aplicaron catorce puntos de sutura, pero agarraron solo seis, que fueron, sin embargo, bastantes para reunir las paredes de la vagina en la parte posterior y crear al útero un obstáculo que se oponia á su salida al exterior. Desde esta época la mujer ha podido volver á entregarse á sus ocupaciones, que eran bastante penosas. A los tres meses se presentó la menstruacion; se hizo embarazada, y tuvo un aborto á los seis. A pesar de todo esto el útero permaneció siempre perfectamente reducido, sin que nunca haya usado pesarios.

La segunda operacion practicada por M. Panas lo fué en el hospital Lariboisiere. En esta enferma habia tambien caída del útero y la vagina, pero en mucho menor

grado que en la anterior; solo el cuello salia al través de la vulva. El cirujano se contentó aquí con hacer solo los dos refrescamientos laterales; los puntos de sutura no se sostuvieron. Sin embargo, el resultado no fué completamente nulo, y en la actualidad, aunque el útero continúa descendido, no sale de la vagina. La enferma usa un penario americano. En vista de este alivio obtenido sin puntos de sutura, M. Panas se pregunta si la cicatrizacion resultante de excisiones hechas en sitios determinados de la vagina no bastará para obtener la curacion.

Puerperio: quietud en la cama: sus inconvenientes: influencia perniciosa de las alcobas. (*Cincinnati Medical.—Record. and Pract.—Lyon medicale*).

El doctor Goodell, de Filadelfia, profesa, acerca del tratamiento de las recién paridas, ideas muy opuestas á las que se admiten generalmente. Anima á sus enfermas á levantarse tan pronto como se sienten dispuestas para ello, porque á su juicio pueden hacerse objeciones muy serias contra la posicion horizontal prolongada. Siendo el trabajo del parto un acto puramente fisiológico, no hay razon ninguna para trasformarle en enfermedad. La naturaleza lo demuestra bien explícitamente por el hecho de que un gran número de mujeres desean levantarse antes de que su médico se lo permita, y este deseo debe considerarse, á juicio del autor, como una razon suficiente para que se las autorice. En segundo lugar, algunos prácticos consideran que no hay nada que relaje tanto la tonicidad de la fibra muscular como el confinamiento en la cama. Fundándose en su experiencia personal, el doctor Goodell estima que las mujeres se sienten mas fuertes el quinto dia que el noveno, si se las ha obligado á permanecer rigurosamente en la cama. Además, la posicion vertical no solo excita la contraccion del útero, sino que, regularizando la circulacion, disminuye la cantidad de los lóquios y abrevia su duracion. Por el contrario, el decúbito dorsal determina una congestion pasiva de todo el órgano y el infarto de la pared posterior, ya hipertrofiada en el punto de insercion placentaria, efectos todos muy á propósito para impedir los fenómenos consecutivos de la evolucion uterina. Por último, debe advertirse

que las afecciones de la matriz son casi desconocidas en los países en que las mujeres tienen la costumbre de levantarse muy pronto despues del parto. De la lectura de los clásicos, parece deducirse evidentemente que entre los griegos y los romanos las mujeres se levantaban muy poco tiempo despues de parir, con frecuencia el mismo dia, para lavarse en agua corriente. El doctor Goodell dice que su práctica le ha demostrado que este tratamiento hace la convalecencia mas pronta y mas segura.

Influencia perniciosa de las alcobas.—El doctor Vibert ha observado que existe una estrecha conexion entre el olor fétido que se advierte generalmente en las alcobas de las púerperas y la produccion de ciertos estados febriles, que en algunas de las enfermas que ha visitado resistieron largo tiempo á toda clase de tratamientos. Buscando la causa de la persistencia de esta fetidez, dice haberla encontrado en la manera incompleta con que se renueva el aire en las alcobas, debajo de las simples cortinas y aun en habitaciones de forma prolongada que no tienen aberturas mas que en una de sus extremidades, la opuesta al espacio ocupado por la cama. El hecho mas notable de los referidos por el autor fué el de una mujer en quien la fiebre, nacida en la alcoba, desapareció con solo poner la cama en medio de la habitación, para reproducirse de nuevo cuando se la volvió á la alcoba, y no ceder hasta que se la colocó definitivamente fuera de este pernicioso nicho.

Despues de este hecho, el doctor Vibert ha observado un gran número de ellos, que confirman la exactitud de la desastrosa influencia de las alcobas.

En esta cuestion debe advertirse que en una pieza grande y bien ventilada, el espacio comprendido en la alcoba puede escapar á la renovacion del aire, y conservar como en un reservorio los miasmas que se desprenden de los lóquios. Por mas que parezca raro este hecho existe, y es muy fácil de comprobar.

El autor no afirma que la circunstancia solo de estar instalada en una alcoba constituya para una púerpera *una causa inevitable* de fiebre; pero sostiene que esta condicion es muy frecuentemente el único origen de esos estados febriles que se ven sobrevenir á menudo en los puer-

perios, cuyo buen principio hacia esperar un pronto restablecimiento.

Quistes serosos ováricos. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*).

El doctor Panas ha leído á la Academia de medicina de Paris un trabajo acerca de los quistes del ovario, que termina con las siguientes conclusiones:

1.º Entre los quistes reputados *ováricos* existe una clase que son uniloculares, de líquido especial, y cuyo tratamiento es tan sencillo como seguro en sus resultados;

2.º Los caracteres del líquido quístico son:

La falta completa de viscosidad; su diafanidad perfecta (con pocas excepciones); su pobreza en materia protéica (albúmina modificada), y su riqueza relativa en sales alcalinas (principalmente en cloruro de sódio). Poco ó nada precipitable por el calor y el ácido nítrico, el líquido en cuestion se precipita por el alcohol. Bajo este punto de vista hay analogía entre este líquido y el de los quistes espermáticos en el hombre, segun puede comprobarse por el exámen comparativo de ambos;

3.º Ignoramos hasta ahora si el punto de partida de estos quistes es realmente el ovario ó mas bien el *parovarium*, cuerpo de Rosenmuller;

4.º El tratamiento de estos quistes es mas sencillo aun de lo que habia enseñado el doctor Boinet cuando preconizaba la puncion seguida de inyeccion iodada. Una simple puncion con el trócar ha bastado al doctor Panas en todos los casos para obtener, por la evacuacion completa y aun parcial del líquido, una curacion definitiva;

5.º Procediendo de este modo, no solo no hay nada que temer, sino que se evita á las enfermas hasta el mas pequeño sufrimiento. En una palabra, el tratamiento de estos quistes es mucho mas fácil que el del hidrocele simple ó espermático en el hombre, que exige casi siempre el uso de inyecciones cáusticas ó fuertemente irritantes.

Quistes del ovario: exámen microscópico del líquido como elemento de diagnóstico y de pronóstico. (*Med. Times and Gaz.*).

El estudio á que desde hace largo tiempo se consagra el doctor Spencer Wells, le ha permitido descubrir un hecho importante para el diagnóstico y el pronóstico de los quistes ováricos.

Segun este autor, los quistes simples de la region del ovario pueden ser, ya realmente ováricos y debidos entonces al desarrollo excesivo de un folículo de Graaff, ó extra-ováricos y causados por la dilatacion desmesurada de una parte dependiente de los restos del cuerpo de Wolff ó por último para-ováricos. Ha notado así mismo el doctor Wells, que mientras los quistes extra-ováricos se curan á menudo radicalmente por una sencilla puncion, no llenándose de nuevo, en el verdadero quiste ovárico, aunque sea simple, se reproduce siempre el líquido.

Ha demostrado tambien el autor que el contenido de los quistes para-ováricos está constituido por agua pura con muy poca albúmina y aun con menos albuminato de sosa. Su peso específico apenas excede de 1005.

El doctor Thomson ha descubierto recientemente que el líquido encerrado en algunos quistes simples del ovario presenta pequeños grupos de células que cree estar formadas por el revestimiento interno de los folículos de Graaff. La presencia de estas células y el peso específico mas elevado, la abundancia de la albúmina y de la para-albúmina bastan para autorizar al cirujano á decir, despues de una simple puncion, si un quiste simple puede curarse definitivamente por este medio ó si exigirá una ovariectomia, á causa de la seguridad que debe tenerse de que se llenará de nuevo.

Quiste del ovario extirpado por la vagina. (*Transactions of Pennsylvania*).

Encuétrase en este periódico la relacion detallada de una operacion que, por su novedad y por el éxito de que fué coronada, merece que se la tome en consideracion; porque siempre que sea posible, si es lícito apoyarse en

un solo hecho, parece que debe ofrecer menos peligro y ser menos dolorosa que la ovariectomía, tal como se practica generalmente. Hé aquí el resúmen de este hecho.

El 29 de mayo de 1872, dice el doctor Davis de Wilkenbarre, fué llamado para visitar á una señora de veinte y nueve años, y en la que, despues de una detenida exploracion, diagnosticó un embarazo en el séptimo mes, complicado con un tumor del ovario probablemente unilocular.

El tumor ocupaba toda la pequeña pélvis, subiéndolo en el lado izquierdo hasta por encima del ombligo; en el lado derecho se tocaba el útero, en el que percibió el autor distintamente los movimientos del feto. La enferma se quejaba de vivos dolores que parecían anunciar un aborto; el reposo y la morfina les hicieron cesar muy en breve, y la mujer llegó al término de su embarazo sin ningun accidente, dando á luz el 7 de agosto un niño muerto que se presentó de nalgas. El doctor Davis habia hecho préviamente una puncion en el tumor al través de la pared vaginal y por medio de un trócar corvo, á fin de hacer descender el útero, elevado por el quiste por encima del estrecho superior.

La enferma, que se restableció muy pronto, volvió á presentarse el 15 de setiembre con dolores excesivamente vivos, completamente semejantes á los del último período del parto, y que la impedían andar y tenerse de pié.

El tumor, que habia recobrado su antiguo volúmen, ocupaba ahora la línea media y delante de él, detrás de la línea blanca, se sentia el útero, al que el autor pudo imprimir fácilmente movimientos de lateralidad, á pesar de la compresion que sufría por el tumor contra las paredes del abdómen.

A instancias de la enferma se decidió el doctor Davis á practicar la ablacion del quiste por la vagina, fundándose en las consideraciones siguientes:

1.º El tumor estaba comprimido hácia abajo contra la parte mas inferior de la pélvis, y presentaba una superficie bastante para hacer una incision de cuatro ó cinco pulgadas de longitud en la pared vaginal posterior, sin correr el riesgo de interesar ningun otro órgano.

2.º El quiste era unilocular, segun parecían probarlo la palpacion y la puncion.

3.º El útero se hallaba empujado hácia arriba y afuera de la cavidad pelviana, separado del camino que habia de seguirse en la operacion por la vagina; por el contrario, se encontraba sobre el punto en que se hace la incision en la ovariectomía ordinaria, y por esta posicion comprometeria grandemente la operacion, sobre todo si existian adherencias pelvianas.

4.º Si practicada la incision vaginal no podia extraerse el quiste por esta vía, se podria recurrir á la operacion ordinaria sin que se hubiese agravado por esta abertura que aseguraria el flajo vaginal, considerado generalmente como una de las condiciones mas importantes del éxito de la ovariectomía.

5.º No eran probables las adherencias.

6.º Esta operacion ha sido ejecutada una vez con éxito por el doctor T. G. Thomas, de New-York, aunque para un tumor muy pequeño en comparacion de este.

7.º En fin, creia el doctor Davis que por la vagina la operacion habia de ser menos peligrosa que por las vías ordinarias.

El 18 de setiembre de 1874 procedió á practicarla en presencia de los doctores Washburn, Jaures, Crowford, Moore y Murphy.

Colocada la paciente sobre la mesa de operaciones y préviamente eterizada se la puso en la misma posicion que para la litotomía. Se introdujeron dos espéculums de Sims en la vagina, sostenidos por dos ayudantes y que separaban las paredes anterior y posterior. De este modo se veia perfectamente la parte posterior y superior de la vagina que cubria el tumor; el operador cogió la pared vaginal por medio de una pinza y la tiró hácia abajo, en seguida la incindió en una extension de unas cuatro pulgadas. Para continuar la operacion esperó que hubiese cesado por completo la hemorragia, bastante persistente, producida por esta incision. Una vez verificado esto, seccionó el peritoneo y puso al descubierto la pared reluciente del quiste.

En este momento encontró adherencias bastante sólidas en la pequeña pélvis, adherencias que no esperaba y que le hicieron dudar del éxito de la empresa. Destruyéndolas con el dedo todo lo mas lejos que le fué posi-

ble, hubo necesidad muy pronto de retirar el espéculum para introducir toda la mano en la vagina, y de allí en la abertura. Rompió todas las adherencias primero en la cavidad pelviana, luego en el abdomen, haciendo subir la mano hasta dos pulgadas por encima del ombligo.

Vueltos á colocar los espéculums, y sostenido el quiste por medio de pinzas, practicó la puncion con un trócar corvo armado de su cánula. Luego que se escapó el líquido vió el autor con gran satisfaccion descender la bolsa á la vagina casi sin hacer tracciones.

Sobre el pedículo, que era prolongado, aplicó una doble ligadura y por debajo hizo la seccion de la bolsa, volviendo á introducir en la cavidad pelviana la porcion ligada. Despues de haber secado cuidadosamente con una esponja el fondo de saco de Douglas, practicó el doctor Davis dos suturas en la parte superior de la incision, dejando en la inferior un orificio bastante ancho por el que pasaban los cabos de las dos ligaduras.

La enferma se restableció rápidamente y los dolores fueron menos intensos que en los casos de ovariotomía ordinaria. El pulso no excedió jamás de cien pulsaciones. No hubo ninguna complicacion, y pasado algun tiempo, la mujer, perfectamente restablecida, vino á ver al doctor Davis.

El cirujano americano añade un hecho que parece aumentar las ventajas de su procedimiento y se refiere al flujo vaginal; dice que al cuarto dia de la operacion salió, en grande abundancia, por la vagina un líquido acuoso, pardusco y muy fétido. Para el autor, este flujo ha debido preservar á la enferma de una peritonitis ó de una septicemia. La abertura de la pared vaginal seria, pues, una verdadera válvula de seguridad.

El tumor era un quiste unilocular del ovario derecho; la bolsa y su contenido pesaban nueve libras. El tumor que extirpó el doctor Thomas no pesaba más que 360 gramos.

El resultado de este hecho es una prueba de la posibilidad de la operacion para quistes de cierto volúmen. El doctor Davis excita á sus comprofesores á seguir su ejemplo y establecer de un modo definitivo el valor de este método operatorio.

Quistes ováricos supurados: ovariometría: (*Edimb. medic. jour.—
Rev. des Sciences méd.*).

En este periódico ha visto la luz pública una memoria del doctor Keith, destinada á probar que se deben operar los quistes del ovario en casos de supuración aguda aun cuando sobrevengan fenómenos tifoideos. Refiere el autor que hace diez años, cuando la ovariometría era aun una operación excepcional, vió morir á una mujer jóven de un quiste ovárico supurado. Durante un mes todas las mañanas esperaba encontrarla muerta; no obstante tardó mucho en sucumbir, y solo lo hizo despues de extenuadas completamente las fuerzas vitales. Al año siguiente se reprodujo un caso análogo. Para no permanecer espectador inactivo de tan larga agonía, propuso la ovariometría, aun cuando existian fenómenos tifoideos y síntomas de infección. El peritoneo estaba rojo, lívido, los intestinos inflamados y adherentes, y la misma bolsa quística gangrenada en parte. A pesar de estas deplorables condiciones se curó la enferma.

Este caso fué como un rayo de luz y, desde entonces, (1865) el autor ha tenido ocasión de proponer y practicar la ovariometría diez veces en quistes supurados. Por desesperadas que fuesen las apariencias no vaciló en operar, y el éxito correspondió á este atrevimiento quirúrgico. En efecto, de estos diez casos curaron ocho, en todos los cuales habrían sucumbido las enfermas abandonadas á los solos esfuerzos de la naturaleza.

El autor refiere siete observaciones detalladas en apoyo de su conducta y para que sirvan de ejemplo á otros prácticos. Daremos de ellas un rapidísimo resumen:

OBSERVACION I.—Mujer de treinta y cinco años; empezó el quiste en 1869. Dolor muy vivo y desarrollo del tumor en 1870. En junio de 1871 estado febril considerable, mucha demacración, escalofríos frecuentes. El vientre estaba distendido por un tumor sólido en la parte inferior, líquido encima del ombligo; las paredes abdominales se hallaban edematosas. Una primera punción dió salida á tres litros de pus que se reprodujo rápidamente en menos de tres semanas. Entonces se decidió á practicar la ovariometría; despues de la incisión del abdomen se encontró el peritoneo engrosado, casi cartilaginoso, las

vísceras muy congestionadas, muchas adherencias sobre todo en la pélvis. La operacion duró próximamente una hora y hubo bastante efusion de sangre. La enferma quedó en un estado de debilidad excesiva. A pesar de estas condiciones desfavorables, la reaccion se verificó bien, hallándose completamente curada la paciente al cabo de cinco semanas, á pesar de haberse formado un absceso pelviano.

OBSERVACION II.—Mujer de cuarenta años. Quiste multilocular con adherencias. Puncion de una de las bolsas del quiste en mayo de 1872. Síntomas consecutivos de supuracion, escalofrios, sudores, demacracion. Se practicó la operacion en julio. Muchas adherencias en toda la superficie anterior del quiste, asi como en las asas intestinales inmediatas y en la pélvis. Se seccionó el pedículo con el cauterio hasta el nivel del útero. La operacion duró en todo hora y media, y el tumor pesó 30 libras. A pesar de una inflamacion local, la convalecencia marchó rápidamente.

OBSERVACION III.—Mujer de cincuenta y siete años, puncionada dos meses antes, muy debilitada por su enfermedad. Edema de las piernas, desarrollo de accidentes febriles. El caso parecia muy malo y se dudaba operar temiendo que existiera un tumor maligno del abdómen. Se practicó una nueva puncion que dió salida á 2 litros de pus, alterado, pútrido. La temperatura era muy baja, habia tendencia al colapso, con diarrea, sequedad de la lengua y accidentes infectivos.

Se practicó la ovariectomía sin gran esperanza el 21 de setiembre de 1872. Despues de incindidas las paredes abdominales infiltradas se abrió anchamente una de las bolsas del quiste y se evacuó su contenido gangrenoso. El operador no se ocupó en este caso de destruir las adherencias que eran numerosas, sobre todo por detrás.

Fué necesario aplicar muchas ligaduras y se mantuvo abierta la herida abdominal durante hora y media, hasta que dejó de exudar serosidad. Cuando se llevó la enferma á su cama parecia casi muerta; se la inyectó brandy en el recto y no recobró el conocimiento hasta transcurridas dos horas. Se consiguió la curacion en cuatro semanas.

OBSERVACION IV.—Mujer de veinte años. Quiste voluminoso. Síntomas de supuracion. Una primera puncion

solo vació una de las bolsas del quiste. Se practicó la ovariectomía á fines de 1872. El tumor se componia de una infinidad de pequeños quistes, casi todos supurados, necesitándose gran precaucion para impedir que se rompiesen en la cavidad peritoneal. Hubo que desprender muchas adherencias y cohibir una hemorragia. La operacion duró hora y media. Curacion en algunas semanas, despues de accidentes no muy graves de peritonitis.

OBSERVACION V.—Mujer de cincuenta y tres años. Seis punciones sucesivas, supuracion del quiste á partir de la quinta puncion. Estado general malo. Se practicó la operacion el 23 de enero de 1873, encontrándose adherencias al hígado y á la vejiga de la bñlis y verificándose una hemorragia por el pedículo del quiste y por la cara inferior del hígado. Duró una hora solamente y la enferma parecia tranquila; pero por la noche se presentaron síntomas de peritonitis que tenian su punto de partida en la region del hígado. La muerte se verificó al tercer dia, y en la autopsia solo se halló pus en la base del hígado.

OBSERVACION VI.—Mujer de veinte y siete años; tumor que databa de diez y ocho meses. Salud general mala y alteraciones digestivas inveteradas. Signos de supuracion del quiste en setiembre de 1870. Puncion á fines de este mes y salida de una gran cantidad de pus. Algunos dias despues se declararon los síntomas de una peritonitis muy aguda; el pulso llegó casi á desaparecer, las extremidades se enfriaron, siendo evidente que se habia roto el quiste en la cavidad peritoneal. Una puncion hecha en el ombligo dió salida á una gran cantidad de pus; la muerte parecia próxima. Sin embargo, para intentar la última esperanza, se decidió la ovariectomía. Al practicar la operacion se encontró, en efecto, una coleccion purulenta en la pequeña pélvis y una peritonitis generalizada. Se limpiaron perfectamente todas las partes, siendo preciso aplicar gran número de ligaduras. La operacion duró dos horas y media. Se dejó en la herida un tubo de *drainage*, pasando por detrás del útero á través de la pequeña pélvis. A pesar de estas condiciones, en apariencia desesperadas, la curacion era completa al vigésimosexto dia.

OBSERVACION VII.—Supuracion de un quiste multilocular en una mujer de treinta y seis años. Edema de las

piernas y de las paredes abdominales, estado general malo, operacion difícil que duró hora y media. La curacion era completa á las seis semanas.

Estos hechos no necesitan comentarios. Es indudable que en semejantes circunstancias la operacion se consideraria en nuestro país como formalmente contraindicada, y no es menos cierto que la espectacion equivale en tales casos á la sentencia de muerte de las enfermas.

Bajo este punto de vista, la Memoria del doctor Reik tiene grande importancia, puesto que permite esperar la curacion en casos tenidos hasta ahora por incurables. Por esto hemos creido deber resumir aquí las observaciones citadas por el autor.

Retroversion uterina durante el embarazo: reduccion.
(*Rev. des Sc. méd.*).

En una tésis publicada por el doctor De France, se esfuerza el autor en probar la eficacia de un modo de reduccion de la retroversion uterina en las embarazadas. Designa el procedimiento bajo el nombre de sacro-subpubiano y ha sido ideado por el doctor Vignard, profesor de partos en la escuela de Nantes, quien ha comunicado al doctor De France, tres observaciones inéditas de retroversion reducidas por este método. El manual operatorio consiste en lo siguiente:

Colocada la mujer en la misma posicion que para aplicar el fórceps, y habiendo vaciado previamente la vejiga se pone el operador á la derecha de la enferma, apoya su mano izquierda sólidamente sobre los púbis, introduce los cuatro dedos de la mano derecha en la vagina y levanta la parte anterior del útero. Una vez desprendida esta, desliza los dedos en la direccion del promontorio, manteniendo fuertemente el borde radial de la mano lo mas cerca posible del arco del púbis, y empuja sucesivamente por encima del diámetro sacro-subpubiano la parte posterior á izquierda de la matriz, y finalmente, su fondo. Por esta maniobra se eleva todo el tumor mas allá del estrecho superior; entonces bascula naturalmente y está obtenida la reduccion. El autor confiesa que en estas maniobras se distiende fuertemente la pared vaginal, pero esto no ofrece sérios inconvenientes.

Sericeps : nuevo medio de prehension de la cabeza fetal.*(Lyon méd.).*

Temiendo el doctor Poulet la rigidez del fórceps y su contacto directo con la cabeza delicada del feto, ha pen-

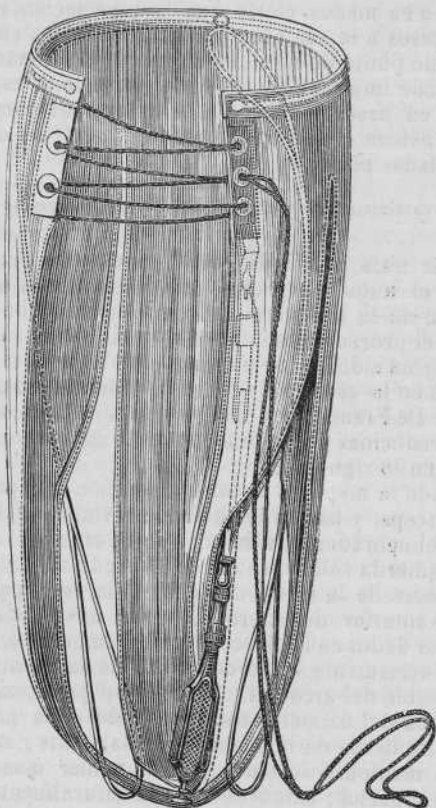


Fig. 24.—Sericeps cuyos cordones están fijos. Se ven en las vainas las varillas destinadas á extender el aparato entre la cabeza y el útero.

sado en buscar un medio mas suave, menos violento que permita sujetar sin contundir la cabeza fetal, y cree haberle encontrado en el instrumento que con el nombre de *sericeps* (de *sericum*, seda, y *capio*, cojo) (fig. 24), ha presentado á la Academia de Medicina.

El *sericeps* se compone: 1.º de una banda de tela de seda de 25 centímetros de longitud; 2.º de cuatro cintas unidas á esta banda sobre todo su borde inferior. Estas cuatro cintas se reúnen dos á dos por su extremidad libre para formar dos asas.

La banda transversal está destinada á aplicarse extendida alrededor de la cabeza del feto; sus dos extremidades se encuentran unidas por medio de cordones de seda pasados previamente por los ojetes que existen en los bordes. Estos cordones están flojos mientras se aplica el *sericeps*; luego que se encuentra bien adaptado á la cabeza del feto, no hay mas que tirar de dichos cordones para cerrar el círculo que abraza y comprimir así el óvóide craneano.

Cuando este círculo se ha aplicado bastante alto sobre dicho óvóide, abraza y comprime una zona de un diámetro menos considerable que el diámetro central; siendo la banda de tela de seda inextensible, si se tira de las dos asas de las cintas implantadas en su circunferencia, no podrá descender sin arrastrar delante de sí la cabeza del feto.

Todo este aparato (fig. 25) está tejido *ad hoc*, evitando de este modo las costuras y dándole el máximum de solidez posible.

La banda transversal y las cintas son de tela doble, de manera que forman vainas semejantes á los dedos de los guantes. El aparato en conjunto puede compararse perfectamente á un guante de tela que solo tuviese cuatro dedos reunidos de dos en dos formando asas, suponiendo, no obstante, que este guante careciera de la abertura por donde se insinúa ordinariamente la mano.

En estas vainas deben entrar las piezas metálicas destinadas á elevar todo el aparato entre la cabeza y el útero. Estas piezas no son mas que ramas de fórceps en miniatura, bastante delgadas y elásticas.

El autor emplea generalmente tres de estas ramas para

elevar tres puntos del círculo: una en la parte posterior y dos á los lados de la cabeza. Colocadas en su vaina de tela, se sobreponen para introducirlas por la vulva hasta

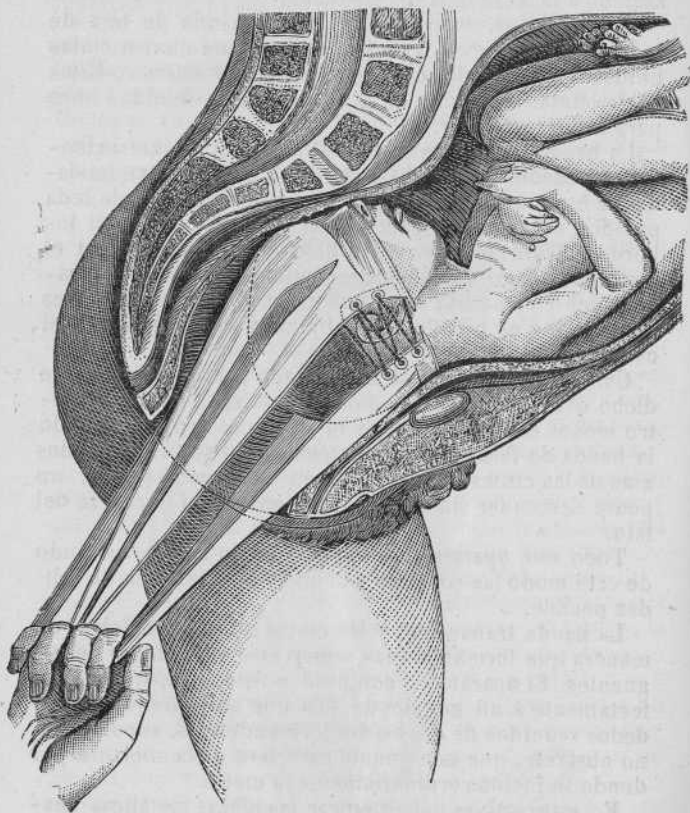


Fig. 23.—Sericeps funcionando, tirado por una sola mano.—Las asas de las cintas forman poleas por cima de los dedos, de tal modo que todas tiran uniformemente y reparten la tracción con igualdad sobre todo el contorno de la cabeza.

que lleguen á colocarse entre la cabeza y el sacro; así sobrepuestas, no tienen las tres reunidas mayor volúmen que una sola rama del fórceps ordinario. Luego que se encuentran cerca del promontorio se las separa. La rama posterior queda detrás y se la empuja hasta una altura suficiente, por un ligero movimiento de rotacion se conducen las otras dos á los lados de la cabeza, y luego van á encontrarse una contra otra delante de esta por encima de las ramas del pubis.

En seguida se aprietan los cordones mientras las ramas metálicas están aun en sus vainas. La cabeza queda entonces sujeta, y no resta ya mas que retirar las tres piezas metálicas, lo que se consigue muy fácilmente.

Si el cráneo es muy voluminoso, no bastará la longitud de 25 centímetros que tiene la banda transversal para abrazarle, pero los cordones completarán en este caso el círculo.

En fin, si se hubiesen llevado demasiado altas las ramas, al nivel del menton ó del cuello del feto, al apretar los cordones, la banda no quedará tensa y descenderá un poco cuando se tira de las cintas, hasta que venga á aplicarse sobre el ovóide craneano.

El doctor Poullet ha empleado este aparato en ocho partos y confiesa que la maniobra es un poco mas difícil y, sobre todo, un poco mas larga que la aplicacion del fórceps; la cree, sin embargo, al alcance de todos los tocólogos que quieran ejercitarse un poco en ella.

El autor está convencido que siempre que haya que ejecutar tracciones enérgicas, sobre todo en el estrecho superior, el sericeps disminuirá la mortalidad de las criaturas, respetando tambien más las partes maternas que el fórceps. Luego que se retiran las ramas metálicas, no añade ningun volúmen apreciable á la cabeza fetal, y la tela de seda se amolda fácilmente á las líneas curvas de las partes de la madre. No deprime como el fórceps, ciertos puntos de la cabeza aisladamente, y despues de haber ejecutado por su medio tracciones enérgicas, no queda huella alguna en el cráneo del feto. Mientras que el fórceps se escapa muchas veces despues de aplicado, el sericeps sujeta la cabeza con una solidez á toda prueba. Por otra parte, permite movimientos de rotacion tan ex-

tensos como se juzguen necesarios y que pueden llegar hasta un semicírculo. En la casos de detroncacion es muy difícil coger la cabeza con el fórceps por su movilidad en el útero. El sericeps puede aplicarse en estas circunstancias muy fácilmente y con seguridad.

En los casos excepcionalmente difíciles, cuando despues de tracciones bastante prolongadas, se comprenda la imposibilidad de extraer el feto sin mutilacion, el sericeps podrá prestar tambien verdaderos servicios: separando las cintas se aplicarán las tijeras de Smellie sobre el cráneo. Una vez hecha la perforacion, se continúan las tracciones, bajo la influencia de las cuales saldrá la sustancia cerebral sin que se escape el sericeps, porque estando colocado al nivel de la cara, la base del cráneo constituye una prominencia suficiente para que no resbale la tela. Tiene además la ventaja de que por su naturaleza y poco volúmen se le pueda tener aplicado durante largo tiempo hasta sin que la mujer se aperciba de su presencia, no tirando mas que en el momento de los dolores, lo cual constituye en realidad un método nuevo de hacer las tracciones.

Ahora falta que la experiencia confirme todas las ventajas que el doctor Pouillet atribuye al instrumento de su invencion.

Torsion del pediculo de los ovarios: síntomas: quiste consecutivo. (*Rev. des Sc. med.*).

Recordando el doctor Koeberlé un hecho indicado ya por Rokitanski, dice que ciertos órganos de la pélvis, mas ó menos pediculados, tales como los ovarios y la matriz, pueden en los movimientos de decúbito lateral sufrir inflexiones y rotaciones sobre su eje, que lleguen hasta determinar verdadera torsion. La torsion del pediculo de los ovarios se produce lentamente, y entonces, de una manera poco apreciable, ó por el contrario de pronto, y en este caso ciertos signos hacen posible el diagnóstico; el dolor y el desarrollo rápido de un tumor quístico. Este accidente se observa sobre todo en el período menstrual; á un movimiento brusco de lateralidad de la mujer sucede un dolor repentino y prolongado en

un lado del bajo vientre, acompañado de adormecimiento del muslo, dolor en la region renal, y á veces vómitos. Este dolor se exaspera á intervalos, y aun en algunos casos ha llegado á hacerse intolerable hasta el punto de exigir la ovariectomía, aunque el tumor tuviera poco volúmen. Consecutivamente á la torsion del pedículo, la circulación venosa y linfática se encuentra dificultada; los vasos se dilatan, y se desarrolla un quiste generalmente unilocular, de contenido parduzco y hemorrágico, y algunas veces lleno de linfa coagulable.

El doctor Koeberlé ha visto en un caso ser la circulación completamente imperceptible, y hallarse el ovario desprendido de sus adherencias naturales. Sin embargo, se habian formado otras vasculares con los órganos inmediatos, y en ellas habia tomado los elementos de su desarrollo ulterior.

El autor dice además que ha observado cuatro casos de torsion de tumor fibroso, en tres de los cuales pudo diagnosticarse la lesion.

Con este motivo, recuerda el doctor Schutzenberger haber visto la torsion de un útero con un grueso tumor fibroso. La mujer, al volverse en la cama, sintió de pronto un dolor muy vivo con lipotimia y pequeñez de pulso. A su muerte, ocurrida poco tiempo despues, se encontró que el útero y la vagina habian dado una vuelta completa sobre sí mismos; en el fondo de la matriz existia una congestion enorme y sufusiones sanguíneas subperitoneales.

Vaginismo: tratamiento por medio del extracto de ratania y del yodoformo. (*Gaz. des Hop.—Jour. de méd. et chir. prat.*).

El espasmo del esfinter vaginal tiene, segun el doctor Bouchut, algunos puntos de contacto con el espasmo del esfinter del ano, y es frecuentemente debido á la misma causa, circunstancia digna de ser conocida de los médicos que tengan necesidad de tratar esta afeccion tan dolorosa. Segun ha observado el autor, en muchas mujeres se forma, á consecuencia del matrimonio, en la parte inferior de la abertura vaginal, al nivel de la horquilla, una pequeña fisura longitudinal, estrecha, de $\frac{1}{2}$ centímetro de longitud y muy dolorosa al tacto. El doctor Bouchut ha

visto tambien esta lesion en doncellas leucorréicas, á quienes se habian prescrito inyecciones; es una especie de vaginismo, que consiste en la imposibilidad de introducir la cánula, á causa del dolor que provoca; el reconocimiento demostró la existencia de una ligera fisura del hímen. En estas dos formas de vaginismo ha conseguido excelentes resultados con los supositorios vaginales de extracto de ratania, que hace preparar de la manera siguiente :

Manteca de cacao.	5 gramos.
Extracto de ratania.	3 —

Incorpórese con cuidado.

Se introduce mañana y noche uno de estos supositorios en el conducto vaginal y se dejan fundir en él. Además se administra todos los dias un baño de agua de salvado de una hora de duracion. De esta manera ha podido el autor curar algunos casos de vaginismo, sin recurrir á una operacion tan desagradable como es la dilatacion forzada.

Yodoformo.—El doctor Tarnier ha curado á una mujer afectada de vaginismo muy doloroso expolvoreando el orificio vulvar y los pequeños labios con el yodoformo; algunas horas despues la abertura de la vulva estaba insensible. A los dos dias se reprodujeron los dolores, pero mucho menos intensos, cediendo con la aplicacion del mismo medicamento, que, continuado algun tiempo, produjo una curacion definitiva.

Segun el doctor Trelat, el vaginismo, afeccion tan caracterizada en su expresion sintomática, reconoce causas muy variadas, y probablemente esta diversidad etiológica ha hecho que se la considere por muchos cirujanos bajo puntos de vista distintos. Puede ser dependiente de un estado inflamatorio superficial del cuello uterino, y el doctor Trelat cita tres ejemplos observados por él. Parece, pues, que en el vaginismo puede haber predominio del espasmo sobre el dolor ó viceversa; de aquí indicaciones terapéuticas diferentes.

La conclusion práctica de esta comunicacion será, pues, llamar la atencion acerca de las causas tan variadas del

vaginismo, y sobre todo recomendar el uso de las medicaciones racionalmente aplicadas, mas bien que el de las grandes secciones perineales de Marion Sims.

Vómitos incoercibles del embarazo: tratamiento por la dilatacion del cuello y la introduccion de un tapon de algodón.
(*Journ. de méd. et chir. prat.—Rev. de théér.*).

El doctor Edward Copeman, de Norwich, ha descrito recientemente, en el *British Medical Journal*, un nuevo medio de tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo que le ha dado resultados bastante notables para que no debamos pasarle en silencio. Llamado el autor á visitar á una mujer embarazada de seis meses y cuya vida inspiraba sérios temores por la demacracion y debilidad producida por sus vómitos incesantes, observó que existian además contracciones uterinas y el cuello presentaba una abertura bastante para recibir fácilmente el dedo. Creyó el doctor Copeman que debia provocar el parto, y al efecto, dilató todo lo que pudo el cuello con el dedo, sintiendo entonces las membranas y la cabeza del feto. No habiendo podido romper las membranas con una sonda de mujer, único instrumento que tenia á mano, dejó descansar á la enferma por espacio de una hora, en cuyo tiempo no tuvo vómito alguno. Se la dió entonces un ligero alimento para que pudiese soportar mejor la pequeña operacion que iba á sufrir, pero no habiéndole vomitado se esperó toda la noche que pasó con tranquilidad. Los vómitos no se reprodujeron, el embarazo continuó su curso y la mujer parió un niño de tiempo, bien conformado y sano.

Poco tiempo despues, este mismo medio contuvo los vómitos incoercibles en una embarazada de dos meses, en quien se trataba de provocar el aborto. El tercer caso era aun mas grave, por tratarse de una mujer de constitucion delicada, en el octavo mes de gestacion, y en la que, desde hacia tres semanas los vómitos eran incesantes en términos de no retener nada de lo que se introducía en el estómago. Se habian agotado ya todos los remedios posibles. La enferma estaba débil, demacrada y en una situacion muy grave. Como en los otros casos, el cuello se encontraba abierto, arrugado y dilatado.

El doctor Copeman le dilató al maximum con el dedo. Los vómitos cesaron, la enferma pudo tomar alimentos sólidos y beber cerveza, pariendo á los diez y siete dias un feto vigoroso y fuerte de unos ocho meses.

Compréndese fácilmente la importancia de estas curiosas observaciones que vienen á añadir un precioso recurso á los que poseemos contra los vómitos incoercibles y que son muy á menudo infieles.

No parece que hasta ahora se hubiese practicado esta manobra con el dedo y con el fin de contener los vómitos; pero los anales de la ciencia registran algunos hechos que tienen cierta analogía con los precedentes y que no juzgamos inútil recordar aquí. En un caso de vómitos incoercibles aplicó Saint-Germain el dilatador de Tarnier para provocar el aborto. Inmediatamente cesaron aquellos para no volverse á presentar. Las membranas no habian sido dislaceradas y pudo esperarse durante mucho tiempo, que el embarazo llegaria á su término. La expulsion del huevo no se verificó hasta muchas semanas despues de haber cesado los vómitos.

El doctor Gueniot, en una tésis acerca de los vómitos incoercibles escrita en 1863, refiere que en el aborto ó el parto provocado, con frecuencia aquellos se suspenden inmediatamente despues de la puncion.

Mme. Callé, matrona de la Maternidad, ha publicado la observacion de una mujer embarazada de tres meses, en quien P. Dubois practicó el aborto, para lo que desprendió el huevo introduciendo la sonda uterina. Inmediatamente despues de la operacion cesaron los vómitos. Sin embargo, la expulsion del producto de la concepcion no se verificó hasta pasadas seis semanas.

Estos hechos son favorables á la hipótesis de Copeman, que supone que la tension exagerada del útero puede determinar los vómitos por accion refleja. Pero hay otros en que modificaciones mucho mas pequeñas del cuello han determinado la desaparicion de aquel síntoma. Así ha sucedido con la aplicacion de sanguijuelas, las cauterizaciones con el hierro candente, y los toques con el nitrato de plata.

En fin, M. Tarnier ha publicado recientemente una observacion mas curiosa aun. En una mujer multí-

para, en el tercer mes del embarazo se presentaron vómitos incoercibles, contra los que se emplearon en vano todos los medios conocidos. Entonces se le ocurrió al autor la idea de introducir en la vagina un grueso tapon de algodón que dejó aplicado. Los accidentes cesaron para no volverse á reproducir. Sobre el tapon habia un poco de glicerolado de belladona, pero el doctor Tarnier da poca importancia á este medicamento, atribuyendo el éxito á una accion puramente mecánica. En los casos graves y antes de recurrir á la provocacion del aborto ó del parto prematuro, deberá emplearse el método de Copeman, y antes que este el de Tarnier, puesto que ambos son mucho menos graves que aquella otra maniobra.

Vómitos de las embarazadas: tratamiento por las inyecciones rectales de cloral y el uso interno de la hiosciamina. (*New-York med. Record.—Jour. de med. et chir. prat.*).

El doctor Simmons, cirujano en jefe del hospital de Ken Yckohama (Japon), refiere cuatro curaciones obtenidas por dosis de 35 granos de cloral mañana y tarde en un mucílago. Los vómitos eran muy graves. Este práctico se propone prescribir en adelante cantidades mas elevadas, convencido que al principio la dosis del medicamento será mas enérgica y no habrá necesidad de administrarle tan frecuentemente como cuando se le usa á dosis menos considerables.

Es de creer tambien que este agente produzca buenos resultados contra los vómitos nerviosos ó simpáticos, no existiendo inflamacion. Al autor le parece igualmente indicado en la hernia estrangulada, porque además de suspender los vómitos, determina la relajacion de los tejidos.

Hiosciamina.—El doctor Pitois, profesor de la escuela de Medicina de Rennes, refiere dos casos notables de curacion de vómitos incoercibles en el embarazo por medio de la hiosciamina. Despues de haber empleado sin ningun éxito todos los medios farmacológicos hasta ahora recomendados, se le ocurrió la idea de hacer tomar á la enferma de hora en hora una cucharada de las de café de una pocion compuesta de 5 miligramos de hiosciamina en 125 gramos de líquido.

Desde el dia siguiente cesaron los vómitos para no

volver á aparecer durante todo el embarazo, que siguió regularmente su curso.

Posteriormente ha observado otro hecho completamente igual.

Úlceras del cuello uterino: tratamiento por medio del cloral.
(*Gaz. hebd.*).

Fundándose el doctor Bernardo en las observaciones del profesor Ciattaglia, acerca de la eficacia del cloral en el tratamiento de las afecciones uterinas, le ha aplicado en dos casos, en el primero de los cuales ya habia agotado los recursos terapéuticos.

Era una mujer de veinte y nueve años, casada, que habia tenido tres hijos. A consecuencia del último parto, flujo vagino-uterino, con dolores en las regiones lumbares y el bajo vientre, atribuido al estado anémico de la enferma. Despues de varios tratamientos, la reconoció el doctor Bernardo, encontrando en el cuello de la matriz una extensa ulceracion de fondo rojo oscuro que resaltaba sobre el color rosado del resto de la mucosa y cubria casi todo el hocico de tenca. La tintura de yodo, el percloruro de hierro, el nitrato de plata y hasta el ácido sulfúrico concentrado, con todos los demás agentes especiales, fueron prescritos sin que se consiguiese la mas pequeña modificacion de la úlcera. Entonces resolvió el autor, aunque con poca confianza, emplear el cloral preconizado por Ciattaglia. No conociendo las dosis usadas por este autor preparó una solucion de 2 gramos de cloral en 25 de agua destilada, y por medio de una pequeña esponja atada á la extremidad de una varilla y empapada en dicho líquido, tocó toda la superficie de la úlcera. La aparicion de las reglas le obligó á suspender el tratamiento, quedando sorprendido cuando á los cinco dias vió que la úlcera se habia reducido en una mitad y que la coloracion del fondo era menos oscura; otros seis toques con la misma preparacion en dias sucesivos proporcionaron una curacion completa. Durante este tratamiento la enferma hizo tres veces al dia irrigaciones con una solucion al 1 por 100 de percloruro de hierro.

De esta observacion resulta con evidencia que el cloral

curó en pocos días una enfermedad que había resistido tenazmente á todos los medios mas racionales y acreditados en la práctica.

En el segundo caso los resultados fueron igualmente satisfactorios, con la circunstancia de que habiéndose re-producido la ulceracion despues de curada, á consecuencia de relaciones sexuales intempestivas, volvió á cicatrizar de nuevo rápidamente por medio del cloral.

El doctor Dujardin Beaumet había preconizado ya, antes de que viesen la luz las observaciones del profesor Ciattaglia, la eficacia del cloral en aplicaciones externas y en el tratamiento de las enfermedades uterinas, particularmente las ulceraciones del cuello.

TERAPÉUTICA.

MATERIA MÉDICA, FORMULARIO.

Absorción de las sustancias medicinales al través de la piel sana por medio del galvanismo. (Glasgow. méd. Journ.).

En un trabajo recientemente publicado y continuación de estudios anteriores, asegura el doctor Herman Munk, que una corriente eléctrica de acción catáforica arrastra á las profundidades del dérmis los medicamentos aplicados sobre el tegumento externo, y que, encontrándose allí con los vasos, son absorbidos. Para que así suceda se pone la sustancia que se quiere hacer penetrar en el organismo, en los dos polos de una batería eléctrica, y se invierte de tiempo en tiempo la corriente. De esta manera ha podido el autor hacer absorber la estriknina á conejos, determinando fácilmente el estriknismo mejor caracterizado. Repetido luego el experimento en sí mismo, ha encontrado en su orina la quinina y el yodo, que la corriente eléctrica habia hecho penetrar en la economía.

En estas experiencias se ha servido de electrodos discos, de superficie plana, de 10 á 15 milímetros de diámetro y de elementos de Grove, en número de 10 á 18, cuando operaba en conejos, y de 10, cuando lo hacia en su propia persona. La corriente pasaba durante un intervalo variable de diez á cuarenta y cinco minutos y se cambiaba de dirección cada cinco ó diez minutos.

En estas condiciones, se observan en los conejos los primeros síntomas del estriknismo al cabo de diez á quince minutos, van agravándose si se continúa la electricidad y el animal sucumbe.

En el hombre, si se aplican las soluciones de quinina y de yoduro de potasio en el brazo y se hace pasar la corriente durante 15 ó 30 minutos, se encuentra al yodo y la quinina en el líquido urinario aun después de tras-

curridas doce horas. Las mismas soluciones puestas sobre la piel, no son absorbidas, si no pasa la corriente.

Si se adoptase este medio de administracion de los medicamentos, seria necesario para obtener efectos útiles, aumentar la fuerza de la corriente, así como las dimensiones de los electrodos y estudiar cuáles son las regiones del cuerpo mas ventajosas bajo el punto de vista de la rapidez de la absorcion.

Acido salicilico: sus propiedades terapéuticas. (*Arch. gén. de méd.—Bull. de la Suisse rom.—Lyon méd.—Union méd.*)

El ácido salicílico, cuerpo oscuro é ignorado hace muy poco tiempo, ha sido objeto de trabajos numerosos y concienzudos que parecen confirmar en él propiedades anti-pútridas y antisépticas notables, haciendo de esta sustancia un agente terapéutico precioso, llamado á reemplazar ventajosamente al ácido fénico en muchas circunstancias.

De ningun modo podemos dar á conocer mejor á nuestros lectores los trabajos publicados acerca de este medicamento que transcribiendo casi literalmente el análisis que de ellos hace el doctor Spillmann, en los *Arch. gén. de méd.*

El ácido salicílico, gracias al método operatorio indicado por Kolbe, es un cuerpo fácil de preparar y en condiciones bastante económicas que podrán hacer su uso mas práctico. Para obtenerle, se disuelve el fenol en su equivalente de lejía de sosa concentrada, se evapora la mezcla en una marmita de fundicion y se calienta el residuo hasta que se haya hecho pulverulento. Se introduce este producto, aun caliente, en una retorta y se eleva la temperatura á 220 ó 250°. Cuando deja de producirse fenol, se disuelve la masa en agua, y el licor alcalino pardo que resulta se precipita por el ácido clorhídrico. Se recoge el ácido salicílico, se exprime y se le purifica por cristalización, formando sales. Así preparado, el ácido es siempre amarillento, pero se le quita este color transformándole en éter metílico, de donde en seguida se le regenera. Se presenta entonces en forma de un polvo blanquecino, poco soluble en el agua, pero fácilmente soluble en el alcohol y en la glicerina caliente.

Kolbe ha publicado observaciones muy importantes acerca de este ácido que es, según dice, un desinfectante y un antipútrido de los más enérgicos; se le podría llamar el mata-gérmenes por excelencia, porque impide los fenómenos de fermentación y de putrefacción. Así, se opone á la fermentación del azúcar bajo la influencia de la levadura, á la de la cerveza, á la coagulación de la leche, á la putrefacción de la orina. La carne sumergida en soluciones de ácido salicílico se conserva más de un mes sin descomponerse, obra más enérgicamente, según se asegura, que el ácido fénico sobre la pepsina, la diastasa salival; en fin, impide la germinación de las semillas y detiene el crecimiento de las plantas.

Estas curiosas propiedades del ácido salicílico, unidas á la falta de olor, á su gusto casi azucarado y á la circunstancia de poderse administrar interiormente sin peligro, le han asegurado en poco tiempo aplicaciones numerosas á la medicina y á la higiene. En muchas salas de cirugía se emplea ya profusamente el algodón salicilizado para la cura de las heridas (Thiersch).

Kolbe ha tomado 1 gramo 5 decigramos de ácido salicílico cinco días consecutivos, sin experimentar molestia alguna; las orinas presentaban la reacción violenta intensa con el percloruro de hierro.

El ácido salicílico no parece que es absorbido por la epidermis.

Neubauer ha publicado igualmente una serie de estudios acerca de la acción anti-fermentescible del ácido salicílico. Los numerosos ensayos que con él ha hecho en el mosto y en las vegetaciones del moho, le permiten asegurar que este ácido tendrá forzosamente que ser preferido al fénico, sobre todo en las numerosas circunstancias en que es imposible el uso del último á causa de su olor y sus propiedades venenosas, como sucede, por ejemplo, en la conservación de los alimentos y de las bebidas.

De las investigaciones del doctor Wagner acerca de la acción del ácido que nos ocupa, usado exterior é interiormente, resulta que no tiene el olor desagradable del fenol y además que no obra como sustancia corrosiva é irritante, inconveniente que se encuentra en el ácido fénico.

Las heridas, las quemaduras, las úlceras atónicas de los piés, espolvoreadas con ácido salicílico y cubiertas de algodón, han curado rápidamente sin que nunca exhalese el pus mal olor. Empleado en gargarismos en los casos de úlceras de las encías, de estomatitis, y sobre todo en la difteria, el ácido salicílico produce excelentes resultados.

Usado al interior no fatiga al estómago ni al tubo digestivo. Dos horas despues de la ingestion aparece en las orinas; pasa, pues, rápidamente al torrente circulatorio.

Las observaciones del doctor Wagner acerca de los efectos del ácido salicílico, administrado interiormente, se refieren á las enfermedades del estómago y del tubo digestivo con fermentacion anormal de las materias contenidas en estos órganos; le ha ensayado tambien en enfermedades infectivas. Así, ha prescrito este remedio en un caso de carcinoma del pfloro, con vómitos de masas en fermentacion que perdieron rápidamente su carácter pútrido. En cuanto á las enfermedades epidémicas, el autor dice haber empleado con un éxito sorprendente el nuevo cuerpo en gran número de casos gravísimos de difteria. Reinaba entonces una epidemia muy mortífera y se venia tratando á los enfermos por los medios mecánicos, preconizados por Letzerich. La mortalidad era considerable; Wagner prescribió entonces gargarismos con un líquido compuesto de 1 gramo 5 decigramos de ácido salicílico, 15 gramos de alcohol y 150 de agua; al interior administró de 0,15 á 0,3 de ácido en agua ó vino. Dice haber tratado de este modo 15 casos de difteria, algunos de ellos muy graves, sin haber perdido un solo enfermo.

Hé aquí, por lo demás, el resúmen de los experimentos de Wagner.

1.º El ácido salicílico reemplaza completamente al fenol como desinfectante en los apósitos de las heridas recientes ó antiguas.

2.º En las heridas venéreas no parece que basta la accion desinfectante, es necesaria la corrosiva.

3.º En los eczemas húmedos de la cabeza y de la cara el ácido salicílico ejerce una accion muy favorable, sin duda porque destruye rápidamente los agentes, causa del contagio.

4.º En todos los demás casos de descomposicion de las materias contenidas en el estómago y en los intestinos, el ácido salicílico produce mejores efectos que todos los demás desinfectantes, porque no hay entre ellos ninguno que se pueda tolerar á dosis tan elevadas.

5.º Es de desear que se ensaye la aplicacion de este ácido contra todas las afecciones morbosas, cuya causa pueda atribuirse á la presencia de organismos microscópicos en el cuerpo. Quizá podria servir en este caso como medio profiláctico.

Kolbe no tiene duda de que el uso interno del ácido salicílico debe ser utilísimo en las enfermedades contagiosas de la sangre, en la escarlatina, el sarampion y la viruela.

Muller, de Breslau, ha estudiado comparativamente las propiedades antisépticas del ácido salicílico y del ácido fénico, comprobando que el primero puede detener los fenómenos de fermentacion antes indicados, y que el segundo ofrece las ventajas de ser mas barato, mezclarse mejor al aceite y á la glicerina.

Este práctico y el doctor Ebstein han usado el ácido salicílico con excelente éxito en los casos de diabetes. El doctor Spillmann confirma este resultado, diciendo que en un caso reciente ha empleado la sustancia que nos ocupa en un diabético que expulsaba cerca de 50 gramos de azúcar por litro de orina, quedando sorprendido de los resultados que produjo. En América y en Inglaterra se han publicado recientemente hechos análogos.

Füzbringer ha practicado en Heidelberg una série de experimentos acerca de la accion antipirética de este ácido, administrándole al interior y en inyecciones subcutáneas. Diez y seis experiencias hechas en conejos y en el hombre, prueban que este agente no produce oscilaciones marcadas en el estado de la temperatura normal.

En otra série de experimentos el autor infectó á los conejos por medio de sustancias pútridas (pulpa esplénica macerada en orina antigua). Los resultados demostraron que el ácido salicílico tiene la propiedad bien evidente de disminuir la temperatura. En tres casos de fiebre inflamatoria, producida por medio de fricciones practicadas con aceite de croton en las orejas de otros tantos

conejos, el ácido no produjo resultado alguno; por el contrario, estos fueron positivos en otros dos casos de fiebre pútrida, provocada por inyecciones subcutáneas de pus.

En un trabajo recientemente publicado, insiste el doctor Butt (Saint Gall) en la tolerancia del ácido salicílico, aunque se le administre á altas dosis. Considera este cuerpo como un antipútrido y un antipirético por excelencia, que no cede en nada á la quinina; además no produce ni el colapso, ni la intoxicacion como este último remedio. El autor administró al principio el ácido salicílico en dosis análoga á la de la quinina, medio gramo de una vez en la fiebre héctica de la tuberculosis. Poco á poco subió hasta gramo y medio, sin observar el menor efecto. A 2 gramos descendió algo la temperatura en uno de los enfermos; en fin, á la dosis de 3 gramos el descenso de la temperatura fué constante, y se hizo sentir mas ó menos en todos los sujetos. A una dosis mas fuerte el efecto antipirético fué mas pronunciado aun; pero el autor dice que no se atrevió á llegar á una cantidad tal que pudiera producir fenómenos alarmantes: sin embargo, asegura que á la dosis de 10 gramos la accion antipirética del ácido salicílico es enérgica, y nulos los efectos desagradables si se exceptúa un poco de zumbido de oidos y de sordera, que son menos intensos aun que los producidos por las altas dosis de quinina. Butt ha administrado este ácido en los casos de fiebre tifoidea, erisipela, reumatismo articular, etc., y siempre con éxito. Anuncia la inmediata publicacion de gran número de observaciones referentes á este punto. El autor ha tomado él mismo algunas dosis de 3 á 4 gramos de ácido salicílico no estando afectado de fiebre. Advirtió un poco de calor á la cara, congestion á la cabeza, una ligera traspiracion, pulso vivo, sensaciones subjetivas de luz, dureza de oido; á los pocos minutos desaparecieron estos síntomas, siendo reemplazados algunas horas despues por zumbidos de oidos.

Los fabricitantes pueden tolerar dosis mucho mas fuertes de este remedio. El profesor Immermann confirma plenamente las observaciones del doctor Butt, y dice que ha visto producirse constantemente el efecto antifebril en

los dos meses que hace que experimenta este ácido. Ha podido obtener el descenso de temperatura aun en los casos de fiebre héctica muy pronunciada. Considera á este agente como análogo á la quinina, pero mucho mas seguro. Nunca ha producido en sus manos malos efectos; solo podria citar dos ó tres casos de diarrea bastante brusca, que pudo atribuirse á la accion del ácido. En fin, el doctor Fürbringer acaba de publicar los resultados de observaciones recogidas en el servicio del profesor Friedreich en enfermos afectados de catarros de las vias urinarias. Era el primero un jóven con una tfsis avanzada; las orinas se presentaban alcalinas, fétidas y con un sedimento formado de glóbulos de pus, de fosfatos y de bacterias. Despues del uso de 3 gramos de ácido (1 gramo diario en 180 de emulsion), la orina se hizo ácida, desapareció el olor fétido, y solo se encontraron en ella algunos glóbulos de pus.

En un segundo enfermo que padecia de nefritis crónica con anasarca generalizada y accidentes urémicos, la orina era pútrida, alcalina y turbia. Los dos primeros caracteres desaparecieron rápidamente con el uso del ácido salicílico.

El tercer enfermo sufría una cistitis ya antigua. A pesar de lociones repetidas de la vejiga y del uso de los balsámicos, la orina era fétida, turbia, sedimentosa, y presentaba una reaccion alcalina, conteniendo glóbulos de pus, de moco y bacterias. Bajo la influencia del nuevo remedio se hizo clara y ácida, desaparecieron las bacterias, pero persistiendo los glóbulos de pus.

En el cuarto caso, en fin, se trataba de un muchacho de diez y nueve años, con una afeccion de la médula y una cistitis reciente, acompañada de vivos dolores. La orina era purulenta, pútrida, ligeramente alcalina, y contenia gran número de bacterias. A los tres dias de la administracion del remedio se la encontró ácida, sin mal olor, pero persistiendo el sedimento.

El autor deduce de estas observaciones:

1.º Que el ácido salicílico, administrado al interior en dosis relativamente débiles (1 á 2 gramos), puede hacer desaparecer en el organismo la causa y los productos de la fermentacion amoniaca de la orina.

2.º Que no alcanza á impedir la formacion del pus que se verifica en el trayecto de las mucosas de las vias urinarias.

En suma : resulta de los trabajos que acabamos de analizar, que el ácido salicílico es una sustancia antifermescible por excelencia. En este concepto, creemos que podria ensayarse su uso en el carbunco, en las infecciones pútridas en general, en las enfermedades del aparato respiratorio acompañadas de expectoracion fétida, en que las inhalaciones de ácido fénico han producido ya excelentes resultados. Es probable que no tarden en aparecer estudios mas completos y mas decisivos acerca de un cuerpo que parece llamado á prestar eminentes servicios en medicina.

Con el fin de que nuestros lectores puedan ensayar, si lo estiman oportuno, el nuevo medicamento, nos ha parecido conveniente reunir aquí las diferentes formas bajo que se le ha empleado, á ejemplo de lo que ha hecho el doctor Maury en un trabajo leído á la Sociedad de Farmacia de Lyon.

Uso externo.

Se extiende una capa delgada de ácido salicílico, finamente pulverizado, sobre algodón en rama, y se aplica á las heridas por medio de un vendaje. (*Dr. Wagner*).

Pomada.

Acido salicílico.	1	gramo 50 centigramos.
Alcohol.	3	gramos.
Manteca.	15	—

Es importante emplear el alcohol como disolvente, porque la mezcla directa del ácido con la manteca no produce siempre los mismos buenos efectos. (*Dr. Wagner*).

Polvo y elixir dentríficos.

El doctor Paulcke, farmacéutico de Leipzig, prepara un polvo, al que incorpora el ácido salicílico, y un elixir dentrífico con una solucion alcohólica del mismo ácido, aromatizada con la esencia de *gautheria*.

588 ÁCIDO SALICÍLICO : PROPIEDADES TERAPÉUTICAS.

Siendo el ácido salicílico un excelente medio de quitar el olor del sudor de los pies sin suprimir dicho sudor, puesto que no hace mas que oponerse á la formacion de los ácidos butírico, valerianico y otros de la misma familia que corroen la piel, el doctor Paulcke ha preparado, con el ácido salicílico, jabon, talco y almidon, un polvo que se extiende sobre los pies, y que, quitando todo el mal olor, les da una suavidad agradable. (*Dr. Kolbe*).

Pocion.

Acido salicílico.	1 gramo.
Aceite de almendras dulces.	20 gramos.
Goma arábica.	10 —
Jarabe amigalino	25 —
Agua de azahar.	45 —

(*Prof. Wunderlich*).

Solucion.

Acido salicílico.	2 gramos.
Alcohol.	c. s.
Agua destilada.	200 gramos.

Se administra una cucharada de las de café cada tres horas. Se usa como gargarismo, de hora en hora, cuando los niños son bastante grandes para saber hacer gárgaras ó bien, se empapa en esta solucion una esponja con la que se toca la faringe en los casos de difteria. (*Doctor Karl. Fontheim*).

Gargarismo.

Acido salicílico.	1 gramo 5 centigramos.
Alcohol.	15 gramos (1).
Agua destilada.	150 —

Se usa de hora en hora. A los niños que no saben gargarizarse se les hacen tomar de 15 á 30 centigramos del ácido en agua ó vino. En las difterias. (*Wagner*).

(1) La cantidad de alcohol es insuficiente para conservar su accion disolvente en presencia del agua y al decir de muchos médicos, es demasiado fuerte para que algunos niños no se quejen de su presencia.

Solucion acuosa glicerinada.

Acido salicilico.	1 gramo.
Glicerina.	20 gramos.
Agua destilada.	80 —

Se trata el ácido por la glicerina y se añade el agua. (Muller).

Polvo compuesto para colutorio extemporáneo.

Acido salicilico rectificado.	2 gramos.
Azúcar ú otro polvo inerte	20 —

Para tocar las partes enfermas de la boca con un pincel previamente humedecido en agua.

Tambien se pueden preparar con goma y azúcar *pastillas*, cada una de las cuales contenga 25 miligramos de ácido.

Jarabe de ácido salicilico.

Acido salicilico muy puro.	} c. s.
Jarabe de flor de naranjo.	

Para que cada 20 gramos contenga 5 centigramos de ácido.

Como ya hemos indicado, los médicos suizos emplean el ácido salicilico en las afecciones febriles, como las fiebres tifoideas, palúdicas, etc., y á dosis tales que no puede ponerse en duda su inocuidad. Su accion acumulativa es bastante notable, porque despues de haber obtenido la remision deseada por medio de una primera cantidad de 4, 6, 8 gramos, basta administrar los dias siguientes una dosis, dos á cuatro veces menor para mantener la temperatura en buenos límites.

Aconitina en inyecciones hipodérmicas: sus efectos terapéuticos en los casos de delirio. (Independencia médica).

Deseando el doctor Parcet conocer los efectos que pueden esperarse de la aconitina, sobre todo usada en inyecciones hipodérmicas la ha empleado en tres casos dignos de especial mencion por los resultados obtenidos.

La primera enferma, una señora octogenaria, de temperamento sanguíneo é idiosincrasia cerebral, padecía una calentura angioténica. Al quinto día de la enfermedad y despues de haberla hecho dos aplicaciones de sanguijuelas y administrado el alcoholaturo de acónito se presentó un delirio tranquilo, rehusando la enferma tomar cosa alguna por la boca. Teniendo cierta prevencion á las evacuaciones sanguíneas y conociendo por otra parte la necesidad de obrar con prontitud y energía por ser de suma gravedad el delirio cuando divaga sobre objetos esenciales al restablecimiento del enfermo y que impide á este el beber ó tomar alimento ó los remedios necesarios, resolvió el autor experimentar la accion de la aconitina, pero con la prudencia y circunspeccion que exige la energía del medicamento. Preparada una solucion de 1 grano de aconitina en 1 onza de agua destilada con algunas gotas de alcohol para hacerla soluble, se practicó una inyeccion con la jeringuilla de Pravaz llena del referido líquido. Unos siete minutos despues de la inyeccion fué cesando el delirio, se calmó la enferma y luego se durmió; despertando cuatro horas despues de un sueño sosegado con la cabal y completa integridad de sus facultades mentales. Pero esta calma no fué duradera. Por la noche hubo una exacerbacion presentándose el delirio en igual forma que el día anterior. Se repitió la inyeccion de aconitina con idéntico feliz resultado y así sucesivamente por tres dias consecutivos, presentándose cada noche la exacerbacion con delirio á la misma hora. El carácter díscolo de la paciente no permitió que se continuase el tratamiento y al fin sucumbió treinta y cuatro dias despues, con síntomas tíficos, difteritis, etc. Por lo dicho se ve cuan notable fué el poder de la aconitina para hacer cesar el delirio.

Era el segundo enfermo un sujeto de treinta y ocho años, que entró en el hospital con una congestion pulmonar traumática. A beneficio de los antiflogísticos, diluentes, etc., cedieron los síntomas de congestion declarándose la convalecencia, cuando sin causa conocida le acometió un delirio furioso queriéndose precipitar por una ventana. La cara estaba animada, los ojos centelleantes, inyectadas las conjuntivas, pulso fuerte y acelerado, etc. No consiguiéndose ningun resultado con las sanguijuelas

detrás de las orejas, se recurrió á las inyecciones de aconitina como en el caso anterior. A los veinte minutos fué calmándose la agitacion, cesaron las ilusiones, y una hora despues pudo conciliar el sueño que fué tranquilo y sosegado. Al despertar habia recobrado el uso de sus facultades mentales, las que no volvieron á alterarse.

En el tercer caso se trataba de una mujer de treinta años: sobreexcitado su sistema nervioso por un susto y por una pasion de ánimo, un nuevo susto determinó en ella la explosion de un furioso delirio maniático, golpeando á cuantos se la acercaban, en términos que fué preciso atarla. El rostro estaba violentamente encendido, rubicundas las conjuntivas, fuerte y acelerado el pulso, y la enferma se resistia á tomar bebida alguna por temor de ser envenenada. En tal estado, se la practicó una inyeccion hipodérmica de aconitina. Aun no habia acabado el doctor Parcet de limpiar la jeringuilla, cuando apareció la calma, fué cesando el delirio, y al cuarto de hora se durmió la enferma con un sueño tranquilo y reparador. Al despertar su juicio se hallaba en estado normal, sin que despues haya vuelto á alterarse.

Los rápidos y eficaces resultados obtenidos en estos tres casos hacen desear que se continúe experimentando este medio y que se estudie cuál es su modo de obrar y por consiguiente sus indicaciones y contraindicaciones.

Agua de mar: su uso interno: modo de administrarla y sus indicaciones generales. (Bull. de thér.).

Ha publicado el doctor Lisle, en el *Bulletin de thérapeutique*, un interesante trabajo acerca del uso interno del agua de mar y de sus principales indicaciones que, por su espíritu práctico y por las numerosas enfermedades crónicas en que, gracias á él, podrá prescribirse este remedio tan poderoso como olvidado en su administracion interior, merece ser conocido de nuestros lectores.

Cuando se lee, dice el autor, un análisis del agua de mar, no se puede menos de pensar casi involuntariamente, si su composicion, que hace de ella una de nuestras aguas minerales mas ricas, no autoriza á pedirla más de lo que hasta ahora se ha obtenido de la respiracion del aire mas

pesado y mas ó menos cargado de partículas salinas que se respira en la costa, y de los baños de mar calientes ó frios, que son, puede decirse, los únicos agentes que se usan en esta medicacion. Esta agua es sin disputa el tipo mas completo de la clase tan numerosa de las aguas minerales salinas ó cloruradas sódicas.

Debe, por consiguiente, estar dotada en alto grado de las mismas propiedades digestivas y reconstituyentes, y no se concibe la causa de que no se haya pensado en utilizar estas virtudes ó aun en investigar si realmente las tiene. Sin duda consiste en que siendo una de las aguas minerales mas ricas, es tambien la mas comun. Hay, sin embargo, en este abandono, que cuenta diez y seis siglos de fecha, una causa mas seria: el sabor amargo, fuertemente salado y nauseabundo del agua de mar, que repugna á todo el mundo y que excita y revuelve el estómago mas tolerante.

Las tentativas que se han hecho en épocas no muy remotas para disimular este sabor tan desagradable, no han tenido resultado, siendo olvidadas muy en breve. Debemos decir algunas palabras de las de Pasquier, que cargaba el agua de mar de ácido carbónico *para facilitar su conservacion, hacerla transportable y disimular su ingrato sabor*. Los experimentos practicados por Rayer, encargado de informar á la Academia de Medicina acerca de este trabajo, probaron: 1.º que el agua de mar gaseosa era un purgante poderoso; 2.º que los enfermos la tomaban sin repugnancia, encontrándola agradable al gusto; 3.º que su administracion no habia sido seguida de ningun accidente ni incomodidad.

M. Rayer concluia que podia emplearse con ventaja en todos los casos en que los purgantes salinos están indicados, habiendo notado además que tenia una *accion favorable en los individuos que padecian afecciones escrofulosas*. A pesar de este informe, el agua de mar gaseosa no fué aceptada, ni por los médicos, ni por el público, y se abandonó su fabricacion.

El procedimiento de Pasquier era imperfecto, muy caro y puede decirse que inútil, pues á nada conducia poseer un purgante salino más, cuando de tantos dispone la materia médica. El problema que habia que resolver no era

este, y apenas se comprende que pasara desapercibida la observacion de Rayer acerca de la accion especial de esta agua en los escrofulosos.

Fundado en estas consideraciones, y aprovechando su permanencia en Arcachon, se resolvió el doctor Lisle á buscar un medio de administrar el agua de mar al interior, bajo una forma posible y aceptable, y comprobar luego hasta dónde llegaban sus propiedades digestivas y reconstituyentes, si se la tomaba, no una vez y á dosis purgante, sino muchas veces al dia y por todo el tiempo que fuera necesario.

Habiendo oido que los marinos alguna vez careciendo de agua dulce han hecho pan con la de mar, cuyo uso les ha probado muy bien, restaurando sus fuerzas agotadas por las fatigas, hizo fabricar pan con dicha agua, y despues de algunos ensayos desgraciados, el panadero consiguió al fin hacerle mas sabroso que el ordinario. El autor se sometió inmediatamente al nuevo régimen, y durante más de ocho meses no comió otra clase de pan. Los efectos fueron excelentes. Hacía más de treinta años que el doctor Lisle padecía una neurose del estómago, bastante mal definida, muy variable en su intensidad, con accesos dolorosos á veces, alteracion grave en las funciones digestivas y pérdida mas ó menos completa del apetito. Se hallaba precisamente en uno de estos accesos que ordinariamente solian durar algunos meses, cuando empezó su experiencia. Menos de quince dias de este régimen bastaron para despertar el apetito y regularizar las funciones digestivas, activar la nutricion y las funciones con ella relacionadas. Las fuerzas se elevaron rápidamente, y desde entonces no ha vuelto á tener crisis ninguna, ni aun ligera, y empieza á creer que se halla completamente curado.

Animado con este resultado ha prescrito despues el pan de agua de mar á un gran número de personas enfermas y sanas, y de lo observado, tanto por el autor como por el doctor Cruz Teixeira, que tambien le ha usado en su clientela, resulta que este pan *despierta y aumenta el apetito, hace mas prontus y mas fáciles las digestiones y activa de una manera enérgica las funciones de nutricion. Es además el mejor medio que puede emplearse para mantener los elemen-*

tos de la sangre en sus proporciones normales y el agente mas eficaz de la reconstitucion de este liquido cuando está empobrecido. Todas las observaciones ulteriores del doctor Lisle han confirmado estas deducciones de los primeros hechos, y asegura, fundado en ellas, que no tienen nada de exageradas.

El nuevo pan se conserva fresco por mas tiempo y se digiere mas fácil y rápidamente que el ordinario; no puede usarse á distancia de la costa, y por otra parte, el agua de mar se corrompe con una facilidad extrema luego que se la separa de la masa comun. Ademas de esto, la necesidad de servirse de muchas manos intermedias para la fabricacion son todos inconvenientes que hacen que este excelente medio sea poco práctico.

En vista de ello se decidió el autor á buscar otro producto mas fácil de preparar y sobre todo de conservacion mas larga y segura. Habiendo encontrado en Plinio una fórmula de agua de mar mielada que, segun este autor, purga muy bien sin fatigar al estómago, se conserva bastante tiempo y es de un gusto y olor agradable, hizo esta preparacion, segun las reglas indicadas por Plinio, y obtuvo una bebida, no desagradable, sobre todo para los aficionados á la miel, y que le purgó abundantemente en dosis de tres vasos. Pensando que el azúcar disimularia mejor el saber ingrato del agua de mar, preparó un jarabe en el que era imposible encontrar este gusto no estando prevenido; añadió alcohol ó ron y obtuvo una bebida mas grata aun, sobre todo cuando se la aromatiza ligeramente con algunas gotas de una esencia cualquiera.

Los experimentos hechos en sí propio y en tres mujeres anémicas, con dispepsia y estado nervioso muy pronunciado, y dos hombres hipocondríacos y gastrálgicos, confirmaron que el jarabe y el licor ó elixir estaban dotados de las mismas propiedades que el pan de agua de mar.

El doctor Lisle introduce, pues, en la materia médica tres preparaciones nuevas, igualmente á propósito para la administracion del agua de mar al interior, é igualmente eficaces, aunque de naturaleza muy distinta. Cada uno de estos productos puede emplearse solo, ó pueden reunirse dos de ellos, segun la gravedad del padecimiento que se trate de combatir y la intensidad de los efectos

que quieran producirse. En los casos ordinarios el pan conviene á todo el mundo, el jarabe á los niños y mujeres delicadas, y el elixir á los adultos. Al médico corresponde la eleccion.

Hay que hacer alguna advertencia respecto á la preparacion de cada una de ellas.

La elaboracion del pan ofrece algunas dificultades que importa que conozcan los fabricantes. La pasta se levanta ó fermenta con mas lentitud y necesita ser amasada mas largo tiempo, cuando solo se emplea la levadura ordinaria. Se remedia con facilidad este inconveniente añadiendo una pequeña cantidad de levadura de cerveza. Se ha notado tambien que se cuece mas pronto que el pan comun; en una hornada mixta, y habiendo metido el último el pan de agua de mar, es, sin embargo, el primero que se cuece. Un panadero hábil llegará siempre á hacer excelente pan despues de algunos tanteos los primeros dias.

Una libra de pan así preparado, contiene próximamente 4,867 del compuesto mineral que se encuentra en el agua de mar; lo que es una dosis mas que suficiente para cada dia. Será mejor empezar por la mitad durante los cinco ó seis primeros dias.

El *jarabe de agua de mar* se prepara segun la fórmula siguiente:

Agua de mar.	250 gramos.
Azúcar.	c. s.

para hacer 500 gramos de jarabe.

Una cucharada de las comunes, que pesa 15 gramos, contiene 7 ú 8 gramos de agua de mar ó unos 25 centigramos del compuesto mineral que la constituye.

La dosis inicial es de dos cucharadas de las de café al dia, para los niños de dos años y medio á tres, dos medias cucharadas de las comunes, de tres á doce años, y en fin dos cucharadas enteras en pasando de esta última edad. Esta cantidad puede elevarse hasta seis ó siete cucharadas diarias, aumentando una cada cuatro ó cinco dias; la dosis media será, pues, de cuatro á cinco cucharadas, ó sea de 1 gramo próximamente del compuesto salino. Esta dosis es bastante menor que la contenida en

el pan; sin embargo, es suficiente para producir los mismos efectos, y solo deberá pasarse de ella en casos excepcionales. Semejante diferencia en la intensidad de los efectos no puede atribuirse mas que á la temperatura de 250° á que está sometido el pan durante la coccion, y que hace probablemente sufrir al agua de mar una modificacion aun desconocida.

El *elixir de agua de mar* se compone de:

Agua de mar.	200 gramos.
Ron.	20 centilitros.
Azúcar.	c. s.

para hacer 500 gramos de elixir.

La proporcion de agua de mar es, pues, un poco menos elevada, y la dosis inicial puede ser de tres cucharadas diarias.

El jarabe y el elixir se administran puros ó mezclados con tres veces su volúmen de agua, al principio de la comida ó menos de un cuarto de hora despues.

Estas tres preparaciones son suficientes para hacer posible á todos los médicos el uso de la verdadera medicacion marina ó *thalásica* (1), en el domicilio mismo de los enfermos y en condiciones de práctica completamente satisfactorias.

Cree el autor que no bastan los esfuerzos de un hombre solo para fijar las indicaciones de este medio terapéutico y que por lo tanto tiene que limitarse á algunas indicaciones generales que puedan servir de guía á otros observadores que sin prevencion traten de continuar estos estudios.

El agua de mar no es un remedio específico como la quina ó el mercurio. No se dirige directamente, á la manera de estos remedios heróicos, á la causa misteriosa, y casi siempre desconocida en su esencia, de una enfermedad determinada. Es mas bien un simple agente higiénico, que solo es útil, casi constantemente, de una manera indirecta y por la accion general que ejerce sobre la sangre y las funciones de nutricion. Porque el agua de

(1) El autor la denomina así para distinguirla del tratamiento marino externo, único usado hasta ahora.

mar es ante todo el modificador mas poderoso que se conozca en la actualidad, del líquido nutritivo. Esta propiedad tan importante la permite ejercer una influencia favorable en las condiciones mas diversas y aparentemente mas opuestas de nuestra organizacion, tanto en estado de salud como en el de enfermedad. Esto es lo que hará del pan de agua de mar el alimento higiénico por excelencia y del *jarabe* y el *elixir thalásicos*, uno de los elementos esenciales del tratamiento en casi todas las enfermedades crónicas. En fin, esta propiedad cree el autor que le autoriza á decir, de un modo general, que el régimen y el tratamiento thalásicos están formalmente indicados en *todos los individuos enfermos ó que no tienen mas que una salud relativamente buena, que presenten signos inequívocos de un empobrecimiento de la sangre.*

El pan de agua de mar, el jarabe y el elixir thalásicos serán útiles:

1.º Como agentes higiénicos y preservadores de las enfermedades en los individuos sanos, pero de constitucion delicada.

2.º En la convalecencia de las enfermedades agudas.

3.º Contra todas las alteraciones apiréticas del estómago y de las funciones digestivas.

4.º Contra el estado neuropático y las neuroses que se acompañan de un empobrecimiento de la sangre; la anemia, clorosis, histerismo, hipocondría, locura asténica, etcétera.

5.º En el tratamiento preservativo y curativo de la mayor parte de las diátesis, y mas especialmente de la escrofulosa y tuberculosa.

6.º En la diabetes, en todas las fases de su desarrollo.

Es bien sabido que existen un gran número de enfermedades crónicas, muy diferentes entre sí, y en las que las investigaciones han permitido comprobar la existencia de un carácter comun que es el empobrecimiento de la sangre. Mucho tiempo antes de que se hubiese averiguado esto, la mayor parte de los médicos, guiados por la observacion clínica, aconsejaban, contra todas estas afecciones tan desemejantes, la misma medicacion termal, representada casi exclusivamente por las *aguas minerales salinas ó cloruradas sódicas*. Nadie ignora que el agua de

mar debe necesariamente colocarse en esta clase, cuyo principio predominante es el *cloruro de sodio*, pero su composición es mas rica y forma un todo mas armonioso que la de ninguna otra.

Las aguas cloruradas sódicas representan, en sentir de casi todos los autores, segun el *Diccionario de aguas minerales*, una medicación *reconstituyente*, y en virtud de ella, sin duda, poseen virtudes resolutivas bastante caracterizadas. Estimulan en alto grado la accion de la piel, desarrollan el apetito, aumentan las secreciones intestinal y urinaria, activan la circulacion abdominal y provocan manifestaciones hemorroidales y menstruales, estas últimas á veces exageradas.

De este conjunto de efectos tan complexos nacen las indicaciones mas diversas hasta tal punto, que hay pocas enfermedades crónicas en cuyo tratamiento no se hayan aconsejado, sobre todo en Alemania. La especializacion de estas aguas la representan las manifestaciones de la *escrófula* y las enfermedades que dependen de la *diátesis linfática*. No eran, pues, exageradas, concluye el autor, las virtudes que he observado y presentado en el agua de mar, mucho mas poderosa que todas las cloruradas.

Los que pudieran creer que la sal marina del comercio es capaz de suplir al agua, no deben olvidar que esta forma un todo homogéneo, y el valor de sus elementos depende principalmente de su asociacion íntima, de la manera como están combinados, de su estado de division y que pierden estas propiedades enérgicas cuando se encuentran aislados los unos de los otros.

Anestesia clorofórmica : indicaciones prácticas que pueden sacarse del estado de la pupila. (*Progress. méd.—L'Imparziale. —Arch. gén. de méd.*).

El doctor Budin encuentra en el estado de la pupila una gúfa excelente para dirigir la cloroformizacion de los enfermos, sobre todo cuando se les debe mantener durante largo tiempo en una anestesia completa, como sucede en la *ovariotomía*. El autor formula las siguientes conclusiones :

1.^a Existe en la anestesia quirúrgica producida por el cloroformo una relacion constante entre el estado de la pupila y el período de la anestesia.

2.^a Durante el período de excitacion la pupila está *dilatada*.

3.^a Pasado este período la pupila se *contrae*; su atresia muy marcada y de muchos minutos de duracion, acompaña en general á la anestesia completa.

4.^a La *dilatacion* de la pupila que sobreviene durante la operacion, indica en general que la anestesia es menos profunda y que está próximo el restablecimiento de la sensibilidad.

5.^a El estado de la pupila puede pues servir de guia en la administracion del cloroformo.

6.^a En las operaciones de larga duracion, si se quiere que el enfermo esté completamente insensible é inmóvil, será preciso dirigir la anestesia de manera que las pupilas permanezcan *constantemente contraidas*.

7.^a En fin, los esfuerzos de *vómitos* pueden producir la dilatacion de las pupilas, hacer desaparecer la insensibilidad y despertar al enfermo; anulan en parte los efectos de la anestesia.

El doctor P. Bert dice que desde hace algun tiempo, en los laboratorios de fisiología, se estudia en efecto la inmovilidad de la pupila como medio de reconocer la anestesia; por ella se pueden distinguir los perros curarizados de los anéstiados. En cuanto al estado de contraccion del iris, es difícil deducir datos exactos, porque no se conoce un término medio absoluto, toda vez que este estado varía con los sujetos. Pero M. Budin advierte, que hay no solo un estado de contraccion, sino al mismo tiempo y especialmente una inmovilidad completa de la pupila.

Los resultados de M. Budin han sido confirmados por los experimentos de Schiff y P. Foa, que les han dado á conocer en una memoria con el título de *la pupila como estesiómetro*. Estos autores han partido de un punto de vista mas general y, segun lo indica el título de su trabajo, han estudiado el valor de las modificaciones pupilares como estesiómetro; en otros términos, la variacion de las dilataciones de la pupila segun el grado de las excitaciones sensitivas. Los experimentos practicados en Leipzig por Miescher y Dittmar habian hecho admitir la variacion de la presion sanguínea como medio de reconocer el grado

de excitabilidad. Para Schiff este estesiómetro no es bastante exacto y establece las siguientes conclusiones:

1.^a La dilatación de la pupila se manifiesta ya después de una irritación momentánea que no altera la presión de la sangre.

2.^a La dilatación se verifica también después de una sensación débil de contacto que no obra aun sobre la presión sanguínea.

3.^a Según se ha demostrado, la dilatación de la pupila corresponde siempre á una verdadera sensación cerebral, mientras que el aumento de la presión acompaña también á las irritaciones cuyo efecto, sin ser percibido, se pierde en la médula oblongada ó espinal.

De los experimentos de Schiff y Foa resulta que para obligar á la pupila á dilatarse, por una excitación de la sensibilidad, es preciso que las sensaciones puedan ser transmitidas al centro. La sección de la médula oblongada destruye la acción de las excitaciones sobre la pupila.

La dilatación del iris, en los casos observados, es debida al filete pupilar del simpático cervical; falta desde el momento en que se corta este filete, aun cuando la pupila haya recobrado su sensibilidad á la luz y se dilate bajo la influencia del cloroformo.

En la intoxicación por el nitrito de amilo, existe, al contrario de lo que ha observado M. Budin en el cloroformo, un período durante el cual no se dilata la pupila bajo la influencia de las excitaciones dolorosas, aunque estas sean percibidas y arranquen gritos á los animales.

Hasta aquí los dos autores están de acuerdo en el sentido de que la sensación de dolor y aun á veces de simple contacto, producen una dilatación de la pupila. Pero para el doctor Schiff, el cloroformo no determina siempre una constricción tan perfecta y determinada, como lo admite Budin, y el profesor de Florencia considera peligroso llevar la anestesia hasta este período, porque la contracción definitiva de la pupila no ha podido producirse en los animales en quien él ha experimentado hasta un período muy próximo á la muerte. Admite no obstante que quizá el cloroformo que se ha usado en Paris, sea diferente del que ha empleado él mismo. La clínica, sin embargo, presta un grande apoyo á sus ideas, porque se administra fre-

cuentemente el cloroformo cuando se quiere obtener la insensibilidad con dilatacion pupilar, como sucede en las operaciones que se practican en los ojos. A pesar de todo declara el autor, que sea el que quiera el grado de anestesia, aun cuando se la lleve hasta el punto de no dejar pasar hácia los centros mas que la sensacion táctil, la pupila seria un reactivo de tal manera exacto, que traduciria esta sensacion por una dilatacion. Nos contentamos con resumir estas proposiciones generales que exigen nuevas investigaciones y estudios ulteriores.

Anestesia por inyecciones intravenosas de cloral. (*Gaz. méd.—Bull. de thér.—Journ. de thér.*.)

Conocido es de nuestros lectores el nuevo método de anestesia propuesto y practicado por M. Oré, método que consiste en reemplazar las inhalaciones de cloroformo ó de éter por la inyeccion en las venas de una solucion de cloral. Sabida es tambien la reserva, ó por mejor decir, la desconfianza con que ha sido acogido este procedimiento en la Academia de Medicina y la Sociedad de Cirugía de Paris. Menos exclusivos ó menos desdeñosos dos profesores de Gante, los doctores Deneffe y van Wetter, han experimentado á su vez y han dado á conocer los resultados obtenidos á la Academia de Ciencias de Paris y á la de Medicina de Bélgica. Ya anteriormente habian comunicado dos hechos felices de anestesia por inyeccion intravenosa de cloral. El 3 de octubre presentaron otros cuatro; tres extirpaciones de cáncer del pecho y una operacion de fístula perirectal, fueron practicadas despues de haber obtenido la anestesia por el nuevo procedimiento: en el primer caso se inyectaron 4 gramos de cloral en cinco minutos; en el segundo, 5 gramos 75 centígramos en el mismo espacio de tiempo; en el tercero y cuarto, 6 gramos en ocho minutos. En todos estos cuatro enfermos se obtuvo una anestesia completa, no observándose ninguna alteracion de la respiracion ni de la circulacion; no hubo flebitis ni hematuria; el sueño duró muchas horas despues de la operacion, pero los sujetos despertaron fácilmente.

El 31 de octubre, los doctores Deneffe y van Wetter dieron á conocer un nuevo caso, y el 14 de noviembre

otros seis; añadiendo estos hechos á los de Oré, hacen un total de 18 observaciones presentadas por los autores á la Academia de Medicina de Bélgica. Para estos prácticos la prueba está hecha, porque no han tenido el menor accidente, á no ser en el último enfermo una ligerísima y fugaz hematuria. Siempre han conseguido una anestesia absoluta de suficiente duracion, sin alteraciones en la respiracion y la circulacion.

La cantidad de cloral inyectada ha variado de 4 á 7 gramos, y el tiempo invertido en las inyecciones sucesivas de cinco á diez minutos. Para los profesores de Gante, este método anestésico nuevo tiene sobre el antiguo muchas ventajas:

1.º Es seguro y tan rápido como pueda desearlo el cirujano.

2.º Permite dosificar matemáticamente el anestésico.

3.º Se puede medir tambien la duracion de la anestesia.

4.º No produce vómitos ni período de excitacion.

De acuerdo los autores con M. Oré, admiten como la mas conveniente la solucion de cloral en la proporcion de una parte de esta sustancia por cuatro ó cinco de vehículo.

Despues de exponer la observacion de una nueva operacion hecha por él en Burdeos el 6 de octubre último, y que consistió en la extirpacion de un testículo tuberculoso, formula el doctor Oré las consecuencias que se desprenden de su método, el cual se apoya en la actualidad en 14 hechos recogidos por el autor mismo, y en todos los cuales se obtuvo un éxito completo. Las reglas que establece son las siguientes:

I. *Manual operatorio.*—Una condicion esencial para obtener el resultado consiste en la puncion sin denudacion, pero sobre todo, sin diseccion ni aislamiento de la vena. Si el sujeto es muy grueso, y las venas poco aparentes, se puede hacer una incision delante del vaso que se debe puncionar, hasta que se descubra su pared. Entonces se le pica directamente sin separarle de las partes inmediatas. Los trócares y la jeringa ya han sido descritos en un trabajo anterior.

II. *Dosificacion de la solucion.*—El doctor Oré siempre

ha empleado soluciones á $\frac{1}{4}$ (10 gramos de cloral para 30 de agua). El doctor Poincot se ha servido de una inyeccion á $\frac{1}{6}$ (10 gramos en 50 de agua). Sea la que quiera la solucion, añade M. Oré, todas las observaciones demuestran que nunca han sido necesarios menos de 5 gramos de cloral para producir la anestesia, y que desde esta cantidad hasta 7 y 8 gramos se tiene una dosis suficiente para producir la insensibilidad en las operaciones mas importantes. El autor añade que no hay que apresurarse á operar luego que ha desaparecido la sensibilidad de la córnea; esperando entonces tres ó cuatro minutos, se prolonga mucho la anestesia.

III. *Tiempo necesario para producir la anestesia.*—Admitido que la dosis de cloral necesaria para anestesiar á un sujeto, varía entre 5 y 8 gramos, se debe inyectar 1 gramo por minuto. La duracion de la inyeccion variará, pues, entre 5 y 8 minutos; así lo demuestran todas las observaciones. Si se deja permanecer largo tiempo la cánula en el vaso, determina la produccion de coágulos. Los experimentos que ha hecho el autor en los animales no permiten duda alguna acerca de este punto.

IV. *Ventajas de las inyecciones intravenosas de cloral.*—
1.º No alteran la respiracion; 2.º determinan una insensibilidad, cuya duracion varía con las dosis; 3.º no producen nunca período de excitacion; 4.º no se acompañan jamás de vómitos; 5.º van siempre seguidas de un sueño profundo, tranquilo, regular, que, durando diez, doce, diez y ocho, veinte y cuatro horas, anula completamente las consecuencias de las operaciones; 6.º no dan lugar en ningun caso á flebitis, coágulos, ni hematuria cuando se las practica convenientemente.

En todos los casos en que se han encontrado coágulos adheridos á la pared venosa, con rubicundez ó engrosamiento de ella (observaciones de Cruveilhier, Tillaux, Lannelongue), se debe buscar la causa, no en el cloral, sino en la manera como se ha empleado ó en una alteracion prévia de la sangre.

En cuanto á la hematuria, concluye M. Oré, complicacion de que ha hablado M. Vulpian en la Academia de Medicina, no se ha observado jamás en el hombre por ningun cirujano, ni por ningun experimentador.

Sin duda alguna, á medida que se continúe la experiencia clínica, algun revés ó algun accidente imprevisto sugerirán modificaciones y perfeccionamientos en el manual operatorio. Pero preciso es reconocer que los hechos recogidos por el distinguido práctico de Burdeos y los profesores belgas, justificarán la conducta de todo cirujano que sabiendo unir la prudencia á cierto grado de atrevimiento, siga sus huellas. Mientras el nuevo método no se generalice y reciba la sancion completa de la experiencia, no parece prudente emplearle en las pequeñas operaciones; pero quizá tenga aplicacion en las grandes, como la ovariotomía, que duran por lo comun mas de una hora. La falta de excitacion, de vómitos, la duracion de la anestesia y lo tranquilo del sueño consecutivo constituyen en favor de este método sérias ventajas sobre la anestesia clorofórmica.

Al lado de estos hechos felices debemos consignar uno terminado por la muerte en manos de un discípulo de M. Oré, el doctor Lande, de Bordeaux.

Se trataba de una ovariotomía en una mujer de treinta y cinco años. Las proporciones de la solucion eran una parte de cloral por cuatro de agua. Se empezó la inyeccion á las doce y veinte minutos, y á las doce y treinta y tres se habian inyectado en la mediana basilica izquierda 5 gramos 10 centigramos de cloral; el pulso estaba á 100, la respiracion á 25; calma perfecta, sueño profundo, insensibilidad absoluta de la córnea. La operacion se principiò á las doce y treinta y seis minutos; y como fué preciso romper con la mano los numerosos tabiques del quiste, esta parte de la operacion duró hasta la una y diez minutos. En este momento, la enferma que no se habia movido, estaba un poco pálida, y la rotura de los tabiques la habia hecho perder *notable cantidad de sangre*. Cinco minutos despues, por consecuencia de la hemorragia que continuaba, la respiracion se hizo mas lenta y el pulso se debilitó un poco. En vano se trató de reanimar los movimientos del corazon por medio de las corrientes eléctricas; se fueron haciendo cada vez mas débiles y lentos; la respiracion siguió la misma norma que el pulso, y la enferma murió á la una y cuarenta y ocho minutos. Examinadas con cuidado las venas del

brazo izquierdo, no se encontraron en ellas coágulos.

Para todos los que han asistido á la operacion, añade **M. Lande**, la muerte fué debida evidentemente á la pérdida de sangre, que tuvo lugar durante la operacion, pérdida considerable para una enferma anémica y estenuada por el desarrollo rápido de un quiste de los mas voluminosos.

No creemos que participen de esta evidencia los que no habiendo presenciado la operacion tienen que juzgar solo por los detalles que el autor suministra. No se dice ni aun aproximadamente la cantidad de sangre que perdió la enferma, y no son tampoco mas explícitos los datos que á la autopsia se refieren, puesto que no se hace mencion mas que del estado de las venas del brazo izquierdo.

Como quiera que sea, es un hecho desgraciado que los partidarios del método no quieren atribuir á las inyecciones; pero del que sus adversarios procuran sacar partido contra ella con apariencia de razon. No olvidemos, sin embargo, que la anestesia etérea y clorofórmica tuvieron que luchar en sus principios contra objeciones tan graves y mas que estas, que se las opusieron casos de muerte y hasta textos bíblicos; sin embargo de lo cual hoy están universalmente aceptadas. Este caso es, no obstante, un motivo más para estudiar con gran cuidado el modo de produccion de la anestesia por inyeccion intravenosa de cloral y para perfeccionar el manual operatorio.

El doctor **Océ** ha comunicado posteriormente otra nueva observacion á la Academia de Ciencias de Paris que ofrece un interés particular por un pequeño accidente que se presentó, y que, segun el autor, puede y debe evitarse con facilidad. Era el enfermo un hombre de cuarenta años que tenia una herida fistulosa en la pierna, con cáries de la tibia y secuestro de gran volúmen. Una primera inyeccion de 9 gramos de cloral hecha en doce minutos, tuvo un éxito completo. Durante el sueño, que se prolongó veinte y cuatro horas, se practicó la excavacion de la tibia; habiendo sido necesario mes y medio despues repetir la operacion, se hizo una nueva inyeccion intravenosa de cloral. Pero apenas habia empezado á penetrar el líquido cuando se quejó el enfermo

de un *dolor muy agudo*. No por esto dejó de obtenerse la anestesia, ejecutándose la operacion sin el menor dolor. El sueño que siguió fué agitado, interrumpido, y la vena puncionada, aunque no ofrecia ningun síntoma de flebitis, presentaba una ligera *induracion* en el punto correspondiente á la picadura.

Estos fenómenos anormales que M. Oré no habia observado nunca, deben atribuirse, segun él, á la acidez muy considerable del cloral que empleaba por primera vez y que en efecto enrojació fuertemente la tintura de tornasol. El autor ha tratado de buscar el medio de neutralizar esta acidez que, llegada á cierto grado, podria determinar la coagulacion, y la experiencia le autoriza á formular el precepto siguiente:

Siempre que se quiera hacer una inyeccion intravenosa de cloral para producir la anestesia, se deberá neutralizar préviamente la acidez de la solucion clorática. Para esto, se disuelve un gramo de carbonato de sosa en 10 gramos de agua destilada y se añaden *dos ó tres gotas* de esta solucion al líquido que se va á inyectar, y en el que entre el cloral en la proporcion de 1 gramo por 4 de agua destilada. Esta adicion desacidificante es una garantía más contra la posibilidad de la formacion de coágulos sanguíneos; no solo no impide los efectos fisiológicos del cloral, sino que en dos casos en que se ha empleado, pareció ejercer una benéfica influencia en la regularidad y la calma de la respiracion y de la circulacion.

Por consecuencia del cóntacto de la sustancia alcalina con el hidrato de cloral, se manifiesta un doble fenómeno: 1.º desprendimiento de ácido carbónico; 2.º produccion de sal marina, sal que existe normalmente en la sangre.

Este cloral, así alcalinizado, ejerce sobre los fenómenos de la coagulacion una influencia particular; en general puede decirse, no solo que el hidrato de cloral retarda la coagulacion de la sangre, sino que alcalinizado con la solucion carbonatada, la *impide*, encontrándose así anulado el peligro que se habia creido ver en estas inyecciones. Los experimentos hechos en animales y las observaciones en el hombre han demostrado, segun ya hemos dicho, que no pierde nada de sus propiedades anestésicas.

A pesar de las ventajas que el doctor Oré atribuye á su método, creemos que este tardará mucho en generalizarse. Nos cuesta trabajo admitir que la introduccion directa en el torrente circulatorio de una sustancia extraña y de la índole del cloral, sea tan inofensiva como se pretende.

Apomorfina: efectos terapéuticos y accidentes que puede provocar. (*Gaz. des Hop.— Journ. de méd.— Journ. de théér.*).

Desde hace algun tiempo los experimentadores y los clínicos se ocupan mucho del estudio de las propiedades fisiológicas y terapéuticas de la apomorfina. Como todo el mundo sabe, la propiedad principal de esta sustancia, ó mas bien de su clorhidrato, es una accion vomitiva. En Alemania, en Inglaterra, y recientemente en Francia, se han hecho gran número de experimentos, de los cuales resulta que la apomorfina excita el vómito, cualquiera que sea la via por que penetre en el organismo, pero que sus efectos son mas pronto y seguros cuando se la introduce directamente en la sangre por inyeccion intravenosa ó subcutánea. Por el estómago las dosis tienen que ser mucho mas elevadas y los resultados no son tan ciertos. De los hechos conocidos hasta ahora, parecia resultar que la apomorfina puede emplearse como una sustancia hasta cierto punto inofensiva; pero recientemente se han publicado algunos casos de accidentes un tanto sérios, producidos por este medicamento, que merecen conocerse.

Ensayando el doctor A. Perriquet, de Beuzeville, el clorhidrato de apomorfina, le habia empleado en ocho personas é inyectado cada vez 1 centígramo de sal, disuelto en dos terceras partes del agua que cabe en una jeringuilla de Pravaz. Siempre se presentaron los vómitos en el espacio de diez, quince, veinte minutos sin síntoma ninguno alarmante. En un noveno enfermo que padecia una angina supurada con enorme tumefaccion de las amígdalas, hizo el autor la inyeccion en la misma forma que en todos los otros en la region deltoidea. A los diez minutos se quejó el enfermo de sueño, pero no tenia náuseas. Luego se echó bruscamente hácia atrás, contrajo sus brazos y produjo algunos sonidos ronc

con la garganta. Las mandíbulas estaban de tal manera apretadas por las contracciones bruscas de los músculos, que se torció el depresor de la lengua, introducido entre los dientes. Los antebrazos se doblaron completamente sobre los brazos, siendo imposible extenderlos. El pulso era muy pequeño; apenas se percibían los ruidos del corazón, y la piel estaba manifiestamente fría. Este hombre, en opistótonos completo, no descansaba en la cama mas que por el occipucio y los talones. Este estado duró cuatro á cinco minutos, pasados los cuales el paciente cayó de pronto sobre su cama, diciendo que se le había hecho sufrir mucho. A los pocos segundos había desaparecido toda rigidez, y el enfermo durmió profunda y tranquilamente durante dos horas. Debe advertirse que este sujeto no era epiléptico, y que, analizado el clorhidrato de apomorfina, se le encontró de excelente calidad.

El doctor Moeller, en una notable Memoria presentada á la Academia de Medicina de Bélgica, refiere la historia de un hombre de sesenta y tres años que padecía un catarro crónico del estómago, y despues de la inyeccion de 5 miligramos de apomorfina, fué acometido de palidez de la cara, agitacion, alteraciones de la vista, pequeñez del pulso, sudores profusos, tendencia al sueño. Vomitó un poco á los veinte minutos, y luego persistió la somnolencia, siendo preciso administrarle café puro. Trascorrida hora y media, pudo ir á pié á su casa.

El doctor Loel ha publicado un hecho análogo. Un hombre jóven, á quien se inyectó una solucion de apomorfina un poco antigua, cayó en un estado de asfixia y de coma muy alarmantes. Queriendo sacar la lengua de la boca, el doctor Loel provocó un vómito abundante, á consecuencia del cual desapareció casi instantáneamente este estado tan grave.

El doctor Prevost, de Génova, ha dado á conocer tambien la observacion de un caso en que la administracion subcutánea de 3 á 4 miligramos de apomorfina en una mujer afectada de angina con saburra gástrica, produjo un estado de colapso con tendencia al síncope, que duró de quince á veinte minutos. El pulso apenas podía percibirse y las pupilas estaban dilatadas, lo que produjo grande alarma.

En este caso los vómitos habituales se habían presentado á los cinco minutos, repitiéndose muchas veces. La enferma fué acometida de un sueño profundo que duró media hora próximamente despues de los fenómenos de colapso.

Hemos creído útil llamar la atención acerca de estos hechos, ahora que la apomorfina empieza á entrar en la práctica. Los médicos que han preconizado su uso aseguran que no produce accidentes; pero los casos que acabamos de referir, unidos á la observacion hecha por todo el mundo de la depresion considerable de pulso que este medicamento determina, deben hacernos muy prudentes en su administracion, sin que por esto hayamos de desterrarle de la terapéutica, á la que puede prestar grandes servicios.

Bromhidrato de quinina: efectos terapéuticos. (*Journ. de théér.*).

El bromhidrato de quinina, conocido de los químicos desde hace algunos años solamente, no ha sido aun objeto de ninguna aplicacion práctica en medicina. Pero gracias á la liberalidad del farmacéutico M. Boille, autor de un excelente procedimiento de preparacion de esta nueva sal, ha podido el profesor Gubler practicar gran número de ensayos terapéuticos, algunos de los cuales han dado resultados interesantes y dignos de ser conocidos. Prescindirémos, en obsequio de la brevedad, de los procedimientos de preparacion y propiedades químicas de esta sal, diciendo únicamente, porque esto interesa mas de cerca á la terapéutica, que segun los análisis de M. Boille, confirmados por Baudrimolt, el bromhidrato neutro de quinina no contiene menos de 75 á 76 por 100 de alcalóide, con más 18 partes de bromo y 5 de agua, mientras que el bromhidrato ácido solo representa 60 de quinina con 25 próximamente de bromo. La proporcion del alcalóide en la primera de estas sales es, pues, mucho mas considerable que en su análogo el sulfato de quinina oficial.

Los bromhidratos de quinina, preparados por M. Boille y con los que ha hecho sus experimentos el profesor Gubler, estaban perfectamente cristalizados en largos cris-

tales nacarados, blancos ó con matices amarillentos, de facetas rectangulares, inodoros, de sabor fresco, salado y amargo sin acritud.

La solubilidad de las combinaciones de la quinina con el ácido bromhídrico es mucho mayor que la de los sulfatos correspondientes. Segun los estudios de Boille, una parte de bromhidrato de quinina, neutro ó básico, es soluble en 5 de agua hirviendo y en 60 de agua fria, mientras que el sulfato de quinina exige para disolverse 30 partes de la primera y 788 de la segunda. En el alcohol y la glicerina las proporciones son aun mas favorables á la nueva sal, y cosa digna de notarse, basta, segun M. Boille, añadir 40 partes de agua fria á la solucion saturada de bromhidrato de quinina, obtenida por el agua hirviendo (1 por 5) para impedir que se precipite por enfriamiento, lo que equivale á decir, que por medio de un ligero artificio, se podria hacer estable la solucion de una parte de bromhidrato de quinina en 15 solamente de agua fria, en lugar de 60 que se necesitan cuando se procede de otro modo.

Así, pues, el bromhidrato de quinina es mas rico en alcalóide y mas soluble en los diferentes ménstruos que el sulfato de la misma base. Estas dos cualidades le dan, á juicio del profesor Gubler, una verdadera superioridad; pero sobre todo le designan de preferencia en igualdad de circunstancias para el uso en inyecciones hipodérmicas.

Este autor espera tambien que el nuevo compuesto ofrecerá la reunion preciosa de las propiedades, en parte sinérgicas, de la quinina y de las preparaciones bromuradas. Los estudios clínicos emprendidos por el ilustre profesor de terapéutica, han tenido por punto de partida estas ideas inductivas, que ya habian guiado en cierta manera á los químicos para buscar la combinacion del bromo con el principio activo de las quinas.

Los primeros ensayos del profesor Gubler datan del mes de octubre de 1874. Desde esta época ha tenido muchas veces ocasion de prescribir el bromhidrato de quinina, ya en su clientela particular, ya en los enfermos del hospital Beaujon.

Las cantidades administradas diariamente por la boca han sido por lo comun de 40 centígramos en dos dosis;

en algunos casos ha subido hasta 60 y 80 centigramos; pero nunca tuvo necesidad de llegar á un gramo para obtener los efectos fisiológicos y terapéuticos.

Generalmente estas dosis de bromhidrato de quinina son muy bien toleradas por el estómago, y solo producen en el primer momento una ligera y fugaz sensacion de calor.

La accion difusa, consecutiva á la absorcion, se traduce por una doble série de síntomas, los mas aparentes de los cuales pertenecen á la historia del *quinismo*; tales son: la cefalalgia, el zumbido de oidos y la sordera.

Estos fenómenos se han presentado en un grado muy débil bajo la influencia de dos dosis diarias de 20 centigramos cada una. Eran mas pronunciados en un enfermo que tomaba 75 centigramos de bromhidrato en las veinte y cuatro horas.

No obstante, cierta languidez muscular acompañada de una tendencia muy pronunciada al sueño, sin ruido de oidos, recordaba á veces el síndrome del *bromismo* y parecia indicar por parte del sujeto una impresionabilidad mayor que de costumbre para la accion especial del ácido bromhídrico ó del metalóide. Pero estos síntomas bromícos fueron siempre relativamente poco acentuados.

En algunas circunstancias, el autor ha introducido por la vía subcutánea la solucion de bromhidrato (neutro ó básico) de quinina á $\frac{1}{10}$ en agua ligeramente adicionada de alcohol. Como un gramo de este soluto contiene un decígramo de sustancia activa, se ve que basta inyectar debajo de la piel dos veces el contenido de la jeringa de Pravaz generalmente usada, para introducir en el organismo el equivalente de 0,30 centigramos de sulfato de quinina, es decir, una dosis de alcalóide considerable, y mas que suficiente en muchos casos, para producir los efectos fisiológicos y curativos.

El doctor Gubler advierte, que no obstante la presencia de una pequeña proporcion de alcohol, esta solucion de bromhidrato de quinina ha sido completamente inofensiva para los tejidos, no produciendo, ni tubérculos indurados y dolorosos, ni menos ninguna de esas lesiones inflamatorias mas avanzadas (abscesos forunculosos, escaras) que suceden con mucha frecuencia á las inyecciones hipodérmicas del sulfato ácido de quinina.

La primera observacion que el autor refiere es un caso de histerismo con vómitos incoercibles, que databan de cuatro meses y habian resistido á un gran número de medios enérgicos, desapareciendo primero momentánea y luego definitivamente bajo la influencia del nuevo medicamento. La prueba de su accion en este caso es que al principio, cuando se suspendia el bromhidrato, volvian á presentarse los vómitos que habia seguridad de contener, administrando de nuevo el medicamento.

Esta sal le ha dado á M. Gubler buenos resultados en el tratamiento de diferentes estados morbosos intermitentes, remitentes ó contínuos, de un carácter irritativo ó inflamatorio. La ha empleado con completo éxito contra las *neuralgias congestivas* periódicas, cotidianas, vespertinas, que se producen ó exasperan por el calor y que obedecen ordinariamente al sulfato de quinina.

La ha encontrado útil en las formas pseudo-intermitentes de los accidentes febriles á *frigore*, y para hacer descender las curvas de los paroxismos en el curso de las fiebres sintomáticas de lesiones viscerales, tales como la tuberculosis pulmonar.

Pero donde especialmente ha obtenido mejores resultados, es en un gran número de casos en que se trataba de calmar cefáleas y congestiones encefálicas, de moderar las fluxiones viscerales ó articulares diatésicas de origen reumático ó gotoso, por ejemplo, ó bien ligadas á desórdenes anatómicos y funcionales del sistema nervioso.

Así, en una señora ya próxima á la vejez, se han visto desaparecer con el uso de 40 centigramos diarios de bromhidrato de quinina verdaderos accesos de congestión encefálica, acompañados de vacilacion y vértigo.

En otra enferma, la misma dosis, continuada durante cuatro ó cinco dias, consiguió disipar una hiperemia cerebral, tanto mas amenazadora, cuanto que la sustancia del encéfalo habia sido ya atacada en su estructura, notándose una ligera hemiplegia *izquierda* con un grado bastante pronunciado de *afasia*.

El doctor Gubler renuncia á multiplicar los ejemplos para probar la eficacia de la nueva sal de quinina en la mayor parte de las circunstancias en que el sulfato ha dado buenos resultados y aborda desde luego el punto

mas interesante de la historia del bromhidrato de quinina; á saber: su perfecta adaptacion al tratamiento de las fiebres intermitentes por el método de las inyecciones hipodérmicas.

En efecto, como ya hemos dicho, esta sal, inyectada debajo de la piel á dosis suficientes para producir los efectos antiperiódicos, se ha manifestado absolutamente inofensiva en todos los casos, sin excepcion, en que el autor ha elegido esta vía para introducirla. Nunca ha observado el menor accidente local, ni aun cuando se ha inyectado en el mismo sitio y sin sacar la aguja el contenido de dos jeringuillas. Sin embargo, aconseja que no se introduzca más de un gramo á la vez de una solucion cualquiera en el tejido subcutáneo, y que se impulse la inyeccion lentamente á fin de evitar un exceso de distension de las aréolas celulares en las regiones en que tienen poca laxitud ó en los sujetos cuyo tejido conjuntivo, menos flexible y menos elástico que de ordinario, se presta mal á la difusion de los líquidos intersticiales. En el caso en que se hagan dos inyecciones deben estar bastante separadas para que no lleguen á confundirse los dos tumores líquidos, produciendo una distension forzada de las aréolas del tejido celular.

A falta de fiebres intermitentes francas, el autor ha tratado por el bromhidrato de quinina los paroxismos y aun los accesos febriles bien caracterizados en el curso de afecciones piréticas, ya benignas, ya de naturaleza infectiva. Aun cuando las condiciones eran desventajosas para poner en evidencia el poder modificador del nuevo agente, este no dejó de tener eficacia, y los resultados obtenidos permiten esperar otros mas completos cuando las circunstancias sean mas favorables.

La composicion de este medicamento, formado de dos sustancias de reconocida eficacia medicinal, y la respetabilidad del eminente profesor de terapéutica de Paris, nos hace esperar que no sea el bromhidrato de quinina uno de tantos agentes que, preconizados con entusiasmo, quizá exagerado en los primeros tiempos, vienen á caer luego en el mas profundo olvido.

Bromoformo : propiedades anestésicas. (Gaz. méd.).

En una série de estudios y experimentos hechos por el doctor Rabuteau acerca del bromoformo, ha podido comprobar que este cuerpo presenta todas las ventajas del cloroformo, sin tener como él el inconveniente de ser un irritante local bastante fuerte para determinar en la piel un dolor vivo y aun para producir una escara si se le mantiene aplicado durante cierto tiempo. En un enfermo que sufría mucho de dolores de oídos aplicó primero el cloroformo, que produjo una sensación de quemadura bastante intensa; le reemplazó entonces por el bromoformo, el cual calmó los dolores sin ocasionar ninguna irritación. Si se tienen en las dos manos dos pedazos de algodón, uno empapado en cloroformo y otro en bromoformo, se advierte muy fácilmente la diferencia de acción de los dos agentes; el primero determina muy pronto un dolor que no deja de ser vivo; el segundo no produce nada. Es bien sabido, añade el autor, que el cloroformo introducido en el estómago, puede dar lugar á fenómenos muy graves, mientras que se pueden ingerir más de 20 gramos de bromoformo en el estómago de un animal sin determinar ningún accidente.

El doctor Rabuteau ha hecho respirar el bromoformo á gran número de animales, perros, conejos, ratones, y conejos de Indias, y dice que podría resumir el resultado de sus observaciones, diciendo que los efectos han sido completamente semejantes á los del cloroformo. Los animales á quienes inhaló los vapores del bromoformo perfectamente puro, quedaban muy pronto sumergidos en la insensibilidad y la resolución muscular. Así, después de haber puesto debajo de una campana tubulada un ratón ó un conejo de Indias y una esponja empapada en bromoformo, ha visto á estos animales dormirse profundamente, á menudo en menos de un minuto y volver por completo á la vida en el espacio de dos ó tres luego que se les había sustraído á la influencia del agente anestésico. El autor ha prolongado durante quince y treinta minutos la anestesia, continuando las inhalaciones de bromoformo; á pesar de tan largo tiempo los animales volvieron perfectamente en sí. Los mismos resultados se han obtenido

con los perros y los conejos. Se podia pinchar y pellizcar á estos animales sin que diesen la menor señal de sensibilidad. Las pupilas estaban sumamente dilatadas.

En estos experimentos se han observado los mismos tres períodos de la anestesia clorofórmica, de excitacion, de insensibilidad, de resolucion muscular. En fin, cuando se han forzado las dosis para producir la muerte, se ha visto que los pulmones estaban congestionados de la misma manera que en la intoxicacion por el cloroformo.

El doctor Rabuteau ha respirado él mismo con precaucion los vapores de este cuerpo y notó los mismos síntomas que advierte en las inhalaciones clorofórmicas. Fundándose en los resultados de sus experimentos hechos con el bromoformo perfectamente puro, cree el autor que este agente debe ser igual ó aun superior al cloroformo. Esta opinion se encuentra por otra parte apoyada en el hecho de que aquel compuesto contiene cerca de 95 por 100 de bromo. Hasta ahora no se ha empleado en el hombre para producir la anestesia quirúrgica, pero Rabuteau se propone ensayarle muy en breve.

Bromuro de alcanfor (mono) : accion fisiológica y terapéutica.
(*Union méd.—Jour. de théér.*)

El monobromuro de alcanfor ó alcanfor monobromado $C^{10}H^{15}BrO$, verdadero producto de sustitucion en el que un átomo de bromo ha sustituido á otro de hidrógeno del alcanfor, se prepara en los laboratorios de dos maneras, ó bien se destila el bromuro de alcanfor recogiendo lo que pasa á más de 264° , purificando y haciéndole cristalizar, por cuyo medio se obtiene el alcanfor monobromado descubierta y descrito por Swartz; ó bien se calienta en tubos cerrados y á 100° una mezcla de una molécula de alcanfor y dos de bromo, obteniéndose despues de purificado y cristalizado, cristales bastante pequeños. M. Clin ha presentado á la Academia de Ciencias magníficos ejemplares de este producto empleando para su preparacion la accion directa á 100° del bromo sobre el alcanfor sin presion y sin destilacion.

El doctor Bourneville ha dado cuenta á la misma Academia del resultado de sus estudios acerca de esta sus-

tancia. Siendo aun poco conocido el monobromuro de alcanfor cuando este práctico empezó sus experimentos, se ha ocupado en primer término de determinar su accion fisiológica, sirviéndose al efecto de ranas, conejos y gatos á los cuales se les ha administrado en inyecciones hipodérmicas. El mismo autor resume los resultados que ha obtenido en las siguientes proposiciones :

1.^a El alcanfor monobromado disminuye el número de los latidos del corazon y determina una contraccion de los vasos auriculares.

2.^a Disminuye el número de las inspiraciones sin alterar el ritmo.

3.^a Rebaja la temperatura de una manera regular; en los casos mortales este descenso va aumentando hasta el fin. Así es, que en los gatos se ve bajar la temperatura de 37 á 22°. En los animales que curan, al descenso del calor sucede una elevacion que llega á la cifra inicial (ó normal), pero en un tiempo mucho mas largo que el que tardó en verificarse el descenso.

4.^a El alcanfor monobromado posee propiedades sedantes que parecen incontestables.

5.^a No produce ninguna alteracion en las funciones digestivas; pero su uso *prolongado* determina, al menos en los gatos y los conejos de Indias, una demacracion bastante rápida.

Habiendo hecho uso el doctor Bourneville en sus experimentos de una solucion de alcanfor monobromado en el alcohol ($\frac{2}{3}$) y la glicerina ($\frac{1}{3}$), ha querido determinar qué parte correspondia al primero de estos líquidos en los efectos observados, habiendo podido comprobar que el alcohol no contribuye á la produccion del descenso de la temperatura ó que en todo caso lo hace en una proporcion mínima y que no ejerce influencia sensible sobre el pulso y la respiracion, lo cual demuestra á su juicio que los efectos sedantes pertenecen al alcanfor monobromado.

Estas investigaciones han conducido al autor á estudiar los *efectos terapéuticos* del alcanfor monobromado en algunos enfermos del servicio de M. Charcot en la Salirería. Se trataba de sujetos que padecian afecciones nerviosas muy diversas (corea, parálisis agitante, histerismo, etc.), y que databan ya de una fecha muy antigua; á pesar de

estas malas condiciones los resultados fueron satisfactorios. Entre las enfermedades en que se ha experimentado este medicamento, menciona Bourneville con especialidad las afecciones cardíacas de origen nervioso, el asma, las cistitis del cuello sin catarro, en fin, los casos de epilepsia en que existían simultáneamente accesos y vértigos.

El doctor Constantino Paul, ha ensayado el monobromuro de alcanfor en un caso de histerismo convulsivo, pero no se modificó ni el número ni la intensidad de los ataques, á pesar de que la enferma estuvo tomando las grajeas de Clin durante un mes. Por el contrario el envoltorio en una sábana mojada dió resultados muy satisfactorios.

El doctor Dujardin-Beaumetz ha prescrito el monobromuro en treinta casos de histerismo, de epilepsia ó de alteraciones de los órganos génito-urinaris. El medicamento fué ineficaz en la epilepsia; en las histéricas solo produjo modificaciones sin importancia; pero en la *espermatorrea*, se manifestó muy eficaz administrado en cantidad de diez grajeas de Clin en las veinte y cuatro horas. Cada una contiene 0,10 centigramos de la sustancia activa. En esta afeccion el bromuro de alcanfor parece obrar mas bien por su alcanfor que por su bromo.

M. Gubler ha empleado sin éxito el medicamento que nos ocupa en cuatro casos de histerismo convulsivo ó de vómitos incoercibles de naturaleza histérica. Las dosis crecientes de 2, 4, 6 y 10 grajeas, ó sea 1 gramo de monobromuro, no han producido ningun alivio; los ataques y los vómitos persistieron como antes. Algunos enfermos se quejaron de sensacion de calor en el epigastrio y tuvieron un poco de fiebre con excitacion general.

Este autor ha buscado en vano el bromo en la orina de los sujetos sometidos al uso del monobromuro de alcanfor, empleando para esta investigacion el ácido nítrico nítroso.

Este resultado negativo no ha sorprendido á M. Gubler. Es que, en efecto, el alcanfor es para el bromo un *cuerpo vector* que puede arrastrarle hácia sus propios emunctorios é impedir así que se elimine por las vías que atraviesa de ordinario. El doctor Gubler ha presentado un ejemplo evidente de esta accion directriz de ciertos medicamentos

recordando lo que sucede con el yodo. Es sabido que el hierro no se encuentra generalmente en la saliva pero si á este metal se le asocia el yodo, y se administra el yoduro de hierro, se descubrirá este último en la secrecion salival. De la misma manera se puede comprender que el alcanfor dirija al bromo hácia sus emunctorios y le impida pasar á la orina.

Bromuro de litio : accion fisiológica y terapéutica.
(*Bull. de ther.*).

Despues de haber demostrado que á S. W. Mitchell e á quien se debe, en 1870, la primera aplicacion del bromuro de litio á la terapéutica, y de haber indicado el uso que hizo de él Roubaud en 1872, en un gotoso, el doctor Levy, interno del hospital Rothschild, estudia la accion fisiológica del bromuro de litio comparándola á la del de potasio :

1.º El bromuro de potasio ejerce una accion sobre el sistema muscular, pero el de litio no tiene ninguna influencia en este sistema.

2.º El bromuro de litio obra, en general, de una manera mas enérgica y mas rápida sobre la médula, sobre los nervios sensitivos, que el bromuro de potasio.

3.º La pérdida de sensibilidad empieza por los nervios para propagarse despues de un tiempo mas ó menos largo á la médula y quizás al encéfalo.

En cuanto á la accion terapéutica seria la siguiente:

La accion del bromuro de litio en la gota, dice el doctor Levy, aunque poco considerable, parece, sin embargo, que existe.

Las pequeñas diferencias observadas en la cantidad de ácido úrico y de urea contenida en las orinas al principio y al fin de los experimentos referidos en este trabajo, no permiten afirmar que obre disminuyendo la proporcion de ácido úrico.

El bromuro de litio, muy rico en bromo, posee una accion sedante bien marcada sobre el eje cérebro-espinal. Ha modificado favorablemente diversas neuroses, y con especialidad la epilepsia. Es aun mas activo, bajo este punto de vista, que el bromuro de potasio. Tiene tambien sobre esta sal la ventaja de no obrar sobre el corazon, y,

en cierto número de casos, esta propiedad negativa es de grande interés. Se puede, pues, sin temor, prometer al bromuro de litio un lugar importante en la terapéutica.

Este medicamento se administra á las dosis siguientes: Contra la gota, la dosis de 50 centígramos en una vez es suficiente.

Para combatir ciertos estados nerviosos: histerismo, insomnio, etc., bastará con 20 centígramos.

Contra la epilepsia es bueno empezar por 50 centígramos, para subir progresivamente hasta 2 gramos y medio ó tres. No hay ningun peligro en elevar la dosis mucho mas aun.

Segun el doctor Roubaud, el bromuro de litio es un medicamento de doble efecto; posee en alto grado las propiedades litontrípicas que todo el mundo reconoce en las sales de litina y afecta de un modo mas enérgico que los otros bromuros la sensibilidad refleja, sin tener sobre el corazon los inconvenientes que el de potasio. Debe, por consiguiente, colocarse en la primera categoría de los medicamentos antilisiacos y de los sedantes, y su accion es sobre todo preciosa en los accidentes de la diátesis úrica, que se acompañan de fenómenos dolorosos, y en las neuroses, que con tanta frecuencia se complican con la presencia del ácido úrico.

Campeche: su accion antiséptica. (Lyon méd.).

En una nota presentada á la Sociedad de Ciencias médicas de Lyon por el doctor Cotton, asegura este autor que el palo de campeche es un antiséptico tan poderoso como muchos otros.

La fermentacion no es posible en una infusion de este leño, el fermento alcohólico queda completamente paralizado; algunas virutas han bastado para hacer perder casi instantáneamente su olor á una orina en vía de descomposicion, y treinta y cinco dias despues presentaba todavia cristales de urea. Esta propiedad antipútrida es probablemente debida á la facilidad de oxidacion de la hematoxilina; impediria la fermentacion quemándose ella misma, contra lo que sucede al permanganto y al bicromato de potasa que obran como oxidantes.

Recientemente ha observado el autor un caso que prueba que este medicamento ejerce tambien su accion durante la vida. Un hombre de cuarenta y cinco años, de buena salud en apariencia, sentia, sin embargo, hacia veinte y tres años necesidad frecuente de orinar, pero sin poliuria. Generalmente orinaba tres veces por hora y tenia necesidad de levantarse muchas veces durante la noche. En el momento de la emision, la orina era turbia y muy alcalina, y dejó sobre el filtro un depósito bastante abundante de fosfato amoniaco-magnesiano; además contenia albúmina. Esta presencia del fosfato amoniaco-magnesiano caracteriza, como se sabe, la alcalinidad debida á la descomposicion de la urea; la que depende de la administracion de un agua alcalina no produce jamás estos cristales.

Se habia aconsejado á este enfermo el uso de las aguas de Vichy, pero como no debia empezarse este tratamiento hasta pasados quince dias, le aconsejó el autor que tomase mañana y tarde una infusion de 2 gramos de palo de campeche. A los diez dias, las orinas se habian vuelto francamente ácidas y puras de cristales de fosfato amoniaco-magnesiano, la proporcion de albúmina no parecia haberse modificado, pero la *necesidad de orinar habia disminuido considerablemente.*

Mas adelante, el tratamiento por el agua de Vichy, hizo desaparecer la albuminuria. El doctor Cotton llama la atencion de los médicos acerca de esta interesante y preciosa propiedad del palo de campeche, que podrá encontrar frecuentes aplicaciones en la práctica.

Cataplasma emoliente de fucus crispus en hojas de carton.

(*Bull. de thér.*).

En la Academia de Medicina Paris, ha presentado el farmacéutico M. Lelievre una nota proponiendo reemplazar las cataplasmas ordinarias, hechas con la harina de linaza, por una sustancia extraida del *fucus crispus*, que el autor prepara y que se puede conservar en forma de hojas de cartulina. Para emplearlas no hay mas que mojar en agua caliente la hoja ó un pedazo cortado del tamaño conveniente; la sustancia se entumece rápida-

mente, se ablanda poniéndose en disposicion de poder ser aplicada en el momento. Estas nuevas cataplasmas han sido experimentadas en muchos servicios quirúrgicos de los hospitales de Paris, á satisfaccion de los cirujanos y de los enfermos. El doctor Julio Lefort, ponente de la Comision de la Academia, cree que estas preparaciones merecen llamar la atencion de los prácticos, y sobre todo en los hospitales, tanto civiles como militares.

El doctor Gosselin, ha ensayado en su servicio las cataplasmas de *fucus crispus*, encontrándolas dos ventajas sobre las de harina de linaza; que no se secan, y que no se corren ó resbalan. El doctor Verneuil, que tambien las ha experimentado, las reconoce estas mismas ventajas, y además la circunstancia importante de que no se alteran, ni exhalan mal olor; se las puede dejar aplicadas durante más de doce horas sin inconveniente; conservan su blandura y no manchan nunca las ropas ni la cama del enfermo.

Los doctores Demarquay, Le Roy de Mericourt y Larrey las creen llamadas á prestar importantes servicios en los hospitales, las ambulancias y á bordo de los buques.

Croton-cloral hidratado: accion fisiológica. (*Gaz. hebdom.—Bull. de théor.*).

El doctor Mering ha publicado una historia completa acerca de la accion fisiológica y terapéutica del croton-cloral. No pudiendo reproducir íntegro este estudio por su mucha extension, daremos una idea de él extractando sus ideas mas importantes.

El autor ha multiplicado sus experimentos bajo el punto de vista fisiológico. En los conejos produce el croton-cloral una lentitud en la respiracion, que se acentúa cada vez más hasta la muerte. La respiracion se suspende antes que los movimientos cardíacos. Las experiencias comparativas hechas en gatos, perros y conejos con el cloral y el croton-cloral, han establecido que despues de la administracion de estos cuerpos, la presion sanguínea disminuye pasajeramente, si la dosis es débil, progresivamente hasta llegar á 0, si es fuerte. Este efecto es debido á una debilitacion del tono arterial, y sobre todo de

las contracciones cardíacas. El pulso aumenta de frecuencia al principio; luego disminuye poco á poco. La acción del croton-cloral no es exactamente la misma en todos los animales. Es muy fuerte en el gato, débil en el perro. En casos muy raros hay en ciertos animales un período de excitación, el mismo que se observa á veces con el cloral, y que es completamente individual.

Para Liebreich el croton-cloral es un medicamento que puede producir una anestesia profunda sin debilitación de la actividad cardíaca. Le recomienda, pues: 1.º en las lesiones del corazón, en que, según el autor, se encuentra contraindicado el cloral; 2.º en las neuralgias, y especialmente en el tic doloroso; 3.º en los casos en que son necesarias grandes dosis de cloral; en estas circunstancias mezcla el cloral y el croton-cloral. Esta mezcla sería, pues, muy útil en la manía aguda y en los casos en que existen alteraciones gástricas. Se ha empleado también con éxito el croton-cloral en los dolores musculares y en las contracturas; en estas afecciones podría hacer cesar los accidentes sin producir el sueño.

El doctor Mering ha dado alternativamente á los mismos enfermos el cloral y el croton-cloral. De treinta observaciones que ha recogido, resulta que el segundo no tiene ninguna ventaja sobre el primero, y que la misma dosis determina efectos anestésicos é hipnóticos mucho menos poderosos. En ocho casos de alteraciones psíquicas no produjo tan buenos efectos como el cloral.

De este concienzudo trabajo se deduce que el croton-cloral hidratado, muy á la moda en estos últimos tiempos, y que muchos autores habían querido sustituir al cloral, es un medicamento muy inferior á este, y que solo puede prestar servicios en casos muy graves.

El doctor Weill, que ha dado á luz también una excelente tesis acerca de este agente terapéutico, reúne las ideas en ella contenidas en las siguientes proposiciones, que no todas se hallan de acuerdo con las del trabajo anteriormente analizado:

La acción fisiológica del croton-cloral es distinta de la del cloral.

Es hipnótico de la misma manera que este, pero por lo común en menor dosis.

Ejerce una accion especial sobre los nervios sensitivos craneanos.

A dosis moderada no tiene accion sobre los latidos cardiacos y la tonicidad muscular, no disminuye la frecuencia de la respiracion, ni hace descender la temperatura tanto como el cloral.

A dosis exagerada mata por suspension de la respiracion.

Las lesiones que se encuentran en la autopsia de los animales, consisten en una hiperemia intensa de las meninges, especialmente de las del encéfalo.

Su uso terapéutico está indicado :

- a. En las neuralgias del trigémino.
- b. En las otras neuralgias y contra el fenómeno dolor en general.
- c. En las afecciones espasmódicas del sistema nervioso.
- d. Cuando el uso del cloral es peligroso ó causa de una afeccion cardíaca.
- e. Para calmar la tos en ciertas enfermedades crónicas de las vias respiratorias.
- f. Para procurar el sueño.

Las contraindicaciones de este agente son, un estado inflamatorio de las vias digestivas y una predisposicion á las congestiones encefálicas.

Su sabor es mas desagradable que el del cloral, y exige que se le disimule por medio de un correctivo. El extracto de regaliz parece hasta ahora el mas á propósito para ello.

No se le puede administrar por la via hipodérmica.

La dosis debe variar segun la edad, la susceptibilidad particular de cada persona y los efectos que se deseen obtener.

El doctor Weill emplea la pocion siguiente:

Croton-cloral.	2	gramos.
Glicerina caliente.	6	—
Extracto de regaliz.	4	—
Agua.	} aa.	43 —
Jarabe simple.		

O bien unas pildoras compuestas de :

Croton-cloral.	} aa. 1 gramo
Polvo de regaliz.	
Conserva de rosas.	

Para 20 píldoras.

Respecto á la dosis, dice el autor que cuando se trata solo de procurar el sueño, podrá empezarse por 50 centigramos á 1 gramo; en la gran mayoría de los casos esto será suficiente, á menos que no existan tales sufrimientos que sean absolutamente indispensables fuertes dosis del narcótico. En estas circunstancias, se administrarán desde luego 2, 3 y 4 gramos, y aun se aumentará en caso de necesidad.

En las neuralgias ú otras afecciones nerviosas, los médicos ingleses prescriben 5, 10, 20 centigramos, que repiten cada quince, treinta minutos ó cada hora hasta que se consigue el alivio, que se obtiene en general con admirable rapidez.

Emulsion de aceite de hígado de bacalao y ácido fosfórico contra las enfermedades nerviosas. (*Lyon méd.*).

Muchos prácticos ingleses usan con ventaja el aceite de hígado de bacalao, asociado al ácido fosfórico, en el tratamiento de las enfermedades nerviosas. Después de muchos ensayos para hacer esta mezcla, el doctor Andrews recomienda la siguiente fórmula como la que da mejores resultados:

Acete de hígado de bacalao.	120 gramos.
Gliconina.	55 —

Se prepara la gliconina, triturando juntas partes iguales de yemas de huevo y de glicerina. Luego que está hecha la mezcla se adicionan treinta gotas de aceite esencial de almendras amargas y después se añade el aceite de hígado de bacalao muy lentamente y gota á gota, triturándolo durante todo el tiempo de la operacion; por último, se incorpora:

Ron de Jamaica.	60 gramos.
Acido fosfórico diluido.	15 á 50 —

La dosis ordinaria de esta preparacion es una cucha-

rada de las comunes despues de cada comida. Es un nutrimento excelente del sistema nervioso. Está indicada con especialidad en el histerismo y sus congéneres, en las lesiones orgánicas del sistema nervioso, etc. Los sujetos afectados de consuncion la toman mucho mas fácilmente que el aceite de higado de bacalao. No pierde todo el olor de pescado; pero cuando los enfermos no están prevenidos se les puede administrar sin que sepan que toman dicho aceite, sobre todo si se tiene la precaucion de designarla bajo un nombre que no recuerde su origen, como por ejemplo, el de emulsion fosfórica.

En caso de necesidad puede añadirse á esta emulsion el piro-fosfato de hierro, la estriknina ó el licor de Fowler. Se conserva fácilmente por mucho tiempo sin separarse, si se la ha preparado bien.

Haba del Calabar: usos terapéuticos. (*The British medical Journal*).

El doctor Munro, que ejerce en las Indias occidentales, en Cupar Fibe, país pantanoso, donde reinan frecuentemente las enfermedades palúdicas, ha tenido muchas veces ocasion de tratar enfermos atacados de tic doloroso intermitente. En once casos se ha servido con éxito de un medicamento que hasta ahora no se habia empleado mas que en el tétanos, y dos veces en Inglaterra en la parálisis general y la locura aguda. Fundándose en las experiencias de Fraser, que prueban que la eserina dilata los vasos contraídos (1), ha administrado esta sustancia en la neuralgia del trigémino, porque dice haber notado que, en la parte enferma, los vasos sanguíneos se hallan en estado de contraccion.

En los casos ligeros ha aplicado simplemente emplastos en la region dolorosa y ha visto desaparecer rápidamente el dolor y los espasmos algunas veces á los diez minutos de haber puesto el emplasto, que contenia solo 5 miligramos de extracto de haba del Calabar. La accion de estos emplastos ha sido en ocasiones pasajera, y en-

(1) Esto está en oposicion al parecer con las observaciones del doctor Bouchut acerca de los efectos de la eserina en el corea, de que damos cuenta en este mismo ANUARIO.

tonces les reemplazaba por otros nuevos, ó bien instilaba en el ojo del lado afecto una ó dos gotas de una solución de extracto á $\frac{1}{30}$ ó $\frac{1}{40}$, segun la intensidad del dolor; se han añadido á estos medios fricciones con una solución á $\frac{1}{15}$ hechas sobre las partes enfermas con una brocha de pelo de camello.

Con estos diferentes medios, empleados solos ó asociados unos á otros, ha obtenido siempre el autor un éxito completo en veinte y cuatro horas, y continuando el tratamiento, ha curado á sus enfermos de esta afección tan penosa.

En estos once casos no ha notado más que dos veces una contracción bien marcada de la pupila, y una sola, alteraciones de la vista, que solo duraron dos horas. No ha visto nunca alteración general que afectase á la economía.

El doctor Munro ha usado tambien el haba del Calabar en cantidad de 9 á 13 miligramos en dos veces durante las veinte y cuatro horas, para combatir los trastornos de la circulación cardíaca, y ha conseguido muy buenos resultados.

La ha empleado igualmente en dos casos: uno de sabburra gástrica y otro de fiebre remitente biliosa. Pero estas tres últimas observaciones no tienen, puede decirse, importancia mas que bajo el punto de vista de las dosis, porque su número es insuficiente para hacer deducciones terapéuticas. En un niño de cuatro años ha podido dar al interior 16 miligramos de extracto en dos veces con una hora de intervalo, sin ninguna alteración tóxica, y á un adulto le ha hecho tomar en dos veces 54 miligramos de extracto en las veinte y cuatro horas sin accidentes. Estas dosis bien toleradas le hacen creer que la cantidad de algo menos de un milígramo en el día, que se establece en la farmacopea inglesa es demasiado pequeña, y cree que podría elevarse hasta un sexto á medio grano, es decir, de 9 á 27 miligramos.

A juicio del autor, este medicamento tiene un valor casi igual á la atropina y la morfina, y espera que los ensayos hechos por los médicos de los hospitales, á quien su posición permite observaciones mas exactas, vendrán á confirmar esta idea.

Hierro: su accion sobre la nutricion. (*Journ. de théér.*).

Continuando el doctor Rabuteau sus estudios experimentales acerca de varios medicamentos, ha ensayado el protocloruro de hierro bajo el punto de vista de su accion sobre la nutricion. Al efecto, durante cinco dias, siguiendo un régimen idéntico, pero sin tomar ningun medicamento, ha analizado de un modo regular su orina, y luego ha repetido la misma operacion durante otros cinco dias, tomando doce centígramos diarios de protocloruro de hierro. El resultado de estos estudios le ha permitido establecer las siguientes conclusiones:

1.^a El hierro no modifica sensiblemente la proporcion de la orina.

2.^a Aumenta la acidez de este líquido, de aquí la indicacion de las preparaciones ferruginosas en la litfasis fosfática y la oxaluria para activar las propiedades disolventes de la orina relativamente á los fosfatos y oxalatos de cal.

3.^a El hierro aumenta la proporcion de los materiales sólidos de la orina.

4.^a La urea es tambien mas abundante (en la proporcion de 10 por 100) durante su uso, lo que indica una nutricion mas activa; el hecho se explica por un aumento del número de los glóbulos de la sangre.

5.^a El medicamento disminuye la excrecion del ácido fosfórico á la manera de los reconstituyentes, y con especialidad del aceite de hígado de bacalao.

Inyecciones subcutáneas: nueva jeringa y nuevo medio para practicarlas. (*Bull. de théér.—El Génio médico-quirúrgico*).

Algunos inconvenientes observados en la práctica en las jeringas ordinarias para inyecciones subcutáneas, han movido á M. Arsonval á idear un nuevo inyector subcutáneo á piston libre, que ha sido construido por M. Aubry, fabricante de instrumentos quirúrgicos.

Este instrumentó (fig. 26) presenta las ventajas siguientes:

1.^o Supresion del piston de cuero que se seca ó se altera.

2.º Se hace con una precisión matemática la inyección de un gramo por medio de divisiones de 5 centígramos.

3.º Evita las fugas y la inyección de aire.

4.º Se suprime el calibre del cuerpo de bomba, que puede ser un tubo cualquiera, fácil de reemplazar por el mismo médico en caso de accidente.

5.º Como son inatacables todas las piezas, se pueden inyectar toda clase de líquidos corrosivos.

6.º Siendo el ajuste portacánula F de un diámetro de 3 milímetros, según las indicaciones de Lebaigue, se tiene un excelente cuenta-gotas, que las da siempre iguales y con un peso de 5 centígramos con el agua destilada.

Si se confirman en la práctica estas ventajas, no dudamos que esta jeringa será preferida á muchas otras, hoy en uso, y que, con efecto, ofrecen los inconvenientes que aquí se indican.

Nuevo método.—En un caso de neuralgia de la región lumbosacra, intensísima y rebelde á los calmantes y anestésicos locales que se habían empleado, decidieron los profesores don Mário Gutierrez, médico de cabecera, y el doctor Tejada y España, que vió á la enferma en consulta, apelar á las inyecciones hipodérmicas;

pero hallándose en una población rural y careciendo de jeringuilla á propósito para practicarlas, se les ocurrió un medio sencillo y que fué coronado del mejor éxito; cogiendo pequeños pliegues en la piel como para

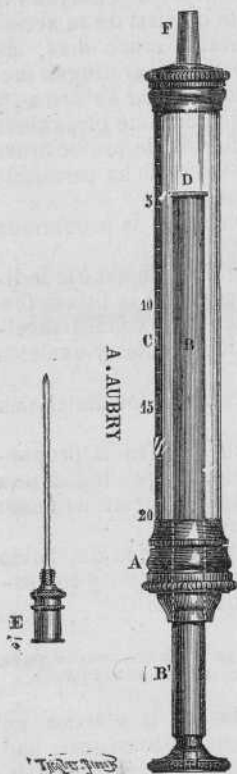


Fig. 26.

atravesar sedales, hicieron punturas por medio del bisturí, y por ellas, con una jeringuilla de cristal, inyectaron una solución de hidrociorato de morfina en agua de laurel cerezo. En la enferma objeto de la historia, se practicaron cinco punturas en una misma sesión, sin que fuera necesario repetir las por haber desaparecido el dolor.

Este sencillo medio merece ser conocido por los profesores que ejercen en partidos rurales, donde pueden carecer de instrumento á propósito para hacer estas inyecciones, y sin que sea fácil proporcionársele en el momento en que se necesita.

Ipecacuana: acción terapéutica y fisiológica. (Bull. de thér.).

Debemos al doctor Polichronie una série de investigaciones muy interesantes, hechas en el laboratorio del profesor Vulpian, para reconocer el modo de obrar de la ipecacuana y de la emetina. En cuanto á los hechos clínicos, vienen á confirmar los resultados anunciados por M. Chouppe. El notable trabajo del doctor Polichronie termina con las siguientes conclusiones que dan perfecta idea de las investigaciones del autor.

1.º La emetina es el principio verdaderamente activo de la ipecacuana. Todas las propiedades fisiológicas, terapéuticas y tóxicas que posee esta planta, las debe á la presencia de su alcalóide.

2.º En la disentería como en las diarreas, la ipecacuana, administrada en lavativas, goza de virtudes tan enérgicas como cuando se da por la boca, según el método brasileño.

3.º La ipecacuana en lavativas es uno de los mejores tratamientos que se pueden emplear para combatir el cólera infantil; puede ser soportado un tiempo bastante largo sin debilitar á los pequeños enfermos.

4.º En la diarrea de los tuberculosos, cualquiera que sea el período, las lavativas de ipecacuana dan buenos resultados.

5.º Esta medicación puede emplearse igualmente con ventaja para combatir los sudores profusos de los tísicos.

6.º La emetina es una sustancia muy tóxica; puede matar á los animales de dos maneras: ora por la postración

que produce en el sistema nervioso; ora, cuando se administra á más pequeñas dosis, por la enteritis intensa que provoca.

7.º Dos hipótesis pueden adoptarse para explicar la accion favorable de la ipecacuana en las diarreas.

A. Una accion vaso-constrictiva que disminuiria la abundancia de las secreciones.

B. Una accion sustitutiva que resulta de la inflamacion mucosa.

8.º La accion vaso-constrictiva no existe, segun lo demuestran los experimentos hechos sobre el nervio de la glándula submaxilar y sobre la tension arterial.

9.º La produccion de la inflamacion de la mucosa gastro-intestinal, el largo tiempo que tarda en producirse el vómito, parecen por el contrario argüir en favor de la segunda.

10.º La emetina hace vomitar en el momento en que se elimina por la mucosa gástrica, segun lo prueba el retardo del vómito, y aun mas frecuentemente su falta absoluta despues de la seccion de los dos nervios vagos; obra en esto muy diferentemente de la apomorfina y del tártaro estibiado. Estas dos sustancias, en efecto, hacen vomitar tan pronto cuando los dos nervios vagos están cortados como cuando se conservan íntegros.

11.º En fin, las investigaciones fisiológicas y químicas del medicamento inclinan tambien á admitir la eliminacion de la emetina por la mucosa gastro-intestinal.

12.º La emetina no tiene accion vomitiva directa sobre el sistema nervioso central, como lo prueban las inyecciones de esta sustancia en las arterias cerebrales.

13.º Sentado esto, se puede admitir que, en las diarreas, la emetina obra sustituyendo á las inflamaciones patológicas un inflamacion franca que tiende á curar espontáneamente; su efecto, en estas condiciones, seria de todo punto comparable al de los purgantes ó el nitrato de plata.

14.º En los sudores no podemos admitir una accion vaso-motriz, y tenemos necesidad de creer, ó bien que eliminándose por las glándulas sudoríparas disminuye su secrecion, ó bien que obra por la revolucion que determina en el tubo intestinal.

Jaborandi : nuevo y eficaz sudorífico. (*Revue des Scienc. méd.— Journ. de théér.*).

Reunidos los principales escritos que en este año han visto la luz pública acerca del jaborandi, y cuando nos preparábamos á hacer de ellos un detenido análisis, llega á nuestro poder una excelente revista general publicada por el doctor Bochefontaine, y creemos no poder hacer nada mejor que transcribirla casi íntegra, pues se hallan en este estudio perfecta y claramente compendiados todos los trabajos de que ha sido objeto este interesante medicamento en las diferentes naciones de Europa.

El *jaborandi* ha sido introducido en Francia por Coutinho de Pernambuco, en los últimos meses del año de 1873, y ya se puede decir que ha adquirido científicamente un puesto en la fisiología, la materia médica y la terapéutica. Es, pues, interesante pasar en revista su historia.

La denominacion de jaborandi es un nombre genérico con que se distinguen muchas especies de plantas. La importada á Francia por Coutinho, y que ha servido para los numerosos experimentos que se han hecho en los hospitales y en los laboratorios de Paris, es el *Pilocarpus pinnatus* ó *pinnatifolius* de la familia de las *rutáceas*: esta clasificación es debida á M. Baillon por el exámen de las hojas.

Es un arbusto de uno ó dos metros de altura, las hojas son notables por el gran número de vacuolos glandulosos que contienen, y su semejanza, bajo este punto de vista, con las del hipericon. Estas células glandulares existen igualmente en la capa mas superficial de la corteza de los tallos; tienen grande analogía con las células ó utrículos que encierran en otras plantas los aceites esenciales. Estos aceites constituyen en ciertos vegetales un principio activo, de suerte que se ha podido suponer que el del jaborandi era un aceite esencial. El olor aromático del *Pilocarpus* robustecia por otra parte esta idea. Sin embargo, el principio activo de esta planta no es un aceite esencial, porque, segun ha comprobado M. Laborde, no se le encuentra en el agua destilada de las hojas.

La esencia de jaborandi no posee el olor fuerte característico de las hojas secas del vegetal, ni tiene ninguna de sus propiedades hipercrínicas. Es de color verde claro, con un ligero aroma que recuerda algo el del limón. Tales son al menos los caracteres del aceite esencial de hojas del *Pilocarpus*, preparado por M. DUSART. Los químicos, al principio de sus investigaciones, no han estado acordes acerca de la naturaleza del principio activo del medicamento que nos ocupa; los unos han afirmado la existencia de un alcalóide (Byasson, Hardy), los otros la han negado (Rabuteau).

El principio activo del jaborandi es un alcalóide que se pone fácilmente en evidencia según ha demostrado Vulpian en su curso de la Facultad de Medicina, en las infusiones de hojas, y sobre todo en las de la corteza, por medio del reactivo de Walser, del de Bouchardat, del ácido fosfomolibdico ó del amoníaco. En la actualidad los químicos se encuentran de acuerdo acerca de este punto. Es más, el doctor Hardy ha extraído recientemente de las hojas del *Pilocarpus*, dos alcalóides distintos por sus propiedades físicas, cristalizados ambos, y cuyas propiedades fisiológicas en el corazón y las glándulas salivales son sensiblemente las mismas. Los estudios é investigaciones de Guido Tizzoni y G. B. Chiocconi, confirmativas de las de Bochefontaine y Galippe, demuestran igualmente que la parte más activa del jaborandi es la corteza. Los tallos pequeños desprovistos de ella serían casi inertes. Estos autores creen también que el principio activo es muy probablemente un principio fijo, no volátil, porque los cocimientos administrados dos días después de su preparación, obraron con tanta energía como las infusiones acabadas de obtener.

Los efectos del jaborandi son conocidos empíricamente desde una época indeterminada por los habitantes de la América del Sud, de donde es originaria esta planta. Así, en el Brasil, la usa el vulgo como contra-estimulante, sialagoga, sudorífica, como contraveneno de la mordedura de los reptiles venenosos, etc. Sin embargo, los médicos de este país no la prescriben á sus enfermos.

Después que el jaborandi ha sido importado á Europa, le han usado muchos prácticos, y frecuentemente sin

éxito. Hoy parece indudable que este resultado negativo debe atribuirse al uso de ejemplares de jaborandi de especies diferentes, cuyas propiedades no se parecen, ó quizá también á la administracion de medicamentos expendidos con aquel nombre, pero pertenecientes á familias de plantas vecinas, cuyos efectos no son comparables.

En la actualidad, no es posible negar las propiedades fisiológicas del jaborandi comprobadas empíricamente por los indígenas de la América del Sud. Estas propiedades, en efecto, han sido estudiadas por diferentes experimentadores, algunos de los cuales, y Rabuteau en primer término, las han comprobado en sí propios; han sido observadas clínicamente; en fin, se las ha puesto en evidencia en gran número de experimentos fisiológicos hechos en diferentes animales.

En la mayor parte de estas investigaciones se ha empleado la infusion de las hojas de jaborandi. Es la preparacion que se administra á los enfermos. Consiste en hacer infundir 3 ó 4 gramos de hojas gruesamente pulverizadas en 100 á 150 gramos de agua.

Los fenómenos mas culminantes observados en el nombre despues de la ingestion estomacal de este líquido, son la salivacion y el sudor. Sobrevienen á los pocos minutos de haber tomado el medicamento, y duran ordinariamente una ó dos horas; son sumamente intensos. Así, el paciente empapa muchas camisas, llena varias escupideras de saliva, la cual fluye de un modo continuo, de suerte que no le es posible al enfermo escupir. A veces, se produce uno solo de estos fenómenos y falta el otro mas ó menos completamente. En muchos casos se ha notado cierto grado de diuresis. Debe recomendarse á los pacientes que no traguen la saliva, porque produce infaliblemente vómitos.

M. Vulpian ha visto, en un enfermo de su servicio, un milígramo de sulfato de atropina dificultar considerablemente la salivacion y la diaforesis, ocasionadas por el jaborandi. Los profesores Sydney Ringer y Gould han observado un resultado análogo, y aun han tenido ocasion de administrar con éxito el jaborandi á un niño envenenado por la atropina. La experiencia clínica demuestra, pues, que existe antagonismo entre estos dos medicamentos.

Se ha tratado de averiguar si se encuentra modificada la composicion de los humores segregados bajo la influencia del jaborandi: M. Ball y Hardy han sido los primeros en investigar lo que sucede con la proporcion de urea que normalmente contienen las orinas, la saliva y el sudor, y han encontrado que la cantidad de urea excretada por la orina se halla disminuida, que la saliva contiene solo vestigios de ella y, en fin, que en el sudor se encuentra esta sustancia en mucha mayor proporcion.

Pero si se adiciona la cantidad de urea eliminada por los sudores y la que se excreta por la orina, se ve que el total es inferior á la cifra de la urea contenida en estos dos líquidos en las condiciones habituales. En una palabra, el jaborandi disminuiría la proporcion de urea que existe normalmente en la orina, la saliva y el sudor reunidos. Las investigaciones de A. Robin sobre el sudor y la saliva acusan por el contrario un aumento en la excrecion de la urea de estos dos líquidos, bajo la influencia del jaborandi. Por lo que concierne á la saliva, la cuestion parece decidida por los análisis de M. Bougarel, que ha encontrado como Ball y Hardy una disminucion de la urea en la saliva segregada bajo la misma influencia.

Las virtudes sudoríficas y sialagogas tan notables del jaborandi no pueden compararse á las de ninguno de los agentes empleados hasta ahora en medicina. Pero el pilocarpus produce aun otros efectos que, sin ser tan notables ni tan constantes, merecen llamar la atencion, porque justifican las numerosas aplicaciones terapéuticas á las que este arbusto parece reservado. Provoca la hipersecrecion de las mucosas nasal y bronquial, y la de las vías lagrimales; algunas veces su administracion es seguida de náuseas y aun de vómitos; produce diarrea. Su accion hiperémica se deja sentir, pues, sobre toda la longitud del tubo digestivo. Se manifiesta tambien en las glándulas mamarias, y de esta manera los profesores Sydney Ringer y Gould han podido activar la secrecion láctea en dos nodrizas. El jaborandi debilita el poder de acomodacion de los ojos á las diversas distancias, segun lo ha comprobado Martindale en sí mismo; John Tweedy ha visto que cuando se le aplica sobre los ojos en el hombre, contrae la pupila, aproxima los límites de la vi-

sion distinta y disminuye la sensibilidad de la retina; dispone al sueño y aun á ciertas alteraciones cerebrales que pueden llegar hasta el vértigo.

En los enfermos observados por M. A. Robin en el servicio de Gubler, se notó la disminucion de la tension arterial y la aceleracion de los latidos cardíacos. Los experimentos fisiológicos (Vulpian) no concuerdan con estos últimos resultados clínicos, porque parecen indicar que la tension arterial no sufre modificacion apreciable bajo la influencia del jaborandi. Las observaciones clínicas y los experimentos de Guido Tizzoni y Chioconni conducen á estos autores á otra conclusion. Segun ellos, el jaborandi aumentaria la tension arterial al mismo tiempo que aceleraria el pulso. La diaforesis va acompañada de un descenso de la temperatura que no llega á 4 grado. En fin, los dos autores últimamente nombrados, han hecho notar la disminucion del peso del cuerpo que llega á la cifra de 706 gramos.

Conocidos todos estos datos se presenta la cuestion de saber cuáles son las indicaciones terapéuticas del jaborandi. Siempre que el médico quiere provocar la hipercremia sudoral ó salival para expeler de la economia un principio tóxico cualquiera, podrá recurrir de este agente. Este medicamento ha producido buenos efectos en los casos de exacerbacion aguda de las bronquitis crónicas. Su accion sobre el frís, sobre el aparato lagrimal y sobre la acomodacion, recomienda su uso en el tratamiento de diversas oftalmías. Debemos decir, sin embargo, que Tizzoni y Chioconni no han observado la accion del jaborandi sobre el aparato de la vision. Se le ha empleado con ventaja para restablecer la secrecion de las glándulas parótidas y mamarias. Los experimentos fisiológicos demuestran, como se va á ver, que es un poderoso colagogo, que tiene sobre el páncreas una accion igualmente notable y por consecuencia deben excitar á los médicos á recurrir á él cuando quieran aumentar las secreciones biliar y pancreática.

M. Vulpian ha visto desaparecer en dos dias, en un muchacho de diez y ocho años, una pleuresia indudable en su primer período bajo la influencia del jaborandi. Las hidropesías en general podrán ser tratadas por este medi-

camiento. M. Gubler cree que es bueno exagerar con el pilocarpus pinnatus el sudor de los reumáticos, pero el profesor Vulpian no profesa esta opinion y se apoya en un hecho importante. Muchas veces por medio de la atropina ha suprimido el sudor en los sujetos afectados de reumatismo, y aliviado considerablemente al paciente sin producir la menor agravacion en los fenómenos de la enfermedad, ni prolongar su duracion.

El jaborandi no es tóxico, ó al menos no parece serlo sino en dosis exageradas; no debe por tanto considerársele como un agente terapéutico peligroso.

De un modo general puede decirse que los efectos de esta planta observados clínicamente han recibido su confirmacion por gran número de experimentos fisiológicos en diferentes animales, perros, gatos, conejos, conejos de Indias y ranas.

La mayor parte de las investigaciones fisiológicas han sido hechas en perros, pero como estos animales no sudan ó al menos sudan difícilmente y solo á consecuencia de esfuerzos musculares prolongados, no se ha estudiado en ellos la secrecion del sudor; pero la accion del pilocarpus observada en los demas aparatos del hombre, se ha comprobado igualmente en el perro.

Las primeras experiencias fisiológicas metódicas sobre el jaborandi han sido practicadas en el laboratorio de M. Vulpian. La preparacion que se empleó fué la infusion de hojas en inyecciones en la vena femoral. Por medio de cánulas introducidas en los conductos salivales de las glándulas de Warton ó de Sténon se ha visto que la cantidad de saliva segregada por estos órganos, bajo la influencia del medicamento, es diez y aun quince veces mayor que la que se recoge en estado normal. El efecto es sobre todo notable en la glándula parótida, en la que es casi imposible recoger la saliva por cualquiera otro método.

Las glándulas salivales no son las únicas en que ejerce su influencia la planta que nos ocupa. El hígado, el páncreas, los riñones, son igualmente influidos por ella. Para comprobarlo ha bastado fijar las cánulas en los conductos colédoco y pancreático, en uno de los uréteres y comparar la cantidad de líquido que sale de estos conductos en un tiempo determinado, tres minutos, por ejemplo, antes y

durante la accion del jaborandi. De este modo se ha visto que la actividad secretoria de todos estos aparatos, se aumenta bajo la influencia del pilocarpus y que algunos de ellos excretan en estas circunstancias una cantidad de líquido cinco veces mayor que en estado normal. En todos los mamíferos sometidos á la experimentacion en los laboratorios, se ha observado el lagrimeo. La hipercremia nasal, estomacal é intestinal ha tenido lugar tambien como en el hombre. En muchos experimentos, cuando se habian inyectado dósís considerables de jaborandi en la vena femoral, estas últimas hipercremias tomaron el carácter hemorrágico. Ante semejantes resultados, preciso es admitir que la accion del jaborandi es la misma en el hombre y en los mamíferos superiores.

Los doctores Sydney Ringer y A. Gould dicen haber observado que el jaborandi tiene una influencia menos marcada en los niños que en los adultos. Los experimentos hechos por el doctor Bochefontaine en animales jóvenes, no le han permitido apreciar esta diferencia; en todos apareció rápidamente el lagrimeo, la salivacion y aun la diarrea. Debe notarse que los autores ingleses han administrado á los niños una dósís de jaborandi la mitad menor que la que daban á los adultos, y en este caso seria mas natural pensar que la cantidad de medicamento que tomaron aquellos era insuficiente.

La atropina suspende las secreciones glandulares provocadas en los animales por el jaborandi. Así, cuando bajo la influencia de esta sustancia se ve fluir abundantemente la saliva submaxilar ó parotídea en un perro, este flujo cesa casi por completo si se inyecta por las venas una pequeña cantidad de atropina.

La inyeccion intravenosa de jaborandi disminuye considerablemente la frecuencia de los latidos cardíacos cuando la dósís es bastante alta y los perros se hallan en estado normal ó cloralizados. El corazon así detenido recobra sus movimientos si se introduce entonces por la misma vena sulfato de atropina. En los perros en quienes se ha administrado el curare no se observa esta lentitud en las contracciones del centro circulatorio.

En las ranas se detiene tambien el corazon, poniéndole directamente en contacto con el extracto de jabo-

randi, y se le devuelve su actividad por medio de la atropina. La introduccion de una infusion de las hojas por una vena femoral en direccion al corazon, no parece modificar la tension media de la sangre en los perros, pero sí aumenta su temperatura interna en un poco mas de un grado. En fin, la misma inyeccion venosa, produce la dilatacion de la pupila por consecuencia de la accion del pilocarpus sobre las extremidades intra-abdominales del gran simpático; la accion propia del jaborandi sobre la pupila es completamente opuesta. El extracto de esta planta aplicado sobre el globo ocular produce una miosis intensa que la atropina hace desaparecer. En estos experimentos se ha notado que el extracto de cortezas de los tallos es mas activo que el de las hojas.

En resúmen, el jaborandi provoca la hiperemia de todos los aparatos secretores, la lentitud en las contracciones cardíacas y la contraccion de la pupila, mientras que la atropina produce efectos opuestos. El antagonismo entre estos dos agentes está pues establecido clínica y fisiológicamente.

Falta ahora precisar el mecanismo de la accion fisiológica del jaborandi.

Dos teorías se han emitido para explicar esta accion: una por el profesor Gubler y otra por el doctor Vulpian.

Segun el primero, el jaborandi obra directamente sobre las células de las glándulas salivales, por las que es eliminado; sus efectos son parenquimatosos desde luego. A su paso excita las células segregantes, y al mismo tiempo son estimuladas las extremidades periféricas de los nervios centrípetos. Esta excitacion es trasmitida á los centros reflectores, de donde vuelve á los nervios vasodilatadores glandulares, que dejan de mantener los vasos en estado de contraccion, facilitando á los órganos de secrecion toda la suma de líquido exigida por su aumento de actividad.

Segun M. Vulpian, para admitir esta teoría hay una dificultad, y es que el jaborandi no parece ser eliminado por las glándulas salivales, y es muy problemática su eliminacion por el hígado, segun resulta de los análisis practicados por E. Hardy.

Los fisiólogos han hecho tambien otras objeciones á

la opinion de Gubler. Habiendo separado enteramente M. Carvillé la glándula submaxilar de los centros nerviosos: 1.º por la seccion del nervio lingual encima de sus filetes glandulares; 2.º por la reseccion en la base del cráneo, del pneumogástrico y del gánglio cervical superior, ha visto al jaborandi activar la secrecion de la saliva submaxilar, como en los experimentos en que estas partes del sistema nervioso se hallaban intactas. Las excitaciones vaso-dilatatrices reflejas, la influencia de los centros nerviosos, no son, pues, necesarias para la produccion de la salivacion submaxilar. ¿Obrará el jaborandi sobre los nervios que se dirigen á esta glándula, y en este caso será sobre el lingual ó sobre el simpático? ¿Su accion será paralizante ó excitadora?

Apoyándose M. Vulpian en los experimentos de Kuechel, Heidenhain, Schiff, Cl. Bernard, Eckardt y Adrian y en los suyos personales, demuestra que puede tener lugar el aumento de actividad en la circulacion de la sangre y la dilatacion de los vasos capilares en la glándula submaxilar, sin determinar la hipersecrecion salival. Prueba que la atropina obra sobre la secrecion de esta glándula sin disminuir en nada las condiciones en que puede provocarse la hiperemia; que la accion sialagoga del jaborandi se dirige á la periferia de los nervios y no á las células propias de la glándula misma. Pero esta accion periférica no es un efecto de la parálisis de la cuerda del tímpano. No resulta de la excitacion de las fibras glandulares del gran simpático, porque estas fibras conservan su actividad secretoria en la glándula submaxilar en los animales atropinizados cuando se les faradiza, y sin embargo, el jaborandi es impotente para poner en juego esta actividad.

Restan dos hipótesis: excitacion de las terminaciones glandulares de la cuerda del tímpano por el jaborandi, ó bien parálisis de las extremidades periféricas de las fibras del simpático que se dirigen á la glándula submaxilar.

El antagonismo que existe entre el jaborandi y la atropina conduce á admitir que el primero de estos agentes excita las extremidades periféricas de la cuerda del tímpano, mientras que el segundo tiene una accion inversa. Pero aquí se presenta una dificultad. Los datos clínicos y

fisiológicos demuestran que los sudores son independientes de la congestión vascular; tienden además á probar que la debilidad ó la parálisis del gran simpático determina un aumento de actividad en el trabajo de las glándulas sudoríparas. Habría, pues, que admitir que el jaborandi produce el ptialismo, excitando la cuerda del tímpano, y la hipersecreción sudoral, paralizando el gran simpático: M. Vulpian rechaza esta doble conclusión. Las glándulas sudoríparas y salivales deben aumentar su actividad bajo la influencia de una misma acción fisiológica.

Debe representarse á estas glándulas como tendiendo á segregarse de una manera continua en el estado normal. Las fibras nerviosas del gran simpático que las inervan obran sobre ellas de un modo constante, en grados variables, como frenos fisiológicos, para restringir, moderar, encadenar su trabajo secretorio. El sistema nervioso simpático se encuentra, respecto á las glándulas salivales y sudorales, en un estado de actividad continua, comparable al de las fibras nerviosas que sostienen el tono vascular. Según que la acción moderadora, enfrenadora de estas fibras nerviosas, aumenta ó disminuye, se producen modificaciones en el trabajo secretorio de las glándulas. Si se aprieta el freno, es decir, si se excita el gran simpático, las secreciones de la saliva y del sudor se suspenden. Si, por el contrario, se relaja ó se suprime aquel, se exageran estas secreciones. El jaborandi y la atropina obran de esta manera: el primero, relajando el freno ó suprimiéndole; la segunda, apretándole. Así, por vía de eliminación, viene á parar M. Vulpian á esta hipótesis, que el jaborandi produce la diaforesis y la sialorrea, paralizando las extremidades periféricas de las fibras del simpático en las glándulas de la saliva y el sudor.

Esta conclusión puede aplicarse á la acción fisiológica del jaborandi sobre los diversos aparatos secretores que este medicamento pone en actividad. En cuanto á la acción del pilocarpus sobre el corazón y la pupila, el antagonismo que presenta con la muscarina y la atropina respecto á estos órganos, conduce á generalizar su acción paralizante y admitir que obra de esta suerte sobre las extremidades periféricas, cardíacas y pupilares, del gran simpático.

No terminaremos este artículo sin consignar las indicaciones generales del jaborandi, establecidas por el doctor Gubler en un excelente trabajo publicado acerca de este medicamento. Despues de consignar que el jaborandi no se dirige ni á las especies nosológicas ni á las entidades, sino solamente á los síntomas, fija sucesivamente sus indicaciones en calidad de sialagogo, de sudorífico y á título de espoliador por la reunion de estos dos efectos:

1.º En calidad de *sialagogo*, el jaborandi estará indicado en los estados de sequedad de la boca, con sed viva, como en las afecciones siguientes: *atropinismo*, *intoxicaciones diversas*, *parálisis faciales*, *saburra gástrica* y *fiebres*, *diarrea*, *lesiones gastro-intestinales*, *flegmasias de la boca* y *de la parte superior de las vias digestivas*; *diabetes sacarina* y *poliuria*. Modificará las diversas *estomatitis*, *la disenteria* quizá y el *infarto crónico* de las amígdalas.

La accion del jaborandi sobre las *glándulas gástricas* y *pancreática*, el *hambre* que sigue frecuentemente á su administracion, le indicarán acaso como un nuevo *dispéptico*.

La *hipercrinia lagrimal* será muy útil en la *geroftalmia*; el *romadizo* y la *sequedad de las narices* podrán combatirse por la *hipercrinia nasal*.

La derivacion producida por la sialorrea podrá prestar servicios en las *lesiones encefálicas* acompañadas de *flogosis*, quizá en la *epilepsia con accesos frecuentes*, en las *inflamaciones oculares* (Dr. Abadie), en el *asma*, el *enfisema* y la *bronquitis crónica*.

2.º En calidad de *sudorífico*, el jaborandi encontrará su aplicacion al principio de los enfriamientos, que se podrán algunas veces hacer abortar; en la *pulmonia* y la *pleuresia* en sus primeros tiempos; en las *anginas*, y sobre todo en el *reumatismo articular agudo*, *subagudo* ó *crónico*, cuando esta afeccion está exenta de sus complicaciones cardíacas habituales.

Las enfermedades febriles, en que la piel se encuentra *árida* y *urente*, ó en que el exceso de temperatura constituye un nuevo peligro, la *fiebre tifoidea* y los diversos *exantemas* reclaman la sudacion que provoca el pilocarpus.

En fin, las afecciones cutáneas rebeldes y la *gota* quizá podrán ser modificadas por este medio enérgico.

3.º Con el doble título de *sialagogo* y *sudorífico*, el jaborandi es el tipo de los medicamentos *alexiteros*. En el Brasil se emplea hace tiempo contra la mordedura de los reptiles mas venenosos. Así, las *intoxicaciones* por los virus y los venenos, tales como los de la *rabia*, *sífilis*, *mordeduras de reptiles*, de *aracnídeos*, de *miriápodos*, y ciertos *envenenamientos vegetales* (atropina), deberán ser eficazmente combatidas por el jaborandi.

Pueden contarse aun como indicaciones racionales los casos en que se trata de favorecer la reabsorción de un derrame (*anasarca*, *ascitis*, *quistes del ovario*), ó la reducción de una hipertrofia (*obesidad*, etc.).

Las *enfermedades de los riñones*, sobre todo cuando se acompañan de un *estado congestivo*, serán útilmente modificadas por el pilocarpus que disminuirá la flogosis renal, así como el trabajo del órgano.

El doctor Fereol ha administrado el jaborandi á ocho enfermos; tres de ellos no fueron sometidos á su influencia más que una sola vez, dos porque tuvieron náuseas ó vómitos, y el tercero á causa de una complicacion cardíaca. Entre los otros cinco, un hombre tomó el medicamento hasta quince veces en el espacio de seis semanas, con uno, dos, cinco ó seis dias de intervalo, sin inconveniente alguno, ni siquiera fatiga excesiva. A los otros se les administró dos ó tres veces.

El doctor Fereol da siempre el jaborandi en infusion fria en dosis de 2 á 4 gramos para 250 de agua. Nunca ha dejado de producir una salivacion muy abundante, aun en los enfermos que tomaron solo una pequeña dosis.

Su efecto sobre la secrecion del sudor ha sido menos constante y menos enérgico: nulo una vez, débil otra, ha sido moderado en tres enfermos y verdaderamente fuerte en cuatro sujetos.

Esta doble accion se ha hecho sentir casi siempre entre diez y treinta minutos despues de la ingestion, y ha durado una ó dos horas. El pilocarpus no ha producido modificacion apreciable en la eliminacion de la urea.

En un reumatismo agudo, despues del sudor y de la salivacion, se notó que disminuyeron los dolores; pero en un gotoso, M. Fereol ha visto presentarse un ataque

de la enfermedad, casi inmediatamente despues de la administracion del medicamento.

Al principio de una *gripe intensa* con cefalalgia violenta, los efectos sialagogos y sudorificos del jaborandi, administrado por el doctor Gubler, prodajeron un efecto maravilloso contra los síntomas y contra la enfermedad que no continuó desarrollándose.

El mismo medicamento hace tambien abortar muy bien los *accesos de asma*. M. Gubler ha administrado en cinco casos diferentes, á asmáticos en plena crisis, la infusion de hojas con los resultados siguientes: á los quince minutos, cuando aparecia la salivacion, los enfermos empezaban á sentirse aliviados, disminuia la disnea; y en lugar de esa sibilancia exagerada que se percibe por la auscultacion torácica al principio del acceso, se oian estertores húmedos y gruesos en la mayor parte de la extension de los pulmones. Muy luego cesaba la dificultad de respirar y el acceso estaba terminado en menos de una hora. M. Gubler ha hecho á veces abortar completamente una crisis de asma, administrando el jaborandi desde que aparecian los primeros síntomas de disnea.

Koumis: efectos fisiológicos y terapéuticos. (*Journ. de thér.—Gaz. des hop.—Union méd.*).

El trabajo del doctor Schnepf, de que dimos cuenta en el tomo III de este ANUARIO ⁽¹⁾, acerca de la galaccina ó koumis, habia caido casi completamente en olvido; pero desde hace algunos meses, los experimentos y las observaciones se han multiplicado en los hospitales y en la práctica civil, gracias á los esfuerzos perseverantes de un médico distinguido de Paris, el doctor Landowski, que ha publicado recientemente en el *Journal de thérapeutique* una série de artículos interesantes acerca de esta sustancia. Desde el trabajo del doctor Chalubinski, de Varsovia, que ha probado que el koumis de leche de vaca es tan eficaz como el de leche de burra; y desde la Memoria de Schnepf, que empleaba con éxito una mezcla de estas dos leches, la preparacion del koumis no ofrece sérias difi-

(1) Página 474.

cultades. No es tampoco necesario alimentar las vacas de una manera especial, á fin de obtener, segun el método de Kühn, una leche tan rica en azúcar como la de burra.

Se distinguen en terapéutica dos especies de koumis, segun el grado de fermentacion. El número uno, es decir, el que está recientemente preparado, contiene menos alcohol que el número dos.

El koumis de Paris se fabrica casi por el mismo procedimiento que empleaba Schnepf. Este práctico hacia una mezcla de leche de burra y leche de vaca en la proporcion de dos á una: manteniéndola á una temperatura de 15 á 18 grados, entra en fermentacion en el espacio de diez ó quince horas. La leche fermentada tiene un color blanco, olor á suero y sabor ácido picante. Dejada en reposo y descubierta, dice el doctor Landowski, se divide en tres capas distintas: la capa inferior es caseosa; la del medio se compone de suero en gran cantidad y de color verdoso semitransparente, y encima sobrenada la última que es blanquecina y formada de cuerpos grasos.

El análisis químico del koumis revela la existencia de tres elementos nuevos: el alcohol, el ácido carbónico y el ácido láctico, que seguramente desempeñan un gran papel en la produccion de los efectos fisiológicos y terapéuticos que se observan consecutivamente á la absorcion del medicamento.

El doctor Landowski, resumiendo sus propiedades, las explica: 1.º por la accion de una gran cantidad de sales idénticas á las del suero de la sangre, introducidas en el organismo; 2.º por la de las materias albuminosas sobre los tejidos orgánicos; 3.º por la accion eminentemente digestiva del ácido láctico; 4.º por la estimulante del alcohol y su influencia sobre el tejido adiposo en general; 5.º por las propiedades estimulantes del ácido carbónico sobre los capilares y sedantes sobre la mucosa estomacal; 6.º en fin, por el estado de fermentacion permanente del koumis, que podria considerarse como una de las principales causas de su absorcion directa y rápida.

El primer fenómeno que se produce en los individuos sometidos al uso de esta sustancia, consiste en una sensacion de plenitud estomacal que desaparece rápidamente,

siendo reemplazada por otra de calor agradable; el pulso se acelera un poco, la cara se congestiona ligeramente y la temperatura se eleva; en algunas personas nerviosas y delicadas puede sobrevenir un poco de embriaguez, una animación alegre que no carece de influencia moral en los hipochondriacos, según ha hecho notar Fonssagrives. Esta ligera estimulación del cerebro es seguida muy pronto de una verdadera apatía física é intelectual. La diuresis aumenta y la excitación, propagándose á la piel, puede ir acompañada á veces de brotes congestivos que se parecen á la urticaria.

Después de tres ó cuatro días, marcados por esta ligera excitación general, se establece la tolerancia, observándose los fenómenos siguientes: aumento considerable del apetito, á veces hay un poco de diarrea que se puede combatir fácilmente, empleando el koumis núm. 2 que es el más fermentado; pero el estreñimiento es la regla. Este medicamento tiene una acción antisudoral bastante manifiesta, y bajo su influencia pueden suspenderse los sudores de los tísicos; en las nodrizas, según Landowski, aumenta la secreción de la leche, que se hace más rica en sales y en glóbulos adiposos. Reaparece el sueño tranquilo y reparador. La respiración se hace más libre, disminuye la tos, la expectoración es más fácil y menos abundante. Pero uno de los efectos más notables del koumis es el que ejerce sobre la nutrición, hasta el punto que, según Fonssagrives, no hay medio que levante tanto las fuerzas y que active tan rápidamente el engruesamiento de los enfermos. En uno de los sujetos tratado por esta sustancia, se observó, en el espacio de veinte y cinco días un aumento en el peso de 2 kilogramos y medio. En otro, en cincuenta y cuatro días el aumento se elevó á 7 kilogramos. Los doctores Stahlberg, Landowski, Urdy, etc., han notado esta misma actividad nutritiva.

Así, pues, excitación del apetito, disminución de los sudores, de la tos, de la expectoración, de los insomnios tan perjudiciales á los tísicos, aumento considerable de la nutrición y muy rápido de peso; tales son los fenómenos á la vez sedantes y eminentemente reconstituyentes que produce la medicación por el koumis, y que hacen de esta sustancia uno de los medios más poderosos para

combatir todos los síntomas de la consunción pulmonar. Los doctores Bogoiawleu-ki y Karell, médico ordinario del emperador de Rusia, y Landowski han publicado un gran número de observaciones de casos de curación ó alivios de tisis tuberculosas. En Francia ha sido ensayado este medicamento en los servicios de los profesores Gubler, Chauffard, Gueneau de Mussy, Desnos, Brouardel, Gallard, Bucquoy, Siredey, Empis, Dojardin Beaumetz y muchos otros, y el resumen de todas estas observaciones hace forzoso reconocer en el koumis una acción metácinética y poderosamente reconstituyente sobre los organismos debilitados, cualquiera que sea la causa de la caquexia. El doctor Labadie Lagrave ha publicado una observación muy notable de una muchacha de diez y seis años que, llegada al último grado de la consunción pulmonar, cuando todo hacía presumir un fin próximo, bajo la influencia del koumis, vió renacer sus fuerzas y aumentar 2 kilogramos de peso en seis semanas. El doctor Huchard cita un hecho análogo, con la diferencia de que el enfermo tenía cincuenta años.

Como se ve, los resultados de los experimentos son bastante satisfactorios; por lo demás, se les comprende fácilmente por la serie de elementos que contiene el koumis, todos capaces de ejercer un efecto especial sobre el organismo, debiendo considerarse su acción como la resultante de cada uno de estos efectos aislados.

Los elementos plásticos, dinámógenos, termógenos y de economía, fundiéndose naturalmente para formar un alimento completo, que encierre todo lo necesario para digerirse á sí mismo, dejan poco que hacer á la química de la nutrición, y no pueden menos de influir saludablemente siempre que se trate de levantar las fuerzas ó reconstituir el organismo debilitado, ya por una exageración en las pérdidas, ya porque utiliza imperfecta y defectuosamente los materiales nutritivos.

Bajo este punto de vista, se dice que el koumis representa un medicamento alimenticio, cuyo poder reconstituyente y neurosténico no tiene equivalente en la terapéutica moderna, y sin quererle atribuir una acción específica, parece que es de una utilidad incontestable, siempre que una afección crónica ó aguda ha empobrecido la eco-

nomía y debilitado el organismo. Es en general bien tolerado, y la mayor parte de los enfermos le toman con gusto.

En las alteraciones gástricas está indicado el koumis núm. 2, mas avanzado en su grado de fermentacion. Generalmente se empieza por media botella al dia en cuatro dosis, y se va aumentando progresivamente.

En el establecimiento del doctor Stahlberg se obtiene este líquido mezclando la leche recién ordeñada con una cantidad de koumis, ya preparado, igual á la décima parte de su peso; luego se le echa en una vasija de madera análoga á la que sirve para la fabricacion de la manteca, y se agita de tiempo en tiempo con una varilla de madera destinada á este uso. Pasadas algunas horas se pone el líquido en botellas, cuyos tapones de corcho se sujetan con alambres, y que luego se colocan en una cueva muy fresca. Allí se desarrolla la fermentacion poco á poco y el ácido carbónico que resulta se encuentra sometido á una presion muy elevada. Cuando el koumis está largo tiempo expuesto al calor de las habitaciones, se pone ágrío, disgusta mucho á los enfermos y suele producir vómitos y diarrea que obligan á suspender su uso.

El doctor Wilckens ha publicado, en el *Journal de méd. Belge*, un medio muy sencillo de preparacion del koumis, que nos parece útil dar á conocer, porque quizá se pueda emplear con ventaja en puntos en que no es fácil procurarse el que viene ya preparado. Se toma una botella de vino de Champagne, y se la llena de leche pura á la que se adicionan 30 gramos de azúcar por litro, y dos veces el volúmen de una judía de levadura de cerveza prensada y fresca, bien dividida con el azúcar. Se puede reemplazar la levadura prensada por una cucharada de las de café de levadura ordinaria. Entre el tapon de la botella y la superficie del líquido, debe quedar un vacío como de una pulgada. Se pone un buen tapon de corcho que se sujeta por medio de alambres ó cordeles. Se agita de tiempo en tiempo la botella, que debe tenerse á la temperatura ordinaria de la habitacion durante los dos primeros dias (en tiempo de invierno, cerca del fuego), luego se la deja tres dias en la cueva, antes de hacer uso del líquido que contiene. A partir del quinto dia de su

preparacion, puede beberse este pretendido vino de leche; se conserva bien hasta los veinte dias. Por consiguiente, si se preparan la primera vez seis botellas y luego una cada dia, se tendrá todos los dias una botella de koumis de composicion constante.

Teniendo la precaucion de hacer uso de levadura no ácida y de no llenar completamente las botellas, se evitará la explosion. Para hacer uso de ellas, en lugar de destaparlas, seria conveniente emplear el sifon de llave á fin de que no se pierda el gas de una vez á otra que se tome el medicamento.

Morfina : modo de hacer desaparecer rápidamente la tolerancia.
(Gaz. hebd.).

No hay práctico que no conozca la rápida tolerancia que se establece para la morfina en los individuos sanos y que constituye á veces un verdadero inconveniente en ciertos tratamientos. El eminente fisiólogo Cláudio Bernard, en sus lecciones sobre los anestésicos y la asfixia, cita un hecho muy interesante á propósito de este que pudiera llamarse hábito terapéutico; siempre que se ha establecido en un perro un alto grado de tolerancia para la morfina, basta purgar al animal para que desaparezca inmediatamente dicha tolerancia y se tenga, por decirlo así, un perro nuevo. No sabemos aun si sucederá lo mismo en el hombre; debe experimentarse porque hay aquí una indicacion terapéutica preciosa y que puede tener muchas aplicaciones.

Morfina y atropina : efectos terapéuticos de la mezcla de estas sustancias. (*Mouvement. med.*).

El doctor Gros, profesor de la Escuela de Medicina de la Argelia, cree haber confirmado con sus observaciones la opinion de los médicos que pretenden que no solo no existe el antagonismo tóxico, pero ni aun el terapéutico entre la morfina y la atropina.

En una enferma afectada de neuralgia facial que no podia soportar la morfina, y en quien la atropina producía síntomas dolorosos en la garganta, tomó el doctor Gros el partido de inyectar una mezcla de medio centigramo

de clorhidrato de morfina y medio miligramo de sulfato de atropina. Los efectos fueron notables; á los diez minutos habian desaparecido casi completamente los dolores; no hubo náuseas, y los síntomas de sequedad y constricción de la garganta, fueron insignificantes. El autor ha recurrido despues muchas veces á esta misma medicacion y siempre con un resultado inmediato; en algunas crisis, estas inyecciones empleadas al principio del acceso, pareció que le suspendian completamente.

El doctor Gros cree deber llamar la atencion de los prácticos acerca de las inyecciones de esta mezcla que hasta ahora se ha empleado pocas veces y de la que se propone hacer uso siempre que la morfina no produzca los efectos que de ella se esperan.

M. Fourcauld, interno de la enfermería central de las cárceles del Sena, ha usado con éxito, siguiendo en esto la práctica recomendada por Renault, las inyecciones subcutáneas á partes iguales de una solución á $\frac{1}{30}$ de clorhidrato de morfina y otra de sulfato de atropina á $\frac{1}{100}$, en la disnea de los tísicos. El autor termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

- 1.^a La inyeccion mixta de atropina y de morfina presenta todas las ventajas de las del sulfato de atropina sin tener sus inconvenientes.
- 2.^a Seis gotas de esta inyeccion darán, bajo el punto de vista de la disnea, mejores resultados que 15 gotas de la solución de clorhidrato de morfina.
- 3.^a Del mismo modo que empleando separadamente la morfina ó la atropina, disminuye el número de los movimientos respiratorios, de los latidos cardíacos, y desciende la temperatura.

Nitrito de amilo: efectos fisiológicos y terapéuticos.
(*Jour. de théér.*).

El doctor Bourneville ha experimentado el nitrito de amilo en gatos y conejos, y luego, á ejemplo de algunos médicos ingleses, le ha prescrito en la epilepsia.

Los conejos á quienes se ha hecho absorber este medicamento, presentan una lentitud muy marcada del pulso, inyeccion de los ojos, cianosis de la lengua, dilatacion

considerable de los vasos de las orejas, que se ponen muy calientes. Si se eleva la dosis se aumenta el color cianótico y se suspenden los latidos del corazon.

Es indudable que el nitrito de amilo produce una dilatacion de los capilares superficiales de la cabeza; la lividez de la mucosa de la boca, el aspecto especial de las orejas de los conejos, demuestra suficientemente este hecho; pero se ignora aun si los vasos del encéfalo sufren igualmente su influencia paralizante y se dilatan. Los doctores Bride y Kemster aseguran que los vasos de las meninges se encuentran dilatados, y el doctor Bourneville ha comprobado este hecho levantando una porcion de la bóveda del cráneo en un conejo, lo cual le permitió observar que las membranas del cerebro se congestionaban vivamente cuando se sometia al animal á la influencia del nitrito de amilo. Estos fenómenos observados en la cara, el cuello y la cabeza inclinan á pensar que la accion de este agente queda circunscrita á una region especial de los centros nerviosos. La temperatura desciende en los gatos 8 ó 9 grados de la cifra normal, pero luego que se suspende el uso del medicamento, la columna termométrica se eleva uno ó dos grados por cima de la cifra primitiva. El autor no ha encontrado nunca azúcar en la orina, resultado opuesto al que han obtenido algunos otros observadores.

Muchos médicos ingleses han empleado el nitrito de amilo en la *epilepsia* (Crichton Brown, Mitchell, Philip, Bride, Solger, Sander, etc.). El doctor Bourneville en vista de sus experimentos reconoce con estos prácticos que el nitrito de amilo suspende los accesos que comienzan ó se anuncian por un *aura*. Esta propiedad es indudable. Siempre que un enfermo es avisado de la inminencia del ataque por el *aura*, puede impedir su desarrollo haciendo algunas inspiraciones de nitrito de amilo; pero el autor no cree que este medicamento tenga influencia curativa sobre la neurose misma, como admiten los prácticos americanos. Para él, el nitrito de amilo, muy eficaz contra las crisis, es impotente contra la enfermedad que las determina.

Los ataques de histero-epilepsia que duran frecuentemente muchas horas, son suspendidos por el nitrito de

amilo; el doctor Bourneville lo ha comprobado tambien empleando este medicamento un gran número de veces en siete histéricas ó epilépticas del servicio de M. Charcot. La inhalacion da lugar en los enfermos á los fenómenos siguientes: rubicundez, primero de color de bermellon y luego mas ó menos violácea de la cara, los labios, la boca, el cuello y las orejas. Si suspendida momentáneamente la inhalacion, sobreviene un ataque, la fisonomia de los enfermos toma un aspecto alarmante, porque la congestion producida por el acceso viene á unirse á la que determina el nitruto de amilo. Cuando los sujetos recobran el conocimiento, el semblante tiene una palidez plomiza. Algunos han presentado náuseas, y en la mayor parte se observan modificaciones de la *vista*: ven una niebla amarilla, chispas, círculos amarillos y verdes, otros dicen que la cara de las personas que les rodean es amarilla y negra. Conservan una cefalalgia distinta de la que experimentan despues de sus crisis, etc. No obstante el medicamento no tiene influencia en el curso de la enfermedad, no hace mas que alejar los ataques; jamás, despues del uso del nitruto de amilo, se ve sobrevenir un acceso en las veinte y cuatro horas inmediatas. En esta neurose, la sustancia que nos ocupa no obra tampoco mas que contra el síntoma convulsion, de la misma manera que el hielo ó la compresion ovárica, pero no modifica la enfermedad principal.

Al terminar M. Bourneville su trabajo, insiste en las *dosis*, las cuales varían de diez á treinta gotas, segun los enfermos, que se acostumbran pronto al medicamento, lo que obliga á aumentar aquellas. Los ingleses, los alemanes y sobre todo los americanos emplean frecuentemente el nitruto de amilo contra un gran número de enfermedades (angina de pecho, asma, eclampsia, etc.); los últimos hasta le dejan á disposicion de los enfermos. M. Bourneville cree que este medicamento no debe ser usado mas que por el médico y con prudencia.

M. Rabuteau condena *a priori* el uso del nitruto de amilo, que es á su juicio un veneno peligroso como todos los nitritos. Tiene sobre la sangre la misma accion que estos ó que los vapores nitrosos. Modifica la hemoglobina segun lo ha demostrado el análisis espectral, y es un ve-

meno tanto mas funesto cuanto que obra insidiosamente. Un perro en cuyo estómago se introdujeron 4 gramos del nitrato de amilo, murió repentinamente, al cabo de cuatro horas sin que nada hubiese hecho preveer esta terminacion funesta. En la autopsia solo se encontró alterada la sangre, tenia un color de tierra de Viena y era marcadamente ácida.

Picrotoxina : efectos fisiológicos y terapéuticos. (Jour. de théér.).

En una notable memoria premiada por la Academia de Medicina de Paris, ha dado á conocer el doctor Planat el resultado de sus estudios acerca de la accion de la picrotoxina, alcalóide extraido de la coca de Levante, que es el fruto de *cocculus tuberosus*. No podemos entrar en la larguísima y detallada descripcion que hace el autor de los fenómenos observados en sus numerosos experimentos, pero daremos una idea en resúmen de los principales.

La picrotoxina parece que tiene mas bien las propiedades de un ácido que de una base, y puede formar picrotoxatos, de quinina por ejemplo. En los experimentos del doctor Planat, hechos en varias especies animales ha sido absorbida por el tubo digestivo y los tejidos subcutáneos. Los resultados fueron idénticos en ambos casos, con la sola diferencia de la intensidad. Los moluscos se han manifestado relativamente refractarios; no obstante, ciertas variedades han sucumbido á consecuencia de la absorcion subcutánea. Los representantes de las otras especies fueron siempre vivamente impresionados por este agente. La accion de la picrotoxina sobre las funciones musculares, cardíacas, vasculares, sobre la sensibilidad y el poder reflejo medular puede resumirse en las siguientes ideas.

— El *sistema muscular* de la vida de relacion es rápidamente atacado aun con pequeñas dosis; fuertes ó débiles, producen invariablemente como fenómeno primordial un entorpecimiento general. La segunda fase de la accion tóxica se traduce por convulsiones tónicas, especialmente en los extensores, invasion progresiva de la parálisis é incoordinacion motriz, visible en las remisiones convulsivas.

— *Aparato circulatorio.* — Bajo la influencia de las dosis

débiles y mucho tiempo antes de la primera convulsión, se observa lentitud en las pulsaciones cardíacas. Inmediatamente que se presenta la primera convulsión, el corazón cesa de latir ó late con trabajo todo el tiempo que aquella dura, para recobrar en seguida la regularidad de sus movimientos, que decrecen en número y en fuerza en razón directa de las convulsiones.

Desde la primera convulsión se observa un éstasis mas ó menos completo de la sangre en los capilares.

Sensibilidad y movimientos reflejos.— Siempre le han parecido al autor correlativos de las manifestaciones musculares. Así, de obtusos que eran en el primer período de la intoxicación, adquieren una excesiva exaltación en la fase convulsiva, para apagarse completamente durante el colapso final.

Los músculos y los nervios de la vida orgánica no se han encontrado afectados; testigo de ello la actividad persistente de los linfáticos y de los movimientos intestinales.

Cerebro.— Este órgano no revela fenómeno alguno. De este análisis de los efectos de la picrotoxina, procura el autor deducir, tan rigurosamente como pueden permitirlo estos primeros estudios, el lugar que debe ocupar este agente en la clasificación de los medicamentos por sus manifestaciones fisiológicas.

A la manera de ciertos venenos que no afectan mas que á una categoría especial de elementos anatómicos, la picrotoxina se dirige principalmente á las células sensitivo-motrices del eje cérebro-espinal. Su acción se localiza sobre todo en las regiones del bulbo y del cerebelo, cuyas funciones exalta, según lo demuestran los resultados fisiológicos que acabamos de exponer.

El doctor Planat insiste sobre un hecho capital, no solo por su novedad, sino tambien por su alta importancia fisiológica. Nos referimos á la influencia bien determinada de este veneno sobre el nervio mas interesante del organismo, el pneumogástrico, cuyo papel de regulador y refrenador de los movimientos cardíacos es en la actualidad bien conocido, de la misma manera que la exageración de esta función por la excitación de sus raíces bulbares. La picrotoxina demuestra una afinidad electiva

tal por los elementos anatómicos de este nervio, su estimulación por consecuencia puede llevarse á tan alto grado, que los latidos del corazón pueden sufrir una suspensión completa durante las convulsiones.

Este modo de acción se ejerce aun mas sensiblemente sobre los capilares sometidos á la influencia del depresor de Cyon, que tiene sus orígenes en el pneumogástrico y el laríngeo superior.

La parálisis de estos vasos es, en efecto, producida aquí por la acción depresiva que ejerce sobre los vasos-motores dicho nervio, del mismo modo que la lentitud de los movimientos cardíacos lo es por la neutralización de los gánglios de Remak.

La respiración sufre tambien, como la circulación, alteraciones marcadas. En los mamíferos es principalmente en quienes se traducen durante las convulsiones por sacudidas respiratorias sumamente intensas, por espuma en la boca, y finalmente por la asfixia.

Aunque los fenómenos convulsivos, resultado de la administración de la picrotoxina y la semiparálisis consecutiva, parecen á primera vista autorizar á colocarla entre los venenos musculares, á poco que se examine se advierte que no es posible que ocupe un lugar en esta categoría. Puede asegurarse que la parálisis que sobreviene despues de las primeras convulsiones, es solo secundaria, porque no se presenta sino por la fatiga, por el decaimiento de la contractilidad, que es ocasionado á su vez de una parte por las repetidas conmociones de los centros éxcito-motores, y de otra por la suspensión de la circulación capilar. Además, la excitación eléctrica, suscitando contracciones largo tiempo despues de la muerte, viene, por decirlo así, á rehusar á esta sustancia el papel de veneno directo de la fibra muscular, como lo son el sulfocianuro de potasio y la veratrina.

De todo lo que precede se cree el doctor Planat autorizado á deducir:

- 1.º Que la picrotoxina obra de una manera especial sobre el sistema nervioso cérebro-espinal;
- 2.º Que esta acción respeta al cerebro, propiamente dicho, y á las células ideo-motrices, y se dirige principalmente al cerebelo, al bulbo y la médula;

3.º Que está caracterizada por la sobreexcitación de sus elementos, de donde resultan primero una exageración y una desviación funcionales, seguidas á su vez de parálisis por pérdida excesiva de influjo nervioso;

4.º Que la consecuencia mas notable de esta sobreactividad funcional es la suspensión mas ó menos completa de los latidos cardíacos en las convulsiones, la lentitud y la debilitación de sus pulsaciones en el período de remisión, en fin, el éstasis de la sangre en los capilares.

De lo que se deduce que la picrotoxina es ante todo un agente cardio-vascular.

Terapéutica.—Sentado, como acabamos de ver, que una de las mas notables propiedades de la picrotoxina es exagerar la potencia de los frenos y reguladores cardio-vasculares, fácil es comprender todo el alcance de este hecho en la medicación vaso-motriz. Partiendo de la idea de que esta propiedad puede atribuirse exclusivamente á los nervios vagos, y que bajo la influencia del agente que nos ocupa se desarrolla un conjunto de síntomas hiperfisiológicos de origen bulbar, era lógico deducir que la picrotoxina debe ser un poderoso modificador de esa región que Brown-Séquard ha indicado recientemente como el *nodus epilepticus*.

La suspensión parcial ó total del *acto bulbar* en el acceso de epilepsia, debe exigir, pues, para producirse un ataque directo á la circulación capilar de este foco epileptógeno, y no se necesita menos que esta causa para triunfar de su resistencia fisiológica. Esto es lo que se observa durante los primeros sacudimientos que siguen á la caída, en los accesos fuertes en que la inmovilidad es completa; el período tónico, por el contrario, coincide con la reaparición de la circulación. *A priori* era permitido inducir de la acción fisiológica de la picrotoxina sobre el bulbo, la posibilidad de una acción modificadora beneficiosa del estado molecular epileptógeno en dicho bulbo. La experiencia ha confirmado, segun el autor, estas previsiones. Sin embargo, al someter la picrotoxina á la apreciación de los clínicos, en el concepto de modificador terapéutico de la epilepsia, dice que ni por un momento ha tenido la idea de presentarla como un específico, émulo en otro terreno, del sulfato de quinina. Esta

enfermedad es esencial ó sintomática, y esto basta para que se comprenda la dificultad de encontrar un remedio que cure todos los casos. El mismo sulfato de quinina no triunfa de todas las variedades de intermitentes; las hay que recidivan una y otra vez, y es necesario recurrir á los auxiliares, como el cambio de clima, de higiene, etc.

Por modestos que sean, añade el autor, los resultados obtenidos por la picrotoxina en la epilepsia, son considerables, respecto á los que se consiguen con los mejores agentes de la materia médica en una enfermedad que resiste con harta frecuencia á los esfuerzos mejor dirigidos, y mucho más cuando no es idiopática.

El doctor Planat ha empleado en sus experimentos fisiológicos principalmente la picrotoxina; pero en el tratamiento de la epilepsia da, por el contrario, la preferencia á la tintura alcohólica de coca, preparada segun la siguiente fórmula:

Coca de buena calidad pulverizada.	200	gramos.
Alcohol rectificado	1000	—

Se tiene en maceracion durante tres semanas, agitando la mezcla de tiempo en tiempo. Luego se filtra.

Ya hemos hecho notar al principio que los efectos del alcalóide y la tintura eran los mismos, con la sola diferencia de la intensidad. Por esta razon ha reservado el autor la picrotoxina para aquellos enfermos con cuya prudencia podia contar en absoluto. La cantidad máxima de esta sustancia no ha excedido jamás de 3 miligramos (gránulos de $\frac{1}{10}$ de milígramo). En la tintura se ha empezado siempre por 1 gota mañana y noche en una cucharada de agua, aumentando todos los dias 2 gotas á la cantidad de la víspera, hasta llegar á 60 ó 70 gotas diarias en los adultos; la proporcion de vehículo debe aumentarse á medida que crece el número de gotas, pero sin pasar de una tercera parte de vaso ó medio vaso en las dosis mas altas.

Las afecciones tratadas por este medicamento con un éxito incontestable han sido la *epilepsia simpática y esencial*, el *corea*, y una de sus variedades el espasmo diafragmático, la *eclampsia infantil* y la *contractura dolorosa de las extremidades*.

De las observaciones clínicas contenidas en su trabajo deduce el autor:

1.º Que la picrotoxina posee positivamente propiedades anticonvulsíferas.

2.º Que estas propiedades, bajo el punto de vista curativo, se dirigen á la mayor parte de las afecciones convulsivas.

3.º Que entre estas figuran la epilepsia simpática, y probablemente la idiopática reciente, la eclampsia puerperal é infantil, la epilepsia transitoria de Trousseau, la contractura de las extremidades y el corea, y su variedad el espasmo diafragmático.

El autor no ha podido aun determinar de un modo bien preciso su modo de obrar sobre las diferentes formas del histerismo.

Creemos que este trabajo, en que se atribuyen tan importantes propiedades á la picrotoxina, una accion tan determinada sobre una parte del sistema nervioso, cuyas funciones en gran manera han sido recientemente descubiertas, y que tanto interés ofrecen al fisiólogo como al patólogo y al terapéuta, no puede menos de ser el punto de partida de nuevos estudios que fijen y aclaren las verdaderas virtudes de este agente medicinal, y quizá descubran en él aplicaciones aun no conocidas, pero que pueden presumirse por su accion sobre el sistema nervioso.

Purgantes : su uso por el método hipodérmico. (Montp. méd.).

Habiendo neutralizado M. Luton, con un poco de magnesia calcinada, una solucion de clorhidrato de morfina que se habia puesto ácida é irritante, produjo en sí mismo un efecto laxante, inyectándola debajo de la piel. Guiado por este resultado imprevisto y deseando comprobarle, practicó en tres enfermos una inyeccion de 10 centígramos de sulfato de magnesia disueltos en un gramo de agua destilada, y obtuvo tambien un efecto purgante.

Las observaciones que posteriormente ha hecho le han demostrado que estas inyecciones suspenden los vómitos sintomáticos del cáncer del estómago, de la dispépsia y

del catarro gástrico. Las recomienda por induccion en los vómitos nerviosos del embarazo, en los de la jaqueca, el mareo, y el fleo esencial. Aunque la accion purgante haya sido mínima ó nula en estos casos, el doctor Luton no cree que este resultado se halle en contradiccion con el obtenido en sus primeras observaciones, y trata de interpretarlas, diciendo que bajo la influencia de la impresion producida sobre la mucosa intestinal por la eliminacion de la sustancia purgante, se restablecerian en su ritmo normal los movimientos peristálticos, contrariando á los antiperistálticos que predominan en el acto del vómito. En cuanto á la irritacion del intestino, determinada por las inyecciones hipodérmicas de sustancias purgantes, ha sido demostrada por los resultados experimentales obtenidos por Vulpian y Carville. Las dosis débiles no harian mas que estimular la onda peristáltica; las mas fuertes conducirian al catarro intestinal y al efecto purgante.

Estas inyecciones no determinan localmente ningun accidente.

Semillas de calabaza: parte activa como tenicida. (*Gaz. hebdom.*).

Desde hace algunos años se han acreditado las semillas de algunas cucurbitáceas como tenifugas. El modo de administracion consiste en hacer ingerir, despues de un purgante aceitoso, una dosis variable (100 á 200 gramos) de semillas mondadas, bajo la forma de una pasta diluida en agua. Conocidos son los ventajosos resultados que se obtienen de esta práctica; pero se ignoraba á qué parte de la semilla debia atribuirse el mérito. Algunos trabajos recientes han podido hacer creer, quizá equivocadamente, que la propiedad antihelmíntica reside de un modo exclusivo en el embrión. En tales circunstancias y para saber á que atenerse le ha parecido interesante al doctor Heckel practicar algunos experimentos acerca del valor comparativo de las diversas partes constitutivas de las semillas del *cucúrbita pepo* y *máxima*.

Sus primeros ensayos los ha dirigido en primer término al endopleuro, de color verde, que cubre inmediatamente al embrión; luego los ha extendido á este último órgano.

En cuatro casos de ténia, bien comprobados, ha prescrito dos veces la totalidad de 200 gramos de semillas, desprovistas del perispermo, es decir, 183 gramos de sustancia próximamente, que, puesta en forma de pasta y mezclada con azúcar, ha sido administrada sin otra precaucion que dar un purgante aceitoso antes y despues de la ingestion de aquella. El entozoario no fué expulsado.

La porcion correspondiente del endopleuro que se habia guardado, se administró á otros dos sujetos; cada uno de ellos tomó 17 gramos de esta película en forma de pasta, mezclada con azúcar. Dos horas antes del tenfugo se habian dispuesto 15 gramos de aceite de ricino, con el objeto que despues diremos; á las tres horas de la ingestion de la película verde, se repitió la misma dósis del purgante, á fin de asegurar la expulsion de la ténia por las deposiciones. El entozoario fué arrojado entero.

El doctor Heckel ha repetido estos experimentos varias veces, siempre con el mismo éxito. Desde entonces ha fijado su atencion en esta parte de la semilla, reputada hasta ahora como inactiva, y la ha encontrado constituida por dos membranas íntimamente unidas que se separan por la maceracion en el agua. La primera, anhista, contiene una cantidad de resina bastante apreciable que el autor cree ser el agente activo cuya accion asegura el aceite de ricino por una pronta disolucion. Este cuerpo grasso, administrado préviamente, obra, pues, á la vez como disolvente y como purgante. Dicha resina, contenida en pequeña cantidad en el endopleuro (1 gramo próximamente por 17 de película) merece ser cuidadosamente estudiada. El doctor Heckel se propone hacerlo así. La segunda membrana, organizada, contiene mas clorofila que resina.

Sen: nuevo modo de administracion. (*Union méd.*).

Cuando despues de haber tratado el sen por el alcohol hasta apurarlo, se le hace infundir en agua hirviendo, se obtiene una bebida dotada de propiedades purgantes mas enérgicas que si se hubiese obrado sobre el sen ordinario, y que, no teniendo ningun sabor desagradable, puede tomarse sin dificultad con café ó leche. Es, pues, ventajoso prescribir la infusion de sen, apurado por el alcohol,

La orina de las personas que hacen uso de esta preparacion, no se tiñe de rojo por la lejía alcalina, lo que prueba que el ácido crisofánico no es el principio purgante del sen.

Solucion contra la coqueluche.

Extracto de belladona.	5 á 10 centigramos.
Bromuro de amonio.	4 á 8 gramos.
— de potasio.	30 —
Agua destilada.	60 —

El doctor Cadwell emplea esta solucion en inhalaciones por medio del pulverizador, gastando en cada sesion una cucharada de las de café de este líquido, y asegura haber suspendido rápidamente por este medio los accesos de tos.

Solucion contra el coriza agudo.

Acido fénico.	5 gramos.
Alcohol rectificado.	15 —
Licor amoniaco cáustico.	5 —
Agua destilada.	10 —

El doctor Hager recomienda esta mezcla, que debe respirarse por espacio de uno ó dos minutos cada hora, para combatir el coriza. Si la enfermedad está en su principio, segun el autor, debe desaparecer en pocas horas. Sin embargo, en las personas anémicas, es preciso prescribir con precaucion las inspiraciones de amoniaco concentrado, porque pueden determinar epistaxis mas ó menos graves.

Solucion hemostática, que puede servir para la conservacion de las piezas anatómicas. (Rev. des Scienc. méd.).

El agua de Pagliari, de la misma manera que los hemostáticos en general, tendria el inconveniente, segun el doctor Pollacci, de producir coágulos poco sólidos que se redisuelven en un exceso de líquido, lo que depende, á juicio del autor, de la cantidad de agua que entra en la composicion del medicamento.

Para remediar este inconveniente, añade al agua de Pagliari, cierta cantidad de cloruro de sodio en polvo, hasta saturacion y filtra en seguida el líquido.

Los experimentos hechos por Pollacci y repetidos por Corradi, demuestran la eficacia de esta preparacion que se ha aplicado tambien á la conservacion de las piezas anatómicas. Se han conservado perfectamente en este líquido, durante treinta meses pedazos de pulmon, de corazon, y de músculos. Tendria además la ventaja de no alterar los tejidos, ni disolver las grasas. El color de los órganos cambia menos que con el alcohol.

Solucion para las inyecciones subcutáneas de morfina.
(*Gaz. des Hopitaux*).

Las soluciones de morfina para inyecciones subcutáneas tienen el inconveniente de no poderse conservar largo tiempo, aun cuando se las adicione la glicerina. Para evitarle emplea el doctor Vidal, una fórmula compuesta de:

Agua destilada.	10 gramos.
Clorhidrato de morfina.	10 centigramos.
Hidrato de cloral.	20 —

El autor asegura haber obtenido excelentes resultados con esta composicion que ya tiene bastante experimentada.

Tímol: sus virtudes antipútridas y antifermentescibles.
(*Centralblatt medicinisch*).

El estudio de las sustancias antipútridas está á la orden del dia, y así no queremos dejar pasar desapercibidos los experimentos de Lewin. Si hemos de creer á este autor, la accion del tímol seria mucho mas poderosa que la del ácido ténico, y aun que la del salicílico, para suspender la fermentacion alcohólica que la levadura de cerveza determina en presencia del azúcar.

Adicionando una pequeña cantidad de tímol á la albúmina ó á la leche, pueden conservarse durante meses. La orina permanece sin alterarse hasta cinco semanas, y las soluciones de goma ó de cola muchos meses.

El pus pútrido pierde inmediatamente su olor cuando se le añaden algunas gotas de una solucion de tímol y llega á secarse sin sufrir alteracion.

El tímolo impide los efectos del pus pútrido sobre el organismo; destruye los olores que invaden las salas de los hospitales, según resulta de los experimentos hechos en la clínica de Langenbeck.

Este cuerpo es de un precio bastante elevado, pero como se emplea en pequeñísimas cantidades, no resulta más caro que el ácido fénico ó el salicílico.

Ha sido extraído de la esencia de tomillo por Bouilhon, y se le conoce también con el nombre de *ácido tímico*. Tiene un olor muy agradable, y sus propiedades antisépticas habían ya sido utilizadas por Paquet, de Lilla, en la cura de las heridas. Se ha empleado en solución diluida ($\frac{1}{1000}$) con adición de alcohol, destinado á favorecer la solubilidad. En solución más concentrada obra como cáustico, sirviendo para reprimir los mamelones carnosos, cauterizar los nervios dentarios, etc.

La fórmula de las soluciones usadas para lavar las heridas es la siguiente:

Agua destilada.	995 gramos.
Alcohol á 85°.	4 —
Tímolo.	1 —

M. Bouilhon ha preparado una pomada con:

Manteca.	50 gramos.
Tímolo.	2 —

La experiencia sobre el tímolo es aun muy poco extensa y hasta ahora parece que le lleva alguna ventaja el ácido salicílico.

Tintura de yodo crotonizada, como revulsivo. (*The Clinic*).

Conocidos son de todos los prácticos los inconvenientes que ofrece el aceite de croton cuando se le emplea como revulsivo; se seca con mucha lentitud y frecuentemente extiende su acción mucho más lejos de lo que se quería; de suerte que la erupción producida, pocas veces se limita á las partes que han sido friccionadas, y no es raro ver la cara y los órganos genitales interesados contra la voluntad del médico.

El doctor Corson recomienda una fórmula que remedia estos inconvenientes. Ha visto que el éter facilita la

solubilidad del aceite de croton en la tintura de yodo, y ha tenido la idea de servirse de este agente para obtener un revulsivo que participe de las ventajas de estos dos cuerpos sin presentar sus inconvenientes. Esta fórmula se compone de:

Aceite de croton..	1 parte.
Eter sulfúrico.	2 partes.
Tintura de yodo..	5 —

Se aplican dos ó tres capas por medio de un pincel sobre una pequeña extension de la superficie cutánea; el barnizamiento debe repetirse cada siete ú ocho dias.

Puede prepararse una solucion mas enérgica, aumentando la cantidad de yodo, del que es fácil hacer disolver una dosis mas considerable por medio del yoduro potásico.

Transfusion de la sangre: nuevos aparatos para practicarla.
 (Revue méd.—Berlin. Klinik. Wochens.—Centralblat.—Rev. des sciences méd.—Rivista clinica di Bologna.—Il Morgagni.—Gaz. méd.—Revue de théér.—Bull. de théér.).

La transfusion de la sangre va generalizándose en algunas naciones de Europa y singularmente en Alemania; pero como los problemas que esta operacion entraña son muy complejos y las opiniones bastante divergentes, son tantos los trabajos publicados acerca de este asunto que si hubiéramos de analizarles extensamente todos, llenarian la mayor parte de las páginas de este volumen. La transfusion se emplea ya, no solo contra los accidentes hemorrágicos, sino para combatir las enfermedades que tienen por carácter la anemia exagerada, y se ha ensayado tambien algunas veces en enfermedades caquéticas y de otra naturaleza. Domina en muchos autores la idea de que la transfusion de la sangre debe entrar como medicacion poderosa en la terapéutica de las mas graves dolencias.

Si esto fuese así, fácilmente se comprende la conveniencia de uniformar el método operatorio, de estudiarle en sus más ínfimos detalles, y de vulgarizarle luego, así como los instrumentos destinados á su ejecucion. Solo de esta manera podrá salvarse la transfusion de todas las di-

ficultades y todos los errores que van necesariamente á cometerse.

El doctor Casse ha presentado á la Academia de Medicina de Bélgica una Memoria que tiene por objeto estudiar á fondo esta operacion y todas las cuestiones secundarias que á ella se refieren. Registrando en la literatura médica de todos los países las observaciones que se han publicado y las opiniones emitidas, ha hecho un resumen sucinto de todos los casos conocidos de transfusion de la sangre hasta nuestra época. Sus opiniones personales se apoyan en un gran número de experimentos que ha practicado por sí mismo en perros, y en ocho casos de transfusion de su práctica particular, terminando este trabajo con las siguientes conclusiones :

La transfusion puede hacerse en el hombre con sangre humana ó de animales que posean glóbulos de un diámetro inferior á los de este.

Debe practicarse de modo que se impida la coagulacion y se eviten las embolias. A este fin, establece el autor un procedimiento operatorio : se sirve de sangre defibrinada, privándola de las menores partículas de coágulo por medio de una filtracion minuciosa; la introduce en una especie de probeta graduada, de donde pasa á un tubo de cautchouc, que termina en una cánula especial, por medio de la que se puede detener el curso de la sangre á voluntad del operador. La impulsion se da colocando la probeta á una altura superior á la del enfermo, la presion basta para hacer penetrar la sangre en la vena, en cuyo interior se encuentra la cánula.

La introduccion de algunas burbujas de aire no constituye un peligro tan sério como generalmente se ha dicho. Los experimentos del autor le han probado que se pueden inyectar en los animales notables cantidades de aire, siempre que se tenga cuidado de introducir las en las venas distantes del corazon, la safena principalmente.

La temperatura de la inyeccion no debe ser la normal del cuerpo humano, sino un poco mas baja.

La transfusion es un medio curativo en las hemorragias agudas, sobre todo en las que acompañan ó siguen al parto, en la anemia crónica, en ciertos envenenamientos. Las indicaciones de la transfusion son aun poco nu-

merosas ; pero bien aplicada, da resultados positivos que hoy ya no pueden negarse.

La accion de la sangre defibrinada y arterializada es infinitamente mayor que la de la sangre venosa introducida directamente.

El doctor Casse ha hecho curiosos experimentos para reconocer qué cantidad de sangre puede inyectarse sin dañar al organismo, y ha comprobado que se puede casi doblar la contenida en el sistema circulatorio de un perro; pero en este momento se manifiestan hemorragias en los tejidos. Estas extravasaciones se producen mas pronto cuando se emplea sangre no defibrinada. Nunca ha observado el autor alteraciones respiratorias.

El doctor Küster, de Berlin, es un adversario decidido de la defibrinacion, y por otra parte encuentra en el método de Hasse (transfusion arterial directa de sangre de carnero á hombre) dos inconvenientes esenciales: 1.º la introduccion posible de coágulos que pueden ser causa de muerte repentina, ó de una sangre de animal enfermo, capaz de determinar flebitis é infeccion purulenta; 2.º la dificultad de saber la cantidad de sangre que se inyecta.

El doctor Küster ha empleado siempre el transfusor de Schliep. Desde el otoño de 1874 ha practicado en el hospital Augusta doce transfusiones arteriales directas de sangre de animal; diez veces se ha abierto la radial y dos la tibial posterior. En algunos casos, los accidentes han sido muy sérios aun durante la operacion; con mucha frecuencia se presentaron violentos dolores renales y una disnea considerable que llegó hasta la sofocacion. La transfusion era seguida de un frio muy intenso que terminaba por sudores, y una elevacion de temperatura que llegaba por término medio á 39º,5'.

Küster busca la explicacion de la disnea, no en el aumento de la presion sanguínea, sino mas bien en una accion específica de la sangre del carnero. La sangre de los herbívoros es mucho mas rica en ácido carbónico que la del hombre, y no puede oxigenarse tan rápidamente. Los síntomas recuerdan en efecto muy á lo vivo los de una intoxicacion incipiente por aquel ácido.

Esta manera de ver se encuentra confirmada por algu-

nas transfusiones de sangre humana que el autor ha hecho últimamente valiéndose de un método nuevo á que denomina *transfusión arterial doble directa*. Conduce la sangre de la arteria radial de un hombre á la arteria similar del enfermo. Aun cuando ha introducido de este modo cantidades de sangre mucho mas considerables que en sus operaciones anteriores, no ha observado nunca la disnea. En cambio no faltaron jamás el escalofrío y el acceso febril consecutivo.

En fin, este autor renuncia para el porvenir á practicar la transfusión en las enfermedades incurables, tales como la tísis.

Con motivo de este trabajo, los doctores Thiersch y Hasse han llamado la atención acerca de muchos ejemplares de carneros vendidos como sanos, á pesar de que tenían una afección crónica infectiva y abscesos en el pulmón y en el hígado, hecho que no debe olvidarse por lo peligroso que sería practicar la transfusión con una sangre de esta especie. A fin de evitarlo, el doctor Hasse tiene cuidado de emplear animales muy jóvenes, procurando que no pasen de dos meses.

Fundándose en su práctica y en los casos publicados por otros autores el doctor Küster considera la transfusión como formalmente contraindicada: 1.º en las afecciones orgánicas incurables; tísis, cáncer, degeneraciones viscerales y lesiones de los centros nerviosos; leucemia; 2.º en los estados febriles ó en el período último de la extenuación.

La considera, por el contrario, como muy útil en los casos que siguen:

- 1.º En la anemia por pérdidas sanguíneas.
- 2.º En la anemia crónica determinada por la pérdida de humores normales ó patológicos.
- 3.º En los catarros bronquiales sin tubérculos.
- 4.º En las afecciones curables del tubo digestivo en que la digestión y la nutrición se encuentran completamente impedidas.
- 5.º En las afecciones agudas que amenazan producir la muerte por estenuación.
- 6.º En la septicemia y la piohemia si se puede suprimir la causa.

7.º En la intoxicacion por el óxido de carbono.

En este último caso, el autor recomienda recurrir á la sangre de hombre, porque la de carnero contiene una proporcion mucho mas notable de ácido carbónico; no obstante, en una nota aneja á su memoria propone una innovacion cuya idea pertenece á Traube y que ha empleado con éxito en un caso. Durante la transfusion se establece en el animal que da la sangre la respiracion artificial. Atribuye á la oxigenacion mas completa del líquido sanguíneo, bajo la influencia de esta maniobra, la falta de disnea y de fenómenos asfísicos que se notaron en este sujeto.

Estudiando el doctor Landois los resultados de la transfusion de la sangre de una especie animal á otra, ha establecido por un gran número de experimentos, que los glóbulos sanguíneos de una especie extraña se disuelven en la sangre del animal en quien se inyectan. Ha podido asegurarse de *visu* en el mesenterio de la rana viva y practicando cortes en las diferentes vísceras de los mamíferos (conejos, perros, etc.), que los glóbulos heterogéneos ó mas bien sus estromas se aglutinan y producen verdaderas obstrucciones embólicas, seguidas de éstasis, de equímosis y de infarctus. De aquí las alteraciones variadas y las lesiones que se manifiestan en los pulmones (disnea, focos apopléticos), en los órganos urinarios (leucouria, albuminuria), en el tubo intestinal (diarrea por isquemia de las tónicas, deposiciones sanguinolentas) en la piel (urticaria); de aquí tambien la contraccion muscular y las alteraciones nerviosas variadas. Fundándose en estos hechos y en la rápida destruccion de los glóbulos heterogéneos, Landois se pronuncia contra la transfusion á el hombre de sangre de procedencia animal.

Despues de los resultados imprevistos obtenidos por Hassé en las afecciones mas diversas empleando la transfusion de la sangre de cordero, y en vista de lo que han llamado la atencion estos hechos y del movimiento científico á que dan lugar, les ha parecido útil á los doctores Ponfick y Bamberg, someter esta cuestion á una comprobacion rigurosa del método experimental, dilucidando al mismo tiempo cierto número de puntos interesantes no aclarados en trabajos anteriores.

La inyeccion de sangre en las venas de un animal puede ser peligrosa por una doble accion : accion mecánica procedente del aumento repentino de la masa líquida de la sangre; accion química, resultado de la composicion misma de la sangre.

Para determinar cuáles son las consecuencias del aumento rápido de la cantidad de sangre, los autores han hecho experimentos inyectando suero artificial y suero natural. Con el primero han llegado á introducir hasta el $\frac{4}{100}$ por 100 del peso del animal ó sea aumentar en una mitad la masa total de la sangre. Los fenómenos consecutivos se limitaron á una ligera opresion y á algunos síntomas especiales del aparato urinario.

Para experimentar el suero natural, Ponfick empleó el de la sangre de cordero. Aquí, como en el caso anterior, no aumentó la cantidad de orina la cual conservó su densidad normal que en el experimento anterior habia descendido considerablemente. Nunca se descubrió albúmina en la orina; el autor cree que los resultados contrarios de Cl. Bernard y Creite, consisten en que el suero no estaba enteramente privado de hematias.

Estos resultados demuestran que la teoría de la plétora aguda no tiene ninguna razon de ser. Bajo el punto de vista práctico, debe pues considerarse como inútil y peligrosa la sangría llamada depletorizante, que tanto se ha empleado y que en la actualidad solo puede justificarse en casos raros como, por ejemplo, las intoxicaciones por el óxido de carbono.

Bajo el punto de vista químico, el autor establece desde luego la inocuidad absoluta de la sangre del propio individuo ó de otro de la misma especie. Si, por el contrario, se emplea para la transfusion sangre de otro animal se observan accidentes graves y es bastante comun la terminacion funesta; el doctor Ponfick ha hecho gran número de experimentos para saber si todas las especies de sangre son dañosas, empleando sucesivamente en el perro la de cordero, gato, ternera, cerdo, conejo, gallina, pato y aun la de hombre. Siempre ha visto producirse á pequeñas dosis, desórdenes generales y hematuria, á altas dosis la muerte. Las alteraciones anatómicas que se encuentran en estos casos son múltiples, pero la más importante es se-

guramente la que tiene su asiento en los riñones. En todos los casos (ligeros ó mortales) los riñones se encuentran tumefactos, de un color pardo sùcio; en medio del tejido así alterado, se observan manchas y líneas de un rojo pardusco. Examinadas estas manchas al microscopio, se ve que están formadas por la presencia de tapones sólidos en la cavidad de los conductos rectos ó encorvados.

A esta enfermedad de los riñones, es á la que considera Ponfick como determinante de los accidentes observados durante la vida y aun de la muerte si es bastante avanzada. Encuentra la prueba en el hecho de que la gravedad de aquellos y la rapidez de esta están siempre en relacion constante y visible con la intensidad de la alteracion renal.

La hematuria que se produce en la transfusion de sangre extraña, es pues un fenómeno de los mas importantes. En realidad no merece el nombre de hematuria, porque es imposible descubrir en la orina con el microscopio, aun cuando el líquido tenga un rojo vinoso la mas pequeña hematia; pero el espectróscopo revela cantidades extraordinarias de hemoglobina. Deberia pues denominársela con mas propiedad hemoglobinuria.

Este fenómeno aparece en general de treinta á sesenta minutos despues del principio de la transfusion. La reaccion de la orina se hace alcalina y disminuye el peso específico, lo que indica cuán pobre es en materiales sólidos.

La importancia de la hemoglobinuria es considerable no solo bajo el punto de vista del pronóstico, sino tambien y sobre todo bajo el de la operacion misma. Se la puede considerar como un reactivo muy preciso y muy sensible para reconocer el grado de perniciosidad de una sangre con relacion á otra.

Los experimentos del autor le han conducido á admitir que esta hemoglobina procede de la destruccion de los glóbulos de la sangre extraña que se ha inyectado, segun cree Landois, y no de los del animal mismo, como pensaba Hasse.

La presencia de esta hemoglobina en la circulacion puede provocar desórdenes en el organismo, pero permanece poco tiempo: se transforma en parte ó afluye hácia los riñones que son el órgano eliminador y que la eliminan

en efecto, cuando la cantidad no es demasiado considerable. En el caso contrario, ya hemos visto que estos órganos presentan alteraciones profundas y características. Se forman con rapidez en los tubuli exudaciones que pueden muy á menudo impedir que continúe la secrecion. Esta insuficiencia de la secrecion urinaria es el principio del fin. Entre las dosis débiles y las fuertes, las dosis medias dan lugar á estados anatómicos intermediarios de los riñones, en que una diuresis abundante puede salvar la vida al animal, pero en que tambien la mas pequeña circunstancia desfavorable puede matarle.

De este largo estudio deduce el doctor Ponfick, que la sangre extraña no puede ser de ninguna utilidad, y que si en ciertos casos ha producido buenos efectos, estos tienen que ser forzosamente resultado del plasma y de los leucocitos. El autor advierte que esta conclusion notable no está justificada más que para los animales en quienes se ha experimentado, pero es muy de creer, que una buena parte de los resultados se aplique igualmente al hombre.

El doctor Panum, que ha hecho tambien un estudio particular de la cuestion, preconiza la transfusion de sangre humana defibrinada, porque en su concepto, la que se ha hecho en estos últimos tiempos con la sangre de corderos y otros animales, ensayada ya, abandonada y condenada hace mas de dos siglos, es siempre una operacion inútil y peligrosa. Los glóbulos sanguíneos no pueden en esta transfusion, persistir tales como son; además el plasma de esta sangre extraña puede disolver una parte de los glóbulos humanos.

El doctor Luciani recomienda, en la *Rivista clinica di Bologna*, un medio seguro para practicar la transfusion directa de la sangre de un animal al hombre. El aparato de Luciani es de una sencillez notable y merece una atencion especial. Se compone de un tubo de cautchouc de 40 centímetros de largo y que contiene 8 centímetros cúbicos de líquido. Una de sus extremidades termina en un pequeño tubo de cristal afilado á la lámpara y que está destinado á introducirse en la carótida del animal que debe suministrar la sangre. La otra extremidad del tubo de cautchouc termina en una cánula de cristal cónica,

redondeada, cortada en forma de pico de clarinete y que se introduce en la vena del brazo que debe servir de recipiente á la sangre transfundida. La vena debe naturalmente ser incindida de antemano como si se tratase de practicar una sangría.

Esta última cánula está reunida al tubo de cautchouc por una llave de construccion especial, cuyo juego resume toda la manobra del aparato. Es una llave de doble corriente que puede establecer comunicacion entre las dos piezas extremas del tubo, y por consiguiente, entre la sangre del animal y la vena del enfermo, ó entre el tubo de cautchouc y el aire exterior. Para esto, en el interior de la llave, hay un conducto en forma de T, cuyas tres ramas pueden corresponder ó no á las tres aberturas de la llave y que se abren en la vena que recibe la sangre, en la que la suministra y en el conducto que comunica con el aire exterior. Se puede, en fin, cerrar el instrumento cuando las ramas de la T no corresponden á los orificios de la llave.

La transfusion se practica del modo siguiente: colocado el aparato en posicion, es decir, haciendo comunicar el animal y el enfermo, y lleno de una solucion saturada de bicarbonato de sosa, se abre la llave de modo que la sangre del animal salga por la abertura lateral sin llegar al brazo del paciente. Un ayudante recibe la sangre en una probeta graduada y se detiene la salida cuando hay 10 centímetros cúbicos en la probeta, lo que representa 2 gramos de sangre, más la solucion alcalina. Se vuelve entonces la llave para establecer la comunicacion entre los dos sujetos. Si se ha marcado con el reloj el tiempo necesario para recibir los 12 centímetros de sangre en el vaso graduado, será fácil deducir por el tiempo que transcurre desde la última vuelta de la llave, la cantidad de sangre inyectada. Se sabe, pues, de una manera muy precisa, con el reloj en la mano, cuándo debe suspenderse la operacion. Despues no resta mas que cerrar la llave y quitar el aparato.

Este método ha sido aplicado cuatro veces, sin encontrar el operador dificultad alguna. El doctor Luciani, como fisiólogo concienzudo, guarda un silencio completo acerca del resultado de las transfusiones que ha ejecutado.

Pero promete darle á conocer, cuando el número de los hechos sea bastante considerable.

El doctor Ponza, jefe de la casa de Salud de Alejandria (Piamonte), que ha practicado muchas transfusiones de sangre arterial de cordero en los locos, protesta contra las afirmaciones del doctor Ponfick, en una carta dirigida al profesor Bizzozero, de Turin, y dice, que jamás ha observado la hematuria como resultado final de estas transfusiones; las orinas de sus enfermos no presentaron nunca vestigios de hemoglobina, y asegura que los doctores Rodolfi y Mangini de Brescia, y Ambrosoni de Sampierdarena, tampoco han observado estos fenómenos. Las orinas de los operados del doctor Ponza fueron siempre examinadas al microscopio. Segun este autor, las observaciones del doctor Ponfick no deben aplicarse al hombre, porque el resultado clínico ha sido siempre excelente y aconseja á los médicos que perseveren en este método.

Transfusión de la sangre en el tejido celular.—El doctor Poncet ha comprobado que la inyeccion de cierta cantidad de sangre defibrinada debajo de la piel de un animal, á la temperatura de 37 á 38°, procedente de otro de la misma especie, es completamente inofensiva, siendo los fenómenos locales tan sencillos como despues de una inyeccion de agua pura. Transcurridas algunas horas ha desaparecido toda señal de bolsa sanguínea; la sangre se extiende de capa en capa filtrándose en todas direcciones. La reabsorcion se efectúa rápidamente segun lo prueba el exámen de los derrames sanguíneos pasados dos ó tres días. La observacion de este hecho ha sugerido la idea de inyectar sangre en el tejido subcutáneo con el fin de mejorar el estado general de un enfermo extenuado por abundantes hemorragias.

Karst (de Kreuznach) es el primero que en octubre de 1873 emitió la idea de sustituir á la transfusion intravascular la inyeccion de sangre en el tejido conjuntivo. Este autor se fundaba en un solo experimento practicado en un conejo. Un año despues, Landerberger de Stuttgart puso en estudio esta cuestion por medio de experiencias en animales. La operacion, segun el autor, puede repetirse un gran número de veces sin que se altere la rapidez de la absorcion. Si en la sangre inyectada se encuentran

pequeños coágulos, las paredes de los capilares se oponen á la absorcion como un filtro.

El doctor Landenberger ha ensayado este procedimiento en tres casos que expone con detalles, pero de los que todavía no puede deducirse conclusion alguna, ni bastan para juzgar el método. En el primer caso, habia impermeabilidad de las vías digestivas (ileo ó una afeccion análoga), una inyeccion de 8 gramos no fué seguida de ninguna reaccion; la reabsorcion se verificó rápida y completamente. En la visita de la tarde, los puntos por donde se habian hecho las inyecciones no se advertian mas que por la presencia de las picaduras, el estado general del enfermo era mejor; la temperatura se habia elevado un grado, el pulso se percibia de una manera muy distinta; este alivio se sostuvo durante cuarenta y ocho horas, luego sobrevino el colapso. Un segundo enfermo afectado de marasmo, en quien el autor hizo el estudio experimental de algunas inyecciones por su procedimiento, presentó grandes equimosis. En el tercer caso, se trataba de una tísis pulmonar en último grado; el paciente advirtió en los sitios en que se habian hecho las inyecciones una sensibilidad á la presion que duró veinte y cuatro horas, aun cuando habia tenido lugar la absorcion. Como es natural, tampoco se curó este enfermo; pero tanto en él como en los dos hechos anteriores, se demuestra la inocuidad de la operacion, que quizá en casos menos desesperados pueda tener útiles aplicaciones. De todos modos, se necesitan nuevos experimentos para decidir acerca del valor de este método.

Transfusores de la sangre de Collin y de Leblond. — La transfusion de la sangre presenta dos órdenes de peligros, cuya gravedad ha dificultado sus aplicaciones prácticas; son estos, la formacion y proyeccion de coágulos y la introduccion del aire en las venas.

Con el fin de evitarles ha construido M. Collin un nuevo inyector, que fué presentado á la Academia de Medicina de Paris por el profesor Behier.

El primero de estos peligros parece haberse conjurado por la disposicion del instrumento que hace poco tiempo habia presentado Collin á la Sociedad de Cirugía. La supresion de las válvulas, de las llaves y la del cautchoue

hacian la operación fácil é inofensiva, según ha demostrado ya la experiencia; faltaba el peligro de la introducción del aire, que podía evitarse con un poco de cuidado y atención por parte del operador. Pero M. Collin se ha esforzado en hacer estos accidentes independientes de una falsa maniobra operatoria; el instrumento representado en la figura 27 impide automáticamente la introducción del aire en las venas.

La sangre impulsada llena una cámara ó reservorio, incesantemente renovado; un flotador hecho de materia



Fig. 27.

inalterable desciende desde el momento en que se concluye el líquido. Este flotador, mas ligero que la sangre y mas pesado que el aire, permanece encima del tubo de salida, y se opone al paso del aire que se escapa siempre, hágase lo que se quiera, por el orificio superior.

La maniobra consiste en sacar é impeler el piston suavemente. El tubo de cristal contiene 10 gramos de sangre.

Transfusor Leblond.—El doctor Leblond ha presentado á la Academia de Medicina de Paris un transfusor simplificado (fig. 28).

El aparato se compone de un aspirador Dieulafoy, armado en una de sus tubuluras de una cúpula destinada á recibir la sangre de la sangría, y en la otra de un tubo de cautchouc, terminado en una aguja hueca, que debe introducirse en la vena del operado.

Haciendo mover el piston del aspirador y abriendo alternativamente una ú otra de las tubuluras, se puede aspirar la sangre contenida en la cúpula ó impelerla dentro de la vena.

No habria inconveniente en reemplazar la cúpula por

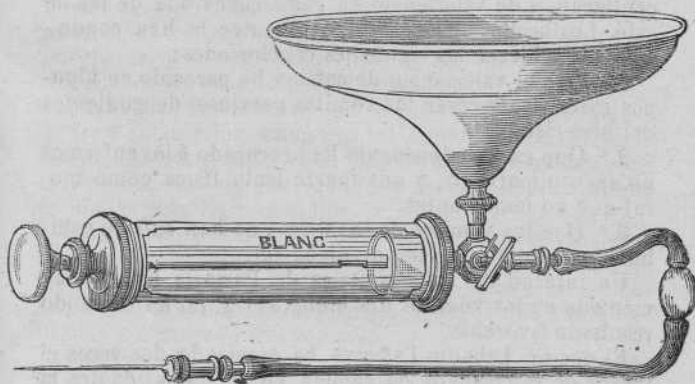


Fig. 23.

un tubo de cautchouc, armado de una aguja hueca y destinada á penetrar en la vena de la persona que suministra la sangre.

Para evitar que penetre aire en el vaso es preciso colocar en el tubo de cautchouc, que debe llevar la sangre á la vena del operado, una ampolla de cristal de centímetro y medio de diámetro. En el momento de la operacion se la debe mantener verticalmente, de tal manera que la abertura de llegada esté hácia abajo y la de salida arriba, á fin de que el aire que pudiera haber penetrado se recoja y quede detenido en su interior y no pase al tubo situado debajo de ella.

Este aparato tiene sobre todo por objeto utilizar para

la transfusion un instrumento que, como la jeringa de Pravaz, está hoy en manos de todos los prácticos.

Valerianato de cafeina: accion terapéutica. (*Bull. de théér.*).

El valerianato de cafeina es un producto cristalizado en agujitas blancas, con un olor muy desagradable de queso podrido. El doctor Paret le ha administrado en forma de píldoras de 10 centígramos, dando 2 ó 3 al dia.

Puede tambien prescribirse un jarabe que contenga 10 centígramos de valerianato en cada cucharada de las de café. Los hechos observados por el autor le han conducido á establecer las siguientes conclusiones:

1.^a Que el valerianato de cafeina ha parecido en algunos casos hacer cesar los vómitos nerviosos dependientes del histerismo.

2.^a Que este medicamento ha procurado á los enfermos un apetito marcado, y una fuerza tanto física como moral que no tenian antes.

3.^a Que los vómitos de los tísicos no han sufrido cambio alguno por la accion de dicha sal.

Un interno de los hospitales de Paris la ha experimentado en los vómitos del embarazo y no ha obtenido resultado favorable.

El doctor Labadie-Lagrave ha empleado dos veces el jarabe de valerianato de cafeina en los niños, contra la coqueluche, en cantidad de una cucharada de las de postres al dia, y ha obtenido un alivio muy notable. Los accesos de tos, cuyo número se elevaba á quince diarios, descendieron á cuatro despues de una semana de tratamiento.

Yedra arbórea: sus propiedades antilácteas.
(*Génio médico quirúrgico*).

La accion de la yedra arbórea sobre la secrecion láctea, anunciada ya hace algunos años, pero olvidada casi por completo, parece positiva segun las aplicaciones prácticas hechas por D. Manuel Pastor en varios casos.

El primer ensayo le hizo en una jóven de diez y ocho años, primípara, robusta, que por circunstancias particulares no podia lactar. Al iniciarse los fenómenos de la

secrecion hizo aplicar sobre las mamas una cataplasma de las hojas de yedra cocidas y machacadas, y recordando la propiedad diurética que se atribuye á esta planta, en la obra titulada *Los tres reinos de la naturaleza*, dispuso que la enferma tomase á la vez dos tazas diarias de una infusion hecha con dos ó tres hojas de la expresada yerba, y con sorpresa agradable vió que al sexto día de este tratamiento habia desaparecido por completo la turgencia de los pechos, quedando sumamente flácidos sin presentarse accidente alguno particular. Despues ha usado este mismo medio en muchos casos sin tener en cuenta ni la edad, ni el temperamento ni demás circunstancias de las púérperas, y en todas ellas obtuvo con corta diferencia de tiempo, los mismos felices resultados.

Para evitar los inconvenientes que ofrece el reducir la yedra á cataplasma, ha usado los fomentos con el cocimiento de esta planta, y con mas ventaja aun las cataplasmas compuestas de pan rallado y dicho cocimiento, que es lo mas sencillo y lo mejor.

Estas cataplasmas producen tambien, segun el autor, excelentes efectos en los tumores y abscesos mamarios, así como en las úlceras que de ellos resultan; las cuales se limpian muy pronto de la capa lardácea que suele cubrir las y cicatrizan con rapidez.

Aun quando el tiempo de seis y más dias que en estas observaciones ha tardado en conseguirse la supresion de la secrecion láctea, es bastante para que se lograra el mismo efecto en muchos casos con solo la dieta y los diuréticos; creemos, sin embargo, que debe ensayarse este medicamento á fin de confirmar las virtudes que se le atribuyen, no solo en estas circunstancias, sino tambien en los abscesos mamarios y en las ulceraciones á que estos dan lugar.

ÍNDICE DE AUTORES.

Abeille. Desviaciones uterinas,	512	Berger. Neuralgia ciática,	115
Acetella Difteria,	57	Bernard. Hipertrofia esplénica,	102
Albarenga. Erisipela,	80	— (Cl.). Morfina,	648
Alexandre Hernias,	345	Bernardo. Ulceras del cuello del útero,	578
Alibet. Fiebre diséica,	121	Bernhein. Enfermedades del corazon,	70
Alligham. Fistulas de ano,	305	Berrutti. Histero-epilepsia.	555
Allo. Eclampsia,	518	Besnier. Pleuresia,	156
Amici (Luid. i). Difteria,	56	— Enfermedades de la piel,	285
Anderson. Lupus,	554	Beusason. Difteria,	57
Andrews. Emulsion de aceite de bacalao,	624	Blachez. Reumatismo cerebral,	170
Anfrecht. Erisipela,	81	Blanchard. Incontinencia de orina,	102
Anger (B.). Secciones tendinosas,	422	Blaser. Heridas,	532
— — Traqueótomo,	452	— Apósitos antisépticos,	552
Anger (Th.). Luxaciones del astrágalo,	455	Blondeau. Ténia,	179
Arigo. Pulmonia,	158	Billroth. Extirpacion de la laringe,	299
Ashburton Thompson. Clorosis,	492	— Tumor fibroso de la vejiga,	455
Aubry. Amigdalotomo,	259	Birch-Hirschfel. Tuberculosis.	196
Bacot. Enfermedad de Meniere,	282	Böckel. Inflammaciones superficiales,	550
Bader. Fotofobia,	477	— Reseccion del omóplato,	415
Baldwin. Quemaduras,	407	Bogjawleuski. Koumis,	646
Balfourt. Glucosuria,	99	Boille. Bromhidrato de quinina,	609
Baltus. Fiebre terciaria,	90	Bouffigli. Diarrea vasoparalítica,	55
Bamberg. Transfusion de la sangre,	667	Boehm. Intoxicacion,	250
Barbestre. Heridas de los tendones,	558	Bottini. Amputacion de la lengua,	240
Barety. Adenopatía bronquial,	6	— Extirpacion de la laringe,	294
Barthez. Catarro bronquial,	50	Bouchut. Conmocion cerebral,	47
Bartholow. Tic doloroso,	180	— Reumatismo cerebral,	177
Bartleet. Pericarditis,	154	— Corea,	502
Batley. Obstrucciones intestinales,	125	— Vaginismo,	575
Bennett. Estricnina,	215	Bouisson Hernias,	540
Benson-Barker. Neuralgias faciales,	116	Bouloumie. Heridas,	529
Berenger Ferand. Metrorragias,	549	Bourdon. Cloral,	209
— Quistes del higado,	145		

Bourneville. Bromuro de alcanfor,	615	Castrucci. Difteria,	55
— Nitrito de amilo,	649	Cavazzani. Erisipela,	78
Boutges. Coma histérico,	495	Chamouillon. Denticion,	509
Boys de Loury. Adenitis inguinales,	257	Charcot. Enfermedad de Menière,	280
Brunton. Cloral,	215	— Histerismo,	532
— Hongos,	225	Chataigneray. Hernias,	542
Broca. Erisipela,	79	Chauvel. Operaciones; isquemias,	565
Brooklin. Estricnina,	217	Chaveau. Tuberculosis,	197
Brown-Séguard. Jaqueca,	108	Cheron. Sifilides,	426
Bryant. Fractura del fémur,	516	— Leucorrea,	541
Bruniche. Tuberculosis,	195	Chiarleoni. Partos,	550
Bucquoy. Congestion cerebral,	46	Chinchiolo. Pitiriasis,	599
— Gangrena pulmonar,	96	Chiralt. Catarata,	455
— Heridas,	557	Choppe. Partos,	551
Budges. Cólera,	44	Choupe. Cloral,	209
Budin. Anestesia clorofórmica,	598	Choupett. Tisis,	184
Burckhardt.-Merian. Otorrea,	587	Cianciosi. Púrpura hemorrágica,	141
Burdel. Neurose cardíaca,	119	Giattaglia. Ulceras del cuello uterino,	578
— Arrancamiento del cuero cabelludo,	249	Cinni. Difteria,	59
Burow. Operaciones en el maxilar,	584	Clauzel. Tumores melánicos,	456
Butcher. Fractura del muslo,	518	Clement Sarna,	421
Butt. Acido salicilico,	585	Colrat. Reumatismo cerebral,	176
Cadet de Gassicourt. Heridas,	557	Colson. Enfermedades de la piel,	284
Cadwell. Solucion,	660	Colles. Hemorroides,	526
Caffe. Histerismo,	552	Collin. Adenopatía bronquial,	5
Calvy. Antrax,	248	— Fistulas recto-vaginales,	510
Cantani. Tiña,	452	— Transfusion de la sangre,	675
Capdeville. Enfermedades del oído,	282	Gollins. Cólera,	59
Cardenal. Anestesia local,	242	Concato. Derrames pleuríticos,	55
Carius. Fermentacion estomacal,	85	Copeman. Reumatismo,	154
Cárlos de Bahía. Coqueluche,	497	— Vómitos del embarazo,	575
Caspari. Disenteria,	65	Corradi. Sifilides,	427
— Eczema de los niños,	518	Corson. Tintura de yodo,	662
Casse. Fósforo,	224	Cotton. Difteria,	57
— Transfusion de la sangre,	664	— Campeche,	619
Castan. Tuberculosis,	199	Courty. Fistulas de ano,	501
Castel. Reumatismo cerebral,	177	Cras. Intoxicacion saturnina,	229
Castillo y Piñeiro. Fórceps,	524	Creqny. Ozena,	587
Castro. Quistes del higado,	145	Crichton Browne. Parálisis general,	151
		Cros. Aparato tocológico,	488
		Cuignier. Punciones del intestino,	406

Dagá. Adenopatía bronquial,	5	Dutrait. Operaciones; isquemias,	581
Dagreve. Uroscopia,	200	— Inversion de los párpados,	477
Darin. Convulsiones,	47	Dybkowski. Enfermedades del corazón,	70
— Eclampsia,	516	Ebstejn. Glucosuria,	99
Davaine. Carbunco,	258	— Acido salicílico,	584
Davis. Coqueluche,	498	Edis. Pólipos vasculares,	555
Davreus. Convulsiones,	48	Encinas. Desarticulación coxo-femoral,	275
Delioux de Savignac. Leucorrea,	541	Ernouf. Parto,	532
Delpeuch. Cuerpos extraños del oído,	270	Espine. Artropatías,	255
Demarquay. Oclusiones intestinales,	127	Estradere. Carbunco,	260
Demarquay. Fistulas recto-vaginales,	511	Ewald. Fermentación estomacal,	85
Demarquette. Neuralgias,	117	Fagge. Quistes del hígado,	150
Desmarrés. Cisticerco,	465	Fanque. Zona,	207
Deneffe y Van Wetter. Inyecciones intravenosas,	601	Farabeuf. Luxaciones de las falanjes; pinzas,	555
Desanti. Eclampsia,	518	— Tenazas para resecciones,	451
Desnos. Quistes del hígado,	148	Fayette Taylor. Coxalgia,	219
Dianoux. Escotoma centelleante,	474	Feith. Parálisis de los dilatadores de la glotis,	155
Dobrowoski. Miopia,	480	Felix. Fistulas de ano,	505
Dolbeau. Luxaciones del fémur,	557	Fereol. Jaborandi,	642
Donamd. Fiebres intermitentes,	87	— Reumatismo cerebral,	175
Dor. Enfermedades de los ojos,	469	Ferran. Histerismo,	554
Dorville. Fiebres intermitentes,	86	Ferrari. Difteria,	57
Douglas-Morton. Supuración,	450	Ferretti Gisberto. Enfermedades del sistema nervioso,	74
Drosdoff. Reumatismo,	167	Ferrini. Difteria,	56
Duckworth Odontalgia,	129	Fleming. Tuberculosis,	197
Dujardin-Beaumont. Congestión cerebral,	46	Flint. Colesteremia,	44
— Heridas,	537	Floubiez. Metrorragias,	547
— Eczema,	788	Foa. Anestesia clorofórmica,	599
— Bromuro de alcanfor,	617	Focher. Punción capilar de la vejiga,	404
Dumontpallier. Reumatismo,	162	Foltz. Fiebre tifoidea,	92
— Anillo pesario,	487	Fonssagrives. Adenopatía bronquial,	5
Dunsumre. Parálisis motriz,	152	— Koumis,	645
Duplay. Absceso de la tibia,	554	Fordos. Ensayo de las vasijas estañadas,	215
— Labio leporino,	532	Forns. Neuralgia ciática,	116
— Periostitis del temporal,	592	Foster. Tisis,	190
Du Plessis. Ténia,	179	Fothergill. Albuminuria,	15
Duplouty. Quistes de la muñeca,	410	Fourcauld. Morfina,	649
Durham. Quistes del hígado,	150		

France. Re'roversion uterina,	567	Gourvat. Enfermedades del corazon,	71
Francesco. Difteria,	59	Gubler. Vómitos,	206
Franchini. Viruela,	203	— Cinesialgia,	32
Franck-Smith. Intoxicacion saturnina,	227	— Bromhidrato de quinina,	610
Frerichs. Fermentacion estomacal,	85	— Bromuro de alcanfor,	617
Friedlander. Tuberculosis,	193	Gueneau de Mussy. Adenopatía bronquial,	5
Friedreich. Insuficiencia de las válvulas,	103	— Auscultacion pleximétrica,	25
Fuckel. Ga tralgia,	97	— Metrorragias,	545
— Neuralgias viscerales,	118	Gueniot. Polipos del útero,	535
Fürbringer. Cistitis,	57	Guerin. (Alf.) Heridas,	326
— Acido salicilico,	584	Guibout. Erisipela,	78
Gailleton. Puncion de la vejiga,	403	— Fiebre puerperal,	525
Gairal. Descenso del útero,	310	— Leucorrea,	558
Galezowski. Atropina,	446	Guillaumet. Heridas atónicas,	355
Galippe y Bochefontaine. Efectos miósicos del jaborandi,	466	Guterbock. Heridas de los tendones,	358
Galozzi. Sífilis,	426	Guttman. Fonometria,	94
Gallard. Gastralgia,	97	Guyon. Obstrucciones intestinales,	124
Gamberini. Sífilis,	426	— Extirpacion del calcáneo,	295
Gayet. Fistulas musculares,	509	— Hidroartosis,	344
Gerhardt. Parálisis de los dilatadores de la glotis,	155	Hache. Glaucoma,	477
Gesin-Roze. Quistes del hígado,	149	Hager. Solucion,	660
Gilée. Obstrucciones intestinales,	123	Haley. Pericarditis,	154
Giné y Partagás. Papiloma,	589	Hall. Cólera,	58
Giovanni. Enfermedades del corazon,	68	— Forúnculo,	316
Giraldes. Mareo,	113	Hamon. Metrorragias,	547
— Periostitis,	591	Harley y Meryon. Bocio exoftálmico,	27
Goodell. Alumbramiento por compresion del útero,	486	Harnack. Glucosuria,	99
— Puerperio,	557	Harrison Cripps. Operaciones; isquemia,	365
Gore. Enfermedad del sueño,	67	Haud. Alteraciones digestivas,	16
Gosselin. Heridas,	527	— Vómitos,	206
— Cataplasmas de fucus crispus,	621	Hayen. Fiebre tifoidea,	95
Gosselin y Albert. Robin. Cistitis,	265	Hayen y Nacet. Cuenta-glóbulos,	20
Grasset. Fonometria,	95	Hayes. Dilatacion de la bolsa prerotuliana,	278
Gray. Neuralgias faciales,	116	Hearn. Quistes del pulmon,	150
Gros. Metrorragias,	545	Beckel. Semillas de calabaza,	658
— Morfina,	648	Hermann Baas. Fonometria,	94
		Hermann. Sífilis,	424
		Herman Munk. Absorcion de los medicamentos,	580
		Henry Roger. Difteria,	56

Henry Blanc. Dermatoses,	274	Kreuchel. Muscarina,	481
Hervez de Chégoin. Ja- queca,	108	Kussmaul. Enfermedades del estómago,	75
— Coqueluche,	499	Kuster. Transfusión de la sangre,	665
Higginson. Cólera,	58	Labadie-Lagrave. Valeria- nato de cafeína,	676
Hoffmann. Respiración in- tra-uterina,	251	Ladreit de Lacharriere. Oti- tis,	386
Holmés. Perioritis,	592	Laffite. Neuralgias,	117
Homolle. Escrofulides,	81	Lagrange. Glucosuria,	98
Huberwald. Cólera,	40	Lailier. Enfermedades de la piel,	284
Hueter. Inflammaciones su- perficiales,	348	— Impétigo,	347
Huppert. Neurose del co- razón,	121	Lancereaux. Quistes del higado,	146
Hutchinson. Invaginación intestinal,	106	Lande. Inyecciones intra- venosas.	604
Hyernaux. Gancho para practicar la decoloración del feto,	528	Landenberger. Transfusión de la sangre,	675
Immermann. Acido salici- lico,	585	Landois. Transfusión de la sangre,	667
Isambert. Tuberculosis mi- liar,	191	Landouzy. Ciática,	51
Jaccoud. Adenopatía bron- quial,	10	Landowski. Koumis,	645
Jacquemet. Quistes de hi- gado,	145	Landrieux. Reumatismo,	167
Jacquet. Fracturas del fe- mur,	317	Lané. Púrpura,	142
James. Acné pustuloso,	255	Langenbeck. Extirpación de la laringe,	296
Jeannel. Contraveneno.	215	Lardier. Palpitaciones ner- viosas,	129
John Ashurst. Invaginación intestinal,	103	Laroyenne. Cauterización,	262
John Tweedy. Efectos mió- sicos del jaborandi,	466	— Quistes,	497
Jousset. Aortitis crónica,	19	— Fórceps,	526
Julliard. Artropatías,	251	— Hemorragia por rotura de la raíz del clitoris,	529
Jullier. Sífilis,	425	— Hidroráquis,	551
Karrel. Koumis,	646	Laségue. Reumatismo,	166
Karst. Transfusión de la sangre,	672	Laugier. Hidroartrosis,	544
Keith. Quistes ováricos,	564	Leasure. Hernias,	541
Knaggs. Orquitis,	585	Lebert. Adenopatía bron- quial,	9
Knötf. Nævus,	549	Leblond. Transfusor de la sangre,	674
Koeberté. Torsión del pedi- culo de los ovarios,	572	Lefort. Blefaroplastia,	448
Koenig. Viruela,	202	— Fractura de la rótula,	525
Kolbe. Heridas,	551	Legendre. Derrame pleuri- tico,	51
— Apósitos antisépticos,	551	Leisse. Enfermedades de la vejiga,	290
— Acido salicílico,	581	Lelievre. Cataplasma de fu- cus crispus,	620

Lemaistre. Angina escrofulosa,	48	Marion Sins. Prolapso del útero,	536
Lente. Fiebres intermitentes,	89	Marqués. Aneurisma de la carótida,	247
Lereboullet. Adenopatía bronquial,	7	Marshall. Varices,	440
Le Roy de Mericourt. Adenopatía bronquial,	5	Martelli. Extirpacion de la laringe,	294
Leser. Coqueluche,	498	Martineau. Quistes del hígado,	148
Letamendi. Anestesia local,	242	— Cloral,	209
Letieyant. Seccion del nervio suborbitario,	421	— Aborto,	484
Letzerich. Difteria,	61	Mascarel. Coqueluche,	499
Levy. Bromuro de litio,	618	Massart. Quistes del hígado,	148
Lewald. Enfermedades de los recién nacidos,	317	Matthews. Abscesos mamarios,	538
Lewin. Tuberculosis,	499	Mauzy. Acido salicilico,	587
— Timol,	661	Mayer. Difteria,	58
Liebreich. Neuralgias faciales,	416	Meniere. Dilatador vaginal,	515
— Croton-cloral,	622	Meplain. Edema maligno,	279
Liegard. Adherencias de la pleura,	484	Mering. Croton-cloral,	629
Lisle. Agua de mar,	591	Meyer. Intoxicacion saturnina,	227
Long. Cloral,	212	Mialhe. Cloral,	209
Loel. Apomorfina,	608	Michel. Heridas atónicas,	554
Loli. Angina diftérica,	17	Mignot. Cuerpos extraños del esófago,	51
Loraine. Intoxicacion saturnina,	228	Miramond. Forunculo,	515
Lubelski. Bulimia,	29	Miramont. Fiebre tifóidea,	92
Lubeuski. Erisipela,	80	Mitchell. Bromuro de litio,	618
Luciani. Transfusion de la sangre,	670	Moeller. Apomorfina,	608
Luton. Reumatismo,	133	Mohamed. Albuminuria,	14
— Purgantes,	637	Moliere. Operaciones; isquemia,	582
Madelung. Retraccion de la aponeurosis palmar,	417	Molliere. Fístula de ano,	504
Maillot. Fiebre cardíaca,	121	— Heridas de los tendones,	558
Malassez. Pitiriasis,	599	Monard. Disentería,	64
Malliez. Estrecheces uretrales,	500	Monoyer. Agudeza visual,	445
Manné. Coriza,	50	Morton. Espina bifida,	521
Manouvrier. Intoxicacion saturnina,	227	Motais. Uña quirúrgica,	459
Manzi. Neuralgias viscerales,	419	Moutard-Martin. Oclusiones intestinales,	126
Marcano. Ulceras de las piernas,	458	Mühlhäuser. Cólera,	41
Marchal de Calvi. Adenopatía bronquial,	5	Müller. Glucosuria,	99
Marchan. Estreñimiento,	85	— Acido salicilico,	584
		Munsso. Tic doloroso,	180
		Navaretti. Quistes del hígado,	145
		Neubauer. Acido salicilico,	582
		Nelson - Pantier. Fracturas de la rótula,	524
		Notta de Lisieux. Contusion del periné,	267

Nicaise. Operaciones; is- quemia,	382	Planat. Epilépia,	75
		— Picrotoxina,	652
Obet. Mareo,	114	Polaillon. Extirpacion del calcáneo,	295
Ollier. Heridas,	328	Pollacci. Solucion hemos- tática,	660
Ollivier. Hemorragia cere- bral,	100	Polli. Difteria,	60
Oré. Inyecciones intraveno- sas,	601	Poncet. Transfusion de la sangre,	672
Ortille. Coqueluche,	496	Ponfick. Transfusion de la sangre,	667
Otto. Epilépia,	75	Ponza. Transfusion de la sangre,	672
Oulmont. Corea,	501	Popoff. Fermentacion es- tomacal,	85
Pageot. Enfermedades de la piel,	284	Portal. Eclampsia,	516
Panas. Quistes serosos,	411	Pouillet. Sericeps,	568
— Quistes del ovario,	412	Prevost. Apomorfina,	608
— Prolapso del útero,	555	Pritchard. Mareo,	115
— Quistes serosos,	559	Profeta. Ulceras venéreas,	459
Panum. Transfusion de la sangre,	670	Prota Guirleo. Difteria,	59
Papillaud. Viruela,	201	Proust. Coriza,	49
Parcet. Aconitina,	589	Puget. Cáncer de la mama,	256
Paret. Vómitos,	206	Purjész. Fósforo,	224
— Valerianato de cafeina,	676	Quaglino. Ambliopias,	444
Pasteur. Heridas,	328	Rabuteau. Bromoformo,	614
Paul (C.). Congestion cere- bral,	46	— Nitrito de amilo,	651
— Ozena,	588	Rademacher. Disenteria,	65
— Blefaroptosis,	448	Raimberg. Carbunco,	258
— Bromuro de alcanfor,	617	Raphael. Carbunco,	262
Pean. Forcipresion,	514	Ravoth. Varicocele,	441
— Porta-cánulas,	455	Rawson. Reumatismo,	165
— Catarata,	456	Raynaud. Reumatismo,	161
Pelikan. Enfermedades del corazon,	70	— Reumatismo,	172
Pentzoldt. Parálisis de los dilatadores de la glotis,	455	Renzi. Erisipela,	79
Pepper. Tisis,	182	Revicin. Fiebre tifoidea,	94
Percheron. Dermatitis es- foliativa,	271	Richardson. Cáncer de la mama,	257
Perier. Hernias,	542	Richet. Artropatias,	251
Perrin. Sarcoma coroidia- no,	485	Ridder. Aфонia nerviosa,	15
Perriquet. Apomorfina,	607	Riegel. Parálisis de los di- latadores de la glotis,	153
Peter. Difteria,	56	Rigaud. Extirpacion del cal- cáneo,	271
— Neuralgia ciática,	115	— Hernias,	545
— Cardiodinia,	492	Riva. Derrames pleuríticos,	55
Picot. Zona,	28	Roller y Hergt. Locura,	112
— Orquitis,	586	Rommelaere. Fósforo,	221
Pileur. Adenitis inguinales,	257	Rose. Operaciones en el ma- xilar,	585
Pitois. Vómitos de las em- barazadas,	577	Rosetti. Pulmonia,	159

Rothmund. Catarata,	461	Stokes. Adenopatía bron-	
Roubaud. Bromuro de litio,	619	quial,	9
Roumini. Enfermedades del		Stukowenkoff. Inflamacio-	
corazon,	69	nes superficiales,	351
Roure. Podredumbre de		Sydney Ringer. Jaqueca,	111
hospital,	490		
Roustan. Enfermedades de		Tamin Despalle. Conges-	
los ojos,	470	tion cerebral,	45
		Tarnier. Vaginismo,	574
Sabbata. Difteria,	61	Tariote. Oclusiones intes-	
Sanger. Neuroses,	123	tinuales,	126
Santos y Fernandez. Cata-		Tempi. Neuralgias,	118
rata,	458	Teixeira. Agua de mar,	595
Santos Torres. Obstruccio-		Teissier. Tisis,	181
nes intestinales,	125	Thiernesse. Fósforo,	224
Saint-Germain. Infarto de		Thomás. Fistulas de ano,	505
las amígdalas,	105	Thomaselli. Infeccion palú-	
— Caida del recto,	235	dica,	105
— Vómitos del embarazo,	576	Thompson. Neuralgias,	117
Schies-Gemusens. Miopía,	480	Thónson. Inversion de la	
Schiff. Anestesia clorofór-		vejiga,	331
mica,	599	— Quistes del ovario,	560
Schliep. Enfermedades del		Tidd. Retencion de orina,	153
estómago,	75	Tiersch. Apósitos antisép-	
Schmiedeberg. Hongos,	223	ticos,	331
Schnepf. Koumis,	645	Tillaux. Fractura de la pier-	
Schottin. Difteria,	60	na,	321
Schultzen. Glucosuria,	98	— Heridas de los tendones,	538
Sée. Enfermedades del co-		Toulmouche. Disentería,	64
razon,	68	Trastour. Obstrucciones in-	
Sée Marc. Heridas,	356	testinales,	126
— Labio leporino; tijeras,	354	Trelat. Leucorrea,	540
Seguret. Metrorragias,	546	— Vaginismo,	574
Sewestre. Erisipela,	76	Trideau. Angina membra-	
Sichel. Blefaroplastia,	447	nosa,	17
Sieffermann. Cinesialgia,	57		
Simmons. Vómitos de las		Valenti y Vivó. Reumatis-	
embarazadas,	577	mo,	165
Simonovitsch. Enfermeda-		— Estrictina,	217
des de los ojos,	467	Van Hæter. Fistula de ano,	308
Siredey. Catarro bronquial,	50	Vazquez y Mon. Erisipela,	78
Smet Nævus,	562	— Tisis,	186
Smith. Bocio-exoftálmico,	27	Verneuil. Forcipresion,	312
— Artritis de los niños,	490	— Epitelioma del cuello	
— Corea,	501	uterino,	520
Spencer Wells. Quistes del		— Cataplasma de fucus	
ovario,	560	crispus,	621
Spender. Corea,	501	Vial. Metrorragias,	548
Spillmann. Acido salicilico,	584	Vidal. Solucion,	661
Staele. Hidrocele,	344	Vignard. Retroversion ute-	
Stepesanides. Disentería,	67	rina,	567
Steward Lockie. Reuma-		Villemin. Tuberculosis,	195
tismo,	160	Villeneuve. Pericarditis,	155

Vincent. Fistulas musculares,	509	Weill. Croton-cloral,	622
Vinson. Fiebres intermitentes,	87	Wendt. Exámen del oído,	219
Viseur. Tuberculosis,	198	Wilckeus. Koumis,	647
Voillemier. Puncion de la vejiga,	405	Wild. Coqueluche,	498
Voisin (A.). Locura,	112	Wilde. Periostitis del temporal,	397
Volkman. Tuberculosis,	200	Wilh-Peters. Sarna,	420
— Higromas,	345	Wilkenbarre. Quistes del ovario,	561
Volkusann. Cáncer de brea,	254	Will. Estricnina,	216
Wagner. Difteria,	57	Williams Pepper. Tisis,	182
— Acido salicilico,	582	Windelbaud. Metrorragias,	542
Waldenburg. Tuberculosis,	196	Winternitz. Tic doloroso,	180
Waldenstrom. Alopecia,	258	— Viruela,	204
Walker. Tic doloroso,	180	Wits. Adenitis sifilitica,	257
Warlomont. Entropion,	472	Woillez. Adenopatia bronquial,	5
— Pannus de la córnea,	482	Wood. Hipospadias.	546
Washington. Convulsiones puerperales,	496	Woodward. Manchas de sangre,	252
Watson. Reseccion del codo,	415	Worms. Neuralgias faciales,	116
Wecker. Catarata,	449	Wreden. Exámen del oído,	219
— Gancho-pinza,	476	Zecchini. Descenso del útero,	511
Weintramb. Viruela,	204		

ÍNDICE DE MATERIAS.

Aborto : hidrato de cloral en lavativas como medio de evitarle.	484
Absceso doloroso epifisario de la extremidad de la tibia : trepanacion : curacion.	254
Abscesos de la mama : medio sencillo de hacer desaparecer los infartos que les preceden.	537
Abscesos de la mama : yedra arbórea.	676
Absorcion de las sustancias medicinales á través de la piel sana por medio del galvanismo.	580
Acido salicilico : sus propiedades terapéuticas.	581
Acido salicilico : sus virtudes antisépticas en la cura de las heridas.	351
Acido tímico : sus virtudes antipútridas y antifermentescibles.	662
Acné pustuloso : tratamiento.	258
Aconitina en inyecciones hipodérmicas : sus efectos terapéuticos en los casos de delirio.	589
Adenitis inguinales : tratamiento por medio de la aspiracion.	257
Adenitis sífilítica : tratamiento por las inyecciones parenquimatosas de yoduro potásico.	257
Adenopatía bronquial : sintomatología.	5
Adherencias de la placenta : su desprendimiento por las inyecciones frias en la vena umbilical y la tintura llamada tocológica.	484
Afecciones cardíacas de origen nervioso : monobromuro de alcanfor.	617
Afonía nerviosa : tratamiento por las inhalaciones de cloroformo.	15
Agua de mar : su uso interno : modo de administrarla é indicaciones generales.	591
Agudeza visual : escala tipográfica decimal para medirla.	443
Albuminuria : etiología y estadio prealbuminúrico : indicaciones suministradas por el estado general para el diagnóstico de este padecimiento.	14
Alcoholismo crónico : tratamiento por medio del cloral.	47
Alopecia : tratamiento por medio de la electricidad.	258
Alteraciones digestivas : compresion del pneumogástrico como medio de tratamiento.	16
Alumbramiento facilitado por la compresion supra-pubiana del útero.	486
Amaurosis parcial temporal.	475
Ambliopías alcohólicas : tratamiento por el bromuro de potasio.	444
Amigdalotomo de hoja de bisturi curvo.	259
Amputacion metódica de la lengua por la galvanocáustica.	240
Anemia : clorosis : tratamiento por el jarabe y elixir de agua de mar.	597

Anestesia clorofórmica: indicaciones prácticas que pueden sacarse del estado de la pupila.	596
Anestesia local: nuevo procedimiento del doctor Letamendi.	242
Anestesia por inyecciones intravenosas de cloral.	601
Aneurisma de la carótida externa curado por la compresion digital.	247
Angina diftérica: tratamiento.	17
Angina membranosa: tratamiento por medio de los balsámicos.	17
Angina superficial escrofulosa crónica.	18
Anillo-pesario.	487
Anquilosis del codo: nuevo procedimiento de reseccion.	415
Antrax: tratamiento por medio del colodion.	248
Antrax: tratamiento por las fricciones mercuriales y la tintura de árnica asociada al ácido tánico.	515
Aortitis crónica: sintomatología.	19
Aparato cuenta-glóbulos.	20
Aparato tocológico de tracciones movibles y continuas.	488
Apomorfina: efectos terapéuticos y accidentes que puede provocar.	607
Apoplejia cerebral: modificaciones de la secrecion urinaria.	100
Arrancamiento del cuero cabelludo: curacion por medio de los injertos dérmicos.	249
Artritis aguda de los niños.	490
Artropatías y osteoperiostitis crónicas: tratamiento por la hipuntura.	251
Ascitis: procedimiento operatorio.	412
Asma: monobromuro de alcanfor.	617
Atropina: accidentes consecutivos a su uso en colirio.	443
Auscultacion pleximétrica.	25
Blefaroplastia: injerto dérmico.	447
Blefaroptosis ó caída del párpado superior: aparato protéico para remediarla.	418
Bócio exoftálmico: tratamiento por medio de la belladona.	27
Bromhidrato de quinina: efectos terapéuticos.	609
Bromoformo: propiedades anestésicas.	614
Bromuro de alcanfor (mono): accion fisiológica y terapéutica.	613
Bromuro de litio: accion fisiológica y terapéutica.	618
Bubones inguinales: tratamiento por medio de la aspiracion.	237
Bubones sifilíticos: tratamiento por las inyecciones parenquimatosas de yoduro potásico.	257
Bulimia de causa probablemente nerviosa.	29
Caida del recto: tratamiento por el chorro de percusion sobre el ano y el periné.	255
Campeche: su accion antiséptica.	619
Cáncer de brea y de hollin.	234
Cáncer de la glándula mamaria precedido de erupciones en la areóla del pezón.	236
Cáncer de la mama: extirpacion por medio de las tijeras con anestesia local.	257

Medicella para practicar la electrolisis en las estrecheces uretrales.	300
Carbunco: tratamiento por la inyeccion de liquidos antivirulentos.	258
Cardiodinia histérica: tratamiento.	492
Cataplasma emoliente de <i>fucus crispus</i> en hojas de carton.	620
Catarata: contraindicaciones de la extraccion lineal segun el procedimiento de Graefe.	461
Catarata: extraccion á colgajo periférico.	449
Catarata: extraccion lineal: cuchillos y agujas para practicarla.	456
Catarata: extraccion por la queratomía media.	455
Catarata: uso del colirio de eserina despues de la extraccion.	458
Catarro bronquial con enfisema: tratamiento por medio de la estriénina.	30
Catarro de la vejiga: tratamiento por medio del ácido salicilico.	37
Cauterizacion: efectos comparados de la que se practica en tejidos normales y en otros previamente anemiados por el método de Esmarch.	262
Cavernas pulmonares: tratamiento quirúrgico.	182
Ciática: atrofia muscular que puede complicarla.	50
Ciática: tratamiento.	115
Cinesialgia, especialmente en la diástasis muscular: curacion instantánea por la faradizacion local.	52
Cirugía.	254
Cisticerco vivo en el cuerpo vítreo.	465
Cistitis amoniacal: tratamiento por el ácido benzóico.	265
Cistitis con orinas fétidas: ácido salicilico.	586
Cistitis: tratamiento por medio del ácido salicilico.	57
Cloral: intoxicacion por una fuerte dosis tomada por la boca.	209
Cloral: tratamiento de la intoxicacion por medio del calor.	215
Cloroformizacion: indicaciones que suministra el estado de la pupila.	598
Clorosis y tisis incipiente: eliminacion de los fosfatos como medio de diagnóstico.	181
Clorosis: tratamiento por el fósforo y el fosfuro de zinc.	492
Cólera: tratamiento por las inyecciones subcutáneas de hidrato de cloral y el sulfato de quinina.	38
Colesteremia.	44
Colirios de atropina: accidentes consecutivos.	448
Coma histérico.	495
Congestion cerebral: efectos terapéuticos del oxígeno.	45
Conmocion y contusion cerebral: signos oftalmoscópicos diferenciales.	46
Contraveneno oficial múltiple.	215
Contusion del periné complicada con rotura de la uretra y retencion de orina: tratamiento.	267
Convulsiones puerperales: curacion por medio de las ventosas secas.	496
Convulsiones: tratamiento por medio del cloral.	47
Coqueluche: solucion de bromuro y belladona.	660
Coqueluche: tratamiento por las inhalaciones fenicadas, las	

de éter y cloroformo, el tártaro estibiado, el extracto de belladona al interior y el extracto de castaño.	496
Coqueluche: tratamiento por medio del sulfato de quinina.	499
Coqueluche: valerianato de cafeína.	696
Corea: tratamiento por el arsénico á altas dosis y la hiosciamina.	501
Corea: tratamiento por medio de la eserina.	502
Corea: tratamiento por el monobromuro de alcanfor.	616
Coriza agudo: solución de ácido fénico.	660
Coriza crónico; tratamiento.	50
Coriza: tratamiento por medio del tanino y del percloruro de hierro.	48
Corta-amígdalas.	259
Coxalgia: contractura de los músculos como signo de diagnóstico.	269
Croton-cloral hidratado: acción fisiológica.	621
Cuerpos extraños del esófago: posición declive como medio auxiliar de extracción.	51
Cuerpos extraños del oído, insectos: cloroformo como medio de extraerlos.	270
Delirio: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de acónitina.	589
Denticion: acción de los calomelanos en la evolución dentaria.	509
Dermatitis esfoliativa generalizada.	271
Dermatosis: tratamiento por medio de las telas impermeables.	285
Dermatosis: uso externo del polvo de Goa.	274
Derrame pericardiaco: punción aspiradora: curación.	154
Derrame pleurítico: punción aspiradora: muerte.	51
Derrame pleurítico: toracentesis: muerte repentina durante la operación.	156
Derrames pleuríticos: tratamiento por medio de la compresión del lado sano.	55
Desarticulación coxo-femoral: modificación del procedimiento de Manec por el doctor Encinas.	275
Descenso del útero: nuevo pesario.	510
Descenso del útero: tratamiento por la tintura de yodo.	511
Desviaciones uterinas: tratamiento y curación por la miotomía uterina ignea subvaginal.	512
Diabetes: tratamiento por el jarabe y elixir de agua de mar.	597
Diabetes sacarina: ácido salicílico.	584
Diabetes sacarina: reactivo para dosificar la glucosa.	98
Diabetes sacarina: tratamiento por la glicerina y el ácido fénico.	98
Diarrea de los tísicos: tratamiento por medio de la ipecacuana.	184
Diarrea vaso-paralítica de los caquéticos: tratamiento por el clorato de potasa.	55
Diftéria local y general.	61
Diftéria: tratamiento por medio de los parasiticidas y desinfectantes, el cloral, el ácido salicílico, etc.	55
Dilatación crónica de la bolsa prerrotuliana: tratamiento por la ligadura elástica subcutánea.	278
Dilatador vaginal.	515

Disenteria: tratamiento cloruro-opiáceo, por medio del nitrato de sosa y el ácido salicílico.	64
Dispépsia de los tísicos: tratamiento por medio del éter.	190
Distocias: aparato tocológico de tracciones movibles y continuas.	488
Dolores de contraccion, especialmente en la diástasis muscular: curacion instantánea por la faradizacion local.	52
Dolores sifilíticos: tratamiento por el bromuro de calcio.	426
Eczema de los niños: tratamiento por el agua de cal.	518
Eclampsia: tratamiento por medio del cloral.	47
Eclampsia puerperal: tratamiento por el cloral.	516
Eclampsia puerperal: curacion por medio de las ventosas secas.	496
Edema maligno tratado por el método antivirulento (ácido fénico al interior y en inyecciones hipodérmicas).	279
Efectos miósicos de los extractos de jaborandi aplicados directamente sobre el ojo.	466
Elixir de agua de mar: sus virtudes reconstituyentes.	596
Emulsion de aceite de hígado de bacalao y ácido fosfórico contra las enfermedades nerviosas.	624
Enajenaciones mentales: tratamiento por las inyecciones subcutáneas de acetato y de clorhidrato de morfina.	112
Enfermedad de Bright: etiología y estado prealbuminúrico: indicaciones suministradas por el estado general para el diagnóstico de este padecimiento.	14
Enfermedad de Menière: curacion por el sulfato de quinina.	280
Enfermedad del sueño del Africa occidental.	67
Enfermedades del aparato respiratorio: auscultacion pleximétrica.	23
Enfermedades del corazon: forma hemoptóica.	68
Enfermedades del corazon: estrechez de la pupila como signo pronóstico.	68
Enfermedades del corazon: indicaciones de la digital.	70
Enfermedades del corazon: tratamiento por la administracion combinada de la digital, el sulfato de quinina y el hierro.	69
Enfermedades del estómago: aplicaciones de la bomba estomacal.	75
Enfermedades nerviosas: emulsion de aceite de hígado de bacalao y ácido fosfórico.	624
Enfermedades de los recién nacidos: administracion de los medicamentos por la leche de la nodriza.	519
Enfermedades del oido: signos suministrados por el examen funcional de este órgano.	282
Enfermedades de los ojos: importancia de la hiosciamina en su tratamiento.	467
Enfermedades de los ojos: tratamiento por medio de la electricidad.	467
Enfermedades de los ojos: tratamiento por la luz: vidrios coloreados: hemeralopia.	470
Enfermedades óseas: inyecciones parenquimatosas de ácido fénico.	349
Enfermedades de la piel: tratamiento por medio de las telas	

impermeables.	285
Enfermedades renales : uroscopia como medio de diagnóstico.	200
Enfermedades del sistema nervioso : tratamiento por la nuez vómica á altas dosis.	74
Enfermedades de la vejiga : introduccion de líquidos en esta cavidad sin necesidad de practicar el cateterismo.	290
Ensayo de las vasijas estañadas que contengan plomo.	215
Entropion y triquiasis del párpado superior : nuevo procedimiento operatorio.	472
Epilépsia : bromuro de litio.	618
Epilépsia : monobromuro de alcanfor.	617
Epilépsia : nitrito de amilo.	650
Epilépsia : tratamiento de las convulsiones por medio del cloral.	47
Epilépsia : tratamiento por la nuez vómica.	74
Epilépsia : tratamiento por la picrotoxina y por el bromuro de potasio.	75
Epilépsia : tratamiento por la picrotoxina.	656
Epistaxis : modo sencillo de hacer el taponamiento de las fosas nasales.	291
Epitelioma del cuello uterino : tratamiento por las cauterizaciones con el ácido crómico.	520
Erisipela de la cara : manifestaciones cardíacas	76
Erisipela : inyecciones parenquimatosas de ácido fénico.	349
Erisipela : tratamiento por el éter alcanforado, el laudano y el alcanfor, la tintura de yodo y el colodion.	78
Erisipela : tratamiento por medio de la brea, el silicato de potasa y las inyecciones de ácido fénico.	80
Eruetos inflamables con llama amarilla.	85
Erupciones cutáneas : tratamiento por medio de las telas impermeables.	285
Erupeiones cutáneas : uso externo del polvo de Goa.	274
Escala decimal para medir la agudeza de la vision.	445
Escotoma centelleante ó amaurosis parcial temporal.	475
Eserofulides graves de la mucosa buco-faríngea.	81
Eserina : efectos fisiológicos.	502
Espematorrea : mono-bromuro de alcanfor.	617
Espina bifida : su curacion por la ligadura elástica.	531
Espina bifida : tratamiento por las inyecciones de glicerina yodada.	521
Estrabotomia : gancho-pinza para practicarla.	476
Estrecheces uretrales : tratamiento por medio de la electro- lisis, nuevo instrumento destinado á practicarla.	500
Estreñimiento habitual : tratamiento por la podofilina.	85
Estricnina : intoxicacion curada por el hidrato de cloral.	215
Estricnina : intoxicacion : tratamiento por las inhalaciones de cloroformo.	217
Estricnina : monobromuro de alcanfor como antídoto.	217
Eucaliptus : sus propiedades desinfectantes en la gangrena del pulmon.	96
Exámen del oido para reemplazar á la docimasia pulmonar, cuando el médico legista no tiene á su disposicion mas que una cabeza de feto separada del tronco.	219

Expulsion de la placenta por la compresion supra-pubiana del útero.	486
Extirpacion del calcáneo	291
Extirpacion de la laringe	294
Extractos de jaborandi: efectos miósicos.	463
Fermentacion intra-estomacal con produccion de gas inflamable con llama amarilla..	83
Fiebre: ácido salicilico como antipirético.	585
Fiebre carditica de forma perniciosa.. . . .	121
Fiebre disneica de forma perniciosa.	121
Fiebre perniciosa de forma hidrofóbica.	90
Fiebre puerperal: tratamiento por el alcohol.	525
Fiebre tifoidea: ácido salicilico.	585
Fiebre tifoidea: tratamiento por medio de los baños de aire, las lavativas de agua fria, el cornezuelo de centeno y las inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina.	92
Fiebres intermitentes de forma ictero-hematúrica: su tratamiento por medio de las inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina	87
Fiebres intermitentes: inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina.	89
Fiebres intermitentes: tratamiento por medio del alcohol asociado al sulfato de quinina.	86
Fiebres intermitentes: tratamiento por medio del yodo.	86
Fistulas de ano: tratamiento por medio de la ligadura elástica y de la seccion lineal con un cordonete de seda.	301
Fistulas musculares.	309
Fistulas recto-vaginales: nueva pinza para operarlas.—Procedimiento operatorio de Demarquay.	510
Fórceps: modificacion destinada a permitir la fijacion de cordones de traccion en el centro de las cucharas.	526
Fórceps del doctor Castillo y Piñeiro.	524
Forcipresion como medio hemostático permanente.	312
Fonometria	94
Fósforo: intoxicacion; tratamiento por el sulfato de cobre y las inyecciones intravenosas de oxigeno.	223
Fósforo: intoxicacion, tratamiento por el aceite esencial de trementina.	221
Fotofobia: hidrato de croton cloral.	477
Forúnculo: tratamiento por las fricciones mercuriales y la tintura de árnica, asociada al ácido tánico.	513
Fractura del cuello del fémur con penetracion: valor diagnóstico del triángulo ileo-femoral.	516
Fracturas del cuello del fémur: tratamiento	517
Fractura del muslo derecho: deformidad considerable consecutiva a una consolidacion viciosa; refractura del hueso a los cinco meses de la primera fractura.	518
Fractura de la pierna: muerte repentina por embolia cardiaca consecutiva.	321
Fracturas transversales de la rótula: nuevos apósitos.	322
Gancho articulado para practicar la decolacion del feto por	

medio de un cordón	528
Gancho-pinza para la estrabotomía	476
Gangrena de hospital: su naturaleza y tratamiento por medio de la tintura de yodo	400
Gangrena pulmonar: tratamiento por la tintura de Eucaliptus	96
Gastralgia: tratamiento por el nitrito de amilo y las gotas blancas	97
Glaucoma hemorrágico	477
Glucosuria: ácido salicílico	585
Glucosuria: reactivo para dosificar la glucosa	98
Glucosuria: tratamiento por medio de la glicerina y del ácido fénico	98
Gota: bromuro de litio	618
Haba del Calabar: usos terapéuticos	625
Hemeralopia: tratamiento por medio de la luz	472
Hemoptisis: tratamiento por medio de los vapores de trementina	100
Hemorragia cerebral: modificación de la secreción urinaria	100
Hemorragia por rotura de una de las raíces del clitoris en el trabajo del parto	529
Hemorróides: tratamiento por la inyección de percloruro de hierro	526
Heridas: apósito algodónado é influencia de ciertas sustancias en la producción de los vibriones	526
Heridas: apósitos antisépticos con el ácido salicílico	551
Heridas atónicas: tratamiento por el uso externo del sulfuro de carbono y por la asociación de este cuerpo con el yodo	554
Heridas: cura con el ácido salicílico	585
Heridas: curas con el timol	662
Heridas: tratamiento por las soluciones de cloral	556
Heridas de los tendones: ingerto con restablecimiento de las funciones	558
Heridas tendinosas antiguas: reunión	422
Hernias estranguladas: oportunidad de la punción aspiradora	540
Hernias estranguladas: procedimiento de reducción por la inversión del enfermo	541
Hernias estranguladas: tratamiento por medio del éter sulfúrico	545
Hernias estranguladas: operación; procedimiento para reconocer el saco	545
Hidroartrosis de la rodilla: tratamiento por medio de la compresión	544
Hidrocele enorme situado en el abdomen por la detención del testículo en esta cavidad	544
Hidrocele: inyección de ácido fénico	550
Hidrofobia: tratamiento por el extracto alcohólico de nuez vómica	101
Hidropesías: jaborandi	655
Hidroráquis: su curación por la ligadura elástica	551
Hierro: su acción sobre la nutrición	627
Higroma prerrotuliano: tratamiento por la ligadura elástica subcutánea	278

Higroma de la rodilla: inyeccion de ácido fénico.. . . .	350
Higromas de granos riciformes: tratamiento por el tubo de drainage.	545
Hiosciamina: su accion sobre el iris.	467
Hipertrofias esplénicas consecutivas á la intoxicacion palúdica: tratamiento por el bromuro potásico	102
Hipospadias: nuevo procedimiento operatorio.. . . .	546
Histerismo: monobromuro de alcanfor.	616
Histerismo: tratamiento de los accesos por la compresion ovárica y epigástrica.	552
Histerismo: vómitos de sangre.. . . .	534
Histero-epilépsia: inyeccion subcutánea de valerianato de atropina.. . . .	535
Histero-epilépsia: nitrito de amilo.	630
Hongos; intoxicacion: tratamiento por la atropina.	225
Impétigo: tratamiento por medio del aceite de Cade.	547
Incontinencia nocturna de orina: tratamiento por el bromuro potásico.. . . .	102
Infarto crónico de las amígdalas: tratamiento por el zumo de limon.	105
Infartos esplénicos consecutivos á la intoxicacion palúdica: tratamiento por el bromuro potásico.	102
Infartos lácteos precursores de los abscesos de la mama: medio sencillo y rápido de hacerles desaparecer.	557
Infartos lácteos: yedra arbórea.. . . .	676
Infeccion palúdica é intoxicacion quinica: relaciones entre estos dos estados.	105
Inflamaciones superficiales: tratamiento por las inyecciones é infusiones parenquimatosas de ácido fénico.. . . .	548
Inflexiones uterinas: tratamiento y curacion por la miotomia uterina ignea subvaginal.	512
Insuficiencia de las válvulas de la vena crural.. . . .	103
Intoxicacion por el cloral.	209
Intoxicacion por el cloral: tratamiento por medio del calor.	215
Intoxicacion por la estricnina: hidrato de cloral.	215
Intoxicacion por la estricnina: monobromuro de alcanfor como antidoto.. . . .	217
Intoxicacion por la estricnina: tratamiento por las inyecciones de cloroformo.	217
Intoxicacion por el fósforo: tratamiento por el aceite esencial de trementina.. . . .	221
Intoxicacion por el fósforo: sulfato de cobre é inyecciones intravenosas de oxígeno.	225
Intoxicacion por los hongos: atropina.	225
Intoxicacion saturnina: modo de distinguir el cordoncillo gingival durante la vida.	229
Intoxicacion saturnina local.	227
Intoxicaciones: medio de volver á la vida á los enfermos.	250
Invaginacion intestinal: tratamiento por medio de la laparotomia ó seccion abdominal.	105
Inversion de los párpados: tratamiento galvánico.	477
Inversion de la vejiga en una mujer de cuarenta años.	351

Inyecciones intravenosas de cloral como anestésico.	604
Inyecciones subcutáneas : nueva jeringa y nuevo medio para practicarlas.	627
Inyecciones subcutáneas de morfina : solución para practicarlas.	661
Inyectador subcutáneo de Arsonval.	627
Ipecacuana : acción terapéutica y fisiológica.	629
Isquemia quirúrgica : fenómenos generales y locales ; modificación del aparato compresivo.	365
Jaborandi : nuevo y eficaz sudorífico.	651
Jaqueca : tratamiento preventivo con el bromuro potásico.	108
Jaqueca : tratamiento por el sulfato de quinina, el tanino y la aconitina, el ácido carbónico y el croton cloral.	108
Jarabe de agua de mar : sus virtudes reconstituyentes.	595
Jarabe y elixir thalásicos : sus virtudes reconstituyentes.	597
Jeringa de inyecciones hipodérmicas de Arsonval.	628
Koumis : efectos fisiológicos y terapéuticos.	643
Labio leporino : operación.	582
Leucorrea : tratamiento por medio de los tapones empapados en una solución de tanino ó de ácido fénico.	558
Leucorrea vaginal : tratamiento por el ácido pírico y la infusión de mirto.	541
Locura : tratamiento por las inyecciones subcutáneas de acetato y de clorhidrato de morfina.	112
Lumbago : tratamiento por medio del colodion.	117
Lupus : inyecciones parenquimatosas de ácido fénico.	549
Lupus : tratamiento por el acetato de sosa.	554
Luxación del astrágalo : reducción por las tracciones elásticas.	555
Luxaciones de las falanges : pinzas para la reducción.	555
Luxaciones del fémur : reducción por la flexión combinada con la rotación del miembro (método de Despres).	557
Manchas de sangre : semejanza entre los glóbulos rojos del hombre y los de ciertos mamíferos, considerada bajo el punto de vista médico legal.	252
Mareo : tratamiento preventivo por el hidrato de cloral.	115
Meningitis espinal : tratamiento por la nuez vómica á altas dosis.	74
Metrorragias : tratamiento por las inyecciones de agua caliente y por la aplicación del calor á la región lumbar.	542
Metrorragias puerperales graves : tratamiento por medio de la compresión de la aorta.	545
Miopia : tratamiento por el reposo y la atropina.	480
Monobromuro de alcanfor : acción fisiológica y terapéutica.	615
Monobromuro de alcanfor como antídoto de la estricnina.	217
Morfina y atropina : efectos terapéuticos de la mezcla de estas dos sustancias.	648
Morfina : modo de hacer desaparecer rápidamente la tolerancia.	648
Muscarina : acción sobre el músculo de la acomodación y sobre la pupila.	481

Nevus materno: tratamiento por el aceite de crotontiglio.	562
Nevus: tratamiento por la electrolisis.	549
Neuralgia ciática: atrofia muscular que puede complicarla.	50
Neuralgia ciática: tratamiento por las compresas de cloroformo, la electricidad y las inyecciones de nitrato de plata.	415
Neuralgias congestivas: tratamiento por el bromhidrato de quinina.	611
Neuralgias: tratamiento por el colodion, las inyecciones hipodérmicas de agua y el fósforo.	417
Neuralgias faciales: tratamiento por el croton cloral.	116
Neuralgias faciales: seccion del nervio suborbitario; nuevo procedimiento.	421
Neuralgias viscerales y del quinto par: tratamiento por las inhalaciones del nitrito de amilo.	118
Neurose cardiaca de origen telúrico y de forma perniciosa.	419
Neurose de la motilidad del corazon.	121
Neurose: tratamiento por medio del fósforo.	125
Nitrato de plata: zinc metálico para activar su accion cáustica.	426
Nitrito de amilo: efectos fisiológicos y terapéuticos.	649
Obstetricia: enfermedades de mujeres y de niños.	484
Obstrucciones intestinales: tratamiento por la inyeccion de cantidades enormes de liquido, las lavativas de agua gaseosa y la insuflacion.	125
Oclusiones intestinales: tratamiento por medio del opio á altas dosis y por la aspiracion de los gases.	126
Odontalgia: tratamiento por el bicarbonato de sosa.	129
Oftalmologia.	443
Operaciones: isquemia quirúrgica; fenómenos generales y locales; modificacion del aparato compresivo.	365
Operaciones del maxilar superior: modo de facilitarlas.	385
Orquitis: tratamiento por la tintura de árnica y las corrientes continuas.	585
Osteo-periostitis crónicas: tratamiento por la ignipuntura.	251
Otitis aguda sifilítica.	586
Otorrea purulenta: inyecciones alcalinas.	587
Ozena: tratamiento por las inyecciones de cloral.	587
Palpitaciones nerviosas: modo de detenerlas instantáneamente.	129
Pan preparado con el agua de mar: sus virtudes reconstituyentes.	592
Pannus de la córnea: tratamiento por el colirio de esencia de trementina.	482
Papiloma dérmico de aspecto melánico y sarcomatoso: tratamiento por la inoculacion de la vacuna.	589
Parálisis agitante: monobromuro de alcanfor.	616
Parálisis general: tratamiento por medio del haba del Calabar.	451
Parálisis motriz pasajera provocada por el simple tacto de la cabeza.	152
Paralisis de los dos músculos dilatadores de la glotis.	153

Parto: modo de vencer las dificultades producidas por la resistencia del periné ó mas bien por la exageracion de flexion de la cabeza..	552
Partos: indicaciones del cloral.	550
Pericarditis con derrame: puncion aspiradora del pericardio: curacion.	154
Periostitis flemonosa difusa: tratamiento.	391
Periostitis del temporal como complicacion de la otitis purulenta	392
Pesario de Gairal.	510
Picrotoxina: efectos fisiológicos y terapéuticos.	652
Pildoras de croton cloral	624
Pinza para la operacion de las fistulas recto-vaginales.	310
Pitiriasis capitis: su naturaleza parasitaria y su tratamiento.	599
Pleuresía: jaborandi.	655
Pleuresía con derrame: puncion aspiradora; muerte	51
Pleuresía con derrame: tratamiento por medio de la compresion del lado sano.	55
Pleuresía con derrame: toracentesis; muerte repentina durante la operacion.	156
Prolapso del recto: tratamiento por el chorro de percusion sobre el ano y el periné.	255
Prolapso del útero: tratamiento quirúrgico.	555
Pocion de croton-cloral.	625
Podredumbre de hospital: su naturaleza y tratamiento por medio de la tintura de yodo.	400
Pólipos del útero: extirpacion simplificando el procedimiento operatorio	555
Pólipos vasculares de la uretra en la mujer: tratamiento por el ácido crómico.	555
Polvo de Goa: su accion en las dermatoses..	274
Puerperio: quietud en la cama; sus inconvenientes, influencia perniciosa de las alcobas.	557
Pulmonía: tratamiento por medio de las inyecciones hipodérmicas de calomelanos	158
Puncion capilar de la vejiga con aspiracion: indicaciones.	404
Punciones capilares del intestino.	406
Purgantes: su uso por el método hipodérmico.	657
Púrpura hemorrágica: tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de ergotina.	141
Pústula maligna: tratamiento por la inyeccion de líquidos antivirulentos.	258
Quemaduras: tratamiento.	407
Quistes: cauterizacion de su superficie interna con el cilindro de nitrato de plata.	407
Quistes hidatídicos del hígado: inocuidad de la puncion aspiradora.	142
Quistes hidáticos del pulmon y de la pleura: diagnóstico.	150
Quistes riciformes de la muñeca: tratamiento por medio de la ignipuntura.	410
Quistes del ovario y ascitis: procedimiento operatorio.	412
Quiste del ovario extirpado por la vagina.	560

Quistes del ovario: exámen microscópico del liquido como elemento de diagnóstico y de pronóstico.	560
Quistes ováricos supurados: ovariectomía.	564
Quistes serosos ováricos.	559
Quistes serosos: tratamiento por medio de la inyeccion de tintura de yodo ó de alcohol.	411
Reduccion de las falanges: nueva pinza para practicarla . . .	556
Reseccion del codo: nuevo procedimiento operatorio en los casos de anquilosis de esta articulacion.	413
Reseccion del maxilar superior: modo de facilitarla.	383
Reseccion subperióstica del omóplato.	415
Resecciones: nueva tenaza para practicarlas.	431
Respiracion intra-uterina.	251
Retencion de orina: indicaciones de la puncion capilar con aspiracion.	404
Retencion de orina: tratamiento por el hidrato de cloral. . . .	135
Retencion de la placenta: inyecciones de agua fria en la vena umbilical.	484
Retraccion de la aponeurosis palmar: etiología y tratamiento quirúrgico.	416
Retroversion uterina durante el embarazo: reduccion.	567
Reumatismo articular: alteraciones de la sensibilidad y uso de la electricidad en este padecimiento.	167
Reumatismo articular agudo: tratamiento por medio de la alcachofa.	154
Reumatismo articular agudo: tratamiento por medio de los cianuros.	135
Reumatismo articular agudo complicado con hiperpiesia: tratamiento por el agua fria.	160
Reumatismo articular crónico: tratamiento por medio de los baños calientes.	166
Reumatismo crónico: tratamiento por medio de la guarana y de la colchicina.	163
Reumatismo cerebral: tratamiento por medio de los baños frios y el cloral.	179
Rotura de una de las raices del clitoris durante el parto. . . .	520
Sarcoma coroidiano: diagnóstico.	483
Sarna: tratamiento por medio del bálsamo del Perú, el estoraque y el ácido arsenioso.	420
Seccion del nervio suborbitario: nuevo procedimiento operatorio.	421
Seceiones tendinosas antiguas: reunion	422
Semejanza entre los glóbulos rojos del hombre y los de ciertos mamíferos considerada bajo el punto de vista médico-legal. . . .	252
Semillas de calabaza: parte activa como ténida.	658
Sen: nuevo modo de administracion.	659
Sericeps: nuevo medio de prehension de la cabeza fetal.	568
Sifilides papulo-hipertróficas: tratamiento por la cauterizacion con el nitrato de plata activada por el contacto del zinc metálico; modo de accion de este nuevo cauterético	426
Sifilis: su naturaleza y efectos del tratamiento mercurial. . . .	424

Sifilis : tratamiento de los dolores por medio del bromuro de cálcio	423
Solucion contra la coqueluche.	630
Solucion contra el coriza.	660
Solucion hemostática, que puede servir para la conservacion de piezas anatómicas.	660
Solucion para las inyecciones subcutáneas de morfina.	661
Sudores de los tísicos: tratamiento por medio de la ipecacuana.	184
Supuracion: tratamiento por medio de la quinina como medio de modificar su marcha.	450
Taponamiento de las fosas nasales: nuevo procedimiento para practicarle.	291
Tenaza para resecciones.	431
Ténia: tratamiento por medio del kámala.	178
Terapéutica. Materia médica.	580
Tic doloroso: tratamiento por medio del hielo, del haba del Calabar y de las inyecciones profundas de cloroformo.	180
Tic doloroso intermitente: haba del Calabar.	623
Tijeras de ojal para la operacion del labio leporino.	554
Timol: sus virtudes antipútridas y antifermentescibles.	661
Timpanizacion: punciones capilares del intestino.	406
Tintura de yodo crotonizada, como revulsivo.	662
Tintura ticológica.	485
Tiña fabosa: tratamiento por medio del petróleo.	452
Tisis incipiente y clorosis verdadera: eliminacion de los fosfatos como medio de diagnóstico.	181
Tisis: tratamiento de la diarrea y los sudores por medio de la ipecacuana.	184
Tisis: tratamiento de la dispepsia por medio de éter.	190
Tisis: tratamiento quirúrgico de las cavernas pulmonares.	182
Tisis: tratamiento por medio del ácido fénico.	186
Tisis: tratamiento por medio del koumis.	645
Torsion del pediculo de los ovarios: síntomas; quistes consecutivos.	572
Torticolis: tratamiento por medio del colodion.	117
Toxicología y medicina legal.	209
Traqueotomía: traqueótomo dilatador y porta-cánulas de extremo movable.	452
Transfusion de la sangre.	665
Transfusion de la sangre en el tejido celular.	672
Transfusor de la sangre de Collin.	675
Transfusor de la sangre de Leblond.	674
Triquiiasis del párpado superior: nuevo procedimiento operatorio.	472
Tuberculosis: inoculacion.	195
Tuberculosis: trasmisibilidad por las vías digestivas.	197
Tuberculosis: su generalizacion por focos caseosos locales.	199
Tuberculosis miliar laringo-laríngea.	191
Tuberculosis miliar: tipo inverso de la temperatura del cuerpo como signo precioso de diagnóstico.	195
Tumor fibroso de la vejiga: extirpacion.	435

Tumores blancos : inyeccion parenquimatosa de ácido fénico.	349
Tumores melánicos : diagnóstico de su generacion con el exámen microscópico de la sangre, de las orinas y de los esputos.	456
Ulceraciones crónicas : tratamiento por el uso externo del sulfuro de carbono y por la asociacion de este cuerpo por el yodo.	354
Ulceras del cuello uterino : tratamiento por medio del cloral.	378
Ulceras fagedénicas : inyecciones parenquimatosas de ácido fénico.	349
Ulceras de las piernas sostenidas por lesiones del corazon.	438
Ulceras venéreas : tratamiento por medio del yodoformo.	459
Uña quirúrgica.	459
Uroscopia como medio de diagnóstico en algunas enfermedades renales.	200
Vaginismo : tratamiento por medio del extracto de ratania y del cloroformo.	375
Valerianato de cafeina : accion terapéutica.	676
Várices graves : nuevo método operatorio.	440
Varicocele : tratamiento por el vendaje herniario.	441
Vasijas estañadas : ensayo.	215
Viruela : inoculacion variólica post-vacunal.	201
Viruela : tratamiento por medio del agua fria y el azafran interior y exteriormente.	202
Vómitos : diarrea ; tratamiento por la compresion del pneumogástrico.	206
Vómitos de las embarazadas : tratamiento por las inyecciones rectales de cloral y el uso interno de la hiosciamina.	377
Vómitos incoercibles del embarazo : tratamiento por la dilatacion del cuello y la introduccion de un tapon de algodón.	373
Vómitos incoercibles : tratamiento por el valerianato de cafeina.	206
Vómitos nerviosos : valerianato de cafeina.	676
Vómitos rebeldes : compresion del pneumogástrico.	17
Yedra arbórea : sus propiedades antilácteas.	676
Zona : tratamiento por medio de las corrientes de induccion.	207

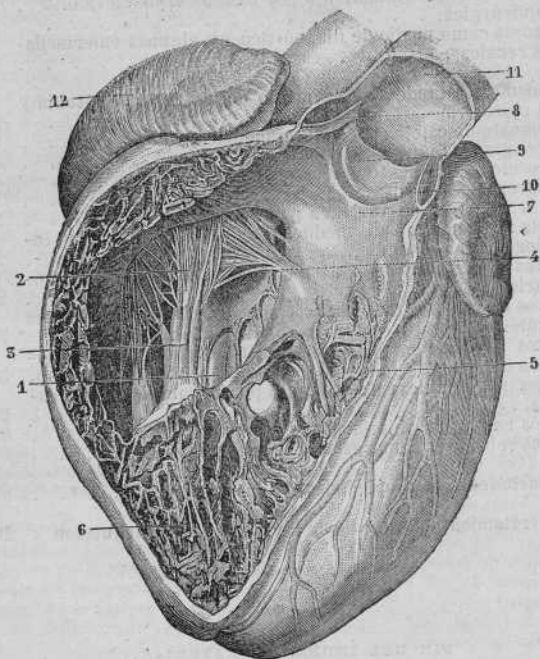
LIBRERIA DE D. CARLOS BAILLY-BAILLIERE.

— Plaza de Sta. Ana, núm. 10, Madrid. —

TRATADO DE ANATOMÍA DESCRIPTIVA

CON FIGURAS INTERCALADAS EN EL TEXTO.

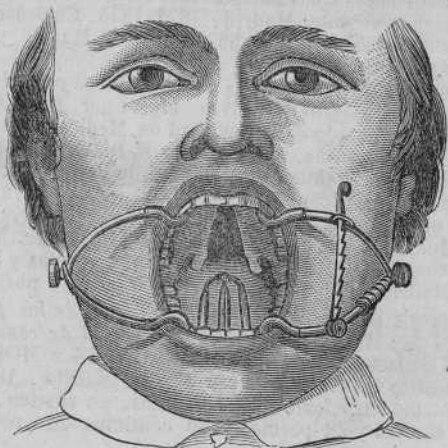
Por Ph. C. SAPPEY, catedrático de Anatomía de la facultad de Medicina de Paris y miembro de la Academia de medicina. *Segunda edición*, enteramente refundida. Traducida al castellano con exclusiva autorización del Autor, por D. Rafael Martínez y Molina, doctor en medicina y cirugía y



en ciencias naturales, etc., etc., y D. Francisco Santana y Villanueva, doctor en medicina y cirugía, etc., etc. Madrid, 1874-75. Cuatro magníficos tomos en 8.º, ilustrados con 911 grabados en negro y en color intercalados en el texto: en rústica, 50 pesetas en Madrid y 54 en prov., franco de porte.

TRATADO ELEMENTAL
DE PATOLOGÍA EXTERNA.

Por E. FOLLIN, profesor agregado á la Facultad de Medicina, cirujano de los hospitales, individuo de la Academia imperial de medicina y de la Sociedad de cirugía, y Simon DUPLAY, profesor agregado á la Facultad de Medicina, cirujano de los hospitales, individuo de la Sociedad de cirugía;



traducido del francés por D. José Lopez Diez, profesor supernumerario de la Beneficencia municipal, etc., y D. Mariano Salazar y Alegret, profesor del hospital Nacional (antes de la Princesa), etc. Madrid, 1874-1876. Cinco magníficos tomos ilustrados con gran número de figuras intercaladas en el texto.

Están de venta:

Tomo I en 8.^o prolongado con 80 figuras: en rústica, 12 pesetas y 50 cént. en Madrid y 15 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte.

Tomo IV en 8.^o prolongado con 198 figuras: en rústica, 14 pesetas y 50 cént. en Madrid y 15 pesetas y 50 cént. en provincias, franco de porte.

Están en prensa: — *El tomo tercero y el tomo quinto.*

TRATADO de Patología interna: por S. JACCOUD. Obra acompañada de 36 grabados y 28 láminas en cromolitografía; traducida al español por D. Joaquin Gassó y D. Pablo Leon y Luque. *Segunda edicion.* Madrid, 1875. Dos magníficos tomos en 8.^o, en rústica, 25 pesetas en Madrid y 27 en provincias, franco de porte.

TRATADO DE MEDICINA Y CIRUGIA LEGAL

TEÓRICA Y PRACTICA.

Seguido de un *Compendio de Toxicología*, por el doctor don Pedro MATA, catedrático de término en la Universidad central, encargado de la asignatura de Medicina legal y Toxicología, etc. Obra premiada por el Gobierno, oído el Consejo de Instrucción pública. *Quinta edición*, corregida, reformada, puesta al nivel de los conocimientos mas modernos, y arreglada á la Legislacion vigente. Madrid, 1874-1875. Cuatro magníficos tomos en 8.º: en rústica, 50 pesetas en Madrid y 54 en provincias, franco de porte.

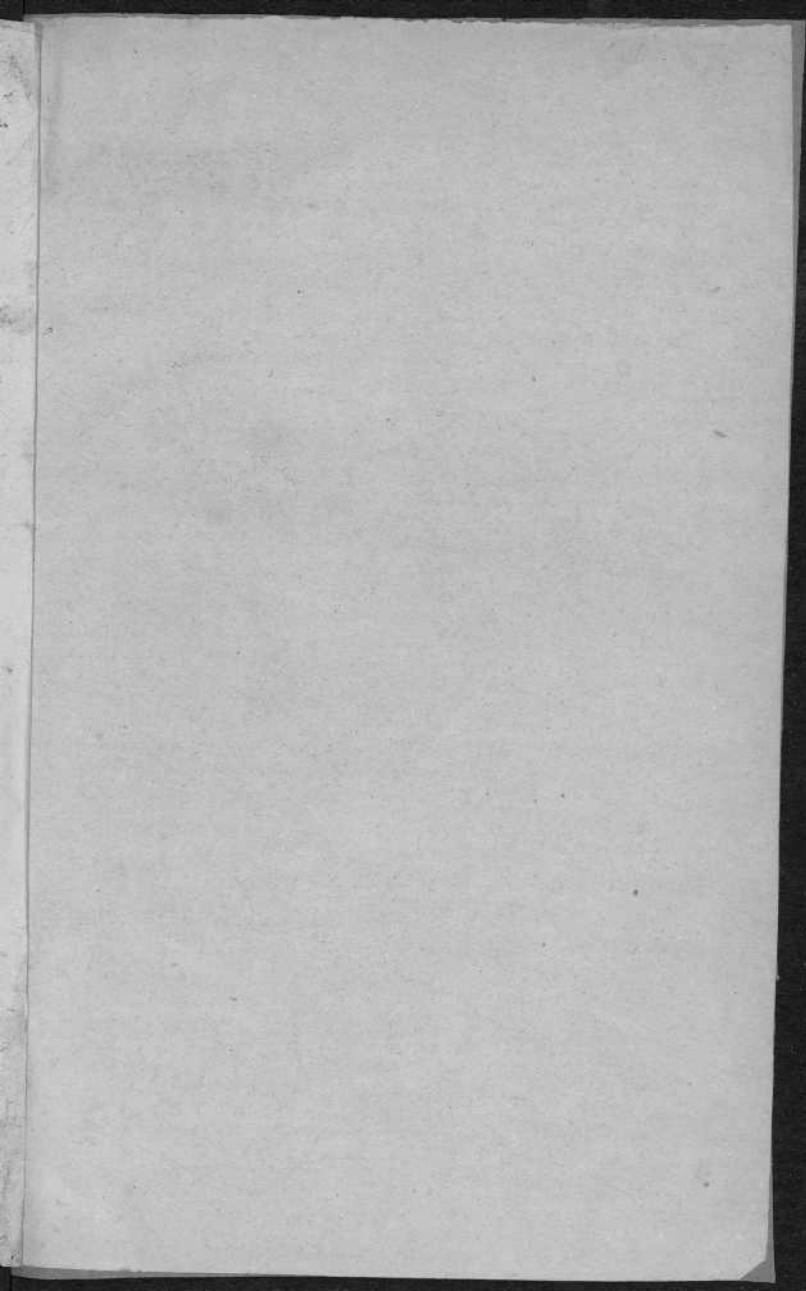
TRATADO ELEMENTAL *de Higiene privada y pública*, por A. BECQUE-REL, profesor agregado de la Facultad de Medicina, etc.; con adiciones y bibliografías, por el doctor E. BEAUGRAND, subbibliotecario de la Facultad de Medicina de Paris, etc.; traducido de la última edición francesa y considerablemente anotado por el doctor D. Joaquin Olmedilla y Puig, Farmacéutico, Médico, Licenciado en ciencias físicas, etc. Madrid, 1875. Un tomo en 8.º mayor: en rústica, 12 pesetas y 50 céntimos en Madrid y 13,50 en provincias, franco de porte.

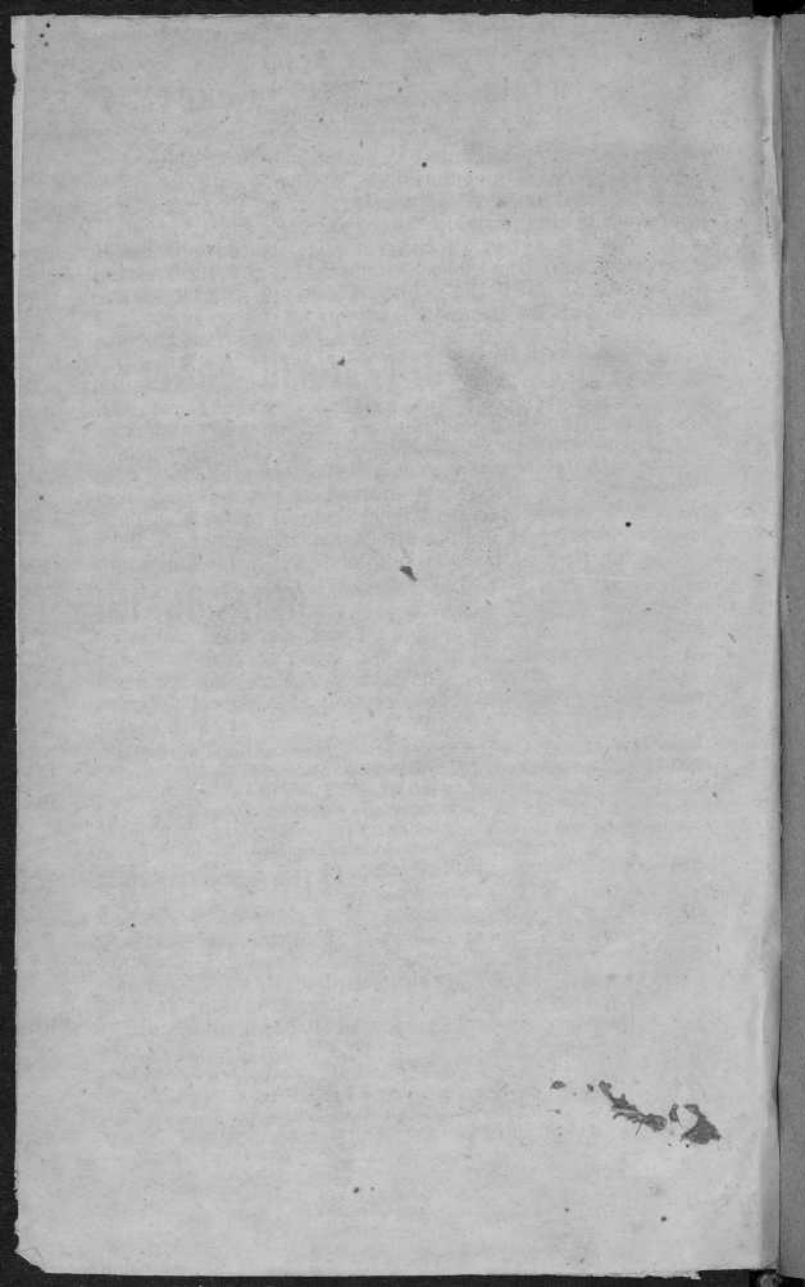
DICCIONARIO doméstico.—*Tesoro de las familias ó Repertorio universal de conocimientos útiles.* Redactado por D. Balbino CORTES y MORALES, cónsul de primera clase. *Tercera tirada.* Madrid, 1876. Un magnífico tomo en 4.º, de 2288 columnas, en rústica, 20 pesetas en Madrid y 22 pesetas y 50 céntimos en provincias, franco de porte.

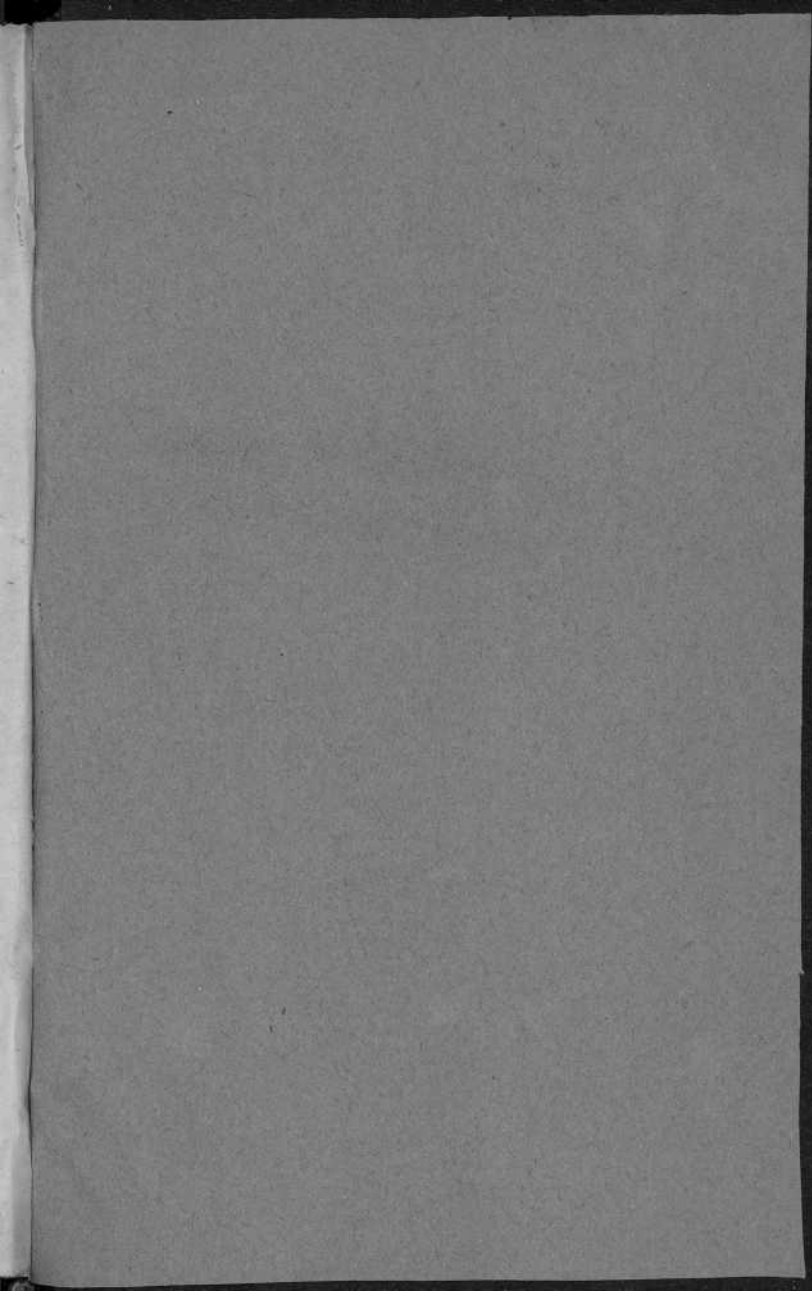
Hasta el día no se conocía un libro tan útil como el que anunciamos. El **Diccionario doméstico** es la **OBRA DE CONSULTA DE TODOS LOS DIAS** y, por consiguiente, indispensable á todas las clases sin excepcion, de cuya lectura pueden reportar grandes economías en su gastos diarios por los inmensos consejos de **utilidad práctica** que en él se dan.

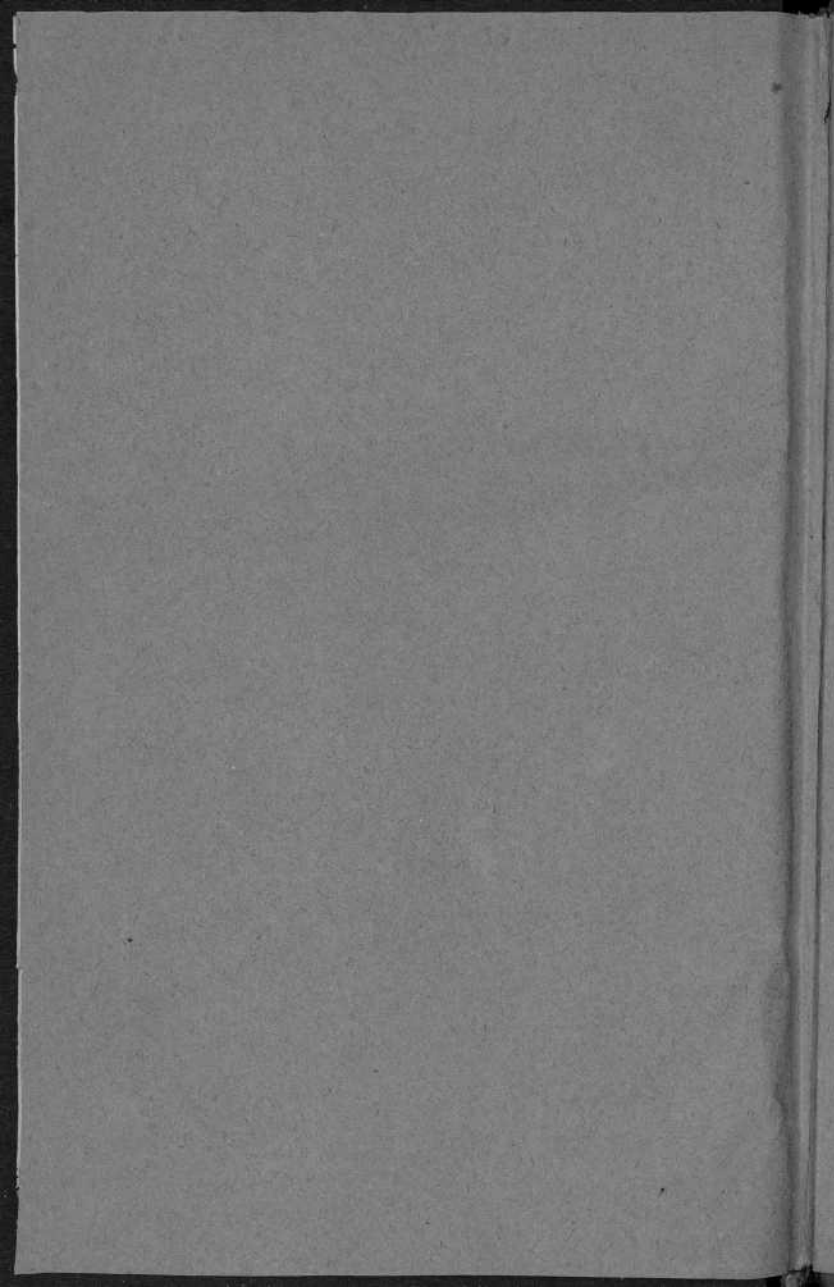
NUEVO MANUAL *de Medicina homeopática.*—*Primera parte:* Manual de materia médica, ó Resúmen de los principales efectos de los medicamentos homeopáticos, con indicacion de las observaciones clínicas.—*Segunda parte.* Repertorio terapéutico y sintomológico, ó Tablas alfabéticas de los principales síntomas de los medicamentos homeopáticos con avisos clínicos; por G. E. JAHR. Traducido del francés al castellano de la última edición, por D. Pedro Riño y Hurtado, médico homeópata.—*Tercera edición española.* Madrid, 1876. 4 tomos en 8.º: en rústica, 20 pesetas en Madrid y 24 en provincias, franco de porte.

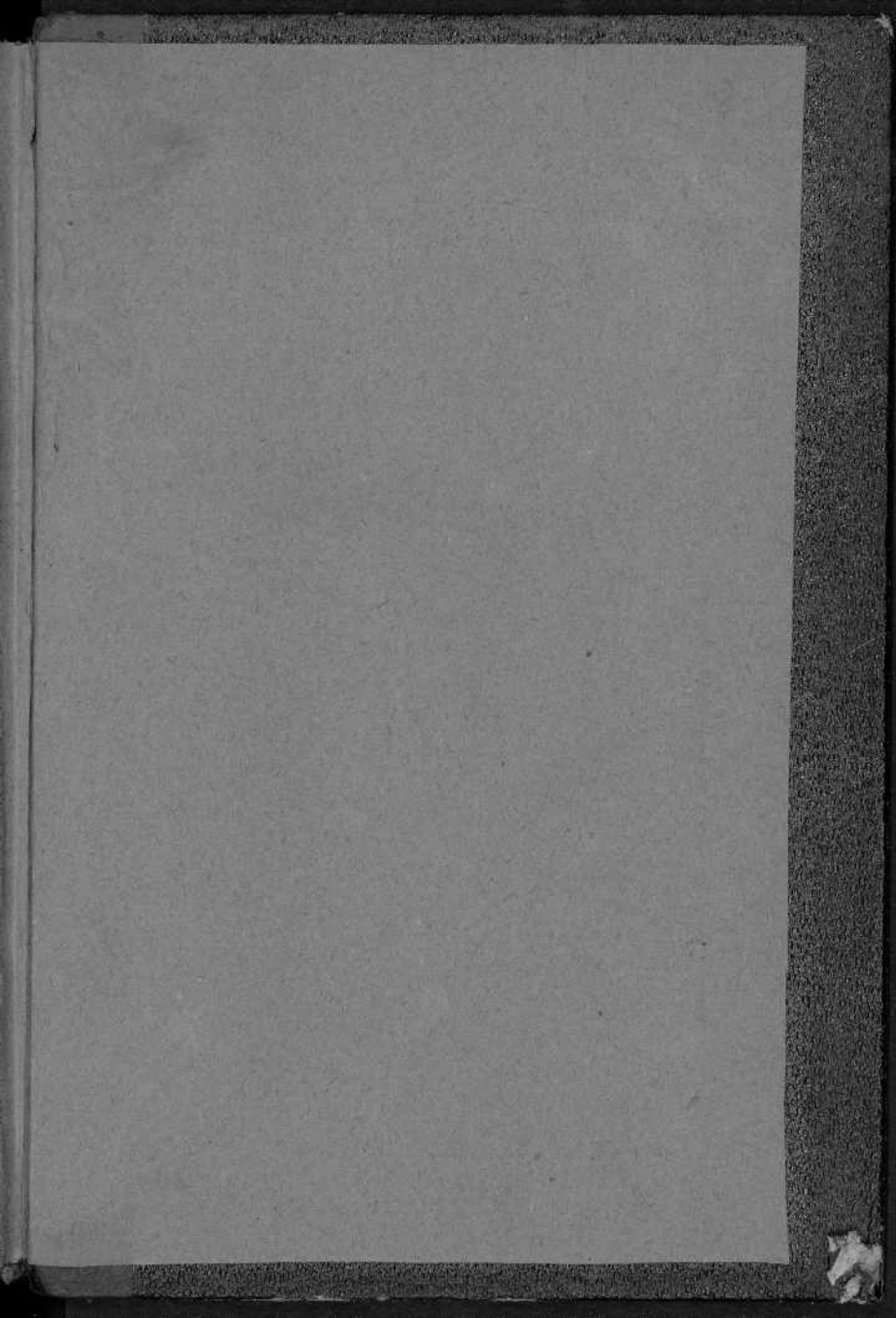
Tetuan de Chamartin.—Imp. de Bailly-Bailliere.

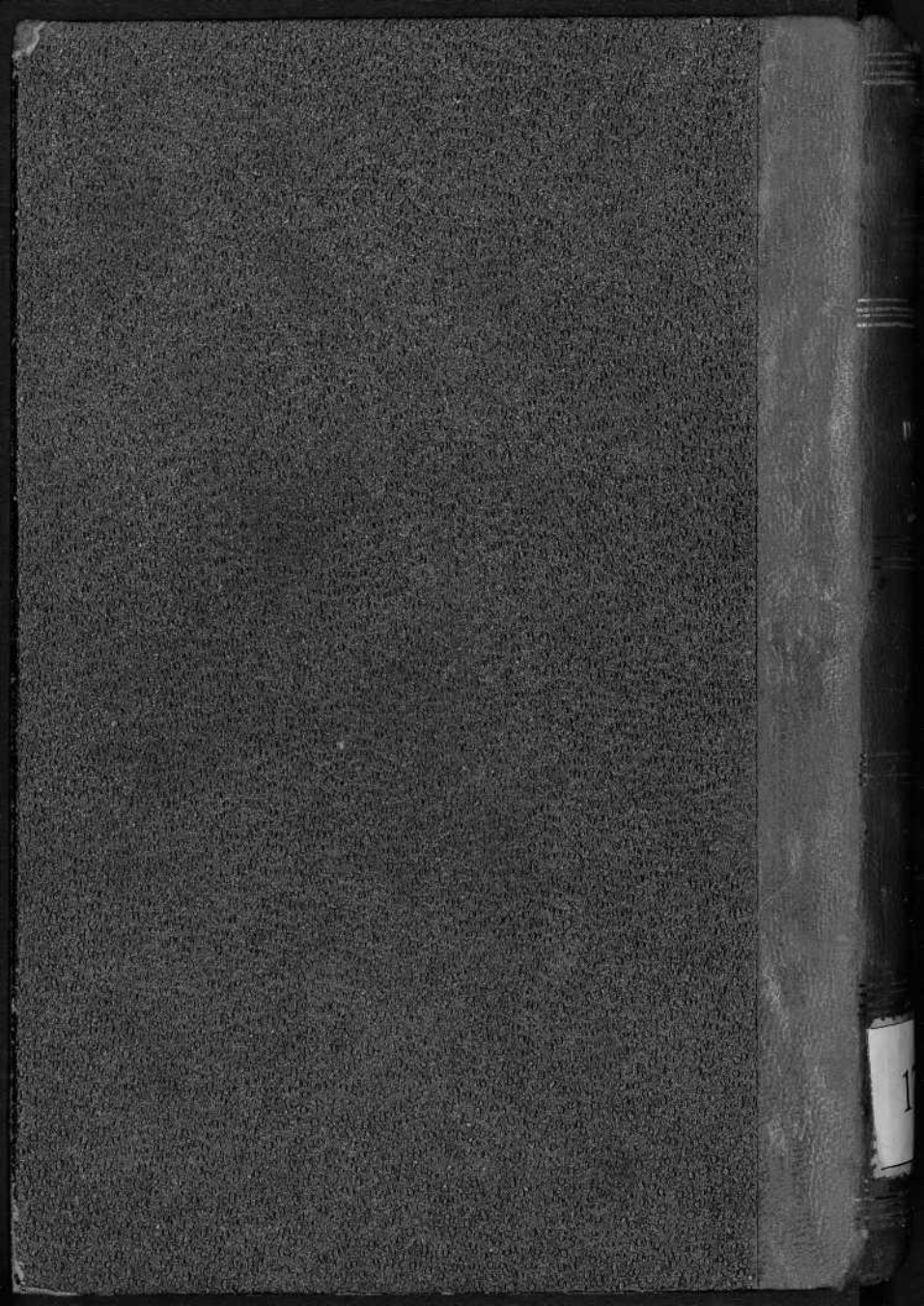














ANUARIO
DE MEDICINA
Y CIRUGIA



19

17.206