LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA Y CIRUJÍA PRÁCTICAS

Año V | Valencia 20 Setiembre 1881 | Núm. 97

A NUESTROS LECTORES

Hoy debemos á los abonados de La Crónica Mèdica cuatro palabras de atención. Es este el primer número del año quinto de su vida pública y justo es que antes de empezar la laboriosa y anual tarea, estrechemos los lazos familiares que deben siempre unir al que escribe y al que lee. La Crónica Médica ha sido en estos cuatro años trascurridos lo que prometió ser al nacer: humilde pero fiel reflejo del espíritu positivo y práctico que inspira á la ciencia y al arte médicos de nuestros dias, bosquejo de los notables trabajos modernos, apuntes de la difícil vida profesional, colección de hechos, arsenal de recursos, demostración de lo que puede una fé viva y una fuerza de voluntad tenáz. Si más no hemos conseguido, si aun en esto no hemos llegado á complacer del todo, cúlpese á nuestra cortedad de ingénio y no á la largueza de nuestra intención. ¡Fuéramos bien dichosos y quedáramos del todo sátisfechos si en esto se nos hiciera la justicia que creemos merecer!

El tiempo pasado ha sido para nosotros provechosa enseñanza de gratitud hácia todos los que nos han favorecido con su lectura, y prueba palpable de que no es nada fácil escribir para nuestro público médico. En este pais de apatía en que cada uno solamente mira para sí y en que son contadísimos los que se toman el ímprobo trabajo de entregar á la prensa sus pensamientos, de escribir el resultado de su práctica, de reproducir y propagar con más ó ménos fortuna los estudios hechos en suelo estranjero, de estimular al amor propio nacional aletargado y escitar la actividad con el ejemplo, es tarea titánica y por demás penosa sostener un periódico médico por medio de la pluma. La vida literaria de La Crónica

MÉDICA dirá por nosotros si hasta aquí hemos logrado dominar los obstáculos de la tradicional resistencia que la pereza unas veces, la falta de afición y cierto decaimiento inesplicable otras oponen entre nosotros al periodismo profesional.

El secreto del favor inmerecido con que han honrado y continúan honrando á LA CRÓNICA MÉDICA nuestros compañeros, no es otro que nuestro teson y nuestra constancia. Del mismo modo prometemos seguir en adelante; siendo los defensores de las buenas causas dentro del ejercicio de la misión del médico en la sociedad; luchando sin tregua en la persecución de los altos fines á que éste es llamado por el carácter de la época y el génio de la civilización actual; constituyéndonos en intérpretes del espíritu de la Medicina moderna que aborrece los ontologismos solo inventados como medios para salir del paso y disfrazar la ignorancia con el manto de una metafísica médica huera, insustancial y campanuda; enarbolando la bandera de los verdaderos prácticos, no de los *practicones;* haciendo siempre armas en favor de todo lo nuevo que sea bueno y de todo lo viejo que sea venerable; salvando preocupaciones, discutiendo solo lo discutible, respetando lo aun desconocido, teniendo lo cierto como cierto y lo dudoso como dudoso, francos en la lucha contra la naturaleza, modestos en el saber todavía escaso de los adelantos de hoy y confiados en las brillantes conquistas de mañana.

Daremos mayor cabida en nuestras páginas á los asuntos profesionales, que bien lo necesitan; nos ocuparemos más detenidamente de los intereses médicos de localidad; dedicaremos gran atención á las lecciones de nuestros maestros y á los trabajos de nuestros prácticos nacionales y no descuidaremos por eso los mas notables de los colegas estrangeros. Además, nuestras condiciones materiales, mejoradas como se vé ya en este número, serán nueva prueba de lo mucho que aun pensamos hacer en favor de nuestros abonados y un testimonio de que el apoyo que estos nos prestan es cada dia mas fuerte.

Nuestros suscritores (y los que no lo sean) tendrán á su disposición las columnas del periódico para dar á conocer los casos verdaderamente notables que en su práctica les ocurran: así, pues, publicaremos en LA CRÓNICA MÉDICA todos los trabajos que se nos remitan y que sean dignos de ser conocidos, ya procedan de autores nacionales ya de publicistas extranjeros. Queremos dar al

periódico verdadero y esencial carácter práctico y esto solo puede conseguirse con la cooperacion de todos. Así, pues, á todos llamamos, á todos nos dirigimos.

Estamos íntimamente persuadidos que muchos casos prácticos notables permanecen en el olvido é ignorados de todo el mundo, cuando pudieran servir para la ilustración de todos. Esto es debido á la retracción en que se hallan muchos profesores, lo cual perjudica notablemente para el adelanto científico de nuestro pais, y esto es lo que tratamos de evitar en la medida de nuestras fuerzas.

La Redacción.

UNA NUEVA PREPARACION
DEL CORNEZUELO DE CENTENO

I

El ilustre Clarus decia que si los hombres han negado la eficacia del cornezuelo de centeno es porque nunca han podido experimentar consigo mismo sus efectos. Y decia bien; el incalculable número de víctimas arrancadas á la muerte y salvadas mediante la acción de tan preciosa sustancia podrian ser el mejor argumento que se invocara en contra de los detractores de un medicamento sin el que el ejercicio de la Genecología seria hoy dia imposible y á quien como á la quina ó el ópio no se le pueden disputar ni la seguridad ni lo visible de sus efectos.

Y es lo cierto, sin embargo, que á pesar de la opinión de Stearns que fué quien primeramente llamó la atención del mundo médico sobre los efectos de dicha sustancia en carta dirigida al Dr. Akerly publicada por el *Almacen de Medicina* de Nueva-Yorck; muy en contra de lo observado por Olivier Prescott (1) y hecho público en su monografía sobre el uso del cornezuelo de centeno en la inércia de la matriz, leucorrea y flujos uterinos, y de lo aceptado por Desgranges de Lyon (2) á quien las comadronas contaron las virtudes de este medicamento; Chausier y Mad. Lachapelle publicaron por aquella época tal número y calidad de observaciones hechas por ellos mismos en contra de las pretendidas virtudes del cornezuelo de centeno, que envueltas aquellas por el innegable brillo del nombre de sus autores, llevaron la duda y la vacilación á más de un espíritu severo; fué preciso que nuevos análisis y nuevas investigaciones emprendidas por Goupil (3) y Villeneuve (4) pusieran en claro la cuestión y devolvieron al medicamento su justa fama, y á los médicos de Nueva-Yorck sus panegiristas, la razón de sus fundados asertos.

A partir de esta época y á pesar de la obstinación en no acep-

(1) *Medical and phisical journal* (XXXII, p. 90.)
(2) *Nouv. Journ. de Méd.*, t. I., p. 54.
(3) *Journ. des Progres*, t. III, p. 160.
(4) *Memoire historique sur l,emploi du sisgle ergoti.*

tarle por parte en algunos espíritus obcecados, el cornezuelo comenzó á ocupar un lugar distinguido en los Anales de la terapéutica, así como los hombres de ciencia se ocuparon á seguida del estudio de sus propiedades y del análisis de sus principios.

Para Wiggers, el cornezuelo decenteno contiene: un aceite craso particular, materia crasa cristalizada, cerina, ergotina, osmazomo, manito, materia gomosa extractiva, albumina, fungina, fosfato ácido de potasa y de cal.

Segun Bonjean, el cornezuelo de centeno no debe su acción á ningun alcaloide sino que sus principios pueden reducirse á dos materias cada una, representante de sus efectos terapéuticos y tóxicos respectivamente; la primera se llama ergotina muy distinta de lo que Wiggers llama ergotina, y la segunda la constituye un aceite fijo, incoloro, muy soluble en el éter, frio é insoluble en el alcohol hirviendo.

Pero hasta el dia nadie como Dragendorff ha podido aislar los principios del cornezuelo de centeno, descubriendo en él al estado de pureza el *ácido sclerótico* la *scleromucina*, principios colorantes (sclerythrina, scleroyodina, scleroxanthina) sales de potasio en proporción considerable y algunas otras sustancias alcaloideas á quienes Dragendorff ha encontrado sin acción sensible sobre las ranas que le sirvieron de ensayo.

Segun este último análisis que acabamos de indicar y que tiene para el mundo médico la sanción de un nombre respetabilísimo en las ciencias químicas, todos los preparados del cornezuelo de centeno de que se hace uso en Medicina, como la ergotina de Bonjean ó *estracto acuoso del cornezuelo de centeno*, la ergotina de Wiggers ó *estracto alcohólico del cornezuelo de centeno*, la *ecbolina* y la *ergotina* obtenidas por Wenzell y consideradas por éste como verdaderos alcaloides, no son más que mezclas más ó ménos proporcionadas de las sustancias que Dragendorff ha consignado en su análisis.

Tanret ha querido encontrar tambien el alcaloide del cornezuelo de centeno en una sustancia á la que ha denominado *ergotinina*, recomendando su uso muy especialmente en forma de inyecciones hipodérmicas; pero segun Nothnagel y Rossbach, lejos de ser la ergotinina un principio definido, no puede presentarse en terapéutica más que como otro conjunto de las diversas sustancias que constituyen el cornezuelo de centeno.

Más importante para el objeto de nuestro artículo es la acción

terapéutica del cornezuelo de centeno que el estudio de su análisis; debíamos apuntar algo sobre este último, siquiera para hacer historia de los preparados del cornezuelo de centeno que se han disputado la gloria de ser más útiles en Terapéutica por la eficacia de sus efectos; hé aquí la razón de nuestra ligera escursión retrospectiva.

No incumbe tampoco á nuestro propósito el estendernos en consideraciones sobre la acción terapéutica y usos del cornezuelo de centeno y sus preparados: para ello hubiéramos escrito el artículo del cornezuelo de centeno. Nuestros habituales lectores, por otra parte, conocen perfectamente la acción de una sustancia que tanto en Obstetricia como en Ginepatía es de un uso tan poderoso y frecuente que, parodiando la frase de Diascorides respecto del ópio, no sabríamos ejercer nuestra especialidad sin el cornezuelo de centeno y sus preparados.

Acaso dos años atrás no hubiéramos sido tan explícitos: nos referimos á la época en que no conocíamos la *solución Ivon*, nuevo preparado del cornezuelo de centeno de que queremos ocuparnos en este artículo. ¡Cuántas veces llenos de fé y de entusiasmo en el rápido resultado del cornezuelo ó sus preparados para provocar las contracciones de un útero inerte, para corregir metrorragias fulminantes, para cohibir menorragias rebeldes, para contener flujos críticos hemos echado mano del cornezuelo ó de la ergotina y la decepción más amarga ha marchitado las ilusiones de nuestra confiada indicación! y ¡cuántas otras por el contrario, en parecidos ó análogos casos el resultado obtenido ha superado nuestros deseos de una manera ejecutiva, indudable y brillante!....

¿Hemos de juzgar por esto que el cornezuelo y sus preparados tienen una acción equívoca, dudosa é insuficiente?

¿No es más lógico aceptar en principio las propiedades atribuidas á dichas sustancias, y admitir inconvenientes en las preparaciones usadas entre nosotros hasta el dia, que en determinados casos pudieran hacerlas ineficaces?

Así parece aconsejarlo *á priori* una especulación racional y así lo demuestra *á posteriori* una práctica incontrovertible.

La solución Ivon de cornezuelo de centeno, que más arriba indicamos, es, en nuestro modo de entender, el argumento poderoso que viene á demostrar la verdad de la anterior proposición.

En el próximo número procuraremos desarrollar esta idea.

(Se concluirá.) DR. CANDELA.

SIFILIOGRAFIA: Evolución de la sífilis

Formas de la sífilis—forma benigna—forma maligna.—Circunstancias genéticas de su aparición.—Caractéres que las distinguen.—Periodos de la enfermedad—juicio diagnóstico de los mismos.—Unas mismas lesiones se encuentran en varios periodos.—Marcha de la sífilis—órden de aparición de los fenómenos morbosos—tipo continuo—intermitente y remitente.—Es imposible fijar la duración de la sífilis.—¿Cómo termina esta enfermedad?

(Continuación)

Las diversas manifestaciones ván generalmente precedidas ó acompañadas de dolores más ó ménos profundos que tienen el especial carácter de exacerbarse por la noche. Las resolutivas dejan en pós de sí manchas de color bronceado que desde luego indican su procedencia y sirven para reconocer la enfermedad á *posteriori;* en tanto que las ulcerativas tienden á producir la gangrena de los tejidos que se traduce por un estado putrilaginoso y costroso en las partes blandas y la necrósis en los huesos.

Las diversas lesiones sifilíticas siguen constantemente un órden determinado en su aparición desde el chancro hasta los accidentes cuaternarios, sin alterar unas manifestaciones con otras y marchando siempre desde la periferia á las partes profundas; ocupan sitios especiales en todos los sistemas donde se les encuentra, manifestándose primero en los tegumentos, en el sistema inefático y más tarde en el aparato locomotor y vísceras. Además poseen una notable tendencia á la producción de neoplasias gomosas.

2.º *Diagnóstico de la forma de la enfermedad sifilítica.* No basta distinguir la enfermedad de cualquiera otra con la cual ofrezca puntos de contacto, es necesario reconocer la forma conque se presenta á nuestra observación, y esto es importantísimo para la práctica, puesto que segun Diday, la sífilis benigna desaparece sin intervención terapéutica alguna, mientras que la sífilis maligna debe ser sometida desde un principio á un tratamiento enérgico.

Aunque no participamos de las mismas ideas que este autor, admitimos la necesidad de este diagnóstico, nó para abandonar á su curso una sífilis lijera sino para someter al enfermo á un trata-

miento más benigno. Con este objeto, Diday insiste en semejante distinción, para la cual aduce los datos siguientes:

Forma benigna.—El período de incubación, ese espacio de tiempo que média entre la inoculación y la aparición del chancro es bastante largo (25 á 34 dias), la úlcera ofrece todos los caractéres de la benignidad; el espacio de tiempo que média entre el accidente primitivo y las sifílides, y que Bazin llama segunda incubación, es de alguna duración; por último, si las primeras sifílides que se presentan, tienen la forma resolutiva, podremos desde luego hacer un diagnóstico preventivo de la forma sifilítica que vá á aparecer. No os fijeis en los pródromos, como quieren algunos autores, porque vosotros mismos tendreis ocasión de observar en la práctica que tras fenómenos precursores muy alarmantes se presenta muchas veces una sífilis lijera, en tanto que despues de algunos pródromos que no llaman la atención por su benignidad, aparece una sífilis que compromete la vida del paciente. Debo tambien llamaros la atención sobre esos inseparables compañeros del chancro, los bubones, que si se hallan constituidos por el infarto de un corto número de gánglios, indican la aparición de una sífilis benigna.

Sífilis maligna.—Suponed por el contrario de todo lo que llevamos dicho, que el período de incubación es corto; que el chancro ofrece la forma serpiginosa ó gangrenosa; que el segundo período de incubación pasa con rapidéz; que las sifílides se presentan bajo la forma ulcerosa: tubérculo-gangrenosas, tubérculo crustáceas, &., y tendreis datos más que suficientes para preveer que la sífilis revestirá la forma maligna ó grave, debiendo entonces entablar desde luego un tratamiento específico, enérgico al menos, si nó para suspender la manifestación de las operaciones, para disminuir su intensidad.

Diagnóstico del período de la enfermedad sifilítica.—Tambien este punto ofrece un interés práctico-manifiesto, porque el tratamiento ha de ser diferente, segun se trate, de los primeros ó de los últimos períodos, puesto que al principio están perfectamente indicados los mercuriales, en tanto que despues deben emplearse los preparados yodados.

Período primero.—Nada debo indicar sobre este punto. Vosotros sabeis que se halla constituido única y exclusivamente por el chancro y los bubones, y el diagnóstico de estas lesiones será objeto de otra conferencia.

Período secundario.—Las lesiones que constituyen este período son tan evidentes que es imposible confundirlas con alguna otra, en las conferencias inmediatas nos ocuparemos extensamente de ellas.

Período terciario.—Los accidentes de este período ofrecen un notable parecido con los de la escrófula, pero si teneis en cuenta el sitio y la naturaleza de las afecciones podreis llegar á un diagnóstico exacto y completo. Las necrósis y las exóstosis pertenecen en especial á la sífilis, en tanto que la cáries y la espina ventosa son atributo de la escrófula; además esta enfermedad se fija en los huesos cortos y en la extremidad de los huesos largos, y la sífilis ataca de preferencia el cuerpo de los huesos cortos y los planos. Un síntoma que no habeis de perder de vista y que es patrimonio exclusivo de la sífilis son los dolores nocturnos que de ningun modo encontrareis en la escrófula. ¿Será necesario que os hable de los síntomas, de los gomas y de las úlceras gomosas para que las distingais de los abscesos y úlceras escrofulosas? prescindiendo de que en otra conferencia hemos de ocuparnos de estos puntos con algunos detalles, la marcha de la enfermedad, los antecedentes y los fenómenos concomitantes serán bases abonadas para establecer un diagnóstico racional.

Diagnóstico del cuarto período.—No es tan fácil distinguirlo como los anteriores, porque las lesiones viscerales no han sido bastante estudiadas bajo el punto de vista clínico. Sin embargo, os indicaré dos elementos que en muchos casos podrán ilustraros la cuestion. Me refiero á la época de aparición y á la polimorfia de las afecciones. Ya os he dicho varias veces que la sífilis presenta constantemente un órden determinado en su aparición; pues bien, si ante vosotros se presenta un indivíduo que desde el chancro hasta las necrósis y exostósis ha venido sucesivamente padeciendo todas las manifestaciones de la sífilis, y á la sazón acusa algun trastorno visceral, debeis inclinaros á sospechar que se trata de las lesiones sifilíticas correspondientes al cuarto período. No ofrece menos importancia la coexistencia simultánea de una neumonía crónica, de un catarro laríngeo, de las lesiones del sistema nervioso y de los órganos abdominales, habiendo precedido los síntomas ya descritos y presentándose al cabo de un tiempo más ó ménos largo del accidente inicial. En fin, es necesario tener en cuenta esa facies particular que imprime la sífilis de las vísceras, esa fácies pálida, rugosa,

y plomiza que ha sido suficiente para que el Dr. Rayer diagnosticara, una caquexia sifilítica.

V

Señores: La marcha de la sífilis tiende siempre á la cronicidad; con todo, algunas veces obsérvase que en breve espacio de tiempo conduce al enfermo al sepulcro, tal sucede con la sífilis hereditaria, pero en estos si teneis cuidado de investigar los antecedentes, os convencereis que ó bien los padres padecian ya dicha enfermedad ó bien la contrajo el feto en un período más ó ménos lejano á la época del nacimiento. Nunca se ha observado esa marcha *fulminante* que quieren algunos autores, y que se presentaron en las primeras epidemias que llamaron la atención de los prácticos en los siglos XV y XVI; lo único que sucede es que dicha enfermedad recorre con más ó ménos rapidéz sus períodos presentándose sucesivamente las diversas manifestaciones que caracterizan cada uno de los períodos.

En cuanto al órden de aparición de éstos, se comprueba que afectan un tipo intermitente; en efecto, despues del accidente inicial sucederse un espacio de calma más ó ménos largo, un intérvalo de silencio, como si el organismo descansara y reorganizase sus fuerzas para dar mayor ímpetu á sus manifestaciones. Esto se observa tambien entre los diversos períodos, siendo dichos intérvalos de algunas semanas ó de varios meses.

No es raro ver que en ciertos casos la marcha es contínua: el chancro se trasforma *in situ* en una pápula, é inmediatamente se ván presentando las sifílides en su órden lógico de aparición; antes de que termine este período ó á continuación aparecen las lesiones de los huesos, de los músculos, de los tejidos fibrosos de los parenquimas con los compañeros inseparables que constituyen la caquexia.

Es imposible, por lo tanto, fijar en absoluto la duración de la enfermedad, puesto que desde algunas semanas hasta muchos años ofrece numerosas oscilaciones.

La enfermedad termina por la curación, por el estado latente y por la muerte. La primera terminación es indudable; pero ¿podemos afirmar cuando se halla completamente curado un sifilítico? ¿Diremos que ha desaparecido la enfermedad, cuando ha cicatrizado el

chancro, ó una vez terminadas las sifílides? No. ¡Cuántas y cuántas veces, tras un período largo de tiempo en que el indivíduo se ha encontrado en su integridad anatómica y funcional, se le han presentado las lesiones huesosas ó viscerales! En estas circunstancias la sífilis se ha encontrado en un estado latente al parecer, y de este modo puede continuar durante toda la vida del sugeto, trasmitiéndola á sus descendientes.

El indivíduo muere con mucha más frecuencia de lo que creen algunos autores, y la muerte se verifica por las invasiones viscerales, por el síncope ó sumido en profunda caquexia.

DR. AGUILAR LARA.

(Se continuará.)

GARAYO EL SACA-MANTECAS

Conferencia dada por D. Ramon Apraiz en el Ateneo de Vitoria

(Continuación)

Qué extraño tiene, pues, que por el contrario, el hombre sin instrucción, el vicioso, que tampoco le es posible dar rienda suelta á su irracisble carácter ante el público, estalle al llegar á su casa, y en vez de ser allí consolado, sea el desconsuelo general?

»Las observaciones de los fisonomistas, (1) dice Gall, traen en »sí, señales extremamente variables. Desde el tiempo que los fiso»nomistas practican el arte, no han establecido aún un solo principio »sólido, un solo signo inmutable. Todo lo que ellos afirman se re»duce á la *afectada sensibilidad* y á puras declamaciones. Que se »lean todos los juicios de Lavater, en todas partes se hallarán los »mismos estravios de la imaginación, la misma exaltación tan »contraria al espíritu observador.

»El mismo carácter tiene un signo, ora en una cierta forma de »ojos, ora en una cierta forma de la nariz, de la boca, de la mano »y aun de la posición particular de los dientes. Esto se explica muy »bien: cuando el fisonomista conoce el carácter de la persona y que »en ella halla una parte cualquiera conforme al modo que llama su »atención, esta conformación es para él una señal distintiva de este »carácter. Cuando un criminal camina para el cadalso todos leen en »su cara el crímen: sin embargo en la época en que vivia aun en la »sociedad, nadie veia en él lo que en este momento ven todos es»crito en su rostro con caractéres tan distintos. Que se someta la »misma cabeza, el mismo dibujo, al juicio de tres celosos fisono»mistas; cada uno de ellos está persuadido de la infalibilidad de sus »conocimientos y no obstante, cada uno de ellos formará un juicio »muy diferente (Gall funciones del cerebro).

(1) Revista frenológica de D. Magin Pers.—Barcelona.—1854.

Si del estudio fisiognomónico pasamos al frenológico ó craneoscópico vemos estos estudios, encaminados á conocer las disposiciones intelectuales y afectivas del individuo por la inspección esterior de su cráneo suponiendo á este exactamente modelado sobre la masa cerebral: estas hipótesis de Gall y Spurzheim localizando las facultades intelectuales en otros tantos órganos, 27 segun Gall y mayor número segun sus discípulos, no han dado resultados concluyentes.

Leemos en la enciclopedia moderna de Mellado artículo inteligencia.

»Se estudian y buscan con afan las causas de esa brillante supe»rioridad intelectual que resplandece en los grandes hombres, en »los verdaderos génios. Se supone en ellos una organización cere»bral de una perfección extraordinaria. Es indudable que un encéfalo »estrecho ó comprimido, como el del estúpido hotentote, no per»mite un gran desarrollo á las funciones intelectuales. Lo es así »mismo que los hombres y los animales de cuello largo son »tardíos y flemáticos, en tanto que una sangre caliente y fo»gosa, activa sin cesar el cerebro de los individuos de cuello corto; »pero estas observaciones no tienen nada de absoluto. No son las »naciones mas inteligentes las que nos manifiestan cabezas mas vo»luminosas. El ruso la tiene mas ancha que el sueco; el kalmuco y »el tártaro presentan cráneos más grandes que todos los pueblos »civilizados de Europa y sobre todo del Asia, como lo han pro»bado Sandifort, Blumenbach y otros. Algunos estudios recientes »sobre las cabezas de los alumnos de la escuela Veterinaria de Al»fort, han dado por resultado algunos desarrollos de facultades »intelectuales en razón inversa del volúmen de los cerebros, segun »los Sres. Leuret y Luerry, pero estos hechos son poco concluyen»tes. La cabeza de Napoleon no tenia sino 20 pulgadas y 10 líneas »de circunferencia, segun Antommarchi: la del sublime geómetra »Lagrange era aun menos estensa, aunque los huesos de la faz »estaban bastante desarrollados. Javier Bichat, hombre de un gran »génio anatómico tenia un lado de cerebro más encogido que el »otro; y esta desigualdad cerebral era manifiesta en Luis XVIII y »el astrónomo Lalande.

(Se continuará.)

DE LA ELECTRICIDAD ESTATICA

PARTICULARMENTE EN SUS APLICACIONES AL TRATAMIENTO DE LA HISTÉRIA

(Lección de Charcot, recogida por Ballet)

La electricidad estática ha sido en estos últimos tiempos muy poco utilizada en terapéutica, sin embargo se encuentran algunos ensayos sérios, como los de Manduyt en 1875. Duchenne, Remak, Benedikt y Onimus conceden poca importancia á esta clase de electricidad que monsieur R. Vigouroux trata de elevar al honroso lugar que en la terapéutica le corresponde.

Entre las máquinas usadas de más antiguo sobre todo por los físicos, se encuentran la de Ramsdeu especialmente, que al inconveniente de producir una débil tensión se une lo difícil de su conservación, y el aparato de Holtz en el que por el contrario, la tensión es bastante graduada. La máquina más moderna, la de Carré y mas aún, la modificada por Mr. Vigouroux, presenta bajo el punto de vista de sus aplicaciones terapéuticas, una incontestable superioridad sobre las citadas anteriormente.

No insistiremos sobre los detalles de construcción de estos aparatos, detalles interesantes sobre todo para el físico, y nos fijaremos únicamente en las modificaciones introducidas por Mr. Vigouroux al aparato Carré, que le han hecho de un uso cómodo para los médicos. La máquina está encerrada en una campana de vidrio que permite, con la ayuda de ciertos cuerpos ávidos de agua como el cloruro de cálcio por ejemplo, mantener la atmósfera que rodea al aparato en cierto estado de sequedad, con el objeto de que pueda ser utilizado en todo tiempo; además, un motor de gas de Bischop unido á la máquina, nos dispensa de recurrir al brazo para ponerla en acción y permite de este modo servirse de ella sin necesidad de ayudante y por espacio de varias horas si preciso fuera. Por último, Mr. Vigouroux ha imaginado un sistema de taburetes aisladores puestos en comunicación con la máquina, fuente de electricidad, con los cuales es posible electrizar simultáneamente á cinco ó seis enfermos, lo cual constituye una economía de tiempo no despreciable. Gracias al aparato así perfeccionado, la electricidad estática de una aplicación hasta ahora bastante difícil, puede usarse de un modo

cómodo como viene practicándose diariamente en el hospicio de la Salpêtrière.

Mr. Charcot, presentando este aparato á la vista de su auditorio, ha demostrado sus principales aplicaciones en el tratamiento de la histéria.

Colocados los enfermos sobre los taburetes aisladores que están en relacion con la máquina, son sumergidos en un verdadero *baño eléctrico*, ó si se quiere para evitar confusiones, *baño electro-estático*. Estando colocados sobre el trayecto del conductor, representan simplemente una prolongación de uno de los polos; el otro polo se prolonga por el suelo, estando separadas ambas prolongaciones por la capa de aire interpuesta entre el taburete y el pavimento. En el baño eléctrico la electricidad no permanece en reposo; existe una pérdida y una renovación constantes puestas en evidencia por las descargas sucesivas del electrómetro de Lane colocado cerca del taburete. La electricidad se desprende por todos los puntos de la superficie del cuerpo de la enferma sometida al baño, con especialidad por las partes más salientes, extremidades de los dedos, etcétera. De aquí resultan sensaciones especiales: picazon general, tela de araña flotando ante la vista ó viento que sopla en las extremidades. Aparte estos fenómenos subjetivos, se realizan otros fisiológicos de suma importancia: la perspiración cutánea se encuentra aumentada y la digestión se activa de tal modo, que muchas veces la permanencia en el taburete aislador comunica á los enfermos un apetito bastante pronunciado.

Con el auxilio de los *excitadores*, se puede localizar la descarga que ya de una manera *lenta* y *continuada* se opera por la superficie del cuerpo del individuo que queda abandonado sobre el taburete. Los excitadores de uso más comun y ordinario están formados por dos vástagos de madera ó de metal, provistos de un mango aislador y que comunican con el suelo por medio de una cadenilla. Estos excitadores terminan por una punta ó por una esfera, segun los efectos que se deseen obtener. Hay además otros especiales para el ojo, oreja ó músculos de las cavidades.

Si se aproxima el excitador que hemos descrito á una distancia de 15 ó 20 centímetros de la superficie cutánea, la enferma percibe la sensación de una corriente de aire fresco ó templado, que es lo que se llama *viento eléctrico*.

A la distancia de 6 ú 8 centímetros la sensación se hace más viva y reviste los caractéres de picaduras múltiples. Al mismo tiempo, del extremo del excitador, parte un pincel de finas estrias luminosas que se vá ensanchando hácia la superficie de la piel: *penacho eléctrico*.

A una menor distancia todavía, y sirviéndonos del excitador esférico con preferencia al terminado en punta, se obtiene la *chispa* que á menudo provoca en el momento que se desprende, una sacudida del miembro, determinando al mismo tiempo una picadura bastante desagradable. Si se

opera sobre una parte descubierta, se puede notar una brusca contracción del músculo subyacente á la parte de tegumentos de donde se hace salir la chispa. De este modo es fácil proceder á la electrización muscular localizada. Mr. Charcot á propósito de esto, cita un hecho interesante: se ha podido en algunos casos de parálisis espinal y por medio de la chispa eléctrica, determinar la contracción de ciertos músculos que no reaccionaban bajo la influencia de la electrización farádica.

De cuanto llevamos dicho se desprende, que los procederes de detalle á los que se puede recurrir en la aplicación de la electricidad estática son en número de cuatro: la simple permanencia en el baño eléctrico, el viento, el penacho y la chispa. Nosotros podemos añadir que regularmente se combinan estos procederes, como se podrá juzgar por los ejemplos que Mr. Charcot expone.

La primera enferma es una llamada J..., afecta de una contractura histérica del ante-brazo izquierdo, con flexión de los dedos, de la mano y del ante-brazo. Esta enferma ha sido otras veces curada de su contractura con el imán. Al cabo de dos años, la contractura se ha reproducido y esta vez es mucho más tenáz que la primera.

Subida la enferma sobre el taburete, se llega con gran facilidad por medio del viento eléctrico á provocar una contractura artificial en el ante-brazo derecho. Actualmente no existe una verdadera transferencia de la contractura de la izquierda á la derecha como ha sucedido otras veces con el imán y solo sí una relajación poco marcada de los músculos contraidos del lado izquierdo mientras se produce la contractura en el derecho.

Aun cuando los resultados obtenidos sean hasta el presente poco notables, hay lugar á creer que insistiendo, se llegará á sustituir con una contractura artificial del antebrazo derecho, la espontánea que reside en el izquierdo, y finalmente á curar á la enferma como sucedió hace dos años con el imán.

Los otros casos que han servido para la demostración de los efectos de la electricidad estática son de histéricas, afectas: las dos primeras de hemianestesia, la tercera de anestesia total. Cuando se somete á las enfermas al baño eléctrico, se vén aparecer poco á poco los fenómenos siguientes: si se trata de una anestesia total, al cabo de algunos minutos se pronuncia la anestesia en el lado en que habitualmente predomina (se sabe que en las mismas anestésicas dobles, la insensibilidad predomina siempre en uno de los lados), la sensibilidad reaparece por el contrario en el lado en que la anestesia es de ordinario menos acentuada; algunos momentos despues la anestesia cámbia de lado, existe como decíamos antes, una transferencia, y finalmente, en el espacio de 20, 25 ó 30 minutos, la sensibilidad reaparece en toda la extensión del cuerpo, tanto la sensibilidad general como la especial. Si se trata de una enferma primiti-

vamente hemianestésica, las cosas pasan de la misma manera, excepto la primera fase de la operación, que falta.

La histérica que ha recobrado la sensibilidad por el procedimiento indicado, continúa sensible por espacio de muchas horas ó de algunos dias, pudiendo por otra parte mantener este estado, repitiendo las sesiones de electrización á intérvalos bastante aproximados, todos los dias por ejemplo. Y no está en manera alguna desprovisto de utilidad el provocar la sensibilidad en las histéricas, porque la experiencia demuestra que estas quedan momentáneamente curadas en tanto que no están anestésicas; por ejemplo, cesan de caer en el ipnotismo y amenudo la excitación de los puntos histerógenos no determina ningun ataque. Los hechos precedentes bastan por si solos para legitimar los exfuerzos dirigidos á restituir á la electricidad estática un lugar, al cual sin duda alguna, tiene derecho entre los agentes terapéuticos.

Y aun cuando la cuestión permanezca aun en la fase de ensayos preparatorios, se puede asegurar que no solamente en la histérica la electricidad estática ha producido benéficos resultados. Ciertos casos de parálisis facial periférica han sido curados por este proceder que parece prestar verdaderos servicios en hechos de este órden, difíciles de tratar por la electrización y galvanización por la inminencia de la contratura, En la parálisis agitante se han obtenido asimismo resultados de importancia. Han desaparecido instantáneamente los temblores en aquellas partes del cuerpo sobre las cuales se ha dirigido el soplo ó la chispa eléctrica, y si bien no podemos vanagloriarnos de haber obtenido una curación completa, la enfermedad en muchos casos ha sido favorablemente influenciada por la práctica que se acaba de citar.

A estos casos podemos agregar numerosos alivios obtenidos con el empleo de la electricidad estática en neuropatias, irritaciones espinales, dispepsias y dismenorreas que se habian resistido á toda clase de tratamiento.

En suma, vemos que existe un agente terapéutico de primer órden, acerca del cual si bien queda mucho que decir y que estudiar, bien merece que se le saque del olvido en que por espacio de muchos años ha permanecido postergado y al que se le habia relegado de un modo sistemático.

(Le Progrès Medical).

TRADUCCIÓN DE R. PASTOR.

REVISTA DE LAS SOCIEDADES CIENTIFICAS

Congreso internacional de Londres.

De la extirpación total del útero.—Cirujía reparadora del canal genital.—Causas de la desgarradura del cuello uterino y su tratamiento.—Amputación del cuello uterino.—Empleo del graphidómetro.—El antisepticismo en los partos.—Tétanos eléctrico.

La extirpación total del útero, operación caida en desuso durante largo tiempo por sus desfavorables resultados, ha sido nuevamente llamada á llenar capitales indicaciones por el Dr. William, en la sesión del 6 de Agosto verificada en el Congreso internacional de Lóndres.

El autor, apoyado en experimentos hechos sobre el cadáver, asegura ser fácil y preferible la extirpación del útero á través de las paredes abdominales tras la separación del cuello uterino con la porción superior de la vagina, por cuanto cree que la abertura del peritoneo, su desagüe, la ligadura una á una de los vasos heridos hacen la operación más corta, ménos laboriosa y con éxitos más favorables. El proceder, pues, de Breisky es el que el autor prefiere para estos casos. Sin embargo, no se declara partidario exclusivo de dicho proceder, sino que admite tambien segun las circunstancias, la extirpación total de la matriz por la vagina. Si el útero es ancho y la vagina muy estrecha, aconseja la extirpación á través del abdómen; si por el contrario, la vagina es muy ancha y el útero muy reducido, es preferible practicarla por la abertura vaginal, no olvidando por esto, añade, el consejo de Kolaczeck que dice que al hacer la operación por las paredes abdominales las incisiones siempre se hacen sobre tejidos sanos.

*
* *

En la misma sesión, el Dr. Montrose A. Pallen, de New-York, propone la cirujía reparadora del canal genital para el tratamiento de las deformidades congénitas ó adquiridas. Los hechos teratológicos, basados en el estudio de la embriología, explican las causas de las congénitas. Una detención ó suspensión en la evolución embriológica ó un excesivo desarrollo, dán por resultado deformidades por defecto ó exceso en uno

ó varios factores que intervienen en la cópula, en la generación ó en el parto.

En apoyo de estas ideas, el Dr. Pallen cita hechos embriológicos que lo comprueban y propone sus métodos operatorios para el tratamiento de dichas deformidades aduciendo casos que lo confirman.

Ultimamente, el mismo autor propone tambien otros nuevos procederes operatorios para la curación del cistocele, rectocele y prolapso uterino ó vaginal.

*
* *

El Dr. J. H. Bennett (de Lóndres) establece un nuevo tratamiento para las desgarraduras del cuello del útero, atendiendo á sus causas. Con él proscribe la operación plástica que durante estos últimos años habian preconizado los doctores Emmet y Pallen seguidos de otros varios ginecólogos.

El Dr. Bennett dice que la causa más frecuente de las desgarraduras del cuello de la matriz es una inflamación con induración que produce la rigidéz de dicho cuello, no dejándole reblandecerse lo suficiente en el último período del embarazo. El reconocimiento por espacio de seis semanas ó dos meses despues del parto, llevado á cabo en mujeres que han presentado algun fenómeno morboso durante el embarazo, el parto ó el puerperio le han hecho admitir las anteriores ideas.

Para las desgarraduras, pues, del cuello uterino, atiende solo en su tratamiento al de su causa ó sea á la inflamación con induración; pudiendo observar por espacio de 30 ó 40 años que por este medio los bordes ulcerados se curaban, la induración de los tejidos desaparecia y no dejaban en pós de sí mas que un ligero surco, huella de la pérdida de sustancia producida por la ulceración.

Con este sencillo tratamiento no ha visto jamás sobrevenir hemorragia alguna incohercible, ni extenderse la desgarradura al cuerpo del útero.

*
* *

Esta operación como tratamiento de las metritis crónicas especialmente de aquellas que se resisten á todos los empleados ha sido confirmada por Mr. A. Leblond (París). El período en que segun él, se encuentra más indicada y seguida de mejores resultados es el llamado por los autores modernos de *reblandecimiento* ó de *infiltración*, en el que el cuello está engrosado y recubierto de ulceraciones que sangran con la mayor facilidad y al menor contacto.

Para llevarla á efecto, emplea como el Dr. Byrne el hilo galvano-

cáustico, pero sin recurrir al descenso del hocico de tenca, sino poniendo al descubierto el cuello del útero por medio del espéculum de Gemrig y elevando despues hasta el fondo de la vagina el asa de platino. De este modo, dice, la operación se hace sin dificultad y dominada perfectamente por el operador.

*
* *

El Dr. Meniere despues de un estudio crítico sobre la medicación intrauterina, termina por establecer como tratamiento capital de las afecciones uterinas el tratamiento local; y para ello divide los distintos medios tópicos que emplea en cinco clases: 1.ª tópicos sólidos: lápices bugías, supositorios, algodon: 2.ª tópicos pulverulentos; 3.ª tópico, blandos: pomadas, glicerolados, vaselina, jabones; 4.ª tópicos líquidos: inyecciones, embrocaciones, pulverizaciones; 5.ª tópicos gaseosos.

Sin embargo, el autor se muestra muy partidario de las embrocaciones que lleva á cabo con su aparato graphidómetro (de *ypaxis* picell, *uncpa* matriz) especie de pincel destinado á llevar al interior del útero el líquido conveniente.

*
* *

Spiegelberg aconseja para la práctica obstétrica el uso de la cura antiséptica al ver los maravillosos resultados que por ella se obtienen en Cirujía y al considerar la analogía que existe entre los accidentes puerperales, y los accidentes que sobrevienen en cualquiera de las operaciones quirúrgicas.

A fin de evitar serias discusiones, al hablar en general de la cura antiséptica, el autor indica la necesidad que hay de distinguir el antisepticismo primitivo del secundario y de esta manera se vé que los malos resultados que se le atribuyen á esta cura no son hijos sino de una mala aplicación del tratamiento por no tener en cuenta la citada diferencia. En efecto, por el antisepticismo primitivo destruimos los gérmenes que existen en el aire evitando su entrada en nuestro organismo, por el secundario intentamos destruir los que ya le han penetrado. El primero es de fácil ejecución y por lo mismo de resultados palpables; el segundo solo será útil en aquellos casos, y no en todos, en que los gérmenes solo hayan invadido la superficie de los órganos sin interesar para nada su parénquima.

Sabido es los numerosos medios que la terapéutica cuenta hoy como antisépticos y la voga que en estos ha adquirido entre ellos el ácido fénico. Pero Mr. Tarnier que goza de las mismas opiniones que el profesor Spiegelberg, ha querido probar la eficacia de estos medios para su elec-

ción, por medio de experimentos, y al efecto ha introducido en distintos vasos con soluciones antisépticas pedazos de placenta y ha podido observar que en todos ellos menos en el del licor de Van-Swieten (solución de bicloruro de mercurio á $\frac{1}{1000}$)y en el de la solución saturada de ácido bórico (40 gramos por litro) habia multitud de micrófitos y microzoarios. De aquí que Mr. Tarnier tenga una especial predilección como parasiticida por el licor de Van-Swieten con el que se lava las manos antes de las operaciones, sin experimentar una sola vez ni él ni sus ayudantes ninguno de los accidentes que produce el mercurio.

Mas no por eso deja de dar importancia al ácido fénico por cuanto todos los instrumentos de que se sirve los introduce préviamente, como en la cura de Lister, en una disolución de dicho ácido; y con el fin de evitar el que la mujer se moje y resfrie con las pulverizaciones durante el parto, barniza con aceite fenicado (1 por 10) la cabeza del feto en el momento que asoma por la abertura vulvar, y de este modo cuando la cabeza se retira por la interrupción de las contracciones uterinas, ella misma baña las partes blandas de la madre.

No solo en los partos ha sido planteada la cura antiséptica si que tambien Mr. Tarnier ha querido ensayarla para el cordon umbilical. Verdaderamente, el cordon se seca con rapidéz y no despide ningun olor pero tarda mucho en desprenderse, y esta circunstancia que desespera á las madres y les retarda su salida de los hospitales le ha hecho abandonar semejante práctica.

*
* *

En una comunicación dirigida á la Academia de medicina de París, Mr. Ch. Richet, manifiesta que la muerte producida por el tétanos eléctrico es por *asfixia* ó por *hipertermia:* la primera es más especial de los conejos; la segunda de los perros. La muerte en un conejo por la sola privación de aire sobreviene al cabo de cinco minutos: en el conejo electrizado acontece á los 90 segundos próximamente. Esta diferencia, se explica por la mayor intensidad en las combustiones y por el acúmulo de ácido carbónico en la sangre que acelera la muerte. Su temperatura no se eleva más allá de los 40°, al contrario de lo que pasa en los perros, cuya temperatura asciende mucho más (44°-5); de aquí que sus músculos no puedan continuar contrayéndose y que se acelere su respiración al mismo tiempo que la temperatura se eleve, sobreviniendo su muerte á las 24 horas. En unos y otros animales, las hemorragias durante el tétanos son excesivamente graves.

Las conclusiones que de estos experimentos se desprenden con relacion al hombre, son de un valioso interés para la terapéutica.

FELIPE FARINÓS.

REVISTA DE LA PRENSA

SECCIÓN EXTRANJERA

Del ingerto óseo ó trasplantación del tejido huesoso de un hombre á otro.—Tratamiento del hidrocele vaginal simple por el proceder de Defer.—Dósis más usuales de los medicamentos empleados en inyecciones hipodérmicas.

El Dr. Mac W.-Eweu, de Glasgow, dirige una comunicación á la Academia de Ciencias de Paris, dando cuenta de los resultados obtenidos por el ingerto ó trasplantación ósea.

Este cirujano inglés trasplanta el tejido óseo completo, es decir, revestido del periostión y provisto de la sustancia medular; la única precaución que recomienda es la de dividir dicho tejido en pequeños fragmentos de 3 milímetros de diámetro por 5 de espesor, con el objeto de aumentar las superficies de contacto del ingerto con los tegidos ambientes y multiplicar de este modo los centros de proliferación de los elementos osteógenos.

Despues de repetidos experimentos, coronados todos ellos de brillante éxito, el Dr. Mac Eweu sienta las siguientes conclusiones:

1.ª El hueso trasplantado es susceptible de vivir y de crecer. 2.ª Los ingertos de hombre á hombre viven y crecen. 3.ª Los ingertos óseos entre hombres pueden producir ventajas innegables á la humanidad. 4.ª En el ingerto debe estar comprendida la totalidad del tejido huesoso. 5.ª El método de trasplantación que ofrece mayores seguridades de éxito, es la división del hueso en pequeños fragmentos con un instrumento cortante. 6.ª Para asegurar el feliz resultado de la operación es conveniente hacer uso de la cura antiséptica.

***

Un nuevo proceder de tratamiento de hidrocele que, aunque ya empleado en 1864 por el Dr. Maisonneuve, no se habia generalizado todavía, es el de Defer, que aconseja el Dr. Rol en su tésis inaugural y que ha venido á enriquecer aun más la terapéutica quirúrgica del hidrocele simple vaginal.

El manual operatorio es más sencillo si se quiere que los hasta hoy empleados en el tratamiento curativo de esta afección, y sus ventajas pueden formularse en estos términos: inocuidad completa, eficacia perfecta y fácil ejecución.

Hé aquí en lo que consiste: Puncionado el hidrocele segun las reglas habituales y con un trocar de mediano calibre se procede á la evacuación del líquido hidrópico. Inmediatamente se introduce por la cánula una sonda acanalada en cuyo extremo se ha fundido precisamente y á la llama de una bujía un poco de nitrato de plata. Despues de pasear en diversos sentidos la sonda porta-cáustico, se la retira juntamente con la cánula.

Los resultados obtenidos son sumamente satisfactorios y tras de una inflamación bastante acentuada que dura cinco ó seis dias, sobreviene la curación no por la adherencia de las dos hojas de la túnica vaginal, sino por una simple modificación vital de esta serosa.

*
* *

Hoy que la administración de los medicamentos por la via hipodérmica está tan generalizada que bien podemos decir que en ningun arsenal quirúrgico, por modesto que sea, puede faltar la pequeña geringa de Pravaz, y que esta generalización no es debida á la moda que en todos tiempos se ha enseñoreado por los dominios de la materia médica haciéndola sufrir su dominio tiránico si bien fugáz, sino que ha obedecido á las bases científicas de exactitud en la dosificación, seguridad en la acción, y rapidéz en la absorción, bases firmes que aseguran su estabilidad, creemos de verdadero interés práctico el siguiente estracto del artículo que publica el *Siécle.*

Entre las geringas destinadas á inyecciones hipodérmicas, deben ser preferidas las que tengan la capacidad de 1 gramo y divididas en diez partes iguales. Cada división corresponde así á un decigramo de líquido. Si se toma como disolvente de cada medicamento la pequeña cantidad de 10 gramos, cada división corresponderá á 10 centigramos de líquido, es decir, á la centésima parte de la sustancia, en tanto que toda la geringa no contendrá más que la décima parte.

Acido fénico, 0,10; agua destilada, 10,0; la mitad ó la totalidad de la geringa en una sola vez; de este modo se inyectarán 0,005 ó 0,01 de ácido fénico.

Aconitina, 0,10; agua destilada, 10,0: de 2 á 5 divisiones de la geringa cada vez.—0.002 á 0,005 de aconitina.

Apomorfina, (clorhidrato de) 0,10; agua destilada, 10,0: 3 á 7 divisiones: de 0,003 á 0,007 (vomitivo).

Atropina, (sulfato de) 0,10; agua destilada, 10 gramos: 1 ó 2 divisiones: de 0,001 á 0,002 de atropina.

Alcanfor, 0,05; aceite de almendras dulces, 10 gramos: média geringa.

Calomelanos, 0,30; agua y glicerina ana, 5,9; média geringa.—0,005 á 0,008 de calomelanos.

Cornezuelo de centeno (extracto acuoso), 1,0; agua destilada y glicerina pura, 10,0; de 1/4, 1/2 á una geringa.—0,025, 0,05 á 0,10 de sustancia activa. Ergotina 0,50, agua 10 gramos.

Cloral hidratado, 2,0; agua destilada, 5,0: de una á cuatro dósis cada vez en diversas partes del cuerpo.

Cafeina pura, 0,5; agua destilada y alcohol diluido ana 5 gramos: de dos divisiones á una geringa—de 0,01 á 05 de cafeina.

Conicina, 0,04; agua destilada y alcohol diluido ana 5 gramos; de 1/4 á una geringa—de 0,001 á 0,004.

Curare, 0,1; agua destilada, 5 gramos; ácido clorhídrico, una gota: de 1 á 3 divisiones—de 0,002 á 0,006 de curare.

Digitalina, 0,05; agua destilada y alcohol ana, 5 gramos—de 1 á 5 divisiones—de 0,0005 á 0,001 de digitalina.

Emetina pura, 0,1; agua destilada, 10 gramos: una división, es decir, 0,001 de emetina cada cinco minutos hasta obtener el efecto (pequeños abscesos).

Estricnina, (nitrato de) 0,10; agua destilada, 10,0; de 2 á 6 divisiones —de 0,002 á 0,006 de estricnina.

Ioduro de potasio, 3,0; agua destilada, 10,0: de 1/2 á una geringa—de 0,15 á 0,20 de yoduro.

Morfina, (clorhidrato de) 0,20; agua destilada, 10,0: de 3 á 5 ó 7 divisiones y hasta una geringa llena—de 0,003, 0,05, 0,007, á 0,02 de morfina.

Narceina, (clorhidrato de) 0,20; agua destilada, 10: de 3, 5, 7 divisiones á una geringa llena.

Nicotina, 0,04; agua destilada, 10: 1/4 de geringa cada vez—0,001 de nicotina.

Policarpina, (clorhidrato de) 0,20; agua destilada, 10: média geringa ó sea 0,01 de pilocarpina.

Quinina, (sulfato, bromhidrato ó clorhidrato de) 1,0; ácido clorhídrico diluido, 5 gotas; agua destilada ó éter sulfúrico, 10; de 3 divisiones á una geringa—de 0,03 á 0,10.

Solución arsenical de Fowler, de 2 á 3 gotas por dia.

Sublimado corrosivo, 0,10; agua destilada, 10: de 1/2 á una geringa, 0,001 de sublimado.

Tintura de cáñamo indiano, agua destilada ana, 5 gramos; de 3 á 6 gotas cada vez (pequeños abscesos).

Tintura de iodo de 2 á 7 divisiones de una geringa llena.

Tintura de ópio de 5 á 15 gotas (pequeños abscesos).

Veratrina, 0,08; agua destilada y alcohol ana, 5 gramos; de 1 á 3 divisiones—de 0,001 á 3,003 de veratina.

RAFAEL PASTOR.

FORMULARIO

(Continuación)

Mistura contra el coriza. El Dr. Gallois recomienda la fórmula siguiente:

Acido fénico cristalizado.	5	gramos.
Alcohol rectificado.	15	»
Licor amoniacal cáustico.	5	»
Agua destilada.	10	»

Consérvese en un frasco esmerilado. Se dejan caer algunas gotas de esta mistura sobre un pedazo de papel, respirando á distancia los vapores que se desprenden por la boca y por la nariz. Esta inhalación se ha recomendado especialmente á principio del coriza.

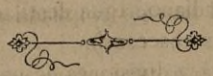
Solución de clorhidrato de quinina para inyecciones hipodérmicas. El profesor Kolener aconseja la fórmula siguiente:

Clorhidrato de quinina.	0,5 á 1	gramo.
Glicerina.	2	»
Agua destilada.	2	»

Disuélvase para cuatro inyecciones. El autor considera el clorhidrato de quinina como la sal mas conveniente por su mayor solubilidad y por ser mas rica en alcaloide que las demás sales.

Dr. Yzeta.

(Se continuará).



NOTICIAS

Del Instituto Homeopático y Hospital de San José de Madrid, recibimos el siguiente aviso.

»Desde el 15 de Setiembre al 30 de Octubre se halla abierta la matrícula para el curso de 1881 á 1882 en el Instituto Homeópatico (Paseo de la Habana, núm. 3).

Los Doctores, Licenciados ó alumnos de la Facultad de Medicina que deseen inscribirse podrán hacerlo en la Secretaría, del mismo modo, de 4 á 6 de la tarde.

La matrícula será gratuita y al finalizar el curso se concederán cuatro premios de 250 pesetas á los cuatro alumnos que más se hayan distinguido.»

Los inteligentes editores de Barcelona, Sres. Espasa y compañía continúan activamente enriqueciendo la literatura médica con nuevas y notables publicaciones. No bien terminada la impresión del *Tratado de Patología general y de Anatomía y Fisiología patológicas* del Dr. Perls (de cuya obra nos ocuparemos en uno de los próximos números), han emprendido la publicación de otras dos obras: una de ellas es el *Manual de Anatomía descriptiva* del sábio Catedrático de la Facultad de Medicina de Berlin, Dr. Roberto Hartman. La traducción directa del aleman está confiada á plumas tan competentes como las de los Doctores Góngora y Cardenal, quienes además de traducirla con fidelidad y galana frase, la han enriquecido con importantísimas notas que la aumentan considerablemente.

La otra es la segunda edición del *Manual de Medicina operatoria* del célebre Malgaigne, aumentada en su octava edición por el catedrático de Medicina operatoria de la Facultad de Medicina de Paris, doctor Leon Le Fort, la cual ha sido ampliada por el traductor con discretísimas notas.

No dudamos en augurar á estas obras presentadas con lujo, buen gusto y baratura que esta casa acostumbra, la misma suerte que le cupo á la primera traducción del Le Fort, cuya obra se agotó á los pocos meses.

VARIEDADES

EL AMOR MÉDICO

I

MOLIÉRE y Lulli nos habian presentado ya «El amor médico» en una improvisación del género bufo; Monselet y Poise acaban de dárnoslo en una zarzuela deliciosa. Cualquiera diria que no hay en esto motivo de queja para un hombre poco melindroso; sin embargo, yo, que me proclamo con sinceridad el discípulo más fervoroso y admirador más entusiasta de Moliére y Monselet, yo, señores, me quejo y protesto. Notad bien una cosa, y es que al frente de las dos pequeñas obras maestras á que me refiero, hago lo que todo el mundo: dijerir con satisfacción y aplaudir. Pero á pesar mio tengo que levantar la voz muy alta contra esa incubación monstruosa estampada en el título: Amor médico. Creo positivamente que á la sombra de su ilustre paternidad, «El amor médico» es un vocablo que puede perpetuarse bajo la forma de proverbio ó de dicho usual. Así es que, en honor de la verdad y guiado por el interés de la nueva generación, creo cumplir con un deber atacándolo sin misericordia.

El amor nunca ha sido ni podria ser alguna vez médico; el amor es una enfermedad verdadera, y de tal gravedad é importancia, que los médicos más hábiles y experimentados ven muchas veces agotarse contra ella todos los recursos de su arte.

II

El gran maestre en achaques de amor, Ovidio, reconoció perfectamente que era enfermedad, pues fué el primero que trató *de remediis amoris*. Todos los médicos antiguos han sido de su opinión.

Abrid hoy los tratados clásicos de patología y en vano buscareis en la nomenclatura de las afecciones morbosas el capítulo: *Amor*. Y es, que con los progresos de la ciencia y de la civilización, tantas enfermedades nuevas han sido descubiertas, que ya no hay tiempo para ocuparse de las antiguas.

Pero antes—no hará de esto ni medio siglo—en todas las obras de

nosología los autores describian con minucioso empeño, síntomas, causas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad llamada por nuestros poetas frívolos *amor* sencillamente; por el sério Virgilio *ignis* y por el gravedoso Séneca *ardor*.

Galeno, Forestus, Plater, Backans, Wetter, Du Chateret, han escrito sábia y prolijamente *de amore insano, de morbis amatoriis, de affectibus oreticis,* y el gran Esquirol no desdeñó aplicar su gran génio médico al estudio profundo de una cuestión patológica tan interesante.

III

Entre los médicos de reputación que han escrito sobre la enfermedad del amor, se cuenta uno, y de los más ilustres, que ha desempeñado magistralmente su misión. Quiero hablar del célebre José Frank, profesor de la universidad de Wilna, consejero de Estado del Emperador de Rusia y que publicó en latin en la ciudad de Lipzick, año de 1826, la obra de patología general mejor y más completa de aquella época.

Vais á ver la conmovedora exactitud con que describe los síntomas del amor:

«Sospechamos la existencia oculta del amor, dice, cuando alguno pronuncia con más frecuencia ó con más rareza que de ordinario el nombre de una persona de diferente sexo, ya sin que venga al caso; ó ya tergiversándolo por otro; si al oir pronunciar dicho nombre por alguno se ruboriza; si la mano, casi de un modo inconsciente, describe á cada paso en el papel ó en suelo, las iniciales del mismo nombre; si cuida más de su persona que de costumbre, y al efecto escoge ciertos colores de preferencia á otros; si su gesticulación propia cámbia ó es reemplazada por la de la otra persona; si se observa lo mismo respecto de la elección de las palabras; si las personas antes indiferentes se vuelven queridas, y éstas, indiferentes; si cumple con sus deberes mal ó con desaliento; si los animales domésticos, antes colmados de atenciones, ya no excitan más que fastidio; si se cámbian los muebles de la habitación sin objeto, y tanto para los paseos como para los negocios se olvida la hora y el camino; si cámbia el carácter de manera que siendo alegre se vuelve triste y vice-versa; si la fisonomía y principalmente el estado de los ojos y de la mirada reflejan estos cámbios; si una misma imágen aparece constantemente en sueños; si se observan suspiros, palpitaciones de corazón y llanto involuntario....»

DR. RENÉ FERDAS.

(De *La Presse Medicale.*)

(Se continuará.)

IMPRENTA DE RAMON ORTEGA, COCINAS, I