LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA Y CIRUJÍA PRÁCTICAS

Año V | Valencia 5 Marzo 1882 | Núm. 108

HISTORIA DE UNA ENFERMEDAD DEL HUMERO

(Continuación)

III

Antes de pasar adelante en la historia de que venimos ocupándonos, y para que el lector forme completa idea así de la enfermedad como de la enferma, en lo que á la parte *expositiva* hace referencia, bueno será digamos dos palabras, yá que por las circunstancias especiales en que la afección se desenvuelve y puede presentar no nos podamos estrictamente ceñir al rigorismo de exposición didáctica, clásico en esa escuela.

Teresa Lopez Sanchez, pues así se llama, tiene 21 años de edad, soltera, natural de Cella, de oficio panadera y dedicada también á las faenas domésticas, de temperamento sanguíneo-nervioso, constitución buena, robusta, bien nutrida, mejor formada y con toda la lozanía, animación y viveza de ingenio á que conducen una alimentación regularmente nutritiva, unas costumbres inmejorables, *limpieza de sangre* (por falta de diátesis).... y á que es acreedora, en circunstancias tan envidiables, la mujer á su edad.

Tampoco en su familia encontramos antecedentes patológicos que pudiéramos mencionar é importancia y relación tuvieran con el padecimiento que aqueja, cuyos padres viven y han vivido del trabajo, y demás ascendientes si murieron lo hicieron á impulsos de la decrepitud. Poco ó nada podemos decir, pues, de sus antecedentes, limitándonos á consignar en su *conmemorativo* la noción de sus 21 años, su robustez, el haber padecido las enfermedades

todas de la infancia, y con más, hace unos siete años, un reumatismo muscular en la región lumbar y posterior del cuello que trabajo me costó su terminación por la salud.

Y volvamos á nuestra historia.

IV

Dia 12 Febrero de 1882.

La enferma como hemos visto seguía en un estado general satisfactorio, así como su lesión ó afección al brazo derecho relativamente bien, tanto que, como también se ha dicho, hacía tres dias que no la visitaba, cuando por la tarde de este dia me llaman diciendo que había tenido novedad. Encontréla en su cama y en decúbito supino, el brazo tendido sobre una almohada sin alteración en su configuración de como lo dejamos hace tres dias, y ella á su vez, como de ordinario alegre y distraida, es decir, que nada en su estado general ni local acusaba lo que vamos á describir.

Preguntado acerca de su nuevo estado, accidente ó complicación por la que me había hecho llamar, contestó: «Yo no siento nada, pues nada me duele, me encuentro bien; pero esta mañana, al ir á levantarme el brazo *me ha crujido,* desde entonces que no lo puedo mover, y ahí se está, lo tengo muerto y si intento levantarme, lo mismo, crugiendo. Estos crujidos me preocupan mucho, pues á mi ver lo tengo.... ¡Dios mio, Dios mio!..., y prorrumpió en llanto».

Considere el lector cómo me quedaría yo al oir semejante revelación; qué de ideas, qué de presentimientos.... si realmente sucedía lo que la misma indicaba. Ni Sédillot ni Chassaignac, ni todos los cirujanos antiguos ni modernos concibieron tanta variedad en las entidades nosológicas de los huesos, que con ser infinitas, apenas si bastaban al sin número que en armónica confusión repetíanse sucesivamente y disputábanse la preferencia *ocasional* en el estado actual de la enfermedad que vamos estudiando. Entonces acordéme también de que si el maestro Chomel dice que la terminación de una enfermedad es muchas veces elemento preciso de su diagnóstico, ahora podemos añadir que el curso, sus accidentes y complicaciones, así mismo lo patentizan. Pero no anticipemos ideas y sigamos nuestra narración.

Aun suponiendo la existencia de la lesión que ella indicaba y yo *concebía* habida razón de la marcha, curso, sitio, &c. de la enfermedad, ante la serie de complicaciones que en perspectiva veía venir sobre la enferma y por ende *caer* sobre mí, pues el caso sobre árduo era de curso lentísimo y terminación incierta, traté de desorientarla y desorientarme de tal idea, y al efecto principié por preguntarle si algún golpe, alguna caida, algún estrujón, si podía haber dado lugar á ello, que contestando que no me servía de argumento para negar la posibilidad de una afección que tanto le preocupaba; yo á mi vez, ante el temor de cerciorarme de la *realidad*, hasta retardaba llevar mis manos al sitio de la afección; estupefacto, no obstante, y sin apartar la vista de él, á través de sus carnes parecía querer *mirar* la enormidad de la nueva situación.

Resolvíme, al fin, á pasear mis dedos por el brazo siguiendo la dirección del húmero y si ni aumento de color, ni calor, infarto, ni dolor, ni nada que á la ligera presión revelara trastorno especial encontré, escepción hay que hacer, no obstante, de ese abandono, esa pastosidad, esa alteración en la situación y relación respectiva de los órganos, anatómicamente considerados, cuando en alguno de ellos, suceden cámbios ó trastornos como el que vamos á observar en el sustentador de los que á las funciones de dicho miembro concurren, y que en el caso actual son un factor importantísimo para el diagnóstico que vamos analizando. Así era de ver el brazo de una forma cilíndrica y de diámetro casi igual en toda su longitud, algo aplanado en su cara que daba sobre la almohada por la compresión, como en la superior cediendo á la gravedad, lo mismo que el epicóndilo en la parte media por la pronación consiguiente del antebrazo á que le arrastraba sus relaciones de vencindad; nada del vientre del biceps, ni del deltoyda, ni del húmero, en fin, pues formaba un todo contínuo, á la simple y ligera presión, recuérdese bien.

A medida que yo iba practicando este exámen en busca de la consistencia y sitio de *fractura*—lo diremos de una vez—del húmero, en *partes distintas* la enferma exclama: «Ahí, ahí cruje.» Yo bien sentía la crepitación, pero en tantos sitios que no pensaba en una degeneración del periostio, una osteitis ampollosa que simulando una fractura hiciera más llevadero el pronóstico. Si, persuadido, aunque no del todo, opté, por fin, por un verdadero reconocimiento, que si para la enferma escusaba la amargura de su convencimiento

y á mí su ya posible realidad con solo lo dicho, ambos, especialmente ella, estábamos muy distantes de pensar y creer, ver y palpar que era tal y como presentíamos.

Con no poco trabajo y después de grandes *ayes* no por el dolor, si que alarmada por la incesante crepitación—pues mis huesos se deshacen como la cera, decía—conseguimos incorporarla en su cama; asegurado con mi siniestra mano el codo, recorría con la derecha toda la extensión del húmero. Nada sentía, nada acusaba á mis dedos, naturalmente, apenas si tocaba la piel; ella lloraba, «que me lo deshace V., que me lo muele,» yo temblaba como un ahorcado al *percibir* efectivamente el desmenuzamiento, la trituración de su hueso. Comprimí un poco más, después más, «¿ahora, ahora, no lo oye V?» ¡Todavía insistí, ante los que me rodeaban, en negar semejantes ruidos, así como á mi imaginación los efectos de la crepitación de los huesos! ¿Quién se persuade de la realidad? ¡¡Quién, si es tan alegre, tan consolador, tan dulce el vivir en la esperanza, el creer en la ilusión!! Por nosotros los médicos inspiró Dios al hombre esa sublime virtud, por nosotros los médicos han creado los poetas esa negación de lo verdaderamente real. Pero en el caso actual, desgraciadamente, esperanzas ni ilusiones, dudas ni cabildeos eran bastante á dejar de reconocer lo que fatalmente era una realidad. Con el codo cogido, como he dicho, con la mano izquierda, y la derecha aplicada en el muñón del hombro, empecé á practicar movimientos en todas direcciones..., ¡y á todas partes seguía el antebrazo cediendo en sus distintas posiciones á los límites trazados por la anatomía normal! Hasta dudé en un momento de la existencia del húmero, pues lo mismo levantaba el codo al nivel de la parte media del brazo replegándose sobre sí, que marcando un arco de círculo subía hasta el hombro así por el lado externo como interno á la vez que por ambas caras; todo ello sin dolor ni cesar en su contínua crepitación. ¿Qué pensar en este caso? ¿qué hacer...? Dejemos lo primero, pues urge ocuparnos de lo segundo.

V

Prescindiendo de todo género de consideraciones, como diagnóstico anterior por el que las cosas llegaron hasta donde las vemos, accidentes que pudieran ocurrir y pensando solo en que en medio

de los trastornos porque el hueso pasaba (rarefacción, fragilidad, osteomalacia, quistes, tubérculos, cáncer), y buenamente discurriendo en que el periostio, vistos la carencia absoluta de fenómenos flogísticos ó de sus resultados, como formación de pús, todavía podía subvenir y segregar los elementos de reparación y formación del hueso, de lo cual cita la ciencia numerosos hechos en casos sinó análogos parecidos, al momento me sugirió la idea de la aplicación de un vendaje ordinario de fractura simple, con el doble objeto de si las cosas sucedían como yo en aquel instante forjé, con la inamovilidad consiguiente, supuesta la integridad del periostio favorecer el depósito y pronta adaptación del tejido óseo de nueva formación, &c., &c., caso omiso de que ello era largo, más ó menos realizable, expuesto á las consecuencias de una anquilosis general del miembro y demás accidentes que á nadie escapan, ó por la compresión presentándose fenómenos inflamatorios, con la supuración que había de venir á elegir el punto de abertura por la que se diera paso á dicho producto inflamatorio, así como á los esquilos, secuestros, &c., &c., y esperar las consecuencias.

Advierto al lector que no olvide estamos en el dia 12, ó sea en el mismo dia y en el mismo instante en que á presencia de la enferma, sin esperarlo y mucho menos consultar autor alguno y solo por la apreciación de los fenómenos tal cual á mi imaginación llegaban, determiné aplicar los medios que llevo indicados: su interpretación científica, ó mejor dicho clínica, podia ser más ó menos acertada, pero el caso, las circunstancias, las personas que me rodeaban, no eran las más á propósito para decir *espérense Vds., que vuelvo:* ello me es necesario para que mi trabajo lleve el sello de originalidad y con él la naturalidad de exposición que espero guardar hasta el fin.

Apliqué, pues, acto contínuo, un vendaje circular ligeramente comprensivo desde los dedos de la mano hasta la raiz del miembro, con más las compresas, tablillas y demás de las fracturas comunes, todo empapado con una solución de agua fenicada y alcohol idem, y cubierto con una capa de engrudo de almidón, como solicitando la inamovilidad, con lo qué y con alguna observación propia del caso respecto á posición, quietud, régimen diatético, &c., cesó la alarma y la familia preguntaba confiada y tranquila, cuánto tiempo tardarían en apegarse los huesos.

Y es tan escepcional el caso que refiriendo estoy, que hétenos,

insensiblemente y como llevados de la mano, obligados á ocuparnos de la parte *complementaria* y por ende del diario clínico de observación, ántes siquiera de dedicar dos palabras á la *razonada,* ó sea al diagnóstico y pronóstico. Todo lo cual será objeto de nuestro trabajo en el número próximo.

José Garcés Tormos.

CASO DE PERISCLERITIS REUMATICA,

QUE MUY BIEN PUDIERA CONSIDERARSE COMO REUMATISMO PERISCLERAL

El 6 de Enero del corriente año, se presentó en la clínica del Dr. Galezowski una enferma, Mad. C..., con objeto de que se le tratara el ojo derecho, que llevaba afecto.

Encargado por mi querido maestro para tomar la observación del caso que se ofrecía, pude apreciar, en dicha enferma, un temperamento linfo-nervioso, unido á regular constitución. Su edad frisaba en los 52 años.

Pedí antecedentes de la enfermedad, que á la Clínica la traía, y me contestó del siguiente modo:

Desde hace ya cinco años, dijo, es presa de una enfermedad á los ojos, que aparece, particularmente, en el Otoño y la primavera. Esta enfermedad que, ora ataca ambos ojos á la vez, ora solamente uno de ellos, se inicia, en general, por un dolor más ó menos vivo, localizado en la región ocular, y que hace se aperciba nuestra enferma del comienzo de su afección.

Al siguiente dia, aparece en el ojo una rubicundez que vá de dia en dia en progresión creciente, y con ella un aumento de este mismo dolor, que llegado este estremo, se propaga ya á las partes circunvecinas. Uno y otro presentan de especial en su marcha, una regular intermitencia, pues que en su período de crecimiento y en la declinación, hay, entre dos dias de acceso, uno intermedio que pudiéramos llamar apirético, y en el cual todos estos fenómenos ántes nombrados rebajan su intensidad; terminándose al fin todo ello, después de haber durado unos quince dias.

De una manera parecida ha comenzado también la vez presente. Tres dias ántes del en que se nos presentó, empezó á sentir el dolor inicial que ya llevamos dicho, y tras él, aparecieron en el globo del ojo unas líneas rojas (textual), que partiendo del ángulo exterior tomaban una dirección horizontal. A los dos dias, estos síntomas comenzaron á aumentar, pero el dolor particularmente se

hizo tan intenso, que la obligó á presentarse á la Clínica para atender á su curación, sin hacer siquiera uso de la pomada de la viuda de Garnier y de algunos colirios, con que otras veces había ella misma tratado su afección.

Con estos datos pasé á investigar el *estado actual* que sigue:

He dicho que el ojo enfermo es el derecho.

Simplemente inspeccionado á primera vista, podía comprobarse, como síntomas anatómicos, una ligera tumefacción rojiza en el borde de los párpados é iniciándose á su cara externa ó cutánea. Su cara interna era imposible ponerla en estado de poder apreciar, á causa de los fenómenos que la presentaban de parte de los otros órganos: en efecto, la conjuntiva bulbar se encontraba no solo fuertemente inyectada, sinó con una considerable tumefacción que impedía reconocer el párpado. Esta tumefacción había un tinte rojo-claro y al mismo tiempo trasparente; era un verdadero quémosis seroso. La parte más afecta de este síntoma era la externa, (punto por donde comenzó la afección), hasta el estremo de cubrir en parte la córnea, extendiéndose también al fondo del saco conjuntival inferior.

La inyección y tinte rojizo que he ya hecho mención, eran ocasionados por el desenvolvimiento de la red capilar; pero podíase también hacer nota, de algunos congestionados vasos que serpenteaban hasta la misma córnea. Ellos tenían asiento sub-conjuntival, y eran más distintos en la parte superior é interna, puntos los menos atacados por el quémosis.

Como síntomas funcionales, hay que decir: los dolores que, bien espontáneos, bien á una ligera presión sobre los párpados, acusaba la enferma en las regiones periorbitaria y ocular; además, existía igualmente alguna, aunque leve, fotofobia, lagrimeo poco marcado, y dificultad de cerrar completamente los párpados á causa de la quémosis.

La córnea, iris y membranas profundas, eran en estado normal.

Queda aún por decir, los escalofrios seguidos de sensación de calor, que la paciente acusaba los dias que su enfermedad se acentuaba más, y que juntamente con los síntomas locales, disminuían notablemente en los dias de intérvalo, simulando por esto un como ataque de fiebre intermitente.

No quiero dejar, por fin, sin mencionar algunos otros antecedentes generales que nos pueden dar alguna luz sobre el diagnós-

tico. Se refieren ellos á que la madre de la enferma, ha estado siempre sujeta á padecimientos reumáticos, y que nuestra misma enferma, ha notado con frecuencia entorpecimiento en el funcionar de las articulaciones de las manos, sobre todo al levantarse.

En vista, pues, de todos estos datos ¿delante de qué afección nos encontramos? ¿Qué diagnóstico es necesario hacer?

Permítaseme ántes, dar una ojeada á las entidades morbosas que pueden presentar el quémosis seroso, para por exclusión, poder llegar á la del presente caso.

La conjuntivitis catarral, la purulenta, la flictenular cuando ella es intensa ó generalizada, las iritis en su grado máximo y la syndesmitis ocular ó periscleritis, son las afecciones que pueden dar lugar al quémosis en cuestión. Pero en la conjuntivitis catarral ó la purulenta, siempre hay la secreción característica que aquí no existe, y esto, sin contar con la tumefacción de los párpados y la diferente inyección conjuntival. Si queremos llevarla á la flictenular, es necesario que ella esté completamente generalizada para producir un quémosis, y entonces, además de que siempre se encuentran las lesiones anatómicas del proceso flictenular, es también difícil no tener complicación de la parte de la córnea y por lo mismo una intensa fotofobia. En este caso clínico, es verdad se ha presentado la fotofobia, bien que ligera; pero á pesar de esto y de su principio en un todo parecido al de la conjuntivitis flictenular, son suficientes las faltas de los otros fenómenos para excluirla.

Queda aún la iritis y la periscleritis.

¿Cómo una iritis puede ocasionar el quémosis seroso? Es necesario para ello que el proceso inflamatorio sea pronunciado, que los vasos irídeos estén congestionados considerablemente, que haya, en fin, éxtasis en los ciliares anteriores, para que filtrando lo seroso de la sangre á través de los estómatas vasculares, forme derrame entre las mallas del tejido sub-conjuntival, y por lo tanto, el quémosis.

Aquí el iris está normal: no se trata, pues, de esta enfermedad.

Es entónces una periscleritis? Volvamos al *estado actual* para ver los síntomas que aquí se han presentado.

Comenzó por algunas rojas líneas situadas á la parte externa de la esclerótica y con dirección horizontal, es decir, de uno de los meridianos del ojo; después esta inyección se desenvuelve y gana las vecinas partes en torno de la córnea, conservando siempre la dirección de los meridianos (como puede notarse en la parte supe-

rior é interna); y ella aumenta aún más, dando por fin lugar al quémosis en su primer punto de partida, para luego estenderse al saco conjuntival inferior. Desde este momento empiezan los fuertes dolores periorbitarios y la ligera fotofobia, y desde este momento se establece también un no abundante lagrimeo.

Hé aquí en suma la historia de la periscleritis.

Si la atención se ha fijado en los antecedentes, habráse visto á su madre estar sujeta á la influencia de las manifestaciones reumáticas, y á la misma enferma, apercibirse por las mañanas de dificultad en el libre movimiento de sus manos; esto es, pues, suficiente para confirmar el diagnóstico hecho á primera vista por el Dr. Galezowski; arribados á este punto nos es ya dable decir, que la enfermedad que atañía á Mad. C..., era una *periscleritis reumatismal.*

El fondo diatésico que es posible suponer en la paciente, y la impresionabilidad de sus ojos al cámbio de estación, marca la *etiología* de la enfermedad.

Sobre su *duración* y *marcha*, he de decir: que siendo sin embargo la syndesmitis un proceso crónico, en este caso su duración solo ha sido de unos 15 dias cada vez; pero ahora su intensidad es mayor, por lo que creo en su duración no tan breve. El *pronóstico* debo hacerlo por lo mismo reservado, y también por la facilidad que hay en presentar complicaciones en el iris ó la córnea. Y para el tratamiento se debe tener en cuenta, no solo la afección local, sinó el estado general que la provoca: por esto, mientras que para el primero están indicadas las escarificaciones, los colirios de atropina ó de atropina y eserina alternativamente, cocimientos emolientes y hasta las duchas de vapor cuando el proceso lleva tendencia marcada al estado crónico; para el tratamiento general, es preciso apreciar si se trata de la sífilis, del reuma, de la gota (causas las más abonadas para devolver esta afección) y dar, respectivamente, los mercuriales ó los antipiréticos como el sulfato de quinina, salicilato de sosa, cólchico, etc.

En el caso presente empléase para el trastorno local, la atropina y eserina alternativamente, á la dósis de 0'02 gramos por 10 gramos de agua destilada, y relativa á los síntomas generales, el sulfato de quinina, formulado en 6 paquetes con 0'30 gramos de medicamento cada paquete, para tomar al dia uno de ellos: y en verdad, ha sido tan notable su eficacia, que al cabo de seis dias solamente ha vuelto la enferma casi curada, pues lo único que restaba era un

poco de inyección sub-conjuntival, habiendo en cámbio desaparecido completamente el quémosis. El sulfato de quinina, de otro lado ha hecho desaparecer los escalofrios y ha evitado de la misma manera las intermitentes recidivas que tanto las otras veces habían molestado á la enferma.

Dos dias solo después, la ví ya en completa curación borrando el reservado pronóstico y la duración que había marcado yo al proceso.

¿Pero cómo explicarnos la desaparición del quémosis, de los dolores y de la inyección sub-conjuntival, únicamente á favor del sulfato de atropina y de eserina? Nada más claro, teniendo en cuenta la acción fisiológica de estas dos sustancias. En efecto, al emplear la atropina, no solamente prevenimos la posibilidad de complicación por parte del iris, sino que evitamos á la par una causa de éxtasis sanguíneo; al favorecer la circulación intrascular que sabemos está enlazada con los vasos de la esclerótica. Hay además otro efecto de la atropina sobre estos mismos vasos, pues que obrando sobre sus fibras lisas por intermedio del gran simpático, hace disminuya su calibre de un modo notable (débil dósis): tal resulta de los experimentos hechos primero por Wharton Jones y secundados luego por Brown Sequard y Meuriot. Relativamente á la eserina, cabe decir, que si bien ella obra paralizando el gran simpático y por ende determinando un aumento en el calibre vascular, obra al mismo tiempo sobre el músculo de la acomodación le relaja, y por lo mismo vá en ayuda de la circulación de los ciliares.

De esto, pues, se sigue la desaparición del proceso congestivo y la reabsorción del seroso exudado.

Pero ¿y la neuralgia ocular y periorbitaria?

Si ella fuera debida á la intensidad de los fenómenos flogísticos, desaparecidos estos, se comprende también lo efectuára ella; pero como se habrá podido ver en los antecedentes, es la neuralgia quien inicia el comienzo de la afección; por tanto no es esta la causa que nos demuestra la incógnita.

Hay entonces que admitir una acción analgésica de la atropina, la cual es dudosa dada su débil dósis, ó suponer, apartándose de lo ya descrito, un ataque de reumatismo agudo al ojo.

¿Qué habrá de singular en verdad, que nos hallemos ante un caso, en el cual se verifique la sola exteriorización de la diátesis en la aponeurosis ocular?

Tornemos á los hechos.

Puédese muy bien aceptar, primeramente, una innata predisposición en la enferma por el reumatismo; predisposición que le dá la herencia, y se puede aceptar ésta con tanto mayor motivo, al ver las estadísticas de Chomel, Requin y Fuller que la elevan á un 29 % en los casos de reumatismo agudo, y aun en la paciente misma, al rendirse cuenta de la dificultad de los movimientos de la mano á su despertar y la causa etiológica más abonada de la afección que á la Clínica la trae.

Empero esta predisposición, la necesidad de una causa ocasional para mostrarse en proceso, siendo una de estas, la más favorable según todos los autores, el frio y el frio húmedo, circunstancia que se encuentra de preferencia en el otoño, invierno y primavera.

Estas son las épocas que, como se habrá notado ya, hacen aparecer la enfermedad ocular, motivo de mi observación é historia.

Y hasta aquí solamente hemos probado la naturaleza reumática de la afección, que nada de particular ello tiene tratándose de la periscleritis; pero concretemos más los hechos, y veremos mucho de caractéres especiales aquí incluidos; encontraranse diferencias, no solamente en su invasión y síntomas, sinó también en su curso y terminación. En efecto:

Un dolor situado en el ojo, abre la marcha; cuando en la syndesmitis típica, es uno de sus síntomas, la falta de fenómenos neurálgicos, y tanto, que hace pasar desapercibido el comienzo de la afección. Después hay la fotofobia, lagrimeo y estos mismos dolores junto á los periorbitarios, como síntomas funcionales de este caso; mientras en el de periscloritis, es uno de sus principales caractéres la negación de estos fenómenos, á menos de no hallar trastorno alguno de parte del iris. Si se quiere fijar en su curso podráse aquí aceptarlo como agudo; mientras que en la otra es lento; y si en su marcha se encontráran aún más grandes diferencias, pues que ella es contínua en la periscloritis ordinaria, mientras que aquí la encontramos con intermitencias de un dia, no solamente en sus síntomas anatómicos, sinó también en los funcionales, intermitencias que á la vez dan lugar á escalofrios y otros fenómenos que simulan accesos de verdadera importancia. Por fin, su terminación presenta también particulares caractéres, pues no es conocido que al cabo de ocho dias, llegue á una completa curación

un caso syndesmitis, cuando en sí lleva los trastornos locales que en este se encontraban.

¿Y cuáles son los síntomas más distintivos de un ataque reumático agudo en una articulación? Ellos son: dolor inicial, rojiza tumefacción de la piel, derrame intra-articular, dolor á la presión y la fiebre. Aquí empezó de idéntica manera; aquí hemos visto la rojiza tumefacción de la piel en el borde palpebral; el derrame seroso sub-conjuntival, es decir, de una parte sujeta á numerosos movimientos existe aquí; y hay aún el dolor á la presión, la fiebre poco relacionada con la intensidad de la afección como proceso reumatismal y por lo mismo ligereza y fiebre que al tomar esas intermitencias se acerca al tipo de fiebre oscilante de Wunderlich, y por fin, su terminación al cabo de 7 ú 8 dias, como en los casos favorables de reumatismo.

De este modo comprendo cómo haya desaparecido en tan breve tiempo todo el cúmulo de síntomas locales, tal vez á beneficio del sulfato de quinina.

Y por todas estas razones, creo, que verdaderamente hemos tratado de un *Reumatismo episcleral agudo*.

J. Aguilar Blanch.

París 29 Enero 1882.

REVISTA DE LA PRENSA

De los traumatismos oculares.—Acción del tanino sobre la albuminuria.—De la punción en las caverna pulmonares.—Tratamiento de la sífilis por las inyecciones subcutáneas de peptona mercúrica.—Tratamiento del eczema.

Creemos de verdadera utilidad dar á conocer á nuestros lectores el extracto de un artículo del Dr. Gayet de Lyón, que se ha publicado en el primer número de la «Revue genérale de Ophthalmologie» y que nosotros tomamos de «Le journal de médecine de París.»

Dicho notabilísimo artículo se refiere á los *Traumatismos oculares* y de él se desprenden luminosas conclusiones ya en cuanto á su diagnóstico, ya sobre su pronóstico y terapéutica·

1.° Llamados por un caso de traumatismo ocular, de ningún modo podemos decir que no es nada por que *nada veamos*, sino porque *se vea que nada existe*; lo cual como bien se comprende, dista mucho de ser una misma cosa.

2.° No existe ninguna lesión traumática del ojo que pueda en absoluto llamarse inofensiva.

Para proceder á la detenida inspección del ojo, cosa que se hace de imprescindible necesidad en todos los casos de lesiones de este órgano, aconseja el Dr. Gayet el empleo del cloroformo, especialmente si el reconocimiento se efectua en un niño ó adulto pusilánime y el uso de la iluminación directa y oblicua, previamente desembarazado el órgano de cuanto le cubra, operación que se ha de llevar á cabo con especial delicadeza.

Si por efecto de un violento traumatismo podemos hacer constar un notable trastorno en la vista ó la abolición total de esta, debemos formular un pronóstico grave, sin que para ello sea obstáculo la aparente integridad de las membranas profundas.

No es menos frecuente observar tras la acción de una causa vulnerante, dislocaciones ó luxaciones del aparato cristalino y que pueden ser, ya sub-conjuntivales ya intra-oculares propiamente dichas. De estas dos variedades de luxación, siempre nos ha de merecer un concepto más serio la segunda.

3.° Toda herida por pequeña que sea puede producir la supuración

de las membranas y esta á su vez no debemos olvidar que puede ser causa de la pérdida del órgano.

Las heridas penetrantes, sobre todo las que interesen la región ciliar, el cristalino, el humor vítreo y la retina, son siempre graves y de ninguna manera nos podemos dejar halagar por esas curaciones aparentes de que tantos casos registra la ciencia y tras de los cuales se ocultan accidentes que no por lo tardíos son de menos funestas consecuencias. Inútil creemos decir que esta gravedad aumenta si la herida penetrante se complica con la presencia de cuerpos extraños, siendo por otra parte las que siempre exponen á las oftalmias simpáticas.

Por último, los cuerpos incandescentes y los cáusticos líquidos, aplicados á la superficie del globo ocular producen, como es natural, trastornos más ó menos profundos; pero debemos señalar aquí, respecto á su pronóstico, que en medio de la gravedad siempre puede admitirse algo de más favorable en las primeras, apesar de que su aspecto pudiera hacer creer precisamente lo contrario.

Concluimos repitiendo las palabras que el Dr. Dehenn dedica al artículo de Mr. Gayet: es un excelente trabajo que merece ser leido y meditado por todos los médicos.

(Jour. de med. de Paris.)

*
* *

Experimentos practicados por Mr. Ribbert en los animales han venido á demostrar la poderosa influencia que en sentido favorable puede ejercer el tanino en todos los casos de albuminuria, bien sea traumática, bien sintomática de la afección que los autores designan, con el nombre de nefritis glomerular.

El autor hería ó ligaba las arterias renales en los animales sometidos á la experimentación, y después de inyectar por las yugulares una disolución de 50 centigramos de tanino por 100 de agua, los sacrificaba, extraía los riñones, los cuales trataba por la ebullición examinando al microscópio el estado de los glomérulos.

Sabido es, que bajo la influencia de la ligadura de las artérias renales, se establece una exudación, ó por mejor decir, trasudación de la fibrina á través de las paredes del vaso y depósito de la misma en la cápsula de los glomérulos, cuyo fenómeno puede hacerse constar fácilmente coagulando la fibrina bajo la acción del agua hirviendo.

Ahora bien: en los animales á los cuales después de la operación preliminar se había inyectado la disolución mencionada, el depósito coagulable de fibrina intra-capsular, era relativamente menor. Este experimento viene á robustecer la opinión de muchos terapéutas, segun

los cuales la administración interna del tanino constituye un eficáz tratamiento en la albuminuria del hombre.

El autor ha podido observar, llevando más allá sus investigaciones, que una vez mezclado el tanino con la sangre, se combina con las bases alcalinas de ésta, resultando unos tanatos alcalinos que sobre ser de acción tan astringente como las sustancias á que deben su origen, reunen la ventaja de ser mucho más absorbibles, y que después de la inyección venosa de 25 centimetros cúbicos, de una solución al 2 % de tanato de sosa, no existia la menor cantidad de fibrina en las cápsulas glomerulares á pesar de haberse ligado las artérias del riñón.

(Rev. hebd. de ther.)

*
* *

El éxito alcanzado por la operación de la toracentésis en los casos de derrame pleurítico, operación seguida siempre del alivio cuando no de la curación, ha hecho pensar en la punción de las colecciones purulentas ó cavernas pulmonares, si bien la operación más complicada de por sí, exige la coexistencia de adherencias pleuríticas en el mismo punto en que se practique la puntura, circunstancias que no siempre podemos obtener, y que es muy difícil hacer constar.

La detenida observación ha podido establecer dos importantes divisiones en los abscesos pulmonares: unos de origen tuberculoso y cuyo asiento anatómico es el vértice y otros neumónicos que se situan en la base ó lóbulo inferior.

Las colecciones purulentas del vértice, ni son fétidas, ni sépticas y no contienen otra cosa que glóbulos de pus. Los abscesos de la base, encierran, como sabemos, esfacelos del pulmón y pueden dar lugar por las naturalezas de su contenido á graves trastornos generales.

Como carácter anatómico citaremos de paso que las colecciones purulentas del lóbulo superior están rodeadas por sólidas adherencias pleuro-pulmonares, que su contenido es menos abundante que en las de la base y que por efecto de su situación inmediata á los bronquios, este contenido es fácilmente expulsado al exterior por la espectoración.

Estas consideraciones demuestran que la función no se hace tan necesaria y que únicamente debe intentarse cuando hayan agotado todos los demás remedios locales.

Por el contrario, en los abscesos de la base en los cuales y debido á su alejamiento de los gruesos troncos bronquiales, la espectoración no es suficiente para evacuar el contenido, se hace necesaria la punción con cuya abertura artificial se evita, dado caso que esto pudiera efectuarse por los solos esfuerzos del enfermo; al paso que por la tráquea y bronquios de los productos sépticos y gangrenosos.

Reasumiendo cuanto se lleva dicho pueden sentarse dos conclusiones: que no deben puncionarse los abscesos del vértice, hasta que hayan fracasado todos los medios tópicos: que la punción de las cavernas de la base debe practicarse, cuando la secreción bronquial se vuelve fétida y teniendo motivos fundados para suponer que en las inmediaciones del foco existen adherencias fuertes que ponen al enfermo al abrigo de un neumo-tórax.

Las ventajas de este procedimiento son: la aireación de la cavidad, la disminución del mal olor y alejar el peligro de infección de los tegidos pericavernosos.

(Le med. prat.)

*
* *

En el pasado año se presentó á la Sociedad médica de los hospitales, una comunicación de Mr. Martineau, médico del hospital Lourcine, en la cual se hacian constar las incontestables ventajas de las inyecciones subcutáneas del sublimado en asociación con la peptona, cuyo proceder sobre no producir dolor ninguno ó muy tolerable, es de más segura acción que si el mismo preparado se diera por la vía gástrica.

Esta comunicación dió lugar á que notables médicos como Desnier Dujardin-Beaumetz y Vidal se dedicaran á observar los efectos enunciados por Mr. Martineau, y la opinión de todos ellos no ha podido ser más favorable. El proceder indicado permite administrar el mercurio á los dispépticos y su acción es sumamente rápida.

El Dr. Vidal emplea la siguiente fórmula en los treinta casos que en el Hospital de San Luis ha sometido á dicho tratamiento:

Agua destilada.	25 gramos.
Glicerina.	5 »
Peptona mercúrica amónica.	50 centigs.

Mézclese.

Con este tratamiento ha logrado la rápida curación de un sifiloma de la lengua.

Es muy poco frecuente la presentación de hidrargirismo alguno, y en los casos de Mr. Vidal se ha evitado la salivación haciendo frotar 10 ó 12 veces al dia las encías con un polvo compuesto de 3 partes de quinina en polvo, una de ratania y otra de clorato potásico pulverizado.

(Gazette des hopitaux.)

*
* *

El Dr. Braclbury recomienda para el eczema agudo generalizado, los baños alcalinos y los de salvado y aplicaciones tópicas locales del lini-

mento oleo-calcáreo ó de soluciones plúmbicas. Cuando la enfermedad cuenta ya larga fecha de asistencia puede prescribirse el uso interno de los preparados arsenicales y las unciones con la pomada de óxido de zinc.

En el eczema crónico de las manos, el arsénico al interior, y la pomada de nitrato de mercurio bastante diluido, localmente constituyen un buen plan de tratamiento.

En la misma erupción de las axilas, el autor recomienda el uso interno del bicloruro de mercurio y las aplicaciones locales de una pomada mercurial cualquiera.

La mezcla de sulfato de hierro y de sulfato de magnesia es sumamente eficáz en el tratamiento del eczema de los jóvenes anémicos y que sufren habitualmente de constipación. En este caso se prescribe el sulfato de hierro á la dósis de 15 á 20 centigramos.

Para el ezcema crónico de la cara surte asimismo favorables efectos la mezcla en partes iguales de pomada de precipitado blanco y de otra de base de zinc ó de sub-acetato de plomo.

(Le med. prat.)

RAFAEL PASTOR.

REVISTA DE LAS SOCIEDADES CIENTIFICAS

Sociedad de Biología.—Zonas motrices en el envenenamiento alcohólico.—Pulso venoso.—Alteraciones nerviosas.—Sistema nervioso de las lombrices.—*Academia de Medicina.*—Placenta con cotiledón aislado.—Alucinaciones acústicas.—Carnes triquinadas.

En la sesión del 4 de Febrero M. Donvellé lee una comunicación sobre el estado de las zonas motrices cerebrales en los envenenamientos por el alcohol y la absenta. En el coma alcohólico las corrientes eléctricas, aplicadas sobre los centros motores, son impotentes para producir la epilepsia provocada.

M. Franck continúa la comunicación empezada en la sesión precedente sobre las relaciones del pulso venoso con los movimientos cardíacos. Presenta trazados en los que se marcan simultáneamente las contracciones del corazón y los cámbios de volumen de la yugular. La depresión ó hundimiento de la vena que coincide con el sistole ventricular, se prolonga algunos instantes durante el diástole: comprende, pues, dos tiempos de los que, el segundo toma su orígen en la aspiración, que digeramos, ejercida por el ventrículo sobre la onda sanguínea. Ahora pregunta el autor: ¿Esta aspiración ventricular no es más que el contragolpe de la espansión del músculo en estado de relajación, bajo la influencia del vacío pericardíaco, ó más bien el ventrículo agrega en la aparición del fenómeno su acción propia independiente de las influencias exteriores? M. Franck se decide por lo último y añade además, que la fuerza de expansión del ventrículo izquierdo es superior á la del derecho y que este último se dilata sobre todo por aspiración escéntrica.

M. Dijerine ha estudiado las alteraciones de los nervios existentes en las escaras producidas por trastorno de los centros. En el primer trabajo publicado con unión de Leloir, había encontrado en las expansiones nerviosas de las partes esfaceladas graves lesiones anatómicas; recientemente ha podido hacer el exámen una hora después de la muerte, de porciones de piel atacadas de gangrena en un hombre que había sucumbido á una hemorragia cerebral y en otro atacado de esclerosis en placas y ha encontrado lesiones de neuritis parenquimatosa en los tubos nerviosos, como también al nivel de la escara que más lejos se remontaba hácia el origen de los nervios hasta siete ú ocho centímetros de la necrosis cutánea.

Hace M. Vignal la siguiente comunicación: «La cadena nerviosa de la lombriz de tierra resguardada por tres cubiertas, epitelial, muscular y cuticular está formada de gánglios unidos por sus extremos; cada uno emite seis nervios, tres de cada lado. Seccionados por su línea media se advierten constituidos por dos zonas, una procediendo de la periferia al centro, compuesta con numerosas células granulosas y otra compuesta de células nerviosas casi todas unipolares. En el punto de unión de los gánglios, la zona conjuntiva no deja lugar más que para las columnas fibrosas. Los nervios nacen de estas columnas: los tubos nerviosos están formados por una materia viscosa poco granulosa: las células de la misma materia con un núcleo muy distinto, alrededor del que, se encuentran con frecuencia granulaciones grasosas. Tres gruesos tubos nerviosos situados sobre la cara posterior de la cadena, parecen ser destinados á asegurar la solidaridad de estas diferentes partes.»

*
* *

La Academia de Medicina suspendió la sesión del dia 7 de Febrero desde el momento que el Presidente anunció la muerte de M. Bussy, uno de sus más eminentes miembros.

En la sesión del 21 M. Tarnier presenta una pieza anatómica interesante por las consideraciones clínicas á que se presta. Representa una placenta con un cotiledón aislado. Su original pertenecia á una mujer que dias ántes habia parido en la Maternidad un niño sin ningún trastorno. El alumbramiento se hizo de la manera clásica; sin embargo, la placenta habia salido y los asistentes notaron que las membranas estaban aún adheridas y esta adherencia acompañada primero de una hemorragia y después de la expulsión de una segunda placenta de 110 gramos de peso.

Cuando semejantes hechos sobrevienen, aconseja M. Tarnier, atar las membranas y esperar; esta conducta es la que siguió en el presente caso sin observar ninguna complicación ulterior después de la expulsión de una placenta accidental.

M. B. Ball lee un trabajo sobre un caso de alucinaciones acústicas consecutivas á una inflamación crónica del oido medio, observadas en un jóven de 22 años que hasta los 13 habia disfrutado buena salud; á esta edad recibió en la escuela un violento soplo sobre el oido izquierdo, el que desde este momento fué presa de una otorrea purulenta.

Una perforación del tímpano observó entonces M. Tillaux; zumbidos incesantes se manifestaron en dicho oido. A la edad de 16 años padeció una fiebre tifoidea, con trastornos cerebrales, delirio álgido, y aumento de la secreción otorréica. Después aplanamiento de las facultades consecutivo frecuentemente á pirexias graves é ideas tétricas que le impul-

saban al suicidio. Más tarde se tranquilizó y las ideas melancólicas desaparecieron por completo. Su memoria está disminuida, su carácter es violento, impulsivo pero sin ninguna perversión del juicio y sin ningún indicio de concepciones delirantes.

Los zumbidos percibidos en el lado afecto desde el principio de la otorrea se han convertido en percepciones más definidas. Las alusiones, zumbidos y ruidos no se han presentado jamás en el oido derecho.

El exámen otoscópico hecho por Miot, demuestra una otitis media con supuración de la caja y perforación del tímpano. Gracias á un tratamiento apropiado las alucinaciones han disminuido de intensidad y frecuencia con tendencia á desaparecer.

La existencia de dichas alucinaciones unilaterales, es un argumento decisivo contra la doctrina psicológica que no vé en esta clase de delirio sensorial más que un desorden puramente psíquico, una percepción torcida ó pervertida hija de la proyección de una idea absoluta. M. Louys y M. Ritti han elegido como sitio de origen de estos fenómenos morbosos los tálamos ópticos. M. Tamburini, dice que las alucinaciones resultan de un estado irritativo de los centros sensoriales de la corteza cerebral.

Para que una alucinación se produzca, es menester una predisposición cerebral ó psíquica y además una excitación cuyo punto de partida se encuentra en una parte cualquiera del territorio nervioso. Todas las alucinaciones son psico-sensoriales. M. Ball admite que todas las partes del sistema nervioso participan de los mismos privilegios y pueden dar lugar á iguales manifestaciones morbosas. Ha querido también demostrar con pruebas materiales la intervención directa de las impresiones sensoriales en el mecanismo de las alucinaciones. Al efecto dice: «En el estado normal los órganos de los sentidos son dóciles servidores encargados de preparar el festin de la inteligencia; en el patológico son convidados importunos que se sientan á sus costas, y reclaman enérgicamente su parte.»

M. Chotin lee en nombre de una comisión compuesta por los señores Vouley, Proust y él mismo, un trabajo acerca la prohibición de carnes americanas que motivó ya anteriormente otra memoria presentada á la Academia por M. Decaisne. La presencia de la triquina fué señalada en los primeros meses de 1881 en las carnes que procedentes de América se extendían por diversos puntos del territorio. Un decreto del 18 de Febrero del mismo año autorizó la interdicción de estas carnes y como una transacción pero bajo la condición espresa de sujetarlas á un esperto y minucioso exámen es como permitía su entrada en Francia. El puerto de Havre en razón de su importancia particular fué elegido como centro de estas experiencias de registro. Hoy el comercio pretende escapar á esta medidas preservativas apoyándose en los argumentos siguientes: 1.° que

las salazones americanas de cerdo constituyen un alimento de tan alta importancia que no es posible reemplazarle por otro; 2.° que la salazón mata la triquina; 3.° que la visita ó información micrográfica es impracticable, pues reclama más de 20.000 empleados expertos. Después de haber combatido los dos primeros argumentos M. Chatin insiste sobre el tercero y se esfuerza en probar que es el más útil y seguro, pues ningún otro medio de inspección permite conciliar mejor los intereses de la salud pública y los del comercio.

M. Proust hace algunas reservas sobre la relación de M. Chatin y dice que el mayor peligro que presentan las carnes triquinadas estriba en nuestros hábitos culinarios, siendo para él la mejor profilaxis la cocción de las carnes sospechosas.

En vista de estas diversas opiniones Legouest refiere la proposición hecha al ministro de la Guerra, consistente en cocer durante una hora las carnes destinadas á la armada. Gracias á esta medida no se ha presentado ningún caso de triquinosis entre los soldados. Ahora la pregunta que se desprende es; si la carne triquinada debe ó no considerarse como sana bajo el punto de vista de la alimentación. Legouest no lo cree así, á pesar de la buena apariencia de semejante alimento, pero Bouley le contesta que la triquina es albúmina y que cuando esta se cuece no hay razón alguna para que no se digiera. El método esperimental ha demostrado lo bien fundada que está esta manerà de comprender la cuestión.

F. Farinós y Marqués.

FORMULARIO

(Continuación)

Liquen.—El Dr. Vidal, además de los baños de agua con vinagre, de los amargos y de los tónicos emplea la siguiente fórmula:

Acido tártrico.	1 gramo.
Glicerolado de almidón..	20 »

Mézclese. Fricciones por mañana y tarde.

Sublimado.	1 gramo.
Clorhidrato de amoniaco.	1 »
Agua..	100 »

Disuélvase. Una cucharada, de las de café, en la cuarta parte de un vaso de agua para lociones prolongadas. Deben practicarse de 4 á 6 al dia, espolvoreando la parte, sin enjugarla, con polvos de almidón.

Lupus.

Cloruro de sodio.	15 gramos.
Yoduro potásico.	5 »
Agua destilada..	300 »

Disuélvase. Para tomar mañana y tarde una cucharada en cada comida.

Bioduro de mercurio.	6 gramos.
Manteca..	20 »

Mézclese. Para unciones sobre la parte.

Este tratamiento lo completa Hardy haciendo tomar al enfermo dos cucharadas diarias de aceite de hígado de bacalao.

Iodo..	1 gramo 44 centig.
Almidón.	28 » 34 »

Se tritura el iodo con una pequeña cantidad de agua, se añade gradualmente el almidón y se continúa la trituración hasta que la mezcla tome un color azul oscuro, uniforme, casi negro. Se seca con precaución y se conserva en un frasco bien tapado, la dósis es de una cucharadita, de las de café, en agua, tres veces por dia. Puede aumentarse gradualmente la dósis.

El iodoformo, el etilato de sosa y el ácido crisofánico están muy recomendados por varios autores.

Oxido blanco de arsénico pulverizado. 20 gramos.
Autimosis crudo pulverizado. . . . 40 »
Mézclese y fúndase en un crisol; pulverícese de nuevo y añádase
Estracto de opio. . . . . 10 gramos.
Para espolvorear las excrecencias y ulceraciones fungosas y rebeldes.
Disolución de hidroclorato de cal.. . 132 gramos.
Polvo arsenical. . . . . 320 »
Mézclese y úsese contra las ulceraciones del lupus.
Acido fénico. . . . . 1 »
Glicerina. . . . . 50 á 100 »
Para fricciones.
Yodo. . . . . 4 »
Glicerina. . . . . 8 »
Una aplicación cada dos dias; cuando el enfermo mejora una cada tres.

(Se continuará). DR. YZETA.

SECCIÓN OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA

NEGOCIADO DE UNIVERSIDADES

En cumplimiento de lo dispuesto por Real orden de esta fecha, conforme al Real decreto de 6 de Julio de 1877, se convoca á oposición para proveer cuatro plazas de auxiliares gratuitos de la Facultad de farmacia de la Universidad Central, y dos en cada una de las de Barcelona, Granada y Santiago.

Las oposiciones se verificarán en las respectivas Universidades mediante los ejercicios establecidos en el reglamento de 1.º de Mayo de 1864, segun dispone el art. 4.º del expresado decreto.

Para ser admitido á la oposición se requiere acreditar:

1.º No hallarse incapacitado para ejercer cargos públicos.

2.º Haber cumplido veintiún años de edad.

3.º Ser Doctor en la Facultad de Farmacia ó tener aprobados los ejercicios de dicho grado.

4.º Presentar un discurso sobre el tema siguiente: «Estudio químico farmacéutico del ópio y sus alcaloides.»

Según lo dispuesto en el art. 2.º del referido Real decreto, los que obtengan plaza deberán desempeñar además el cargo de ayudantes de cátedras prácticas, disfrutando por este concepto el sueldo que señalen los presupuestos en cada Universidad.

Los aspirantes remitirán á esta Dirección general sus instancias documentadas y el discurso de que queda hecho mérito en el improrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Para mayor publicidad las autoridades respectivas dispondrán sin más aviso la reproducción de este anuncio en los *Boletines oficiales* y por medio de edictos en los establecimientos de enseñanza, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del reglamento de 2 de Abril de 1875.

Madrid 24 de Enero de 1882.—El Director general, *Juan F. Riaño*.

(*Gaceta de 9 de Febrero.*)

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL AÑO DE 1883

Esta Academia abre concurso sobre los puntos siguientes:

I. «Determinar, fundándose en datos científicos y en hechos bien averiguados, el grado de insalubridad y de peligros que ofrece, en particular para las poblaciones grandes, la proximidad de los cementerios.

II. »Estudio climatológico de los diversos puntos de España y sus posesiones de Ultramar más á propósito para el cultivo de las diversas especies del género cinchona.»

Para cada uno de estos puntos habrá un premio y un *accesit*.

El premio consistirá en 3.000 reales vellón, una medalla de oro, diploma especial y el título de socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de reglamento.

El *accesit* será medalla de plata en igual forma, diploma especial y el título de socio corresponsal, con las mismas condiciones.

Las Memorias deberán estar escritas con letra clara, en español ó latín.

Las que obtuviesen el premio, se publicarán por esta Corporación, entregándose á sus autores doscientos ejemplares (1).

Las que obtuviesen el *accesit* ó mención honorífica, se publicarán si la Academia lo juzga conveniente.

Premio ofrecido por D. Andrés del Busto

«Historia de la Institución del Proto-medicato.»

Para este punto habrá un premio y un *accesit*.

Consistirá el premio en la cantidad de 1.000 reales vellón, con diploma especial y el título de socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de reglamento.

El *accesit* consistirá en un diploma especial y el título de socio corresponsal con las mismas condiciones.

Las Memorias deberán estar escritas en español, latín ó francés.

(1) La Academia se reserva la facultad de publicar ó no por su cuenta las láminas y grabados que pueden acompañar al texto.

Premio legado por D. Ramón E. Morales

«Reseña histórica de la cirujía española en los siglos XVIII y XIX.»

Consistirá este premio en un diploma especial y la cantidad de 3.000 reales, que se entregarán al autor de la Memoria que se considere con mérito suficiente.

Todos los referidos premios se conferirán en la sesión pública del año 1883 á 84, á los autores de las Memorias que los hubiesen merecido á juicio de la Academia.

Las Memorias serán remitidas á la Secretaría de la Academia, sita en la calle de Cedaceros, núm. 13, cuarto bajo de la derecha, ántes del 1.º de Mayo de 1883, no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, y sí solo distinguirlas con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, que remitirán adjunto, y el cual contendrá su firma.

Los pliegos correspondientes á las Memorias premiadas se abrirán en la sesión inaugural del año 1883 á 84, inutilizándose los restantes, á no ser que fuesen reclamados oportunamente por los autores.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, y ninguna de las remitidas podrá retirarse del concurso.

Socorros del Sr. Rubio

Se adjudicarán igualmente en 1883 á 84, los dos socorros legados por el académico D. Pedro M. Rubio, que consiste cada uno en la cantidad de 5.000 reales, en cupones de títulos de la renta consolidada, para las dos viudas ó hijas mayores solteras de los médicos rurales que hayan ejercido su profesión en España por más de tres años de una manera honrosa y recomendable, en las más pequeñas poblaciones ó aldeas, y siendo además circunstancias atendibles la de haber fallecido los causantes, de enfermedad epidémica ó contagiosa (1).

Se advierte que las interesadas no han de disfrutar ninguna pensión de Monte-Pio.

Se recibirán hasta 1.º de Enero de 1883, en el local de la Academia ántes citado, las solicitudes, acompañadas de los documentos siguientes:

Copia simple del título del profesor fallecido y certificaciones que acrediten los extremos á que se refiere la fundación de estos socorros.

Madrid 22 de Enero de 1882.—El Presidente, *Marqués de San Gregorio.*—El Secretario perpétuo, *Matías Nieto Serrano.*

(1) Hallándose consignado el capital de estos socorros en títulos de la Deuda del Estado, la Academia entregará solo á quien los obtenga los valores nominales que le correspondan.

NOTICIAS

De acuerdo con lo informado por el Consejo de Instrucción pública se ha dispuesto que se les espida el título de licenciadas en Medicina y Cirujía á las señoras doña Dolores Aleu y Riera y doña María Elena Maseras, que fueron admitidas á matrícula, cursado las asignaturas y recibido el grado. Esta gracia debe ser extensiva á las señoras que se hallan en la actualidad en el mismo caso que aquellas, por tener ya formalizada matrícula con efectos académicos en facultad mayor.

En la reunión gremial de los médicos-cirujanos que ejercen en Madrid, habida há pocos dias en el local de la *Academia médico-quirúrgica española,* se tomaron los siguientes acuerdos:

1.° No asimilarse al sindicato del comercio é industria de Madrid, en conformidad al criterio porque se han regido los demás gremios profesionales.

2.° Dar un voto de confianza al sindicato por sus laudables aspiraciones en bien de la clase y por las gestiones que ha practicado con este objeto.

3.° Que se les autorice para que con los individuos que él tenga por conveniente elegir del seno de la clase, constituya una comisión que se presentará al señor ministro de Hacienda.

4.° Hacer presente al mismo, en forma respetuosa y reservada, la utilidad que proporcionará al Tesoro la despremiación de la clase en general, expidiéndole, como se ha efectuado con los médicos de Sanidad militar, Armada y establecimientos de baños minerales, patentes de tres categorías, 1.ª, 2.ª y 3.ª ó sea, máxima, media y mínima, basadas en un principio de equidad y de justicia.

Los profesores médicos estiman que de establecerse este procedimiento realizará el Tesoro un aumento de ingreso de un 100 por 100 por lo menos del que hoy percibe la Administración.

Con la denominación vulgar de *pica-pica* se conoce en la América central la planta clasificada por Linneo con el nombre *Dolichos pruriens,* que abunda en aquella región y particularmente en Nicaragua; este vegetal se encuentra erizado de pelos muy tupidos y compactos, que al contacto

con la piel de un animal le produce inmediatamente una irritación acompañada de gran escozor y manifestación de vegigas blancas, semejantes á las que produce la ortiga en iguales condiciones. La energía con que se ocasiona esta especie de erupción coloca á dicha planta entre los agentes terapéuticos estimulantes, como la mostaza, papel tapsia y otros.

Si el efecto resulta demasiado vivo puede moderarse locionando la parte con ron ó untándola con manteca.

Durante el curso último en las diez universidades españolas estudiaron 16.874 alumnos (1.360 más que el año anterior), en la forma siguiente:

Medicina, 1.817; derecho, 6.409; farmacia, 2.169; ciencias, 881, y filosofía y letras, 598. Ningún pais de Europa llegó á estas cifras, pues durante el mismo período solo hubo 16.300 matrículas en Alemania, 14.170 en Francia, unas 10.000 en Italia, 5.692 en Rusia, 2.220 en Suecia y Noruega, 920 en Portugal, 777 en Bruselas y 150 en Dinamarca.

Ha aparecido el primer número de la *Gaceta de los hospitales*, revista quincenal redactada por los profesores de nuestro Hospital provincial. Este periódico empieza sus tareas en las mejores condiciones apetecibles, y no es dudoso el éxito, por lo ménos en lo que respeta á su parte científica; redactada principalmente por jóvenes inteligentes, laboriosos y dignos, tiene á su disposición un manantial inagotable de profundas observaciones, y por lo tanto de sábias enseñanzas en el Hospital provincial, y no es dudoso que el más recto juicio clínico y el más severo criterio experimental informarán la nueva publicación, destinada á hacer provechosa para la ciencia y para la humanidad la gran riqueza clínica hasta ahora amortizada y desaprovechada, sinó perdida dentro los muros de la antigua fundación del venerable Jofré.

Saludamos cordialmente á nuestro colega, y damos la enhorabuena á sus entusiastas redactores, que pueden contar siempre con nosotros para ayudarles y sostenerles en sus propósitos, y con nuestra *Revista* para secundar los esfuerzos de su *Gaceta*.

En la última sesión de la Academia de Ciencias de Paris, el naturalista Mr. Blauchard ha leido una memoria muy interesante sobre la edad del Mediterráneo. Segun dicho autor, la formación de este mar es posterior á las plantas y animales de todas las comarcas bañadas por él.

El mediterráneo, á su parecer, ha sido abierto por una irrupción del Océano en el estrecho de gibraltar hace cien mil años.

El dia 9 del próximo abril se celebrará la sesión inaugural del Congreso médico de Sevilla. Con este motivo la empresa de los ferro-carriles de Madrid á Zaragoza y Alicante, con un desprendimiento que la honrra ha concedido un 45 % de rebaja en el importe de los billetes, á los médicos que concurran á él.

Segun la ley vigente no se consideran especuladores en granos y otros artículos, los médicos, cirujanos, farmacéuticos, veterinarios, maestros de primeras letras y herreros que se concreten á vender lo que reciben en pago de sus respectivos trabajos ó servicios. Solo faltaba á las clases antedichas que tras cobrar mal y en especie se les exijiera una cuota como especuladores, quizá superior al producto en venta de los artículos.

Un periódico extranjero dá los siguientes datos acerca de la secta de los enáqueros.

Fundada esta en el siglo XVII por el zapatero Jorge Tox, se mantiene todavía en el Reino Unido. Segun el resúmen anual publicado por la sociedad, el número de sus individuos se eleva hoy en Inglaterra y el país de Gales á 14.441. En 1875 solo contaba la secta 14.253.

En los Estados Unidos de America existen en el año último 98.560 cuáqueros, establecidos en el de Delasvare, Nueva-Jersey, Rhode-Island, Carolina del Norte y la Pensylvania.

En Francia se encuentra un ciento de cuáqueros y en la Escandinavia 1000.

Los cuáqueros conservan sin alteración su espíritu de igualdad y sus teorías sociales y humanitarias. Rechazan siempre el servicio de las armas en los paises donde viven, designan los meses y los dias por número de orden, no se descubren delante de nadie, no usan la palabra *Señor, Señora* y tutean hasta á los príncipes.

Es de notar que la longevidad es muy grande entre ellos. Su mortalidad se calcula en 18 por 1000.

BOLETIN DEMOGRAFICO-SANITARIO

Hemos recibido el núm. 32 del *Boletín mensual de estadística demográfico-sanitaria* que publica la Dirección general de Beneficencia y Sanidad, del cual extractamos los siguientes datos estadísticos:

RESUMEN *comparativo de nacimientos y defunciones correspondiente al mes de Diciembre.*

Población acumulada en el casco y barrios contiguos	Total de nacimientos	Total de defunciones	Diferencia por los nacimientos
144.319	397	487	90

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

NACIMIENTOS

LEGÍTIMOS			NATURALES			Total general
Varones	Hembras	Total	Varones	Hembras	Total	
175	177	352	19	26	45	397

DEFUNCIONES

EDAD DE LOS FALLECIDOS							Total general
De 0 á 1	De 1 á 5	De 5 á 10	De 10 á 20	De 20 á 40	De 40 á 60	Más de 60	
118	53	8	28	57	88	135	487

IMPRENTA DE RAMÓN ORTEGA, COCINAS, 1

MES DE DICIEMBRE

ENFERMEDADES INFECCIOSAS											OTRAS ENFERMEDADES FRECUENTES							MUERTE VIOLENTA			Total general de defunciones
Viruela.	Sarampión.	Escarlatina.	Difteria.—Crup.	Coqueluche.	Tifus abdominal.	Tifus exantemático.	Disentería.	Fiebre puerperal.	Intermitentes palúdicas.	Varias.	Tisis.	Enfermedades agudas de los órganos respiratorios.	Apoplegía.	Reumatismo articular agudo.	Catarro intestinal.	Cólera infantil.	Varias.	Por accidente.	Por suicidio.	Por homicidio.	
»	»	»	5	»	1	10	1	13	15	125	25	124	25	»	3	7	129	4	»	»	487