LA CRÓNICA MÉDICA,

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA Y CIRUJÍA PRÁCTICAS.

AÑO III.

Valencia 20 de Mayo de 1880.

NUM. 65.

OTOLOGÍA.

PERFORACIONES TIMPÁNICAS.

(Conclusion.)

VII.

Pronóstico y tratamiento.

Es preciso distinguir los desórdenes producidos por la pérdida de sustancia timpánica, de los que son ocasionados por otras lesiones coexistentes, cuando se trata de aventurar un juicio futuro en un caso de perforacion. Y es que ésta siempre resulta de un trabajo patológico anterior supuratorio, cuyos efectos persisten por largo tiempo, pudiendo dar origen á desórdenes de toda especie. Hacemos caso omiso de las complicaciones y de los estados graves del catarro supuratorio, agudo ó crónico (cáries, necrosis del peñasco, parálisis facial, ulceracion de la carótida interna ó de la yugular, flebitis y trombosis de los senos de la dura madre) que pueden terminar por la muerte, y nos reducimos solo al estado mas ó menos defectuoso en que puede quedar la audicion á consecuencia de una perforacion timpánica; en una palabra, se trata de formular el grado de sordera que ella producirá.

Como dejamos consignado anteriormente, ha sido una opinion generalmente admitida por los médicos y lo es todavía hoy por el vulgo que toda perforacion timpánica ocasiona una sordera absoluta, y tanto es así que cuando al reconocer un enfermo se pronuncia la palabra perforacion, parece que se ha dictado la sentencia de la incurabilidad del mal y se

juzga como problemático todo alivio; ó cuando alguno de los enfermos se ha acercado á nuestra consulta con la sospecha ó seguridad de padecer tal lesion, nos ha indicado la desconfianza en el alivio ó curacion, á pesar de nuestros halagüeños pronósticos. La clínica y la fisiología nos demuestran de la manera más evidente que la potencia auditiva puede coexistir aun en los casos de perforaciones extensas y permanentes, toda vez que, siendo la membrana del tímpano un órgano accesorio y de perfeccionamiento, puede sufrir lesiones de bastante consideracion, sin que ocasionen una sordera completa: lo único que se nota es una alteracion mayor ó menor en la funcion auditiva, cuyo grado dependerá de una multitud de circunstancias, como son de tamaño, de sitio, etc. En general, el pronóstico es más favorable en las perforaciones recientes y pequeñas, ocasionadas por un catarro supuratorio agudo, porque tratadas convenientemente se cicatrizan sin dejar huella de su existencia. Más graves son las perforaciones ligadas á catarros crónicos, particularmente en los niños cuando son escrofulosos y han estado mucho tiempo sin tratamiento, y lo mismo que en los adultos en las mismas circunstancias, porque en estos casos la perforacion es permanente, aun cuando se cure el catarro.

El sitio ó region de la membrana timpánica influye en el mayor ó menor grado de cófosis que ella produzca: en general, las perforaciones que ocupan la mitad inferior de la misma, son más leves que las que ocupan la mitad superior, porque las primeras no afectan la situacion ni demás condiciones del hueso martillo, que es uno de los órganos que más influyen en la trasmision de las ondas sonoras, mientras que las superiores y sobre todo aquellas que se localizan en la bolsa anterior ó posterior que forman los ligamentos de la pequeña apófisis, alteran profundamente la audicion por más pequeñas que sean; esto aparte de que se encuentran en una situacion desventajosa para curar el catarro supuratorio crónico que las perpetúa.

El tamaño de la perforacion influye tambien en el grado de disécea que las acompaña. En general nótase que las pequeñas perforaciones son mas graves que las grandes; encontrándose el caso de oír un enfermo que padecía una perforacion en cada oído, mucho mejor en el lado de la mas extensa.

Aunque no existe una explicación satisfactoria de este suceso, al parecer extraordinario, es muy probable que sea ocasionado por la facilidad de curarse el catarro en las grandes perforaciones y su dificultad en las pequeñas, dada la necesidad de que se limpie bien toda la caja, y de que penetren hasta allí los medicamentos. Por lo tanto mientras que el martillo esté en situación normal, la audición se conservará aunque disminuida por mas grande que sea la perforación.

Debemos añadir por último, que así como el pronóstico clínico no solo se refiere en un caso dado, á la pérdida de la audición sino también al ataque que puede resultar para la vida una supuración cualquiera del oído, asimismo también cuando se trata de medir para lo futuro el grado de sordera que quedará, no solo debemos atender á la perforación sino á las demás lesiones coexistentes que pueden producir el mismo resultado; como las lesiones en la ventana oval y redonda, el estado de los huesecillos y de los músculos anexos, así como también la integridad del aparato nervioso acústico. Un buen pronóstico en este caso, como en toda afección auditiva debe comprender todos los elementos posibles tanto anatómicos como fisiológicos, para que sea todo lo exacto que es de desear, ya que la clínica nos presenta casos complejos en los cuales van involucrados procesos y lesiones diversas: no es la perforación solo, en el caso presente, el único elemento de pronóstico que debemos tomar en cuenta, hay que examinar los demás órganos y lo que de ello resulta completará el juicio que el simple examen de aquella nos pudo proporcionar, sobre todo lo que resulte del examen de la sensibilidad acústica á través de las paredes craneanas.

Llegamos por fin á la terapéutica clínica de las perforaciones timpánicas, cuyo ideal seria la cicatrización del orificio. En este concepto hay que atender á la indicación patogénica. Una herida del tímpano se cura fácilmente con alguna instilación emoliente, pero no así una perforación no traumática: si su causa ha sido el catarro supuratorio agudo, á este debemos combatir y la perforación se cicatrizará cuando cese el mismo. En término general, podemos decir que es cicatrizable toda perforación aguda, cuyos bordes son recientes, por mas grande que sea la pérdida de sustancia,

conocido como está el poder regenerador verdaderamente asombroso de la membrana timpánica. Para ello basta en la mayoría de los casos usar del tratamiento antiflogístico en los primeros períodos que suceden á la rotura, como son las sanguijuelas, instilaciones emolientes y calmantes, para ser substituidos en el periodo de remision de los síntomas por los resolutivos y astringentes, tanto por el conducto auditivo esterno como por la tuba eustaquiana. Lo ordinario es que esto solo baste para la cicatrizacion; pero si la supuracion continua y tiende á hacerse crónica, puede emplearse el tratamiento fuertemente estíptico y resolutivo por medio del subacetato de plomo en solucion fenicada ó salicilicada, tocando los bordes de la perforacion con el nitrato argéntico ya en solucion ya en sustancia. La cicatrizacion suele hacerse aquí como en otras partes de nuestro organismo por el procedimiento que le ha valido el nombre de cicatrizacion subcostrácea. Una gota del líquido exudado de los bordes, se deseca y forma una pequeña placa seca y blanquecina la cual no debe desprenderse, ni humedecerse con ninguna clase de inyeccion porque ella sola lo efectúa espontáneamente al cabo de algun tiempo dejando debajo la cicatriz.

Hay casos, sin embargo, en los cuales, al parecer, la cicatriz ha tenido lugar porque la supuracion se ha suspendido y porque el orificio está cerrado por una materia blanquecina, pero esta no es mas que pus concreto que, impidiendo la salida del contenido de la caja, promueve al cabo de poco tiempo una nueva inflamacion y evacuacion del mismo por la abertura.

El tratamiento quirúrgico es aquí, como en todos los casos el mas efectivo y de mas seguros resultados, tanto para evitar las perforaciones como para curarlas. Para lo primero basta incindir la membrana timpánica prontamente siempre que se haya formado y diagnosticado una coleccion purulenta ú otra en la caja; entonces queda una herida y estas curan siempre y prontamente sobre todo cuando son incisas. Las perforaciones ya establecidas son verdaderas fistulas de la membrana timpánica, y su tratamiento es la incision de las mismas, extensamente porque de este modo la fistula se convierte en herida que se cura mas fácilmente. Sobre todo este medio es aplicable á aquellas perforaciones

pequeñas y altas, cuyo orificio no dá libre acceso á los líquidos de la caja; lo es igualmente á las perforaciones múltiples, por cuyo medio reuniendo en uno todos los orificios se simplifica la lesion y se hace mas apta á un trabajo regenerativo y de obturacion.

Dejo aparte el tratamiento de las complicaciones que pueden encontrarse, porque ellas son objeto de otras indicaciones; tales son los pólipos, vegetaciones, cáries ú otras.

La curacion de las perforaciones crónicas, mantenidas por catarros escrofulosos ú otros de larga fecha, no se puede obtener si por tal se entiende su completa cicatrizacion. Lo único que debe hacerse es curar el catarro suprimiendo la supuracion que siempre las ha de agravar, quedando seca la superficie de la caja y los mismos bordes del orificio patológico que permanece entonces como un defecto incurable, el cual alterará mas ó menos la funcion auditiva segun sus condiciones. En este caso todavía cuenta la cirujia otología con remedios, que al mismo tiempo que libren á la mucosa de la caja de la perniciosa influencia de los agentes exteriores á que se halla expuesta, sirvan como de medio físico que favorezca la audicion; nos referimos á la obturacion mecánica protésica de la perforacion que se conoce con el nombre de *Timpano artificial*. Este consiste en la aplicacion sobre la membrana timpánica de un cuerpo que obtura la perforacion. Estos cuerpos ó son pequeños discos de goma, sostenidos por tallos metálicos, hilos, etc.; ó consisten en discos ó bolas de algodón humedecido con glicerina.

Es indudable el hecho de la mejoría que experimentan algunos enfermos al introducir un cuerpo extraño en el oido, pero no lo es menos que este que obra como á tal produce la inflamacion cuando no la hay ó aumenta la existente; y como la presencia de dicho cuerpo ha de ser permanente, de aquí que juzguemos su aplicacion poco útil en general y menos cuando hay supuraciones de la caja.

El Dr. Blacke de Boston emplea la obturacion de las pequeñas perforaciones por medio de un disco de papel que queda pegado hasta que aquella se cicatriza; cuyo medio hemos ensayado, pero sin resultado, lo que prueba una vez mas que las ilusiones teóricas rara vez encuentran el asentimiento de la práctica.

DR. P. CASANOVA.

TUMORES VASCULARES DE LA ÓRBITA.

I.

Es la órbita una cavidad que en el menor espacio de todas las regiones del cuerpo humano contiene proporcionalmente el mayor número de vasos sanguíneos. Apenas la carótida interna llega al vértice del peñasco, se dirige hácia adelante, describiendo dos curvas para unirse al seno cavernoso, una de convexidad posterior y de convexidad hácia adelante la otra; de esta segunda flexion y cerca de la apófisis clinoides anterior, nace la *arteria oftálmica*, vaso que, unido al nérvio del mismo nombre, penetra en la órbita por el agujero óptico. Ya dentro de esta cavidad se dirige adelante y arriba, buscando la pared interna de la órbita hasta alcanzar la polea de reflexion del músculo oblicuo mayor, á cuya altura se bifurca. En sus 40 milímetros de trayecto dá nada menos que once ramas colaterales: 1.^a, la *lagrimal* que envia un ramito á la glándula que le presta su nombre y otro anastomótico con otra ramita de la temporal profunda anterior, despues de lo cual se esparce por el párpado superior; 2.^a, la *central de la retina*, ramo á quien su destino hace independiente; 3.^a, la *frontal externa ó supra-orbitaria* que sale de la órbita por el agujero de este nombre y extienden sus ramificaciones ascendentes sobre la region frontal; 4.^a, las *ciliares cortas posteriores*; 5.^a, las *ciliares largas*; 6.^a, la *muscular superior*; 7.^a, la *muscular inferior* que dá los ramos ciliares cortos anteriores; 8.^a, la *etmoidal posterior*; 9.^a, la *etmoidal anterior*, cuyas divisiones se anastomosan bajo la membrana pituitaria con los ramos de la *esfeno-palatina*; 10.^a, la *palpebral inferior*; y 11.^a, la *palpebral superior*. Sus dos ramas terminales son la *arteria nasal*, que se dirige hácia abajo para terminar anastomosándose directamente con la *facial*, y otra ascendente, la *frontal interna*, cuyos ramos se anastomosan con los del lado opuesto y con ramas de la supraorbitaria. Resulta de tan multiplicada division que el contorno de la órbita y la region

órbito-palpebral tienen un plexo arterial, constituido por dos círculos: uno formado por la inosculacion de la nasal, la frontal interna, y la supraorbitaria con la arteria facial y ramos de la supraorbitaria y la temporal superficial; y otro mas pequeño y algo mas anterior por dentro del primero que le constituyen las dos arterias palpebrales, cuyas ramificaciones se anastomosan con ramas de ambas arterias frontales interna y externa de la facial, la infraorbitaria y la temporal superficial. Todas estas arterias son de pequeño calibre y muy flexuosas en su curso con el evidente objeto de amortiguar el impulso de las ondas sanguíneas, aun despues de las incurvaciones que presenta la carótida interna y cuando ya esta arteria ha sido rodeada por el seno cavernoso, á través del cual dá ramos al cuerpo pituitario y sufre la presion de una capa líquida que aminora todavía más la fuerza motora que la sangre arterial habia recibido del corazon.

En los párpados se marca cumplidamente la divisoria de sus vasos de retorno, puesto que unas venitas afluyen á la temporal y la facial, y las mas profundas se reunen en un tronco comun, la *vena oftálmica*, quien recorre en la órbita un trayecto parecido al de la arteria, recibe al paso las venillas procedentes del globo ocular y de la órbita, análogas á las ramificaciones arteriales y ya cercana al vértice de la órbita se separa de la arteria, saliendo de la cavidad destinada al aparato de la vision por la hendidura esfenoideal y desagua en el seno cavernoso.

Ofrecen los vasos arbitrarios, por su manera de estar distribuidos, dos circunstancias fisiológicas notables: en ellos la presion sanguínea está muy contrarestada por sus incessantes flexuosidades y además sus pulsaciones son poco extensas, es decir, que al latir la arteria no halla espacio, que no esté ocupado por el globo ocular y sus accesorios.

Equilibrados esta pausada lentitud del curso sanguíneo, con el que pudiéramos llamar confinamiento de los vasos entre las paredes óseas de la cavidad y la firme resistencia de los órganos en ella contenidos, no puede aparecer ninguna lesion vascular que no dependa de una alteracion en la densidad sanguínea, y por consecuencia, retardo ó aceleracion de la circulacion, ó de una violencia que altere la forma de los vasos; el *bocio exoftálmico* podrá aparecer bajo causas

de la primera índole, y un *aneurisma* si las causas corresponden al segundo grupo. Y hemos ya colocados al subrayar esta segunda palabra en el punto culminante de la cuestion. Antes de abordarle, conveniente será que ampliemos un tanto las consideraciones apenas más que enunciadas en este párrafo.

El aumento de calibre de los tubos vasculares, conocido en general bajo el nombre de aneurisma, puede originarse por causas que obren bien sobre la textura de los vasos, como la degeneracion ateromatosa, una herida punzante, una ulceracion, etc., ó bien por condiciones etiológicas dependientes de una alteracion en el curso de la sangre, así, por ejemplo, una profunda emocion moral puede ser causa de aneurisma por el solo hecho de suspender breves momentos la onda sanguínea que despues ha de correr con mayor impulso compensador; la compresion en un punto del trayecto arterial ú otro obstáculo circulatorio, asimismo prepara la formacion de un tumor vascular por la alteracion que hace experimentar el círculo sanguíneo de una region. Ahora bien; en una cualquiera de las otras regiones del cuerpo humano existen condiciones muy diferentes á las que ofrecen los vasos orbitarios. Primeramente las arterias tienen mayor calibre, van más rectilíneas entre los tejidos ó cuando más trazan curvas de mayor rádio y sobre todo no están tan encajonadas entre los órganos que riegan. Por estas razones se concibe desde luego la menor posibilidad de aneurismas de la arteria orbitaria, y caso de que se formen, véanse obligados, luchando contra las circunstancias anatómicas dichas, á seguir un curso muy lento, hasta el extremo de ser poco menos que imposibles de diagnosticar en vida del paciente. Lo que sí puede ocurrir es que el aneurisma radique sobre la carótida interna y haga que síntomas suyos refluyan, por decirlo así, en la cavidad de la órbita.

Descartada ya la idea de aneurisma espontáneo y circunscrito de la oftálmica, pasemos á examinar cuál puede ser la influencia de un traumatismo que afecte esta region.

Si la accion vulnerante se ejerce de un modo circunscrito y localizado, no hay duda de que una herida punzante, un pequeño desgarró de la oftálmica ó sus ramas, muy bien puede dar nacimiento á un aneurisma difuso en la órbita;

pero si el traumatismo alcanza á producir mayor lesión, haciendo que aparezca hasta la commocion cerebral, entonces lo más frecuente es que por el mecanismo de resistencia de la caja craneana recaiga sobre la region de la base el efecto del choque brusco, y desgarrándose primero los débiles ramitos de la carótida interna en el seno cavernoso y luego el tronco mismo de la arteria se dé lugar á la produccion de un aneurisma arterio-venoso.

Por último, un aumento sucesivo y gradual de actividad circulatoria, un estrechamiento de un vaso por compresion ú otro motivo, puede hacer mayores las flexuosidades de las arterias de la órbita ó dilatar el calibre de la vena oftálmica, haciendo que aparezcan varices arteriales ó venosas.

Concretando de una vez el asunto que vamos presentando, diremos que es por demás infrecuente el aneurisma de la arteria oftálmica, que el aneurisma por dilatacion y el difuso son los dos procesos más comunes, y que como síntoma de aneurisma arterio-venoso ó solo de la carótida interna, es más frecuente todavía la dilatacion de la vena oftálmica.

Hecha ya la proposicion de nuestro asunto, veamos si en los autores se halla la confirmacion, y en el probable caso negativo atrevernos debemos á buscarla por nosotros mismos aplicando el criterio mas clínico y fisio-patológico posible.

De dos maneras proceden los oftalmólogos en sus múltiples obras al tratar este complejo punto de patología ocular. Los unos establecen el convenio prévio de que los tumores vasculares de la órbita pueden ser arteriales, venosos y erectiles y con sujecion á este reparto van recordando una por una las observaciones que se conocen hasta el dia, y si bien es cierto que citan con la mayor exactitud histórica los hechos clínicos que sobre este caso poseemos, en cámbio no es pequeña la confusion que introducen con el distinto empleo y las variadas definiciones de tumores erectiles, cirsoideos y aun encefaloideos.

El segundo procedimiento empleado en los libros de enfermedades de los ojos, consiste en colocarse bajo un punto de vista esencialmente clínico, y mirando la exoftalmia como el sintoma mas caracterizable hacer de él un estudio completo en todas sus manifestaciones. Los excelentes prácticos ingleses, y nuestro todavía no apreciado cuanto se merece

autor, C. del Toro, toman la cuestion bajo esta forma, preferible desde luego á la antigua confusa y erudita.

Es tan acabada, tan perfectamente hecha la clasificacion que del exoftalmos ofrece el renombrado práctico de Cádiz, que no sabemos resistir al encanto de presentarla á nuestros lectores, copiada de la página 292, tomo I de su magnífica obra:

	Exophthalmos inflamatorio debido á inflamaciones de. . .	{	Los huesos de la órbita. El tejido conjuntivo. La aponeurosis ocular. Los vasos (angiopleucitis, flebitis y arteritis).
Exophthalmos no inflamatorio, producido por.	{	Tumores de la órbita, hipergénesis del tejido. . .	{ Óseos. De las partes blandas. Conjuntivo.
		Lesiones vasculares.	{ Obstáculos en la circulacion venosa. Trombos de los senos de la dura madre. Parálisis de los nervios vaso-motores. Aneurismas y varices.
		Lesiones traumáticas.	{ Derrame de líquidos. Enfisema.

En la actualidad no abraza nuestro plan el estudio completo de este síntoma y pues que en las obras no se encuentran, y quizá este vacío motiva nuestra eleccion, clínicamente expuestas las lesiones que nos ocupan, preciso será que prosigamos el desarrollo del tema en la medida que nuestras fuerzas logren.

II.

Los tumores vasculares de la órbita dan lugar á síntomas debidos unos, á la naturaleza de la lesion y motivados por el sitio en que esta se realiza los otros; signos externos que evidencian la existencia del tumor orbitario, pero insuficientes para determinar cuál sea la índole de cada uno de ellos.

Comienza el enfermo por sentir dolores orbitarios, temporales ó cefalalgia general; otras veces experimenta sensaciones de latidos ú hormigueo, y en ocasiones la enfermedad se inicia por un chasquido repentino y la proyeccion del ojo hácia adelante, el *exoftalmos*. Este primer síntoma denunciador es el más constante, puesto que cualquier tumor que se forme en la cavidad orbitaria necesariamente ha de hallar espacio para su desarrollo, rechazando y desalojando al globo ocular del lugar que ocupa normalmente.

Esta dislocacion del globo ocular no hace solo que el ojo se propulse hácia adelante, sino que además cambia la posicion del ojo, segun cual sea el punto en que el tumor se implanta y produciendo su estrabismo forzoso no tarda en seguir á la *desviacion* del ojo su *inmovilidad* y la *diplopia*.

Dislocado el ojo pierde sus relaciones con los párpados y éstos en consecuencia poco á poco ven dificultados sus movimientos, inmovilizados ya su conjuntiva se hiperemia y aparece el *ptosis del párpado superior*, el *ectropion del inferior* y el *quémosis seroso* en el ángulo interno del ojo.

Prosiguiendo el tumor su crecimiento consigue arrinconar á un lado de la órbita, generalmente hácia el ángulo externo, al ojo y sus accesorios y abriéndose camino hácia adelante forma *relieve bajo la conjuntiva ó bajo la piel*.

En su desenvolvimiento ulterior los tumores llegan á ejercer sobre el globo ocular una presion tal que modifica la forma de este órgano y en razon del sitio que ocupen comprimen el globo ocular en uno de sus diámetros y en consecuencia aumenta el diámetro opuesto y por este mecanismo hacen que el paciente adquiera *una hipermetropia ó una miopia*, segun estén colocados detrás del globo del ojo ó sobre las paredes laterales de la órbita. Si todavia acrece el tumor en volúmen, ya las lesiones del aparato visual tambien son mas graduadas, la exoftalmia expone á la accion de la luz membranas habitualmente resguardadas, el nérvio óptico y la arteria central llegan á ser comprimidos, y este conjunto de causas determina *lesiones inflamatorias del ojo*.

Los síntomas que acabamos de enumerar nacen de la region en que se fragua el tumor, la estructura vascular de éste ofrece otros diferentes. Por esta causa no es raro que el ojo, perdida ya su movilidad propia, sufra otros *movimientos de avance y retroceso* isócronos con los pulsátiles del tumor. Este á su vez, constituido como ésta por el aumento de calibre en los vasos, ha de dejar percibir por auscultacion *ruidos de soplo*, y si comenzó á mostrarse al exterior la palpacion, nos permitirá apreciar *variedades en la consistencia, forma y movilidad del tumor*.

Comunes estos síntomas á cualquier género de tumores vasculares de la órbita y aun los primeros á toda clase de tumor orbitario, presentan no obstante ciertas particulari-

dades en su intensidad, duracion y desarrollo que al exámen de un práctico experimentado casi le asegura la facilidad del diagnóstico que se busca. Marquemos, pues, estas graduaciones de los síntomas en cada género de tumor vascular radicando en la órbita.

Aneurisma de la arteria oftálmica.—Guthrie, haciendo en 1823 la autopsia de un enfermo afecto de exoftalmia y ligera alteracion de la vista, y que habia sentido un ruido de fuelle en la cabeza, encontró un aneurisma grueso como una nuez en cada una de las dos arterias; las venas estaban dilatadas y obstruidas cerca de la hendidura esfenoidal por la compresion de los cuatro músculos rectos hipertrofiados. En el cadáver de una mujer halló Carron en 1856 un aneurisma de la oftálmica derecha del tamaño de una avellana; no pudo recoger antecedentes de la enferma. Un año despues Giraudet observó en otra mujer una aneurisma de la carótida interna y tambien de la oftálmica. Estos hechos son irrecusables; pero los casos que varios autores han presentado como aneurismas de esta arteria diagnosticados, en el vivo, á poco que se analizan se descubre el error cometido y aun se puede formular el diagnóstico verdadero.

El ruido arterial es el síntoma que daría la clave verdadera, caso de poder ser apreciado. La sangre al llegar á la bolsita aneurismática, pierde parte de su velocidad, y hasta que la recupera para salir por el otro extremo, hace que se forme una vena líquida que se manifiesta por un *ruido de soplo intermitente acompañado de retemblido*, constituyen el trill que dicen los ingleses, es decir, ruido de vibración que se prolonga y refuerza con interrupcion. Descubierto este signo por ascultacion seria patognomónico de aneurisma de la oftálmica; no lográndose esto, sino rarísimas veces hay que recurrir á la compresion de la carótida correspondiente, y si persistiera el ruido á pesar de interrumpir el curso de la porcion cervical, ya se haría mas presumible la lesion, que en último extremo solo por ser de causa no traumática, de principio nunca brusco y curso lento en demasia, se puede determinar apoyándose al mismo tiempo en los diagnósticos de exclusion. Añadiremos en este lugar que A. Cooper y Schmid han observado dos casos de aneurisma de la arteria central de la retina, en su tiempo fué esto un progreso, hoy

esta lesion se vé en el oftalmoscopio mejor aun que los aneurismas de la subclavia por ejemplo.

Aneurisma de la carótida interna.—Al contar con alguna duracion hace que se presente en el citado proceso un exoftalmos que es pulsatil, y en el ángulo interno un tumor asimismo de pulsaciones isócronas, hay tambien *ruido de fuelle*, pero es de *soplo intermitente y diastólico*, y sobre todo la compresion de la carótida suspende los sintomas orbitarios, y el exoftalmos disminuye, y el tumor pulsatil se hace reducible.

FAUSTINO PEREZ CABALLERO.

(Se concluirá.)

DE LA DIGITAL EN LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON.

DISCURSO PRONUNCIADO POR D. RAFAEL PASTOR

EN LA SESION ANIVERSARIO DE LA SOCIEDAD ESCOLAR MEDICA.

(Conclusion.)

Por esto en los primeros periodos y cuando hay completa seguridad de que la fibra estriada y lisa ha de responder á la excitacion que la digital en ella provoca, está esta indicada, pues como vimos al hablar de su accion fisiológica tambien obra sobre las paredes de los vasos determinando su contraccion. Se opone por lo tanto á los progresos de las enfermedades del corazon, porque obra sobre esta entraña dándole mayor impulso y energía, y porque obra sobre el sistema vascular periférico aumentando su tonicidad.

Otra consecuencia de lo que en la accion fisiológica de este medicamento mencionamos es, el que no lo debemos administrar de una manera continuada ni aun en los primeros

períodos; han de sucederse ciertos intervalos de reposo para dar tiempo á que el organismo reponga sus fuerzas nerviosas, para que se cargue la pila y pueda responder luego á la nueva excitacion.

En los últimos períodos se repiten los ataques de asistolia, pero entonces sumido el enfermo en el estado de caquexia está ya mas minada su constitucion: ha llegado á la última fase, se han realizado degeneraciones variadas en la mayor parte de los órganos, la astenia cardio-vascular que desde el principio vino fraguándose se encuentra completamente constituida; la nutricion general está tambien del todo trastornada, la asinergia es absoluta, no quedan fuerzas que excitar, la digital nada puede hacer, diré más, sería imprudente su uso. Pero todos sabeis que en el curso de las afecciones del centro circulatorio, existen ciertos períodos en que á motivo de un cansancio, de una falta de higiene, de una impresion moral ó por otra causa cualquiera, se trastorna de súbito la inervacion cardiaca y el enfermo se vé acometido bruscamente por un ataque de asistolia: en aquel momento predomina sobre la astenia vascular, que sigue siendo la misma, la falta de impulsión en el órgano central; lo que justifica y dicho sea de paso, las ideas de Beau reproducidas por Jaccoud sobre la interpretacion de estos fatales episodios que alteran temporalmente el modo de evolucion lento y pausado de las cardiopatías, condenando como exclusiva y exagerada la teoría de la sinergia vascular sustentada por Peter. En estos casos tambien podemos esperar buen éxito de la digital; y no creais que porque estos ataques de asistolia se presentan en los primeros períodos son menos graves, no creais que porque son los primeros dejan de llamar nuestra atencion y exigir nuestros cuidados: la situacion es siempre crítica, el peligro es inminente: el enfermo está cianótico, su boca entreabierta, sus labios cárdenos, inyectadas las venas de su cuello, sus ojos desencajados cual si fueran á saltar de las órbitas, las alas de su nariz se levantan á cada movimiento inspiratorio, el corazon, que apenas se contrae, lucha esterilmente por lanzar la sangre que le llena, se asfixia, los segundos que para él son siglos, son preciosos para el médico que vé á la muerte lanzarse sobre su presa; en aquel semblante de angustiosa expresion se vé retratado el terror mas espantoso, aquella mirada os pide

aire, os pide vida, y cuadro tan sombrío, tan funesto cortejo de síntomas podeis vosotros hacerlo desaparecer con esa planta por tantos siglos olvidada; al ronquido traqueal precursor de la muerte contestais restableciendo la calma. ¿Y es raquíptico y menguado vuelvo á preguntar el poder que reconocemos en la digital? Si fuera esta sola la virtud del medicamento, deberia así y todo considerársele como uno de los mas importantes de la materia médica.

Ahora bien; es cuestion puramente clínica y que debe resolverse sobre el terreno mismo, si se ha de administrar sola ó asociada á algun otro medicamento que calme la excitabilidad exaltada de la inervacion cardiaca ó combinada con algunos agentes que, cual la sangría, corrigen de una manera instantánea el éxtasis que, si tiene lugar en un órgano importante, compromete aun mas la situacion.

Os he querido hablar primero de la parte mas importante; me he ocupado del uso de la digital en las enfermedades orgánicas del corazon, que directamente determinan trastornos mecánicos en la circulacion de la sangre, y en las que lo es todo la debilidad en la contraccion del músculo cardiaco y de los músculos vasculares. La digital ha sido empleada en cardiopatías de diferente índole, y sobre este punto para mi de importancia secundaria, discurriré breves momentos, pues no creo oportuno molestar por mas tiempo vuestra atencion.

¿Está indicado el uso de la digital en la hipertrofia del corazon? Gubler, Niemeyer y Jaccoud lo niegan.

En el corazon hipertrofiado está regularmente aumentada la excitabilidad, constituyendo la principal condicion para que se canse mas pronto y aparezcan trastornos de nutricion bajo la forma de degeneracion grasosa de la fibra muscular. Como vemos, pues, no es ni lógico siquiera administrar una sustancia que todo lo excita en una enfermedad en que lo que mas asusta al práctico es la excitabilidad exagerada; sin embargo, en una memoria del Dr. Suñé premiada en 1875 por la Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona, en la cual se ocupa de este mismo asunto, confiesa su autor que en hipertrofias acompañadas de frecuentes palpitaciones, obtuvo maravillosos resultados con la digitalina.

Para ver cómo se explica el Dr. Suñé estos efectos contradictorios, extractaré unos párrafos de la citada Memoria: La

anatomía patológica, dice, demuestra cada día más la rareza de las hipertrofias cardíacas protopáticas y la frecuencia de las consecutivas llamadas de compensacion. Estas últimas no ofrecen signos característicos hasta que están en su mayor auge, y cuando á la hipertrofia ya acompaña la cardiectasia, y á nadie se oculta cuán fácil es confundir por sus síntomas objetivos estas dos afecciones.

Y ahora bien, pregunta dicho señor: ¿la digital que actúa perfectamente sobre la dilatacion, habrá sido preconizada contra la hipertrofia fundándose en un error de diagnóstico?

Concede por último que no haya existido tal error y fórmula en forma interrogante la siguiente hipótesis: ¿no podría ser que la escitacion por la digital diese lugar á un exceso de estímulo momentáneo sobre los sístoles á consecuencia del que se produjese un agotamiento nervioso motor?

Nadie menos autorizado que yo para contestar é esta hipótesis, más cuando ni aun su autor se atreve á hacerlo; solo consignaré que este modo de ver está apoyado por las leyes del funcionalismo nervioso que cité antes, y que no se opone en nada á lo que llevamos dicho sobre la accion fisiológica del medicamento y sobre la enfermedad en cuestion.

En las palpitaciones, está indicada la digital cuando son muy frecuentes los accesos y cuando por la blandura del pulso y debilidad en el choque de la punta del corazon, se viene en conocimiento de que está disminuida la fuerza de impulsion del músculo cardíaco. Estas son las ideas de Oppolzer, Kunze y Jaccoud, que admitimos en todas sus partes.

Cuando el proceso flogístico radica en el corazon, ya en su túnica esterna, en su túnica interna ó en el espesor de sus paredes, la parte dinámica de este órgano se altera de varios modos: unas veces el proceso flogístico aumenta la escitabilidad de los nervios cardíacos y con el dolor aparecen contracciones fuertes, precipitadas, tumultuosas; la digital dada en infusion y á dosis altas, produce dos efectos diferentes y á cual mas beneficioso: por una parte obra como antipirético, por otra parte, agotando fuerzas, obra como calmante.

Otras veces por el contrario, el proceso flogístico compromete desde los primeros momentos la nutricion del órgano y el conjunto sindrómico traduce la debilidad de la contrac-

cion que directamente emana del trastorno nutritivo; entonces la digital no debe usarse porque á los trastornos de la enfermedad se unirían de seguro las fatales consecuencias de la acumulacion de accion.

De propósito acabo de emplear la palabra agotamiento; así es como pueden esplicarse los buenos efectos de la digital en algunas flogosis del corazon. No es este pues, un hecho que contradiga las ideas emitidas en párrafos anteriores; porque escita y agota es por lo que calma la palpitation sintomática de una miocarditis; pero como esta enfermedad en sí, tiende á la destruccion del parénquima cardíaco y á debilitar por lo tanto la contraccion del centro circulatorio, como la digital no dá fuerzas, sino que despierta, escita, las adormecidas, las latentes, por eso debe irse con tanto cuidado en su uso.

Esto que sucede en el corto intervalo de una enfermedad aguda, es lo que tambien pasa en los lentos períodos de una cardiopatía crónica. El problema es siempre el mismo, los peligros siempre son idénticos. La esencial de una buena y adecuada administracion del medicamento, es siempre el resolver cuando falta fuerza para escitarlas, cuando sobra fuerza para dejarla de escitar, cuando habrá fuerzas latentes para que la digital las despierte y para que el darla no sea dar un golpe en vago.

Y en clínica donde todo esto debe resolverse, en la clínica donde están los enfermos que tantas variantes pueden presentar; allí, en el terreno práctico, ¿hay algun signo que de una manera positiva nos ilumine para la resolucion del tal problema? Por fortuna sí, el pulso traduce á la mano del observador, segun dice Peter, de una manera fiel y exacta el estado del músculo cardíaco.

La irregularidad del pulso no depende de la lesión, sino del modo como el corazon reacciona; por eso, siendo ésta siempre la misma, pueden los agentes terapéuticos volver el pulso á su tipo normal.

Debe examinarse atentamente, pues, el pulso; deben examinarse tambien los latidos del corazon; deben interrogarse las funciones respiratorias para ver si existe la disnea cardíaca; debe buscarse el edema de los maleolos; debe percutirse la region hepática; el resultado de estas investigaciones

será el encontrar los signos indicantes de que el corazón es insuficiente en sus contracciones, de que es necesario que el médico intervenga para aumentar su fuerza contractil.

El otro signo se alcanza con la administración de la misma digital; puede este medicamento convertirse si sabe emplearse en un verdadero reactivo terapéutico. Cuando en el enfermo no se nota ninguna mejoría; cuando no se modifica la irregularidad del pulso; cuando la cantidad de orina no se aumenta, á pesar de administrar metódicamente la digital, es prueba evidente de que la fibra muscular cardíaca no responde á la excitación del medicamento, de que se halla profundamente alterada su nutrición.

En conclusión, señores: el médico que quiera hacer uso de la digital y alcanzar de este precioso medicamento cuantos beneficios con él pueden alcanzarse, es preciso que examine de continuo el pulso y las orinas. El primero, haciéndose irregular, le indicará el cuándo debe emplearla, la disminución en la cantidad de orinas escretadas le hará ver que debe abandonar la medicación.

Después de lo que llevamos dicho, que retrata, aunque con pobre y pálido colorido, cuanto la ciencia ha hecho en estos últimos tiempos de trabajo y de progreso, pudiera algún excéptico añadir: después de todo, el que padece una lesión orgánica del corazón muere y con la digital no puede el médico evitar la fatal terminación. Es verdad, y nosotros también ya lo hemos dicho: el enfermo muere y el médico no puede modificar en lo más mínimo las lesiones tróficas que se realizan en el parénquima del muslo cardíaco.

La nutrición de un órgano en particular, lo mismo que la general del individuo, constituye hasta el presente lo más misterioso, lo más desconocido de nuestra ciencia. La fisiología apenas conoce los términos del problema; para la patología son verdaderos misterios las enfermedades que en trastornos de la nutrición tienen su patogénia; la terapéutica ignora casi completamente el modo como obran los medicamentos modificadores de la nutrición.

Parece que, tan adelantadas como están todas estas ciencias en lo que se refiere á fenómenos mecánicos de su incumbencia, están de atrasadas en lo que se relaciona con esa química tan especial que se ha convenido en llamar química

viviente. Pero de creer es, que el progreso llevará estas ciencias á la posesion de dominios hasta hoy ignorados. Con la observacion y la experiencia, poderosas palancas con que las ciencias experimentales remueven los obstáculos que se oponen á su marcha; con la fé y el entusiasmo en los hombres dedicados á su cultivo; y teniendo en cuenta que ningun *quid* misterioso se ha de oponer con su automatismo al desenvolvimiento de la ciencia, dia vendrá en que el médico podrá conseguir lo que hasta de ahora no le ha sido dado alcanzar.

—HE DICHO.

FIEBRES TIFOIDEAS ATENUADAS.

HOSPITAL NECKER.—M. POTAIN.

Señores:

El número de fiebres tifoideas ha aumentado tan considerablemente en estos últimos tiempos que es de la mayor importancia el conocimiento de las formas, bajo las cuales se presentan, y las dificultades que su diagnóstico puede ofrecer.

Desde luego debo decirnos que la forma que predomina actualmente es una forma atenuada. No pienso insistir en los caracteres ordinarios de la enfermedad, que Louis ha tratado magistralmente, así como tampoco en las alteraciones circulatorias y nerviosas que pueden acompañarlo. No obstante, algo diremos, toda vez que los hechos clínicos se separan en alguno que otro caso de la regla establecida, y el diagnóstico se dificulta, ya por ser la fase sintomática incompleta ó poco acentuada, ya por faltar algunos elementos diagnósticos, ya por no haber armonía en el conjunto sindrómico, etcétera.

En las formas incompletas, la tifoidea puede ser atenuada, abortiva ó irregular. En el primer caso, aun cuando la fiebre puede alcanzar 38, 39 ó 40°, el estupor apenas existe, la diarrea y el timpanismo son poco pronunciados, la respiracion es fácil y la enfermedad casi no se distingue de la saburra gástrica, mas que por el gorgoteo de la fosa ilíaca y la tumefaccion del bazo.

Otros casos hay en los que la fiebre falta casi completamente y

el pulso descende por debajo de la normalidad, sosteniéndose así durante todo el intervalo de la enfermedad; digamos, no obstante, que esto es excepcional y casi nunca se ha observado en Paris.

Expuesto lo relativo al primer período, veamos lo que acontece en el segundo. En éste encontraremos un nuevo elemento diagnóstico: la mancha rosada lenticular, mancha que debemos buscar cuidadosamente, no solo en el abdomen, si que tambien en el torax, muslos, etc. Su número es variable, dos ó tres muchas veces; y tienen como caracteres su color rosado, hacer una ligera eminencia en la superficie de la piel, desaparecer momentáneamente á la presión del dedo y no persistir durante toda la enfermedad. Las picaduras de pulga, con las cuales pueden confundirse, se distinguen por la mancha equimótica que no desaparece por la presión. Si la presencia de estas manchas, con los caracteres expuestos, es patognomónica de la enfermedad, su ausencia no prueba que ésta no exista; de la misma manera que la benignidad ó malignidad de la afección no puede deducirse de su mayor ó menor número.

En fin, la tifoidea se observa en un grado tan débil que los enfermos pueden dedicarse á sus quehaceres habituales; es la que han llamado los alemanes *tiphus ambulatorius*.

Al lado de estas formas atenuadas conviene estudiar las abortivas, es decir las fiebres tifoideas cuya duración, en vez de ser de siete días en cada uno de los tres períodos normales es menor en todos ellos. Actualmente tenemos un enfermo que ocupa la cama núm. 15 de la sala de San Lucas, en el cual el máximo de la tifoidea no ha tenido lugar hasta el quinto día con 40°, 2; alguno quizás en vista de esto hubiera asegurado un crecimiento continuo hasta 41°, y por consiguiente una gravedad extrema, si el conjunto sintomático no hubiera estado discordante con el movimiento febril; en efecto, desde el día inmediato la temperatura comenzó á descender, y al décimo cuarto día la defervescencia era completa con 36°, 6 por la mañana, 37°, 6 por la tarde, caracterizando así la forma abortiva. Bien es verdad que dos días mas tarde bajo la influencia de la alimentación, pudo observarse una recrudescencia, la *febris carnis* de los alemanes, de tan corta duración y escasa gravedad que al décimo octavo día la temperatura era de nuevo 37°, 6. Así, pues, podemos decir: elevación rápida de la temperatura, buen signo, benignidad y duración limitadas. En otros enfermos suele presentar al octavo día un descenso rápido de la temperatura, lo cual no debe preocupar al médico, pues desde el día inmediato alcanza el grado ordinario.

La forma abortiva, pues, tiene menor duración, siendo el período estacionario el mas corto de todos.

Las complicaciones son gravísimas; apesar de la benignidad de sus síntomas y de la brevedad de su evolución suelen presentarse accidentes graves y hasta mortales como las peritonitis por propagación ó consecutivas á una perforación intestinal.

La frecuencia de las formas abortivas y atenuadas es grande si hemos de dar crédito á Bábe. En Francia no son raras y precisamente la pequeña epidemia que reina en nuestras enfermerías ofrece los síntomas de las atenuadas. El pronóstico en general está superado á la temperatura; si pasa de los 40° ó llega á 41 la muerte es de temer, tanto más cuanto más estacionaria sea esta cifra. Otro carácter de gravedad se desprende de las complicaciones siempre temibles de la fiebre tifoidea.

Las autopsias que se han hecho de la forma atenuada han sido pocas; autores ha habido que han llegado á suponer distintas lesiones de las tifódicas ordinarias. Pero siendo idéntica la enfermedad; siendo su causa la misma; resultando de una intoxicación de la misma naturaleza; teniendo iguales síntomas, las lesiones anatómicas no presentan mas diferencia que un grado menor de desarrollo en armonía con la intensidad de la afección.

Las formas atáxicas están caracterizadas por el predominio de fenómenos atáxicos ó accidentes nerviosos que conviene no confundir con la meningitis, con la manía aguda ni con la lipemania.

En la meningitis desde el principio, el delirio existe así como los vómitos (fenómeno excepcional en la tifoidea), la constipación y las convulsiones; el movimiento febril de oscilaciones irregulares permite aclararnos el diagnóstico.

En la manía aguda casi falta la fiebre; téngase en cuenta, no obstante, que la intensidad de los accidentes nerviosos es tal en algunas tifoideas que llegan á enmascarar el conjunto sindrómico, y se diagnostica el enfermo de enagenado, y se le conduce á un asilo especial cuando en realidad no es maníaco sino tifódico.

Lipemania.—Recuerdo un enfermo que desde el principio fué presa de un delirio triste, sistematizado con alucinaciones y con todos los caracteres de la lipemania; á no investigar cuidadosamente los síntomas y recordar que el delirio en la tifoidea es siempre agitado, hubiera podido cometerse un error de diagnóstico. La adinamia que alguna vez acompaña á la enfermedad que estudiamos, puede confundirse con el coma de la meningitis; pero teniendo en cuenta algunas nociones sobre el principio de la enfermedad, su diagnóstico se aclara mucho.

La exageración de los síntomas abdominales es también causa de error; así los vómitos y diarreas considerables pueden simular un catarro intestinal, el timpanismo, una peritonitis tuberculosa, tanto

más cuanto que en este caso el gorgoteo de la fosa iliaca está completamente enmascarado, pero la dureza desigual y la pastosidad del vientre indicarán los tubérculos.

En las epidemias de gripe acompañadas de catarro gastro-intestinal, los accidentes bronquiales y pulmonares han hecho divagar en el diagnóstico, pero recordando que en la tifoidea no es raro observar estertores sibilantes acompañados del gorgoteo de la fosa iliaca y tumefaccion del bazo se está en camino de conocer exactamente la afeccion.

Como recuerdo, citaremos las fiebres eruptivas y las intermitentes que en un principio podrán ser motivo de duda, los primeros solo en su período inicial, los segundos basta observar un acceso para desechar su posibilidad.

Para terminar diremos que en la otitis aguda los síntomas se hallan mas acentuados, son mas intensos (zumbidos de oidos tintineo y cefalalgia considerable), que en la otitis que suele acompañar á la tifoidea.

TRADUCCION DE P. GARIN.

(De la *Gazette des hopitaux*.)

REVISTA DE LA PRENSA.

Tratamiento del edema de los miembros inferiores por la ignipuntura.—
Tratamiento de la obesidad por el *FUCUS VESICULOSUS*.—Diversos revulsivos aplicables á los tuberculosos.—Consideraciones sobre la pleuresia aguda y en particular sobre su tratamiento por las punciones.

Muy raras veces el edema constituye una enfermedad protopática que desaparece por medio de un tratamiento local; lo general es que se presente como síntoma de un obstáculo á la circulacion sanguínea, ya resida éste en el corazon, hígado, bazo ó en los mismos vasos, y que al propio tiempo exija una medicacion que tienda á vencer dicho obstáculo. No careee, sin embargo, de importancia el primero, porque en muchísimos casos de tal modo incomoda al paciente que parece constituir la enfermedad principal. A este fin tiende el nuevo tratamiento empleado por el Dr. Laboulbene en el Hospital de la Caridad, inspirándose en las ideas del gran clínico Trousseau.

Todos los prácticos conocen demasiado las grietas que se producen por distension extrema de los tegmentos de las piernas, en

los enfermos que padecen edemas, y las cuales son seguidas á menudo de accidentes. En efecto, la serosidad que fluye rastreando irrita los bordes de la solucion de continuidad y determina el eritema ó la erisipela, etc. A pesar de las lociones alcoholizadas ó fenicadas, el profesor Laboulbene ha visto formarse alrededor y sobre las soluciones de continuidad producciones pseudo-membranosas ó pseudo-hyménicas, ó aun de gangrena. En estos casos son peligrosas las punciones y pequeñas incisiones hechas con la punta del bisturí, aguja de catarata, etc.; en muchos casos van seguidas de rubicundéz, angiolecitis y demás complicaciones enunciadas. Tampoco parecen exentos de peligros los tubos de desagüe y las cánulas de pequeños trocates provistos de un sifon de caoutchouc.

El Dr. Trousseau aplicaba el cauterio sobre los miembros edematosos, lo cual determinaba un gran alivio en los pacientes. El Dr. Laboulbene despues de explicar que la serosidad acumulada en los miembros inferiores es muy diferente por su composicion química de las serosidades de la pleura y del peritoneo; que habiendo analizado las serosidades de un quiste hidatídico, de un edema de los miembros inferiores y de una ascitis, encontró mucha albúmina en la última, nada en la primera, y la segunda constituia un término medio entre las dos por su cantidad, concluye diciendo que la ignipuntura es muy preferible á las pequeñas punturas ó incisiones ordinarias, y aun á los tubos de desagüe recientemente propuestos para evacuar la serosidad de los miembros inferiores muy edematosos.

A pesar de la autoridad de este ilustradísimo clínico, en nuestro humilde juicio creemos que esta práctica terapéutica no se halla exenta de inconvenientes, y que tal vez posea los mismos que echa en cara á los demás; esto lo decimos por lo que en nuestro ejercicio hemos podido observar varias veces con la cauterizacion.

*
**

En el *British med. journal* encontramos un artículo firmado por el Dr. Fairbank en el cual demuestra la benéfica influencia del *fucus vesiculosus* en el tratamiento de la obesidad, y del cual entresacamos los siguientes casos prácticos que confirman dichas ideas.

Un médico inglés que habia empleado en sí mismo dicha sustancia, notó una pérdida de ocho libras de peso en las tres primeras semanas de la medicacion, libra y media en las tres siguientes, y despues de doce semanas su peso total habia disminuido trece libras. Por lo demás, durante este tiempo habia observado un régimen muy severo: abstinencia de grasa, azúcar, cerveza, etc.; debemos ad-

vertir tambien que antes de someterse al uso del medicamento habia seguido el mismo régimen sin notar ninguna disminucion de peso.

En otro caso, un hombre perdió ocho libras en seis semanas, sin haber modificado su modo de vivir.

Una señora perdió mas de veinte libras despues de nueve semanas, sin haber sido sometida á ningun régimen.

Estas personas hacian uso del extracto fluido del *fucus vesiculosus* sin experimentar incomodidad alguna ni sufrir cámbio sensible en su estado general. No experimentaron diarrea, ni aumento excesivo de orinas, ni traspiracion abundante de los pies.

*
* *

El eminente clínico de nuestra época, Dr. Peter, ha publicado en la *Union medicale* un interesante artículo, en el cual precisa casi de una manera matemática los revulsivos que con mayores ventajas y menos inconvenientes pueden y deben emplearse en los sujetos tuberculosos.

Si el tuberculoso es aun robusto—dice el autor—se aplican dos ventosas escarificadas ó mejor sanguijuelas sobre los puntos del torax en que se perciban los síntomas de la congestion pulmonar. Si el enfermo se halla debilitado, se recurren á las ventosas secas, á los sinapismos ó á los vegigatorios volantes. Se embadurnan los vértices con tintura de iodo. Se debe desechar absolutamente el aceite de croton, la tapsia, los emplastos estibiados y la pez de Borgoña que dejan señales indelebles en la piel.

Si las lesiones son mas profundas, se establece, por medio de la pasta de Viena un cauterio ovoide que ocupa el segundo ó tercer espacio intercostal á uno ó dos centímetros del borde libre del esternon. En los casos en que el enfermo no quisiera esperar, podria establecerse un segundo antes de la cicatrizacion del primero, con el objeto de no suspender el efecto revulsivo.

*
* *

En una memoria publicada en el *Recueil des memoires de medecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, el Dr. Arnauld trata de demostrar que desde hace algunos años existe una tendencia exagerada en puncionar todos los derrames pleuríticos, y el mayor número de pleuresias purulentas que hoy existe, lo refiere á la extension del método aspirador.

Rechaza formalmente como inaceptable el precepto emitido bajo la forma de aforismo, y sin otra explicacion, de puncionar en todos

los casos de derrame abundante, y prueba que al menos en los jóvenes bien constituidos como los soldados, los derrames aun los excesivos, pero sin complicaciones son con frecuencia benignos.

Cree con Peter que los jóvenes médicos se ocupan demasiado del derrame y poco de la pleura enferma, y quisiera que se diese mas importancia al tratamiento médico por medio de las sangrias locales las cataplasmas y los purgantes.

Todos estos medios ofrecen por otra parte la inapreciable ventaja de ganar tiempo, de ocupar al enfermo y al médico, y de retardar el momento en que se haga esta nefasta puncion; en las tres cuartas partes de los casos, cuando crea que ha llegado el momento, se apercibirá que no solo no es necesaria sino que ni es útil siquiera.

En cuanto al vegigatorio tan vulgarizado en el tratamiento de la pleuresia, hé aquí cómo lo juzga:

«Nocivo al principio, impotente en el período de estado, porque no puede impedir la organizacion de las falsas membranas, es inútil en la fase de regresion á menos que el médico se proponga aumentar su prestigio para con el enfermo.»

DR. LARA.

FORMULARIO DE LA CRÓNICA MÉDICA.

(Continuacion.)

Dispepsia.—La lentitud y dificultad habitual de las digestiones caracterizan la dispepsia, y se observa en un conjunto de enfermedades esencialmente heterogéneas. Las formas mas comunmente admitidas son la ácida, clorótica, flatulenta, gotosa y catarral.

Las fórmulas que mas reputacion gozan en su tratamiento, son las siguientes:

Ruibarbo.	40 gramos.
Aloes sucotrino.	25 »
Cardamomo.	15 »
Alcohol á 21°.	1000 »

Infúndase durante tres dias, y fíltrese.—Se administra como tónico á la dosis de 30 gramos, cuando vaya acompañada de constipacion.

Esencia de menta. 1 gramo.

Disuélvase en

Alcohol. 10 »

Mézclese con

TOMO III.

Jarabe de goma. 100 »

Agua de canela.. . . . 50 »

Tómese á cucharadas en la dispepsia atónica.

Extracto de colombo.	} a. a. 10 gramos.
» de genciana.. . . .	
» de cuasia	
» de hiel de toro.	

Polvo de genciana.. . . . c. s.

Háganse píldoras de á 2 decigramos. Una despues de cada comida.

Polvo de aloes. 24 gramos.

Extracto de quina. 12 »

Polvo de canela.. . . . 4 »

Jarabe de absenta.. . . . c. s.

H. s. a. píldoras de 20 centigramos, de las cuales se tomarán una ó dos antes de cada comida.

Creta preparada.. . . . 10 gramos.

Azúcar blanca. 10 »

Goma arábica en polvo. 5 »

Tritúrese en un mortero y añádase poco á poco

Agua. 250 »

Treinta á sesenta gramos por dia, en el tratamiento de la dispepsia ácida con pirosis.

(Se continuará.)

DR. YZETA.

SECCION OFICIAL.

MINISTERIO DE LA GUERRA.

Precedido de un largo exordio que omitimos, se ha publicado en la *Gaceta* el siguiente

REAL DECRETO.

En atencion á las consideraciones expuestas por mi ministro de la Guerra, de acuerdo con el Consejo de ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

1.º El mando, disciplina y órden interior de los hospitales militares, se ejercerá por un jefe del ejército de la categoría adecuada á la importancia del establecimiento, con la denominacion de director del mismo.

2.º Este jefe militar lo será del establecimiento como delegado del gobernador de la plaza, y vigilará la puntual observancia de los

deberes que la ordenanza de hospitales atribuya á cada uno de los funcionarios de los distintos ramos y empleados de plaza menor que sirvan en el mismo.

3.º Dicho jefe, por el conocimiento que su constante vigilancia le proporcione, dará cuenta al gobernador militar de la plaza de cuanto ocurra en el establecimiento y deba poner en su noticia, á fin de que la accion de la autoridad militar sea más eficaz y provechosa para el esmerado tratamiento del militar enfermo.

4.º La asistencia facultativa estará al exclusivo cuidado de un médico de Sanidad militar, como jefe facultativo del hospital, y de los oficiales de este cuerpo á sus órdenes que se designen para el servicio de su competencia en cada establecimiento.

5.º El cuerpo de Sanidad militar conservará en los hospitales las más amplias facultades para disponer cuanto crea más conveniente al mejor tratamiento y más pronta curacion de los enfermos ó heridos.

6.º La gestion de caudales, víveres y efectos, estará encomendada al cuerpo administrativo del ejército, bajo la inspeccion de un comisario de guerra.

7.º En cada hospital militar habrá una junta económica compuesta del jefe militar director del mismo, presidente; del médico jefe administrativo, vocales; actuando en calidad del servicio facultativo, y del comisario de guerra inspector de secretario el oficio pagador del cuerpo administrativo del ejército.

8.º Queda suprimida la Junta superior económica de hospitales, creada por el reglamento de 19 de Mayo de 1873.

9.º La junta superior facultativa de Sanidad militar continuará funcionando como hasta aquí, con todas las atribuciones que le competen, bajo la presidencia del director general del Instituto.

10. Los intendentes militares dotarán los hospitales de los fondos, víveres y material reglamentario que exijan las necesidades del servicio y la mejor asistencia de los enfermos.

11. Se admitirán en el servicio de los hospitales militares las hermanas de la Caridad para el desempeño de cargos en la despensa, ropería, cocina, lavadero, vigilancia de aseo en las enfermerías, consuelo á los pacientes (cuando lo permitan los médicos de visita ó el de guardia), y otros servicios propios y compatibles con el decoro de su institucion, debiendo reducirse el personal de las compañías sanitarias y el de la clase civil que no sea absolutamente indispensable.

21. Las atribuciones y deberes del personal de todos los ramos afectos al servicio de hospitales militares, así como las especiales facultades de las juntas económicas de estos establecimientos, se

detallará en una ordenanza, cuya redaccion estará á cargo de la junta ya nombrada para este objeto.

13. El ministro de la Guerra dictará las órdenes convenientes para llevar á efecto lo prevenido en el presente decreto, sin exceder de la cifra del presupuesto, y procurando suprimir los hospitales militares de corta enfermería, siempre que existan establecimientos civiles donde puedan recibir los militares enfermos buena asistencia, previos los informes y trámites que correspondan.

14. Quedan sin vigor todas las disposiciones que se opongan á lo que las anteriores previenen.

Dado en Palacio á 19 de Abril de 1880.—Alfonso.—El ministro de la Guerra, José Ignacio de Echevarría.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION.

REAL ÓRDEN.

Vista la instancia elevada á este ministerio por la Junta directiva de los baños de Alhama la Seca, en esa provincia, y el médico-director del establecimiento, en solicitud de cámbio en la temporada oficial y sustitucion del nombre de Alhama la Seca por el de Alhama de Almeria:

Visto el art. 22 del vigente reglamento de baños y aguas minero-medicinales:

Considerando que las bruscas variaciones atmosféricas que se experimentan en la localidad durante el mes de Abril, en cuyo dia 15 ha venido dando principio la temporada oficial de Alhama la Seca, léjos de favorecer los provechosos resultados de las aguas, pueden contrariarlos é influir de un modo desfavorable en la salud de los bañistas;

Y considerando que la nueva denominacion solicitada para el expresado balneario, sobre no influir en manera alguna en los intereses generales, parece mas apropiada que la de Alhama la Seca;

S. M. el Rey (Q. D. G.) de acuerdo con lo informado por el Real Consejo de Sanidad, se ha servido resolver que la temporada oficial de los baños de Alhama la Seca se fije para en adelante en los períodos de 1.º de Mayo á 30 de Junio, y de 1.º de Setiembre á 31 de Octubre, y que desde ahora se les designe con el nombre de Alhama de Almeria, en sustitucion del de Alhama la Seca con que ha venido conociéndose.

De real órden lo comunico á V. S. para su conocimiento, el de los interesados y efectos consiguientes. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid 20 de Abril de 1880.—Romero Robledo.—Señor gobernador de la provincia de Almeria.

NOTICIAS.

Mr. Lesserteur acaba de dar á conocer una planta que goza de una gran reputacion contra la rábia en el reino de Annam. Esta planta llamada *hvang-nan* es una especie de liana que ofrece un estrecho parentesco con la falsa augustura: sus efectos serian análogos á los de la estrignina y de la brucina. Mr. Bouley, hablando de este nuevo remedio en el *Recueil de Medicine veterinaire*, se lamenta de que no exista ningun hecho que pruebe su eficacia; pero cree que pudiera aprovecharse para ello la propiedad demostrada en el conejo de contraer fácilmente la rábia por inoculacion. Con este objeto, Mr. Bouley refiere una anécdota relativa al ajo, sustancia que goza de gran reputacion entre los remedios antirábicos y que se halla como parte integrante en multitud de fórmulas, largo tiempo tenidas por secretas. Un jóven habia sido mordido por un perro rabioso, no tardando en manifestarse los síntomas de la rábia. Espantada la familia de este desgraciado y no sabiendo qué hacerse, le encerró en un pequeño granero, en donde habia un monton de ajos con el objeto de que se secasen. En su furor, el enfermo se arrojó sobre ellos, los comió abundantemente y al poco tiempo fué acometido de un sueño profundo. Al despertar se hallaba curado; los síntomas de la rábia habian desaparecido.

El Dr. Bagros recomienda en el *Repertoire de Pharmacie* la siguiente fórmula que puede emplearse ventajosamente como lavativa nutritiva:

Carne cruda de vaca.	100 gramos.
Pepsina acidulada.	4 »
Glicerina pura.	20 »
Agua templada.	80 »

Máchase la carne en un mortero de marmol, hasta que se halle reducida á pulpa; añádase entonces sucesivamente la pepsina, la glicerina y el agua; introdúzcase la mezcla en un frasco de boca ancha, que se colocará al baño-maría á una temperatura constante de 40° á 50°. Al cabo de cinco á seis horas el color rosa que tenia la mezcla al principio de la operacion ha sido reemplazado por el gris; entonces se filtra con presion ligera á través de un fino tamiz, no quedando sobre este mas que unos 8 á 10 gramos de residuo. El producto recogido es un líquido opaco, grisáceo casi inodoro.

Esta sustancia puede conservarse por espacio de mucho tiempo en el mismo estado que el día de la preparacion; se administra por la mañana, y es muy abonada para sostener las fuerzas del individuo.

El Dr. Clay, de Birmingham ha aconsejado recientemente un nuevo remedio contra el cáncer; y segun refiere en el *London Medical Record* lo ha empleado ventajosamente en el de los órganos genitales de la mujer. Dicho medicamento es la *terebentina de Chio*.

Comenzó á administrarla en una mujer que tenia el cuello del útero profundamente corroido por dicha enfermedad; que padecia frecuentes hemorragias, y se hallaba sumida en una marcada caquexia. Cada cuatro horas se le daban 0' 35 gramos de terebentina de Chio y 0' 20 gramos de flor de azufre en dos píldoras. Al cuarto día, la enferma se encontraba mejor; con todo acusaba aun un abundante flujo.

A la segunda semana las partes habian cambiado de aspecto y se hallaban cicatrizadas y mamelonadas. En otra mujer, al cabo de algun tiempo las píldoras fueron sustituidas por la mistura siguiente:

Terebentina de Chio.	8	gramos.
Eter.	30	»
Solucion de goma de tragacanto.	120	»
Jarabe simple.	30	»
Flor de azufre.	2'40	»
Agua.	500	»

Para tomar 30 gramos, tres veces al dia.

El Dr. Clay refiere otros ejemplos de curaciones, afirma que los cánceres de otras regiones han sido influenciados favorablemente, y termina diciendo que esta terebentina obra como un veneno sobre el neoplasma.

Las novedades científicas: tal es el título de un nuevo é importante periódico que vé la luz pública en Madrid bajo la direccion del distinguido químico D. Luis Martin Utor, y con la colaboracion de ilustrados profesores de todas las ciencias del humano saber. Dicho periódico se ocupará de cuantos modernos adelantos se registren en el mundo científico con aplicacion á la Farmacia, Medicina, Industria y Agricultura; y si en todos los números sucesivos trata como en los precedentes, lo cual no dudamos, dada la reconocida competencia de sus ilustrados redactores tan importantes materias como las del último número, les aseguramos el mas feliz éxito.

Terminadas las oposiciones á una plaza de profesor clínico que tan brillantemente se estaban celebrando en nuestra facultad de Medicina, ha sido propuesto en primer lugar de terna nuestro querido amigo el D. Moliner.

Felecitamos cordialmente á dicho señor.

Numerosas son las operaciones practicadas últimamente en esta facultad de Medicina por nuestro distinguido compañero de redaccion el Dr. Ferrer y Viñerta, catedrático de Clínica quirúrgica.

Aparte de varias reducciones de fracturas, debemos hacer mencion de dos amputaciones de muslo por su tercio inferior, una operacion de talla, cuatro estirpaciones de tumores de la mama, y aberturas de abcesos profundos en las cuales se ha empleado el método de Lister, con felices resultados. Dentro de poco nos ocuparemos de todos estos casos y otros muchos que constituyen otras tantas glorias de la cirujía valenciana.

Ha quedado constituida en Madrid la *Sociedad de Terapéutica*, bajo la presidencia del Dr. D. Carlos M. Cortezo, cuyo reglamento hemos recibido en nuestra redaccion, y la cuál creemos está destinada á prestar importantes servicios á la ciencia farmacológica. La nueva sociedad ha inaugurado ya sus sesiones científicas, habiendo dedicado la primera á la discusion de observaciones presentadas por el Sr. Salazar relativas á la accion del jaborandi en la uremia, y de otra del Sr. Torres en la cual demostraba los notables efectos de la ergotina sobre el mecanismo de la succion en el niño.

Hemos recibido el 5.º cuaderno de la notable obra sobre las *Enfermedades de la médula espinal* del Dr. Leyden que con gran éxito publica en Madrid nuestro amigo el Dr. Carreras Sanchis. La recomendamos eficazmente á nuestros lectores.

Ha visitado nuestra redaccion el tercero y último cuaderno del *Tratado clínico iconográfico de dermatología quirúrgica* que ha publicado en Barcelona el infatigable é ilustrado escritor Dr. D. Juan Giné y Partagás, catedrático de clínica quirúrgica. En el próximo número publicaremos su juicio crítico, limitándonos mientras tanto á recomendarla á nuestros suscritores dada la verdadera importancia que reviste.

Los Dres. Roucher y Fonsagrives, han comprobado la eficacia del *ricinus comunis*, planta muy comun en Francia, Bélgica y España, para aumentar la secrecion de la leche. Las preparaciones empleadas han sido las siguientes: en un litro de agua han hecho hervir un puñado de hojas de ricino, con cuyo cocimiento se locionan los pechos por espacio de 15 á 20 minutos, y despues se aplica una cataplasma formada con parte de las hojas, que se deja puesta hasta secarse. Los resultados obtenidos han sido buenos, pero en algunos casos se retardaba la secrecion; entonces añadian al indicado tratamiento fumigaciones en las partes genitales con un cocimiento de las mencionadas hojas.

Un nuevo triunfo para el doctor Lister. El doctor hamburgués Danzel acaba de extraer un cuerpo movable de la articulacion de la rodilla. Se trataba de una mujer de 36 años próximamente, que tenia un cuerpo movable en la articulacion femoro-tibio-rotuliana izquierda. Despues de practicar una incision longitudinal como de dos pulgadas en el lado esterno de la articulacion, comenzó á deramarse un líquido amarillento, pero el cuerpo extraño no se percibia; préviamente mojado el dedo índice en una solucion fenicada, lo introdujo en la articulacion pudiendo apreciar un cuerpo del tamaño de un albaricoque adherido por un pedículo al lado esterno de la cápsula articular. Limpia ya la articulacion, colocó un tubo de desagüe, se reunió la herida mediante el cathgut y se curó por el proceder de Lister.

El mismo dia de la operacion, por la tarde, la temperatura de la enferma era normal y apenas acusaba una ligera angustia debida al cloroformo, pero sin frecuencia de pulso. Curóse la herida tres veces, y el tubo de desagüe no se aplicó en la última. A los quince dias la herida estaba cicatrizada y la extremidad habia recobrado sus movimientos.

Saludamos cordialmente á nuestro ilustrado colega la *Gazzetta degli Ospitali*, publicado en Milan, el cual á la bondad de sus artículos reune una bellissima forma que no dudamos ha de conseguirse numerosa suscripcion y una dilatadísima vida.