

# LA CRÓNICA MÉDICA,

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA Y CIRUJÍA PRÁCTICAS.

AÑO III.

Valencia 5 de Julio de 1880.

NUM. 68.

## TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS. <sup>(1)</sup>

### CURA DE GUERIN.

#### §. I.

Ya conocen nuestros lectores el método del Dr. Guerin en el tratamiento de las heridas. El que hemos descrito en las amputaciones es exactamente el mismo que debe emplearse en toda solucion de continuidad, salvo las modificaciones ligeras que exige cada caso particular; por lo tanto no nos entretendremos en repetir el *modus faciendi* porque seria incurrir en lo que ya anteriormente llevamos dicho con alguna extension. Las únicas circunstancias que se han de tener presentes y que importan la modificacion en el aparato, son los caractéres que revisten las heridas, porque segun haya ó nó pérdida de sustancia, segun sean incisas ó contusas, así se ensayará la reunion por primera ó segunda intencion.

En algunos casos, las superficies cruentas pueden ofrecer alguna complicacion en el momento en que se vá á aplicar el apósito; entonces cualquiera que sea el accidente de que se trate, conviene permanecer en la espectacion, y no colocarlo hasta que aquel haya desaparecido.

Las heridas de las extremidades y del tronco no merecen ninguna mencion especial, porque cuanto de ellas pudiéramos decir queda consignado en las amputaciones y resecciones; las reglas que aquí han de seguirse son exactamente

(1) Inédito de la obra titulada *Lister y Guerin. La cirujía antiséptica*, que dentro de muy poco tiempo vá á ponerse á la venta.

las mismas que ya se conocen. La reunion puede intentarse ya por primera ó por segunda intencion; segun sea una ú otra, se rellenará con algodón la pérdida de sustancia, ó se afrontarán los lábios de la herida; despues se envuelve la parte con la cantidad necesaria de dicha sustancia y se la mantiene en una inmovilidad absoluta.

Es inútil advertir que debe ejercerse una exquisita vigilancia durante el tratamiento, evitando y combatiendo cualquiera complicacion que se presente.

## §. II.—HERIDAS DE LA CABEZA.

En la cabeza tiene perfecta aplicacion el apósito que nos ocupa ya sea en las heridas simples incisas, en las contusas ó en las complicadas con fractura de los huesos del cráneo, etc.

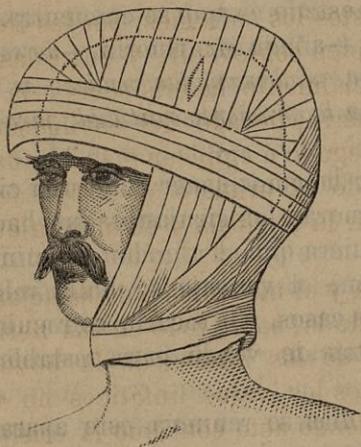
En estos casos todo el mundo conoce los peligros á que se hallan expuestos los enfermos, por las frecuentes complicaciones que suelen sobrevenir, y entre las cuales debemos mencionar especialmente la erisipela y la infeccion purulenta. El Dr. Guerin, llevado del entusiasmo por su propio método, lo ha llegado á emplear más de una vez cuando ya se habia declarado el primero de estos accidentes, con el cual pudo limitar la erisipela y obtener la curacion sin obstáculo alguno.

La frecuencia y el mecanismo de semejantes procesos se hallan fuera de duda, sobre todo en las heridas complicadas con denudacion de los huesos de la bóveda craniana; en efecto, interesados los vasos linfáticos no tardan en inflamarse, sobreviniendo acto continuo la erisipela. No es esto todo: denudados los huesos de su periostio tienen tendencia á supurar; la inflamacion puede invadir los vasos de los huesos y el pus se derrama entonces entre éstos y la dura-madre; en cuya circunstancia el enfermo se halla rodeado de tales peligros que la muerte casi es inminente. Todo esto puede con facilidad conjurarse por medio de una reunion inmediata, y poniendo la herida al abrigo del contacto del aire.

Como cuidados preliminares, es necesario lavar perfectamente la herida con una disolucion fenicada, cortar el cabello al rape, rasurando el que se halla próximo á la solucion.

Si existen colgajos, se aproximan, sosteniéndolos con los dedos, pero sin hacer uso de suturas, tiras aglutinantes, colodion ni ningun medio compresivo que, irritando los tejidos, pudiera dar lugar á la erisipela del cuero cabelludo.

Como se ha de envolver toda la cabeza á la manera de un turbante, se emplea un globo de algodón cuya longitud sea de 4 metros próximamente y su anchura de 30 centímetros; la venda debe tener una longitud de 10 á 12 metros. La aplicacion se hace del modo siguiente: despues de haber colocado un poco de algodón debajo del pabellón de cada oído, para evitar los dolores que necesariamente deberian resultar de una compresion demasiado enérgica, un ayudante fija el extremo de la venda de algodón en el vértice de la cabeza, y el cirujano, llevando el globo por fuera de la region auricular, lo dirige por bajo del maxilar inferior al lado opuesto para volverlo al mismo punto de partida, dando de este modo



(Fig. 6.<sup>a</sup>)

Apósito del Dr. Guerin en las heridas de la cabeza.

cinco ó seis vueltas completas; despues se dirige hácia la nuca de bajo hácia arriba, describiendo cinco ó seis circulares horizontales cuidando que su borde inferior se detenga al nivel de las cejas. Una vez recubierta toda la cabeza con algodón, se procede á su contencion por medio de una venda que se aplica de un modo análogo al de esta sustancia; prin-

comenzando por el vértice se describen primero circulares verticales de izquierda á derecha y despues horizontales, pasando despues á la formacion de una capelina (fig. 6.<sup>a</sup>) cuyos cabos recurrentes, dirigidos en diversos sentidos, se fijan en sus extremos con alfileres, terminando el apósito por medio de varias circulares.

El espesor del vendaje así dispuesto debe ser de 4 á 5 centímetros, teniendo cuidado de no comprimir con mucha intensidad los tejidos, porque fácilmente se comprenden los inconvenientes que esto pudiera reportar.

En estos últimos tiempos, el Dr. Guerin comprende la cara entera bajo su aparato y deja la boca tan solo al descubierto; tambien ha aumentado la cantidad de algodón, hallándose la cabeza tan recubierta, que golpeándola violentamente con la mano se produce un sonido sonoro sin que el enfermo acuse el mas mínimo dolor. La alegría que en tales casos experimenta el enfermo—dice este autor—es el mejor indicio del buen estado en que se encuentra.

*En principio, —añade Mr. Guerin,—no se puede emplear ni demasiado algodón, ni demasiadas vendas; es necesario aplicar estas sustancias en la suficiente cantidad, para que parezcan excesivas.*

Para concluir debemos hacer notar una circunstancia que generalmente ignoran los cirujanos que hacen uso de este método: como quiera que el algodón disminuye de volumen por la compresion, el vendaje se halla relajado al dia siguiente; en estos casos, sin tocarlo se recubre de nuevo con numerosas vueltas de venda para restablecer una exacta compresion.

A los 15 ó 20 dias se renueva este aparato, que solo se quitará cuando la curacion sea completa.

### §. III.—HERIDAS DEL TRONCO.

Cuando se trata de una herida grave del torax, se envuelve con algodón toda la cavidad torácica y la parte superior del abdomen; este vendaje se sostiene por medio de unos tirantes, que pasando por encima de los hombros, se fijan en ambas caras del apósito. Si la herida se halla situada en uno de los lados, se inmoviliza el miembro correspondiente.

teniéndolo aplicado contra el mismo pecho, con el antebrazo doblado en ángulo recto, como si se tratara de una ablacion de la mama. Si la solucion de continuidad radica en un muñon del hombro, se emplea un vendaje análogo al precedente, inmovilizando contra el torax el brazo y el antebrazo del propio lado.

En el abdómen se usará un aparato semejante al del pecho, subiendo por su parte superior hasta la línea mamaria, y descendiendo por la inferior hasta la raíz de los muslos en forma de espica.

#### §. IV.—HERIDAS DE LAS VAINAS TENDINOSAS.

El Dr. Burgraeve, que hasta cierto punto puede considerarse como el inventor del método que nos ocupa, ha sido uno de los mayores adversarios que ha tenido cuando se le ha querido emplear en la curacion de las heridas de las vainas tendinosas; el profesor Fort participa de las mismas ideas, fundándose en que determina la formacion de focos purulentos. Esto es tanto mas raro, cuanto que el profesor de Gante ha sido el primero que ha enseñado á emplear el algodón para establecer una compresion elástica.

Por poco que nos fijemos en este punto comprenderemos el error en que se hallan estos autores, y que la cura con el algodón, no solo no ocasiona el accidente que ellos indican, sino que al contrario contribuye á prevenirlo. En efecto: en las condiciones ordinarias los músculos, al contraerse, desempeñan el oficio de émbolos, y aspiran el pus que se forma en las soluciones de continuidad, esplicándose así las fusiones purulentas que sobrevienen en tales casos. Por esta razon, cuando se ha de amputar un miembro huyen generalmente los cirujanos de aquellos sitios en que, como en el tercio inferior de la pierna ó del antebrazo, abundan los tendones. Pero bajo la influencia de una fuerte compresion ejercida uniformemente por el vendaje en toda la extension del miembro, se suspenden los movimientos fibrilares, el pus no puede ser aspirado en la herida para subir á lo largo de las vainas tendinosas, y lejos de determinar el fatal accidente que algunos creen, constituye el medio más seguro de prevenirlo.

Además, cuando á consecuencia de una herida se quedan denudados los tendones, se mortifican casi fatalmente en contacto del aire; si en tales circunstancias permanecen al descubierto en una extension de ocho á nueve centímetros, es necesario abstenerse de seccionarlos, siguiéndose en cambio el proceder terapéutico siguiente:

Se lava primero la herida con un líquido antiséptico, se separan todos los coágulos que queden en sus anfractuosidades, y cuando haya cesado por completo la exudacion, se coloca la parte en una posicion conveniente, aplicando luego el apósito del Dr. Guerin. Así se reunen las mejores condiciones para conducir la herida á un término feliz.

Esta práctica conviene modificarla segun sea la naturaleza de la herida y variedad de tendones lesionados. Si se trata de la denudacion de los tendones de los dedos, debe abstenerse de aplicar el aparato sobre todos en masa ya sean de la mano ó del pié; es indispensable hacer una pequeña curacion para un dedo ó para cada uno de ellos. La capa de algodón ha de ser bastante espesa para que el enfermo no experimente el mas mínimo dolor. Sentados estos preliminares, es necesario luego aplicar sobre el antebrazo, brazo, pierna y muslo, el mismo aparato que se emplea en las fracturas complicadas ó en las amputaciones. Con dicho procedimiento se curan estas soluciones de continuidad, que tan graves se consideraban en otros tiempos, y por medio del algodón se consiguen los mas felices resultados.

DR. AGUILAR Y LARA.

---

## CONCEPTO DE LAS DIÁTESIS.

---

Una de las cuestiones mas oscuras de la Patología es sin duda alguna la cuestion de las diátesis, asunto ya de natural complejo y difícil; en todos tiempos ha llamado la atencion de los autores, pero estos, que no siempre han estudiado los hechos con suficiente detenimiento, ni han podido prescindir del espíritu de escuela para interpretarlos, han añadido á las dificultades inherentes á este estudio la confusion dependiente

de las diferentes interpretaciones que han dado á la palabra diátesis y del distinto valor que le han concedido segun las épocas. Hoy dia podemos afirmar que, á pesar de lo mucho que en este sentido han trabajado los autores, no está perfectamente deslindado el campo de las enfermedades diaté-sicas, ni hay uniformidad de pareceres respecto al número de las que se han de considerar como tales, ni hay planteada una clasificacion aceptable, ni sabemos á qué atenernos para formar concepto de las mismas; sin embargo de los importantes trabajos de hombres tan reputados como Chomel, Grisoll, Monneret, Delioux, Gintrac y otros, la doctrina de las diátesis es insuficiente y en muchos de los puntos que comprende reina gran incertidumbre.

No está en nuestro ánimo aspirar á la reforma ni á la esperanza siquiera de que nuestro trabajo dé luz y claridad en asunto tan oscuro: á tanto no alcanzan nuestras fuerzas; pero si creemos que algo habríamos hecho si consiguiéramos en este trabajo dar límites á la idea y esponer las bases en que debiera fundarse un concepto de las diátesis que esté en armonía con el estado actual de la ciencia y que sirva de punto de partida para nuevos y ulteriores adelantos.

Los antiguos emplearon la palabra diátesis, para designar el estado general, la constitucion interna, la disposicion íntima del organismo especial de cada sujeto, manifestada por el modo especial de ser ya en estado de salud ya en el de enfermedad: es el sentido mas general que á esta palabra puede darse, es lo que realmente ella significa si nos atenemos tan solo á su valor etimológico; pero es tambien la interpretacion mas vaga que puede hacerse, toda vez que en tal sentido tomada, queda completamente confundida la predisposicion con la diátesis, el temperamento, idiosincrasia, etcétera, que son estados puramente fisiológicos, con los estados diatésicos que son estados completa y profundamente morbosos.

Los médicos sistemáticos han empleado esta palabra en un sentido especial, para Broun y Rasori dos diátesis opuestas reasumian toda la patología, Brussaisf propuso la palabra diátesis para designar la disposicion de un órgano á padecer una enfermedad cualquiera, Bordeu confunde la diátesis con las caquexias, Hiffelheim con las discrasias, para Monneret y

Fleury es lo mismo predisposición que diátesis y para Gintrac la predisposición pertenece al estado fisiológico compatible con la salud y la diátesis es un grado más avanzado hacia el estado patológico; son las diátesis en fin, causa para unos, estado morbooso para otros, la semilla sin la semilla misma para los más metafísicos; las confunden con las manifestaciones diatésicas los que muy dados al método analítico, no acostumbran á reconstruir por la síntesis para formar exacto concepto del conjunto.

El silencio que sobre este punto de la Patología guardan los autores más modernos, nos demuestra que la ciencia de nuestros días, que la ciencia de la química y del microscopio aun no ha podido descubrir grandes verdades, ni puede definitivamente resolver tan áridos problemas: y si así la ciencia se encuentra cuán difícil no ha de ser fundar toda una doctrina? Las dificultades son en muchos puntos insuperables, pero se hace necesario plantearla aun cuando sea puramente transitoria y espuesta á sufrir los cambios y alteraciones que la imprima el progreso de la ciencia.

Las necesidades clínicas, más aun que las especulaciones teóricas exigen que el patólogo tenga como enfermedades especiales las de naturaleza diatésica.

Los rasgos más característicos son: 1.º, pueden transmitirse por herencia; 2.º, no pueden ser comunicadas ni comunicables por contagio (1); 3.º, cronicidad; 4.º, rebeldía al tratamiento; 5.º, tendencia á reproducirse y á generalizarse; 6.º, y esto es lo más esencial, reclaman la prévia existencia de un estado orgánico sin el cual ni aparecen, ni se desenvuelven, ni se reproducen. Este estado orgánico por todos admitido es el llamado estado diatésico ó por otro nombre diátesis. Su existencia es real, es indudable, sin él no podría concebirse ni explicarse la evolución especial de la enfermedad diatésica.

En la época del ontologismo, cuando se asimilaban las enfermedades á los entes podrian explicarse las variantes clínicas que caracterizan la evolución de cada especie morboosa por los atributos ó propiedades inherentes á la misma enfermedad, que bien podian formar especies por atributos

---

(1) Esceptúanse solo la sifilítica y aun esta es más lógico tenerla como virulenta conforme cree entre otros el Dr. Diaz Benito.

especiales lo que como ente ó sér era considerado, pero hoy que se tiene aquella doctrina como el mayor de los absurdos; hoy que se considera á la enfermedad como una operacion morbosa que fuera del organismo no tiene existencia real y positiva, se hace de todo punto necesario admitir, para explicar la especialidad morbosa, ó una causa específica ó condiciones especiales en el terreno donde la enfermedad evoluciona en el organismo, donde la enfermedad se desenvuelve. Si es la enfermedad una operacion que efectúa el organismo en conjunto ó una de sus partes en las condiciones de la parte ó del organismo *in toto*, habremos de encontrar la causa próxima de las variantes que apreciamos en aquella operacion.

La ciencia nos dice que una proliferacion celular constituye el tubérculo, que una proliferacion celular constituye el cáncer, que proliferacion celular hay tanto en la pulmonía catarral que se resuelve como en la que por caseificacion termina; dice además, que la proliferacion morbosa, está regida siempre por la misma ley de histogenesis, que es dependiente de la misma propiedad elemental, la impresionabilidad de la célula; que obedece á la misma causa, á la excitacion; y si en la clínica tan diferentes operaciones morbosas resultan como consecuencia ulterior de estos trabajos primeros, evidente es á todas luces que algo hay anterior y mas general que la lesion misma, algo hay en el conjunto que constituye lo esencial de la enfermedad, ese algo que es anterior y mas general, que está en el todo lo mismo que en la parte, es el estado diatésico.

DR. MOLINER.

(Se concluirá.)

## DEL RUIDO DE GALOPE.

HOSPITAL NECKER.—MR. POTAIN.

(Conclusion.)

A. ¿El ruido de galope de origen bríghtico puede explicarse por la relacion que existiria entre el estado del corazon y del riñon? Se

ha dicho que la glándula renal padecía la alteracion conocida con el nombre de riñon cardíaco, y que el corazon podia ser la causa de la enfermedad renal. En muchos casos las cardiopatías determinan dilataciones vasculares en el riñon como en el hígado, y aquel aumento de volúmen y toma un tinte violáceo. Pero aquí no vamos á ocuparnos del riñon cardíaco; en los casos anteriormente citados la lesion renal se relaciona con afecciones cardíacas bien caracterizadas y que entrañan éxtasis progresivos, mientras que cuando se trata de la hipertrofia cardíaca con atrofia renal, el corazon aumenta en volúmen sin haber lesion en sus orificios; la circulacion es mas activa. ¿En virtud de qué condiciones hay éxtasis venoso? La tension arterial no explica la congestion del riñon, pues siendo esta igual en todo el sistema arterial, los efectos debian hacerse patentes en todas partes, y por consiguiente la cara se presentaria tumefacta y colorada, lo cual no sucede, pues en los casos de nefritis intersticial siempre se encuentra pálida y descolorida.

Otros autores no han visto mas que una coincidencia entre estas dos lesiones. Rosenstein cree que bajo la influencia del reumatismo, el corazon se hipertrofia al mismo tiempo que el riñon enferma. Mas, bien sabemos como el corazon enferma en el reumatismo, donde ni hay estrechéz, ni insuficiencia, ni adherencias de los bordes valvulares, ni retraccion.

Diremos, tambien, que son efecto de una alteracion generalizada del sistema arterial, de una verdadera arteritis, de lo que se ha llamado «fibrosis arterio-capilar.» Empero esta alteracion casi no puede explicarse, ni sabemos de dónde procede. Yo quiero suponer que falte una aptitud particular en el enfermo; no basta una causa excitante, es preciso que el órgano esté ya de sí en disposicion de ser impresionado por esta causa.

El corazon se interesa consecutivamente, han dicho Bright y Traube. La hipertrofia es lo general; esta suposicion descansa en un gran número de hechos. Traube ha observado en el 93 % de casos, la atrofia del riñon con hipertrofia del ventrículo izquierdo. Este fenómeno en sí es difícil de explicar, pues, aun cuando se hayan invocado las endocarditis y pericarditis, lo cierto es que de ellas no se ha hallado el menor vestigio.

Despues de muchísimas investigaciones se ha visto en el riñon la causa de la hipertrofia, y como se supone muy acertadamente el riñon, aunque en latencia, hacia tiempo se hallaba enfermo. En Alemania, especialmente, un autor ha presentado cinco observaciones evidentes, en las cuales el riñon era el primitivamente afecto, siguiéndole en su curso la afeccion cardíaca. En muchas ocasiones puede seguirse la evolucion de la enfermedad y estudiar la influen-

cia patogénica de la lesion renal, como cuando se trata de una estrechéz de los uréteres que determina accidentalmente la nefropatía, y solo en un período avanzado se manifiesta la hipertrofia del corazon. De esta manera ha visto Friedreich conducirse una hidronefrosis. Por su parte Exchaquet ha presentado cuarenta hechos, en los cuales el ruido de galope ha aparecido consecutivamente á las lesiones renales, y nosotros, en el servicio de Mr. Guyon, hemos visto un enfermo de cistitis calculosa complicarse con accidentes renales, y solo en un plazo lejano ha sufrido la estenosis de la enfermedad bríghtica.

En vista de estos hechos es imposible desconocer que la nefritis intersticial es la causa de la hipertrofia cardíaca. Así el primer fenómeno producido por esta hipertrofia, será el aumento de la tension arterial, caracterizado por la dureza del pulso, la tension, la resistencia, trazando en el esfigmógrafo una línea ascendente vertical y una descendente con un poco de dirotismo. Todos los autores están acordes en admitir la tension arterial exagerada, pero discrepan en la interpretacion; Traube lo explica todo por la mecánica; el obstáculo producido por la esclerosis renal, dice, seria tal que determinaria la disminucion del campo de la circulacion general. Difícil es de admitir esta interpretacion porque, aparte de todo, el calibre de las venas renales, comparado con el de la aorta, es tan exiguo que apenas llega al vigésimo, y por lo tanto no se comprende como un obstáculo tan pequeño al trabajo del corazon aumenta de una manera tan considerable la tension. Además no es ésta la sola razon que hay para combatir la teoria de Traube, á nuestro modo de ver hay otra mas concluyente, y es que en gran número de casos ha podido observarse la enfermedad renal desde su principio, y en él háse comprobado el ruido de galope, cuando el obstáculo en la circulacion no era todavía considerable; si fuera primitivamente renal, la sangre debia necesariamente precipitarse en las otras vías, y especialmente en los capilares, lo cual no es así, toda vez que los enfermos se presentan pálidos, descoloridos y con las extremidades frias.

Un médico de Viena ha creído interpretar racionalmente esta cuestion diciendo que, la hipertrofia reconocia por causa las palpitations determinadas en virtud de la excitacion producida por el riñon enfermo. Estas consideraciones descansan en su corto número de hechos. Otros lo han atribuido á una reaccion sinérgica existente entre el corazon y las células renales, cuya excitacion regula la contraccion cardíaca. Esta excitacion, actuando sobre las células enfermas, aumentaria la contraccion del corazon, siendo ésta tanto mas enérgica cuanto mas enfermas estuvieran, lo cual

no se comprueba en la práctica, pues sabido es que en la nefritis intersticial aunque se atrofian las células, se aumenta la contracción, al paso que en la parenquimatosa, no se observa accidente alguno de parte del corazón.

Llegamos á la teoría química y mecánica, á la vez, de Bright; la sangre alterada pasaria con dificultad á través de los capilares generales; los experimentos no demuestran este exceso de tensión. Nosotros hemos experimentado con glóbulos cargados de úrea y de materias excrementicias de la orina en el aparato de Poiseuille para ver si este aumento se realizaba; nada hemos deducido de nuestras investigaciones que pruebe la acumulación de materiales excrementicios en la sangre, lo cual segun Esbach solo es pasajero é irregular. Si se produce una deficiencia de suero, se observa el efecto contrario. ¿Podrá deberse á un papel especial de los glóbulos blancos? No lo creemos, en la leucocitemia el corazón no está notablemente hipertrofiado.

No falta quien haya invocado consideraciones anatómicas diciendo que las modificaciones de los capilares eran una dificultad periférica considerable, y que á pesar de ser la impulsión mayor que en el estado normal, la sangre atravesaba en menor cantidad dichos vasos. Pero el aumento de tensión se verifica desde un principio cuando todavía no se reconoce alteración alguna de las paredes, ningun indicio de fibrosis. Segun otra explicación de las que se ha dado, consiste en la modificación experimentada en la sangre por los cambios sobrevenidos en la secreción renal, cuyo primer efecto seria una excitación, una contracción espasmódica de los capilares, seguida mas tarde de una alteración de las paredes por esta resistencia constante. Esta teoría es al parecer la mas aceptable, á pesar de las objeciones que pudieran hacerse, fundándose en las diferencias observadas en la nefritis intersticial y la catarral.

B. El ruido de galope se observa tambien en las dilataciones cardíacas consecutivas á enfermedades gástricas (lesiones superficiales) ó del hígado. Se debe á un exceso de tensión en la arteria pulmonar, así como en los casos de nefritis lo es por la mayor presión en la aorta. A la auscultación se aprecia constantemente este segundo ruido pulmonar, pudiendo explicarse por una contracción exagerada del ventrículo derecho que se distiende.

Yo he visto una vez desaparecer este fenómeno por la simple ingestión de alimentos sólidos en un estómago muy excitable. Los cálculos biliares pueden ocasionar una excitación que determine una ectasia tal que se acompañe de insuficiencia tricúspide. ¿A qué se debe el obstáculo á la circulación en la arteria pulmonar? Que

no se debe á la congestion es indudable por cuanto la respiracion es normal, siendo esto así no puede reconocer otra causa que la contraccion de los capilares por un mecanismo análogo al que hemos visto en el territorio aórtico en el mal de Bright. De la misma manera que el riñon esclerósico se convierte en una rémora de la circulacion periférica y por consiguiente del corazon izquierdo, de igual manera aquí, lesionados el hígado y el estómago obran, por el intermedio del neumogástrico, sobre la circulacion de la arteria pulmonar y por ende la tension exagerada de dicha arteria y del ventrículo derecho. Como se vé, en los dos casos, el lazo que une el efecto con la causa es siempre el exceso de presion sanguínea. ¿Pero de qué manera se produce el ruido de galope?

Exagerándose la tension arterial, la venosa disminuye y recíprocamente. En el estado normal, cuando el ventrículo está vacío, se dilata al momento llenándose por la sangre que llega, impulsada en parte, por la *vis á tergo* y en parte por la contraccion de la aurícula que completa la replecion ventricular.

Funcionando el corazon con normalidad, la aurícula desempeña un papel accesorio, pero desde el momento que el ventrículo no se llena completamente, la aurícula exagera su funcion para suplir este defecto y de ahí el ruido que estudiamos. Obsérvese á la derecha ó á la izquierda, siempre es efecto de la misma causa, del aumento de la tension arterial.

Falta, por último, que expliquemos porque el ruido de galope no se presenta en todas las cardiopatías con hipertrofia. En la insuficiencia mitral, la aurícula no toma gran parte, y por lo tanto no ofrece este fenómeno, no así en la estrechéz en la que bien pronto se resiente como lo demuestra un ruido presistólico, y para hablar con mas propiedad el ruido de galope con soplo. En la insuficiencia aórtica, llenándose el ventrículo de sangre durante el diástole, la aurícula ya nada tiene que hacer. En la estenosis aórtica, la tension arterial es débil, por el contrario, la venosa es fuerte y basta para la llegada de sangre. En el ateroma arterial, el defecto radica en los gruesos troncos y no en los pequeños vasos como en los casos que nos ocupan, y por consiguiente la circulacion periférica está expedita.

Por último, en las enfermedades del pulmon, la alteracion es lenta, progresiva, y el corazon vá acomodándose tambien gradualmente.

TRADUCCION DE P. GARIN.

(Gaz. des. kop.)

---

# FARMACOLOGÍA.

## DE LA CREOSOTA DE HAYA

EN EL TRATAMIENTO DE LA TÍISIS PULMONAR

Y DE LAS

**AFECCIONES CATARRALES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS**

(Conclusion.)

«Buen número de nuestros más distinguidos catedráticos y médicos de los hospitales de París han llegado á las mismas conclusiones.

»Si no se puede prometer la curacion á todos los tísicos, á lo menos pueden decirse que muchos han obtenido una curacion conque no se contaba, y que la creosota verdadera (la pureza del producto es esencial), administrada interiormente en dosis elevada durante largo tiempo, ha producido esas mejorias inesperadas, sin provocar los accidentes que con un medicamento tan enérgico pudiera temerse á primera vista.»

Con este informe los Dres. Bouchard y Guimbert publican una estadística muy completa de los enfermos tratados por ellos, la cual dá para el primer grado de tísisis 62 curaciones y 38 mejorias duraderas, es decir, 100 éxitos en 100 casos, y para el segundo grado 29 curaciones y 30 mejorias entre 100 enfermos tratados.

En presencia de semejantes resultados pudiera preguntarse por qué el medicamento que los produce no es más conocido y no ha sido experimentado sériamente por mayor número de médicos.

El olvido en que habia caido la medicacion creosotizada depende de dos causas; la primera es que no se ha sabido administrarla bajo una forma farmacéutica conveniente, ni á dosis suficientes. Martin Solon y Miquet, que ensayaron la medicacion creosotizada en nombre de la Academia de Medicina de París, habian sometido los enfermos á la inhalacion de vapores de agua creosotizada. Ahora bien, si la creosota posee gran fuerza odorífica, se volatiliza débilmente aun á la temperatura del agua hirviendo. No hacian, pues, absorber sino dosis infinitesimales del medicamento. Cuando

se administraba al interior se daban algunas gotas, 4 ó 5 por día, y aun menos. Se comprende que una cantidad tan débil puede ser inerte en casos en que triunfaria una dosis de 30 ó 40 centigramos, cantidad media que se puede doblar y aun triplicar para obtener todo el efecto que debe producir la creosota. Otros fracasaban porque la eleccion de su preparado era mala; empleaban la creosota en el estado de division mecánica ó de emulsion (Rodius Ebert); cada gotita de creosota producía una cauterizacion en la faringe, en el exófago ó en el estómago, y de aquí resultaban á veces formidables accidentes.

La segunda razon consiste en que la mayor parte de los médicos que quisieron ensayar esta medicacion no pudieron procurarse creosota verdadera, y emplearon un producto que se bautizaba con este nombre, aunque las más veces no contuviese absolutamente nada de creosota.

En efecto, la creosota, estraida del alquitran de hulla por Reichambach, es de difícil preparacion, y por lo tanto la industria no tardó en sustituirla por otro producto. En esa época aparecian los grandes trabajos sobre el alquitran de hulla, el descubrimiento de la anilina, del ácido fénico, de la parafina y de otros productos de destilacion. Entre estos últimos se encontró una sustancia que tenia cierta analogía con la creosota que Reichambach sacaba de la hulla, y como su preparacion era más fácil y ménos costosa, se substituyó esta creosota de hulla á la de haya. Pronto se fabricó tambien con el ácido fénico un producto que se vende ahora con el nombre de creosota y que no contiene ni indicios de esta sustancia.

De suerte que si los primeros experimentadores tuvieron buena creosota, que emplearon mal, los que han venido despues no han tenido á su disposicion sino una especie de ácido fénico impuro, tóxico peligroso, que sólo era creosota en el nombre.

Los resultados desfavorables se fueron acumulando y obligaron á los médicos mejor dispuestos á abandonar esta medicacion.

Faltaba que se volviera á hallar la creosota de haya tal cual Reichambach la habia preparado.

Haciendo el Dr. Fournier investigaciones sobre el alquitran de madera, habia conseguido, despues de numerosos ensayos, preparar, segun el procedimiento de Reichambach, cierta cantidad de *creosota verdadera*. La conservaba como producto de laboratorio, cuando el Dr. Grancher, médico de los hospitales, le pidió hiciera una preparacion fácil de administrar á los enfermos, puesto que no se podia pensar en polvos, en píldoras, en emulsiones ni en todas aquellas formas farmacéuticas que habian hecho caer la medicacion creosotizada en un injusto olvido.

Después de varias pruebas, la preparación que pareció convenir más fué la solución de creosota en el aceite de hígado de bacalao, encerrada en cápsulas gelatinosas.

El aceite de hígado de bacalao fué escogido: primero porque disuelve muy bien la creosota; después, porque de todos los aceites es el más fácil de digerir, y sobre todo porque permite administrar el medicamento á altas dosis, no haciendo ingerir á los enfermos sino una corta cantidad de líquido, fuera de que la acción terapéutica del escipiente debe obrar en el mismo sentido que la de la creosota. Empleado solo el aceite de bacalao en el tratamiento de la tisis pulmonar, dá resultados bastante favorables para que haya parecido muy natural asociarle á la creosota, siendo de notar que ciertos tísicos que no podían digerir el aceite puro, lo han digerido fácilmente cuando se le ha agregado la creosota, de lo cual pudieran citarse muchos casos. Se ha objetado que cuando se administran las dos sustancias reunidas no se sabe á cuál atribuir los resultados obtenidos. Pero si se considera que cada cápsula contiene 50 centigramos de aceite y dos á cinco de creosota y que después de haber tomado un enfermo 20 á 50 centigramos de creosota no habrá absorbido sino cinco gramos de aceite, es decir, el tercio de una cucharada, será forzoso convenir en que la cantidad de aceite de bacalao es en realidad muy corta para que pueda atribuírsele todo el éxito conseguido.

Entre tanto, esa cantidad de aceite es suficiente para neutralizar la causticidad de la creosota. Hemos visto enfermos que tomaron, durante mucho tiempo, y sin experimentar incomodidad por parte de las vías digestivas, aceite de hígado de bacalao que contenía, por cucharada, 50 centigramos y más de creosota. El Dr. Buchard ha podido dar dos gramos de creosota en 24 horas durante varios días, sin provocar ningún accidente. En efecto, la creosota disuelta en el aceite no se pone jamás en contacto con las mucosas y no es absorbida sino á medida que el aceite se emulsiona en el intestino. Ninguna otra preparación permite dar bajo un volumen tan pequeño igual cantidad de medicamento, y esto es lo que constituye la superioridad del *aceite de hígado de bacalao creosotizado*.

Las otras soluciones, vinos, jarabes, etc., poseen, á más del sabor propio de la creosota, una causticidad que se debe combatir diluyéndolas en una gran cantidad de agua. Para hacer tomar una cucharada de vino que contenga 20 centigramos de creosota, se la ha de diluir en un gran vaso de agua azucarada, lo cual es siempre un inconveniente. Si se emplea aceite de hígado de bacalao creosotizado, basta una cucharada de agua para enjuagarse luego.

Sin embargo, el vino creosotizado á 0,20 por cucharada es de

un uso muy frecuente, muchos enfermos que se han acostumbrado rápidamente al sabor de la creosota la prefieren á toda otra preparación. También hemos ensayado agregar á la creosota la trementina, el bálsamo de tolú, etcétera, pero estas sustancias no neutralizan suficientemente la causticidad de la creosota, y sobre todo causan molestia en las vías digestivas de los enfermos.

En fin, para evitar á los enfermos delicados el sabor del medicamento, se ha puesto en cápsulas gelatinosas el aceite de hígado de bacalao creosotizado. Cada una contenía al principio 0,02 de creosota y 0,50 de aceite, pero esta proporción, aunque buena, tiene el inconveniente de obligar al enfermo, si la dosis es alta, á tomar una cantidad considerable de cápsulas. Para evitar tal contratiempo no se podía pensar en hacer cápsulas más voluminosas, porque la mayor parte de los enfermos no las hubieran aceptado. Se han hecho, pues, cápsulas con 0,05 de creosota por 0,50 de aceite, habiéndose visto que el estómago las tolera perfectamente.

En suma, los enfermos que no pueden acostumbrarse al sabor de la creosota, en lugar de una cucharada de vino ó de aceite creosotizado que contenga 0,20 de principio activo, pueden tomar *cuatro cápsulas de aceite creosotizado de 0,05*.

Para concluir esta corta reseña de las propiedades de la creosota de haya conviene insistir de nuevo en la necesidad de hacer uso de un producto procedente de origen seguro y que inspire completa confianza; pues en el comercio corre á menudo bajo el nombre de creosota de haya sustancias impuras, mal preparadas y muchas veces falsificadas.

Finalmente, conviene advertir que el momento más propicio para tomar los medicamentos es antes de las comidas; de cuyo modo se digiere y absorbe la creosota al mismo tiempo que los alimentos, sin causar desarreglo ninguno.

DR. G. FOURNIER.

### HERIDA PENETRANTE DE LA CórNEA.

Notable disminución de la presión intraocular.—Curación por el decúbito supino (1).

Las dos observaciones que á continuación exponemos, nos parecen dignas de mención, no ya por las heridas de la córnea, pues son éstas frecuentes, sino por el trípode sintomático que las acompañó.

(1) *Revista Médico-Quirúrgica de la Habana.*  
TOMO III.

OBSERVACION 1.<sup>a</sup>—D. D. F., natural de Asturias, de 27 años de edad y uno de residencia en Cuba, se presentó en la consulta el día 20 de Marzo de 1877, y fué inscrito en el número 7,079 del registro clínico. Sin haber padecido nunca de la vista, refiere que hace seis días, cortando caña, se lastimó el ojo izquierdo con una hoja de esta planta. No acusa dolores y sí ligera fotofobia, la agudeza visual está disminuida hasta el punto de no distinguir más que los dedos de la mano. A la simple inspeccion se nota inyeccion ligera en la conjuntiva vulvar, la córnea ofrece hácia su hemisferio inferior un punto opaco, que no es otra cosa sino una úlcera perforada; la cámara anterior no existe, el iris inclinado hácia adelante, está unido por su cara anterior á la superficie posterior de la córnea; la pupila está contraída, una parte de su borde inferior parece adherida á la ulceracion de la córnea. Al tacto se advierte una gran blandura del bulbo que resalta mucho más, si se le compara con la resistencia que ofrece á la presion del dedo, el ojo derecho que se halla en estado fisiológico. Al reflector del oftalmoscopio se percibe el aspecto rojizo del interior del ojo por el estrecho orificio pupilar.

Instilada la atropina, la pupila se dilata hácia la parte superior, pero no hácia la inferior, en que existe la adherencia. Habiendo transcurrido más de tres horas sin que el midriásico hubiese logrado deshacer la adherencia, resolvimos hacer una ligera incision lineal en la periferia de la córnea, y pasar á deshacer la adherencia con un instrumento obtuso, es decir, á practicar la *corélysis*. Manifestando el enfermo ser poco sufrido, se determinó administrarle el cloroformo, y cuando se encontraba en decúbito supino para dar principio á la inhalacion, advertimos que la adherencia habia desaparecido, y la pupila se hallaba dilatada totalmente.

El Dr. Arias, que nos acompañaba en la operacion, pudo comprobar la notable blandura del ojo; ambos observamos que si no abriamos los párpados cuidadosamente parecia escaparse por la perforacion de la córnea el humor acuoso.

Se le dispuso un vendaje ligeramente compresivo, instilaciones de atropina y guardar cama invariablemente en decúbito supino.

Al día siguiente cuando le vimos, la pupila estaba tan dilatada que se confundia con la periferia de la córnea, y la resistencia de ambos vulvos á la presencia del dedo era normal. En el centro de la ulceracion de esta membrana, se destacaba una sustancia blanca circunscrita. Tratando de investigar lo que pudiera ser, supimos que despues del accidente con la hoja de la caña, se habia hecho lociones de agua blanca, y se trataba pues, de un depósito de plomo en la superficie de la úlcera.

Dos días despues, la opacidad metálica se habia desprendido y

a perforacion de la córnea obturada no daba salida al humor acuoso, aun cuando se ejerciesen moderadas presiones sobre el globo del ojo; en la superficie de la úlcera se presentaba una pequeña hénria, como la cabeza de un alfiler, cuando se practicaba la presion, y como la dilatacion de la pupila debia alejar toda sospecha de que se herniase el iris, atribuimos este pequeño prolapsus á la membrana de Desemet.

El 30 de Marzo, la resistencia que ofrecia el ojo izquierdo al tacto, era igual en todo á la del derecho, la inyeccion conjuntiva periquerática habia desaparecido, y la ulceracion de la córnea empezaba á cicatrizarse.

El enfermo tomó el alta continuando con las instilaciones de atropina. Es de esperar que le quede para siempre, ó por algun tiempo un albugo pequeño en el sitio de la córnea en que estuvo la ulceracion.

OBSERVACION 2.<sup>a</sup>—La niña E. P., natural de la Habana, de seis años de edad, se presentó en la consulta el 24 de Mayo de 1879, y fué inscrita en el número 7,388 del registro clínico: nos cuenta su padre, que hace tres dias se dió un golpe en el ojo derecho, con la mano, segun dice ella, pero que él sospecha que se lo haya herido con una aguja. La conjuntiva vulvar está ligeramente inyectada, en la córnea se vé una opacidad superficial del tamaño de la cabeza de un alfiler, poco más ó menos; está situada tres líneas más abajo y afuera de la union del diámetro vertical de la córnea con el trasversal. No existe cámara anterior y el iris inclinado hácia delante se encuentra pegado á la córnea en toda su extension. La presion ejercida con el pulpejo de los dedos en ambos ojos á la vez, acusa una blandura extremada en el derecho que pudo apreciar con nosotros el Dr. D. G. Casuso. Con el oftalmoscopio se ilumina el fondo del ojo. Instilada la atropina, la pupila se dilata parcialmente hácia arriba, en su borde inferior se advierte un punto de adherencia á la córnea en el lugar en que existe la opacidad de ésta.

Despues de pasadas algunas horas, sin que la atropina rompiese la sinequia anterior del iris, resolvimos poner en práctica el procedimiento, que sin darnos cuenta empleamos en el caso anterior. Con un vendaje binocular ligeramente compresivo, acostamos la enferma en decúbito supino y cuando hubo trascurrido una media hora, levantamos aquel, encontrando que no existia ya la adherencia. La pupila estaba más dilatada hácia su parte superior, la inferior apenas se habia dilatado; esto último lo atribuimos á una disposicion fisiológica de las fibras del iris; muchas veces al practicar la operacion de la catarata con iridectomia hemos observado este mismo fenómeno, despues de la instilacion de la atropina. El ojo

estaba menos blando, si bien todavía no se encontraba igual al izquierdo.

Se le ordenó continuase con las instilaciones de atropina. Al cuarto día las suspendimos; la opacidad de la córnea era imperceptible y como el ojo se encontraba ya en su estado normal le dimos el alta.

La utilidad del decúbito supino en determinados estados del ojo, es reconocida desde tiempos remotos y aun puede decirse de él y de la oclusion de los párpados, muy especialmente despues de la operacion de la catarata que se ha llegado casi hasta el abuso. En las dos observaciones ya citadas, el decúbito supino nos prestó marcado servicio, obteniendo lo que no podian conseguir los midriáticos; la desaparicion de la adherencia del iris á la córnea. El resultado lo calificamos de mecánico en todo el valor de la palabra, pues colocando la úlcera de la córnea hácia arriba se impidió la salida del humor acuoso, y éste que rápidamente se segrega restableciendo la cámara anterior, distendió el iris que, influenciado ya probablemente por la atropina, se afectó de midriásis y consumó el acto de deshacer la sinequia.

Hay tambien de interesante en los dos casos que nos ocupan la disminucion tan notable de la presion intraocular, que nos alarmó hasta el extremo de juzgarla un peligro para la vida del ojo si perseveraba, y el síntoma á que está ligada de la ausencia de la cámara anterior por la pérdida constante del acuoso. ¿Había derecho á suponer que sin la intervencion médica se obturaria la úlcera por la tumefaccion del iris herniado desapareciendo los peligros enunciados? Los creemos posible, pero esto no desvirtúa nuestra intervencion, ni quita el interés á los hechos ya en el terreno patológico, ya en el simplemente fisiológico. ¿Si esta disminucion notable de la tension intraocular era producida por la pérdida del acuoso, la tension exagerada que se observa en el glaucoma, cedería y con ella sus consecuencias facilitando la evacuacion constante de este humor? Así parece, pero tambien sabemos que las paracentesis sucesivas en el tratamiento del glaucoma fueron sustituidas por la iridectomia, cuya accion poderosamente curativa es indiscutible.

Además, hemos observado fístulas de la cámara anterior en ojos afectados de glaucoma sin resultado ventajoso, pero la verdad es, que las hemos visto despues de la iridectomia y en glaucomas simples, en que ésta no es tan eficaz, ó lo es solo, cuando se aplica muy al principio.

No nos detendremos en más consideraciones sobre tan corto número de hechos, solo hemos querido siquiera sea señalarlas á la ligera, despues de exponerlos, como lo hemos hecho al principio.

## FORMA EXTRAÑA DE LOCURA RELIGIOSA.

Un caso notable de locura ha ocurrido en Buenos-Aires, el cual es digno de ser conocido y estudiado por los médicos alienistas por la forma singular que revestía dicha enfermedad. Tratábase de un comerciante que había experimentado considerabilísimas pérdidas en sus negocios; en su familia no existían antecedentes patológicos que tuvieran la mas mínima relacion con el proceso actual, y él mismo había disfrutado siempre de una salud envidiable. Poco despues del quebranto en sus intereses comerciales, se le presentó la manía de las riquezas; todo su afan, todas sus aspiraciones, todas las frases que se le escapaban en su delirio se referian á la necesidad en que se hallaba de tener dinero; á los dos meses su manía adquirió una forma diametralmente opuesta, la monomanía se hizo religiosa. Con frecuencia se le sorprendia simulando morir en una cruz.

Hé aquí el Dr. Melendez como refiere este caso curioso en nuestro ilustrado colega *La Revista de Medicina de Buenos-Aires*:

«Acostado el enfermo en una cama y en mutismo completo estiraba los miembros inferiores, de tal modo que parecian tendidos por una fuerza exterior llevada á un alto grado. Los miembros superiores los extendia de igual modo, de suerte que no era posible doblárselos por más fuerza que hiciéramos para conseguirlo. Una vez en esta actitud abria anchamente los ojos como si quisieran salirse de las órbitas. Abria la boca del mismo modo y estiraba la lengua con tal fuerza, produciendo al mismo tiempo un grito especial como si una soga le estrangulara fuertemente el cuello.

De esta suerte permanecia por algunos minutos hasta que cesaban los gritos reemplazándolos el desfallecimiento; la respiracion se hacia imperceptible y presentaba el rostro bañado en sudor. Por fin, quedaba en una especie de muerte aparente con los miembros en relajacion completa. Nuevos ataques tenian lugar con algunas horas de intervalo y mientras duraban ellos quedaba el enfermo completamente indiferente y extraño á todo lo que se pasaba á su alrededor.

En tal estado tomábamos un alfiler para explorar la sensibilidad periférica, dándonos por resultado la produccion de convulsiones unas veces y otras sin resultado alguno. Cuando se hacia la expe-

riencia, en momentos que simulaba agonizar, se producian las convulsiones á cada pinchazo, dejando oír al mismo tiempo un grito particular y arrojando la lengua fuera de la boca con más fuerza que nunca, lo que parecia indicar que el enfermo se creia herido por un instrumento punzante.

El enfermo persistió por algunos dias en simular la muerte de Cristo, hasta que merced á la medicacion por el bromuro de potasio y las inyecciones de clorhidrato de morfina, le calmaron y tranquilizaron al paciente.

Pasado este período quedó melancólico y taciturno, viéndosele llorar con frecuencia, sin manifestar los motivos de su sufrimiento, que jamás pudimos descubrir, por más que le interrogásemos al respecto.

Calmado algun tanto su dolor moral, principió por alimentarse paulatinamente y á reponerse de su estado de demacracion ocasionada por la escasa alimentacion á la que se rehusó siempre. En seguida se levantó de la cama y comenzó á dar paseos al aire libre, conservando sin embargo el tinte melancólico.

Más tarde recobró fuerzas y alguna alegría, por lo cual se creyó conveniente ponerlo en contacto con los pensionistas de su clase.»

Hoy se observan en el enfermo todos los síntomas de la locura parálitica en su período de progreso.

---

### ACCION FISIOLÓGICA DEL *THALICTRUM MACROCARPUM*. (1)

Mr. Doassans ha estudiado recientemente el vegetal indicado de la familia de las Ranunculáceas, cuya especie, notable por el volumen de sus órganos subterráneos, crece en la region calcárea del valle de Ossaus en los bajos Perineos.

Experiencias preliminares habian demostrado que el extrato de la planta de que nos ocupamos ejercia una accion tóxica, por lo cual Mr. Doassans intentó separar su principio activo; y en efecto, obtuvo un cuerpo cristalizado en pequeñas agujas incoloras: agrupadas en derredor de un centro comun, apenas solubles en el agua, solubles en el alcohol, con todas las reacciones de los alcalóides y susceptibles de combinarse con los ácidos para formar sales solubles: á este cuerpo le denominó *thalictrina*.

La thalictrina posee las mismas propiedades tóxicas y ejerce la misma accion fisiológica que el extracto de thalictrum, constituyendo, por consiguiente, el principio activo de las raices de esta

(1) *Novedades científicas*.

planta; si bien debe hacerse notar que el extracto determina efectos locales irritantes de que carecen el sulfato y clorhidrato de thalictrina, cuyos efectos se han evitado cuidadosamente en todas las experiencias que sirven de base al estudio de sus propiedades tóxicas y fisiológicas.

El extracto inyectado bajo la piel de una rana en una dosis de 2 á 3 centigramos, produce la muerte á las tres ó cuatros horas, mientras que con una disolucion que contenga de 2 á 5 miligramos de una sal de thalictrina, muere á los veinte ó cuarenta minutos.

En los mamíferos, como el perro, un gramo de extracto inyectado en una vena, produce la muerte á los cinco ó diez minutos, mientras que en inyeccion hipodérmica se necesitan 3 gramos para producirla á las cinco horas.

La rana sometida á este tratamiento, empieza por perder su motilidad espontánea, y despues, su motilidad refleja en todas las partes del cuerpo, excepto en el globo del ojo. Por último, estos movimientos desaparecen tambien; y el corazon, muy irregular en sus latidos, vá paulatinamente debilitándolos hasta detenerse por completo.

En el perro, los primeros síntomas son: somnolencia y debilidad general acompañada de vómitos, defecacion y miccion. La presion sanguínea disminuye considerablemente y la debilidad paralítica vá creciendo, pero sin convulsiones, hasta que la sensibilidad general desaparece por completo. Los latidos del corazon son enérgicos mientras que el pulso es acelerado y débil, y los movimientos respiratorios son más frecuentes y más ámplios.

Inmediatamente despues de ocurrida la muerte, se observa que la excitacion motriz de los nervios y la contractilidad muscular han disminuido hasta el punto que las corrientes eléctricas más intensas son impotentes para provocar la menor contraccion en el corazon.

Estas indagaciones, que deben completarse, demuestran que la thalictrina ejerce su accion, primero sobre el sistema nervioso central y despues sobre el corazon.

Este alcaloide es análogo á la aconitina por los efectos fisiológicos múltiples que produce, alcaloide aquel procedente tambien de una planta de la familia de las Ranunculáceas, pero que difiere en que los fenómenos de parálisis del sistema nervioso son más acentuados que los producidos por la aconitina, sucediendo lo inverso respecto á los vómitos y perturbaciones respiratorias. La aconitina es tóxica en una dosis mucho menor que la thalictrina, por lo cual es mas fácil de manejar, siendo así más ventajoso su uso en terapéutica y pudiéndose regular la dosis con mas minuciosidad.—J. R. C.

## FORMULARIO DE LA CRÓNICA MÉDICA.

(Continuacion.)

### *Epilepsia.*

Estracto acuoso de ópio. . . . .	2 gramos.
Alcanfor en polvo. . . . .	3 »
Almizcle. . . . .	1 »
Nitrato de plata en polvo. . . . .	15 centígs.

Mézclese y con c. s. de jarabe simple háganse píldoras núm. 40  
Una por la mañana y tarde, y despues dos y así sucesivamente.

Oxido de zinc. . . . .	3 gramos.
Azúcar. . . . .	4 »

Mézclese y divídase en veinte dosis, tres por dia una hora des-  
pues de las comidas. Si se tolera bien puede aumetarse gradual-  
mente la dosis.

Miga de pan. . . . .	3 gramos.
Sulfato de cobre amoniacal. . . . .	4 decígs.
Carbonato de amoniaco. . . . .	c. s.

Háganse 40 píldoras de á 2 decígramos. Dos ó tres al dia.

Sulfato de cobre amoniacal. . . . .	120 centígs.
Estracto de valeriana. . . . .	6 gramos.

Háganse s. a. 60 píldoras, para tomar progresivamente, una  
dos, tres, hasta cuatro por dia.

Estracto de estramonio. } « de belladona. } a. a. . . . .	1 gramo.
--	----------

Alcanfor. . . . . } Opio. . . . . } a. a. . . . .	50 centígs.
--	-------------

H. s. a. píldoras de 10 centígramos. Una al principio aumen-  
tando hasta quinze ó veinte.

Valeriana en polvo. . . . .	30 gramos.
Limaduras de hierro. . . . .	12 »

Mirra. . . . . } Estracto de tormentila. } a. a. . . . .	6 gramos.
Incienso. . . . .	

H. s. a. píldoras de 15 centígramos. De cinco á diez, tres veces  
al dia en la epilepsia determinada por el onanismo.

Quinina en polvo. . . . .	100 gramos.
Estaño en polvo. . . . .	} a. a. . . 50 gramos.
Raiz de valeriana. . . . .	
Jarabe simple. . . . .	c. s.

Disuélvanse y mézclense; 4 gramos mañana y tarde durante tres meses, suspendiendo la medicacion un día cada nueve ó diez.

(Se continuará.)

DR. YZETA.

## SECCION OFICIAL.

### *Ministerio de la Gobernacion.*

#### REAL ÓRDEN.

(Conclusion.)

5.º Los buques de cabotaje á que se refiere el art. 24 de la ley que lleguen á los puertos de la Península ó islas Baleares y no tengan accidente en la salud, quedan exentos, hasta que otra cosa se disponga de la visita á bordo de la Sanidad, tomarán plática en la forma siguiente; el capitán, patron ó segundo se trasladará en el bote de la embarcacion, que llevará bandera amarilla, al punto del puerto mas próximo á la oficina de Sanidad, en la que presentará los papeles correspondientes, y si procede, se le dará la correspondiente plática; arriando en caso afirmativo la bandera amarilla del bote, y quedando el barco en comunicacion desde ese momento.

Cuando algun buque de cabotaje llegue con accidente á bordo, se situará en el espacio señalado para la cuarentena de observacion, y esperará la visita facultativa, que en el acto se practicará al costado del buque en la forma que previene el caso 1.º de esta regla, para los efectos de lo dispuesto en la resolucion primera de la Real orden de 4 de Octubre de 1872, sobre fallecimientos en la travesía de buques.

El punto para la plática de buques estará señalado con banderas amarillas por la parte de tierra y con boyas por la de mar, para la consiguiente incomunicacion.

En dicho punto y en las horas de entrada de buques, un celador vigilará y cuidará de la incomunicacion.

6.º El secretario ó el auxiliar, ó el celador á falta de este, que no se halle en el sitio determinado en el caso 5.º á la llegada del bote, será castigado con multa de 20 pesetas, y el hecho podrá igualmente denunciarse y probarse en los términos expuestos en el caso tercero.

7.º Las embarcaciones del puerto que rozaren con el bote que vaya á recibir plática quedarán incomunicadas y sometidas al régimen que se imponga al buque de que se trate, é incurrirán los dueños de las mismas en todo caso, si no se prueba que el roce ha sido inevitable, en la multa de 50 pesetas, que se irá duplicando en los casos de reincidencia.

Del mismo modo quedarán incomunicado é incurso en multa de 50 pesetas todo el que se ponga en contacto con el mencionado bote y con las naves no admitidas á libre plática.

8.º Con objeto de tomar con la mayor exactitud todos los antecedentes de la nave desde la primitiva procedencia para la mas exacta aplicacion del régimen sanitario correspondiente en todos los actos de visita (regla 1.ª casos 1.º y 5.º), los directores ó médicos encargados de practicarla exigirán la patente, libro de cargamentos, diario de navegacion libro de cuenta y razon y cuaderno de bitácora.

Si alguna embarcacion careciera de uno ó mas de los libros citados, los funcionarios encargados de la visita procurarán deducir por otros medios los datos necesarios al caso; y si de ningun modo fuera posible conocer los antecedentes exigidos y se tuviera alguna sospecha de peligro; será incomunicada la nave, dando parte al gobernador ó alcalde en su caso, para resolver lo que proceda en la misma forma dispuesta en la regla 2.ª de esta Real órden.

*Segunda.* 1.º En los casos en que por malas condiciones higiénicas ó por sospechas en la salud de á bordo haya que imponer cuarentena á la nave, el médico de visita acordará la incomunicacion de aquella, dando inmediatamente parte al gobernador ó alcalde respectivo para que á semejanza de lo dispuesto en la Real órden de 4 de Octubre de 1872 sobre fallecimientos en la travesía de buques, la Junta provincial, ó municipal de Sanidad en su caso, nombre de su seno una comision médica, y en union del director y médico de visita, si no la hubiere practicado aquél, reconozcan el buque y acuerden el régimen que proceda.

2.º Cuando un buque procedente de puerto declarado sucio llegue en buenas condiciones higiénicas, sin accidente sospechoso en la salud y con patente limpia, visada por el cónsul español del puerto indicado, será desde luego admitido á libre plática, dando inmediatamente parte del hecho el director del puerto al gobernador de

la provincia, y esta autoridad á la Direccion general del ramo para resolver lo procedente sobre el alzamiento oficial de la cuarentena señalada al punto de que se trate.

3.º Todo buque procedente de puerto recientemente declarado limpio que llegue en iguales circunstancias que las que en el caso anterior se citan será tambien desde luego admitido á libre plática, sin tener en cuenta el tiempo de cuarentena á que se refiere el art. 40 reformado de la ley, puesto que durante este tiempo los cónsules españoles continuarán visando las patentes con carácter de sucias para conciliar el precepto legal con la conveniencia de la marina.

En el caso en que la patente no sea visada por cónsul español, el plazo de continuacion de cuarentena á que se refiere dicho art. 40 seguirá observándose, á partir de la fecha de la cual deban considerarse oficialmente limpias las procedencias.

4.º En todo caso, cuando un buque sea despedido para sufrir cuarentena de rigor ó de observacion, el director del puerto lo ordenará en comunicacion escrita expresando los fundamentos del acuerdo y citando los textos legales en que se apoye.

5.º El médico de visita que ordene un régimen cuarentenario improcedente por error ó infraccion legal será responsable, segun la jurisprudencia sentada por el Consejo de Estado, de los daños y perjuicios que ocasione al buque.

6.º El acuerdo ó acuerdos que se adoptan por las Direcciones de Sanidad de los puertos y lazaretos sucios sobre el régimen sanitario que corresponda á la embarcacion se consignará en el expediente de la misma, en la forma que se determina en el modelo núm. 8 á que se refiere la orden de la Direccion general del ramo de 28 de Abril de 1867, por lo que respecta á las Direcciones de los puertos, y en cuanto á los lazaretos sucios, con sujecion al modelo 9, aprobado por orden de 22 de Mayo del mismo año de 1867. En dichos acuerdos se citarán con toda claridad y exactitud los fundamentos legales en que se apoye la resolucion.

*Tercera.* 1.º Los buques que carezcan de patente y no justifiquen en el mismo acto de la visita su falta de una manera satisfactoria, habiendo temor de procedencia sucia ó sospechosa, por no adquirirse certeza en contrario, serán despedidos para lazareto sucio, segun se dispone en la resolucion 2.ª de la Real orden de 24 de Agosto de 1867.

2.º Si constare al director que la primitiva procedencia y puntos de escala estaban limpios á la salida del buque, no resultan individuos de más ni de menos á bordo, las condiciones higiénicas son buenas y no ha habido accidente en la salud, consistiendo la falta

en descuido ú otra causa imputable al capitan, incurrirá en multa de 200 á 600 pesetas; pero la embarcacion será admitida á libre plática.

3.º Si reuniendo el buque las circunstancias dichas en el caso anterior, el capitan asegurese que la falta de patente reconoce causas ajenas á su voluntad, aunque no lo pruebe en el acto de la visita, el buque será igualmente admitido á libre plática, y el capitan ó casa consignataria probarán la inculpabilidad de la falta con documentos irrecusables, garantizando el resultado con una fianza de 200 á 600 pesetas.

4.º La justificacion de que se trata se hará segun queda dicho en el caso 1.º de esta regla, en el acto de la visita y ante el director y una comision de la Junta provincial de Sanidad, ó municipal en su caso cuyos individuos apreciarán la entidad de la fianza en el caso de constituirse.

5.º Todas estas circunstancias se consignarán en el expediente del buque con toda claridad y con las firmas de todos los que en él intervengan.

6.º Las fianzas se constituirán en metálico en la Caja de Depósitos de la provincia por conducto de las administraciones de Aduanas, cuyas dependencias, despues de hacer la entrega á las referidas Cajas; pondrán á disposicion de los interesados el documento de depósito que estas le remitan. Por el mismo procedimiento serán devueltas las fianzas á los interesados, previo aviso de la Direccion de Sanidad, de acuerdo con la comision de la Junta respectiva del ramo, devolucion que tendrá lugar una vez comprobado el hecho.

7.º Si lo manifestado en la visita resultare falso, se considerará perdida la fianza, quedando á beneficio de la Hacienda, como ingreso en concepto de multa sin perjuicio de la accion criminal que con arreglo al Código corresponda.

8.º Si en el puerto de salida del buque no hubiera patentes, ó no fuese costumbre darlas los capitanes ó patrones deberán pedir á la autoridad local un testimonio ó certificado para justificar la falta de dicho documento, habilitándose no obstante de patente en el primer puerto donde toque la embarcacion.

9.º Toda patente será visada por el cónsul español de la primitiva procedencia y por los de los puntos de la travesía: si no le hubiere, por el de una nacion amiga; y si ni uno ni otro existieren, el capitan ó patron solicitará de la autoridad local un testimonio ó certificado que compruebe el hecho.

Del mismo documento se proveerán los capitanes ó patrones en los puertos de la travesía cuando no existan cónsules que visen las patentes.

10. Si el buque llega sin el viso consular, ó alguno de los testimonios indicados, y hubiera temor de que viniese de algun puerto sucio ó sospechoso por no comprobarse lo contrario, será despedido para lazareto sucio, con arreglo á lo dispuesto en el art. 18 de la ley de Sanidad.

11. Si de una manera indudable constara al médico de visita que todas las procedencias del buque eran limpias, no resultasen á bordo individuos de mas ó de menos, las condiciones higiénicas fueran satisfactorias y no hubiese ocurrido accidente en la salud durante la travesía, consistiendo la falta de viso consular ó de los referidos testimonios en descuido ú otra causa imputable al capitán, el buque se admitirá á libre plática, y el capitán será castigado con la misma multa que por la falta de patente.

12. Lo dispuesto en los casos 3.º al 7.º inclusive de esta regla, relativos á la falta de patentes, serán aplicables de igual modo á los casos análogos por falta de viso consular.

13. Cuando arribe un buque destinado á puerto extranjero sin viso consular en la patente, si ésta es limpia, reúne la embarcacion buenas condiciones higiénicas y no ha ocurrido accidente en la salud de á bordo, se le dará libre plática.

14. Las multas serán satisfechas en papel de pagos al Estado en el modo y forma prevenidos en los artículos 58 y 59 del Real decreto de 12 de Setiembre de 1861, reformado por orden del ministerio de Hacienda de 31 de Diciembre de 1869.

De Real orden lo digo á V. S. para su mas exacto cumplimiento, debiendo publicar esta disposición en el *Boletín Oficial*. Dios guarde á V. S. muchos años.—Madrid 17 de Mayo de 1880.—Romero Robledo.—Sr. Gobernador de la provincia marítima de...

---

## NOTICIAS.

---

El acreditado farmacéutico de esta capital D. Albino Aliño, ha recibido un magnífico surtido de máquinas eléctricas Gaife y electromagnéticas, geringas intrauterinas, lámparas de garganta, forceps Naegele, espéculums de caoutchouc dulce, carteras de cirujía y una completa variedad de geringas de Pravaz así como cajas de amputacion. Todos estos objetos se encuentran en su farmacia á precios muy económicos.

---

Mr. Cousin ha publicado en el *Marseille Medical*, un trabajo que viene á confirmar los excelentes efectos del óxido de zinc en la

diarrea ya indicados por Gubler y Bonamy. La mayor parte de los casos á que se refiere el autor eran diarreas crónicas rebeldes caracterizadas por cámaras abundantes y numerosas: unas eran debidas á un simple catarro intestinal, otras provocadas por una alimentacion de mala calidad ó un enfriamiento y otras por fin eran sintomáticas de la tuberculosis, todas habian resistido á cuantos medios se habian empleado. Mr. Roux echó mano del óxido de zinc que se distinguió por su eficacia y rapidéz de accion, puesto que diarreas que databan de 3, 4 y 6 meses fueron felizmente modificadas al brevísimo tiempo despues de la administracion de las primeras dosis del medicamento. La fórmula empleada que es la misma de Gubler y Bonamy es la siguiente:

Oxido de zinc. . . . . 3,59 gramos.

Bicarbonato de sosa. . . . . 0,50 »

divididos en 4 papeles, de los cuales se hacen tomar al enfermo uno cada tres horas. La asociacion del bicarbonato al óxido de zinc aumenta la tolerancia de este.

Dicen de Manresa que hace pocos días acaeció en aquella ciudad un doble parto, digno de ser estudiado con detencion por los médicos. Una mujer dió á luz dos criaturas, de las cuales, si bien la una nada ofrecia de fenomenal, á la otra le faltaban la cabeza, brazos y piernas, siendo más raro que, como la otra, vino al mundo tambien viva. La primera vive aún, sana y con robustez envidiable; mas la segunda falleció pocas horas despues, y, embalsamada, ha sido enviada á la Academia de Medicina de Barcelona.

Un fenómeno bien raro y de un grande interés científico acaba de ser observado en el Hospital de Caen. Al hacer la autopsia á una jóven de 17 años, se ha visto que tenia completamente invertidos los órganos torácicos y abdominales. El corazon estaba situado al lado derecho de igual modo que la arteria acrta y la masa intestinal hallábase cambiada de la misma curiosa manera.

Hemos recibido un discurso que nuestro estimado amigo Don Constantino César Uson y Andrés ha leído en la Facultad de Medicina de Madrid aspirando al grado de doctor en dicha Facultad. En este discurso impreso con elegancia y en buen papel, y bajo el título de *Algunas ideas acerca de la eclampsia puerperal*, se ocupa de la historia completa de ésta desde su definicion hasta el trata-

miento, exponiendo sus ideas en relacion con los últimos adelantos de la ciencia. Demuestra la eficacia del hidrato de cloral y del bromuro potásico para combatirla de conformidad con el dictámen del Dr. Froger, y en su corroboracion refiere cuatro historias clínicas de siete que ha tenido ocasion de observar en una práctica de diez años. Felicitamos doblemente al Dr. Uson y le deseamos nuevos triunfos en su carrera.

Tambien el jóven discípulo de esta Escuela D. Andrés Charques ha sufrido en la de Madrid los ejercicios del grado de doctor con la honrosísima calificacion de sobresaliente, por lo cual le damos nuestra más sincera enhorabuena.

Ha obtenido el grado de licenciado en Medicina y Cirujía con la calificacion de sobresaliente el aventajado alumno de esta Escuela y colaborador de nuestro periódico, D. P. Garin y Salvador. Felicitamos cordialmente á nuestro amigo.

El Dr Schwimmer ha practicado numerosos ensayos para llegar á prevenir la formacion de cicatrices despues de la erupcion varicelosa en las regiones tegumentarias mas expuestas á la vista. El indicado doctor cree haber resuelto el problema que para muchos ofrece una importancia estética de primer orden.

Hé aquí su método:

Con una tela muy fina se forma una mascarilla en la cual se dejan las correspondientes aberturas para los ojos, narices y boca. Despues se embadurna una de sus caras con cualquiera de las siguientes preparaciones:

Acido fénico. . . . .	4 á 10 gramos.
Aceite de olivas. . . . .	40 »
Creta lavada y pulverizada. . . . .	60 »
Mézclese y hágase una pasta blanda.	
Acido fénico. . . . .	5 gramos.
Aceite de olivas. . . . .	} a. . 40 »
Almidon muy puro. . . . .	
M. s. a.	
Thymol. . . . .	2 gramos.
Aceite de lino. . . . .	40 »
Creta en polvo. . . . .	60 »

M. s. a.

Se aplica la mascarilla á la cara del enfermo renovándola de 12 en 12 horas; sobre aquellas partes á que no alcance, se colocan compresas embadurnadas con una de estas mezclas, así como sobre

todos los puntos del cuerpo que quieran preservarse de cicatrices. Segun el autor los resultados son completos.

Hé aquí el resultado de los ejercicios de oposicion á premios ordinarios celebrados últimamente en la Facultad de Medicina de esta Universidad literaria.

Primer curso de Anatomía y segundo de Diseccion.—Premio: D. Felipe Benzo y Ferriz.

Segundo curso de Anatomía.—Premio: D. Tomás Blanco y Baudebraude y D. Juan Bartual y Moret.

Accésit: D. Enrique Lopez y Sancho, D. Tomás Babiera y Martí, D. Jesus Bartrina y Capella y D. Ciriaco Giner y Giner.

Segundo curso de Diseccion.—Premio: D. Jesus Bartrina y Capella y D. Ciriaco Giner y Giner.

Accésit: D. Tomás Blanco y Baudebraude, D. Juan Bartual y Moret, D. Enrique Lopez y Sancho y D. Tomás Babiera y Martí.

Fisiología.—Premio: D. Juan Bartual y Moret, D. Tomás Blanco y Baudebraude y D. Enrique Lopez y Sancho.

Accésit: D. Jesus Bartrina y Capella, D. Ciriaco Giner y Giner y D. Tomás Babiera y Martí.

Higiene privada.—Premio: D. Juan Bartual y Moret y D. Tomás Blanco y Baudebraude.

Accesit: Enrique Lopez y Sancho, Jesus Bartrina y Capella y D. Ciriaco Giner y Giner.

Patología general.—Premio: D. Pedro Pablo Arnau y Andrés y D. Hilarion de la Orden y Oltra.

Terapéutica.—Premio: D. Miguel Alamá y Torrijo, D. Pedro Maria Gomez y Ferrer y D. César Gavanna y Perez.

Accesit: D. José Luis Vidal y Vidal y D. Pedro Pablo Arnau y Andrés.

Patología médica.—Premio: D. Abelardo Lloret y Ros, don Fancisco Aguilar y Martinez y D. José Lucas y Lucas.

Anatomía Quirúrgica.—Premio: D. Luis Torresella y Cabrera y D. Abelardo Lloret y Ros.

Primero de Clínica Médica.—Premio: D. Jesus Ortizá y Peñarroja.

Segundo de Clínica Médica.—Premio: D. Adolfo Gil y Morte y D. Vicente Cubells y Calvo.

Segundo de Clínica Quirúrgica.—Premio: D. Adolfo Gil y Morte.

Felicitemos cordialmente á los laureados alumnos, exhortándoles, á que persistan en su aplicacion.