

# EL DICTAMEN

PERIODICO DECENAL DE MEDICINA Y FARMACIA

## IMPRESIONES

He aquí un prelado digno de la alabanza universal.

El cardenal Manning, jefe del catolicismo inglés, da cuenta en la *Contemporary Review* de los fines que persigue la Sociedad protectora de la infancia en Inglaterra, y de muchos de los casos en que ha sido llamada á intervenir.

Horroriza desde luego la idea de que pueda haber padres de peor condición que las fieras, que castiguen, martiricen y asesinen á sus propios hijos por medio de procedimientos tan crueles como lentos, y del relato del citado cardenal se saca la evidencia de que dentro de este siglo, grande por diversos conceptos, hay hombres cuya perversidad de sentimientos raya en lo increíble, y cuya fiera supera con mucho la de los individuos de la raza felina.

Aquí es un carpintero que ata con sogas á su hijo y lo martillea la cabeza después, sin que los gritos de la víctima detengan la bárbara mano parricida; es allí el obrero agrícola quien retiene constantemente á su hijo en un cuarto privado de sol y de luz y lleno, por ende, de hierbas, y, por fin, más allá existe otro padre (!) que hace sucumbir á su hijo de hambre y de frío, puesto que le tiene privado tiempo y tiempo de alimentos y ropas.

No queremos recargar de tintas sombrías el luctuoso cuadro pintado en su relato por aquel sacerdote, que entiende perfectamente sus deberes pidiendo la protección para los débiles; pero sí llamamos sobre este punto la atención de los lectores, porque nosotros los médicos y farmacéuticos, como los sacerdotes, tenemos más deberes que cumplir en sociedad que aquellos que tienden al alivio de los males físicos.

Desde hace poco tiempo venimos leyendo, el corazón lleno de amargura y atestado el cerebro de maldiciones contra la ignorancia, que un padre, un celador de asilo, un hombre, por último, ejercita la crueldad con niños, que al cabo son la gloria de la vida.

Quien esto escribe ha dicho siempre que está maldita toda sociedad que no tiende de veras sus brazos protectores al anciano que, más que el progenitor, es el sol que ha iluminado una porción de tiempo, y al niño que, más que el capullo del rosal de los amores, es el astro que comienza á alumbrar las tenebrosidades del porvenir; y piensa más, piensa que deben modificarse ciertas leyes en el sentido de que el padre cruel no sólo debe ser encarcelado, sino que debe perder todo derecho sobre su hijo, como pierde todo derecho de ciudadano el asesino que esgrime el puñal homicida rodeado de las circunstancias más agravantes.

No, no aprovecha la atmósfera cargada de oxígeno á quien tiene semi-atrofiados los pulmones y puede, al respirar aire purísimo, morir so la influencia de la pulmonar congestión; y así los hijos, inextintos recuerdos de la humana familia, brotes bellísimos del árbol de la vida, no deben estar al lado de la barbarie que se hermana con la crueldad, porque están expuestos siempre á ser sus víctimas.

Y algo queda esbozado en lo que va dicho.

El Dr. Guerder ha llamado la atención de la Sociedad Médico-Práctica Francesa sobre su tratamiento de la coqueluche.

Es verdad que cuando un niño es atacado por la coqueluche apenas ver aquella tierna organización acometida por violentos, constantes y asfixiantes golpes de tos que llegan á producir en lontananza peligros serios, y de aquí que no queramos pasar por alto el tratamiento empleado por aquel colega nuestro, quien afirma su eficacia probada en una treintena de niños.

La terapéutica de la coqueluche consiste, para el Dr. Guerder, en insuflar en la nariz del niño un polvo impalpable compuesto de iguales partes de ácido bórico y café tostado, que obra á la vez como antiséptico y absorbente.

El autor dice que cuando la insuflación se practica bien y cada doce horas, los accesos desaparecen en algunos días, y la curación es completa al cabo de dos semanas.

Poco cuesta, en verdad, repetir los ensayos del autor, que recomendamos desde luego á los lectores, quienes saben muy bien que la nariz tiene gran influencia sobre nuestra salud, cosa que acaba de confirmar M. Haring, que ha curado enfermos de hemicránea, vértigos, neuralgias y hasta de asma sin más que destruyendo el tejido erétil intranasal de la extremidad anterior de las conchas.

Aunque nos separemos algo del tema principal de estos renglones para ampliar un tanto lo que se acaba de expresar, añadiremos que, si M. Haring ha pisado un poco de jabón, como aquí se dice, al hacer sus afirmaciones, no puede negarse que la nariz es la puerta por donde penetran algunas enfermedades, puesto que hay coriza debido al polvo de las calles, y catarros y fiebres que dependen respectivamente del polen de las flores y de vegetales microscópicos introducidos por la nariz.

¿Tendrían razón nuestros antepasados usando y aun abusando del rapé?  
Todo podría ser.

Hace ya algún tiempo que conocíamos los trabajos de algunos médicos ingleses que buscaban en las malas condiciones del agua la causa ocasional de las epidemias de escarlatina.

Pero ahora el Dr. Laure escribe desde Londres al *Lyon Medical*, y dice que la escarlatina tiene origen vacuno, esto es, que la escarlatina es una enfermedad infecciosa de la vaca, que ésta transmite á la humanidad por medio de la leche.

La verdad es que hay vacas escuálidas en que toda la nutrición parece concentrada en la ubre, de desarrollada que está ésta y de flaco que está todo lo demás del cuerpo; que hay muchas vacas sometidas á piensos extraños que aumentan la secreción láctea tanto como disminuyen el peso del animal; que además se hacen en algunas vaquerías infinitos enjuagues capaces hasta de producir la enfermedad de Basedow, que es el colmo de la hipóbole; pero, con perdón sea dicho del agregado de la Facultad de Lyon, M. Laure, hay muchos pueblos en que no se ve una vaca en treinta leguas á la redonda, y esto no quita para que haya epidemias de escarlatina de vez en cuando.

A pesar de la objeción nuestra á lo afirmado por Laure, conviene seguir los estudios emprendidos sobre el asunto, bien sea para hacer que se sacrifiquen las vacas de leche que carezcan de condiciones abonadas para este fin, ó bien para pensar en inocular un virus preservativo de aquella dolencia citada.

Se ha propuesto este siglo proclamar á la lanceta reina de la medicina, y aunque no se salga con su idea, hace esfuerzos titánicos por conseguirlo.

Lo que tiene es, y valga la frase puesto que se trata de cuernos, que no se arranca corto y por derecho.

T. LACEMENDI.

## EDITORIAL

### Epifisitis fungosa.

Esta alteración del orden fisiológico, como su nombre lo indica, se inicia siempre por las epifisis. Muy discutible es su origen: quien la atribuye á causas generales y específicas, quien á causas puramente locales que con posterioridad determinan estos mismos estados generales, que otros suponen de un valor causal.

No hay afección articular más insidiosa y de menos apariencia, si se exceptúan las formas *seca* y *granulosa*, que esta de que nos estamos ocupando. Las articulaciones que más suelen ofrecerla son, en primer término, la rodilla, después la cadera y últimamente el codo; en las demás es muy rara. He aquí la proporción, según Müller, de entre 232 casos observados por este autor:

Rodilla.....	118
Cadera.....	61
Codo.....	53
	<hr/>
	232

La edad en que con más frecuencia se presenta es en la de mayor evolución de las epifisis, en la edad de crecimiento.

Y así es que de los 7 á los 30 años ha tenido ocasión de observar Müller 114 casos y de los 30 años en adelante tan sólo 39.

Según Koenig no es posible distinguir de un modo cierto la sinovitis fungosa de la epifisitis de la misma forma, una vez determinada la sinovitis secundaria; en nuestro concepto sí, como después veremos al describir los síntomas de esta última.

La *epifisitis fungosa* se inicia, como otras muchas especies de epifisitis, por un dolor sordo, que aumenta, sin cambiar de carácter, después de un trabajo activo de la articulación ó de una larga posición forzada, aunque no sea más que en cuanto al tiempo de ella; en la bipedestación por mucho rato mantenida, si se trata de la rodilla, por ejemplo. Este dolor no va acompañado de deformidad articular ninguna, ni de mayor calor ni rubor en la parte. El estado general no se afecta en un principio, no hay fiebre de ninguna forma. De esta manera, con exacerbaciones y remisiones grandes del dolor, hasta el punto de transcurrir muchos meses sin que el enfermo sienta molestia alguna, se pasa largo tiempo hasta que se presenta una *ligera tumefacción* en la articulación que comprende la epifisis afectada; esta tumefacción es de carácter edematoso profundo, y no tiende á progresar, ni agrava ni dificulta las funciones de aquélla. Esta tumefacción se localiza entre los dos cóndilos del fémur, levantando un poco la rótula, en la rodilla; por debajo de la cabeza y cuello femoral, en la cadera, y á nivel del borde externo del olecranon en la articulación del codo. Si se punza, lo que disculpará su franca fluctuación, se observará que no da salida más que á un poco de líquido sinovial, turbio, pero no amarillento, sino blanquecino y algo lechoso, que, bajo el campo del microscopio, aparece formado de una trama fibrilar sumamente tenue y delicada; no hay células de pus ni germen ninguno.

Si la afección progresa, en lo cual ya hemos dicho que invierte mucho tiempo, una noche el enfermo que durante el día se ha sentido bastante molesto, con ese malestar indefinible que preludia siempre las grandes crisis patológicas, es acometido de fiebre, con gran cefalalgia, alteración del semblante, etc., etc., fiebre que suele remitir á las 24 horas; casi nunca esta fiebre hace pasar al termómetro de los 39° c., sin embargo de perturbar de un modo notable la generalidad del organismo, y casi nunca también va precedida de escalofríos. A este cuadro sintomático se agregan grandes dolores en la articulación, que está roja y mucho más tumefacta, su piel está lustrosa y tersa y la temperatura local se halla en correspondencia con la general, también aumentada, no sólo con relación al estado fisiológico, sino comparada con la otra articulación. Desde este momento puede tomar uno de dos caminos la lesión: ó producirse el *flemón articular*, cuya sintomatología y proceso tan bien conocido es de todos, ó limitándose la inflamación á los tejidos intrasinoviales, que es lo más común en estas epifisitis, determinar una artritis aguda que pronto se hace crónica.

En este estado las cosas, y en un período de tiempo que suele ser de años, se determina la sinovitis fungosa secundaria, hija de la epifisitis sintomática ó, mejor dicho, consecutiva de ella, y en dicho período es en el que dice Koenig que es muy difícil diferenciar una de otra, la epifisitis fungosa de la sinovitis fungosa idiopática, lo cual no es cierto. Aparte de que histológicamente, como después veremos, se diferencian considerablemente, en su manifestación clínica también son muy distintas; el lector que recuerde lo que hemos dicho en el artículo anterior ocupándonos de la sinovitis fungosa no puede menos de haber notado diferencias extraordinarias. Aquella tumorosidad grande, fluctuante, tan pronta en ulcerarse; aquella carencia de síntomas generales en todo su curso, que puede decirse que el organismo no se apercibe del proceso local hasta su período caquético, y esto de un modo ambiguo y poco franco, si se permite la expresión, contrasta de un modo notable con la antelación de los dolores epifisarios á la tumefacción articular casi insignificante, y la interrupción de este proceso al cabo de mucho

tiempo por una fiebre brusca en su aparición, acompañada de fenómenos artríticos agudos tan manifiestos que ofrecen las epifisitis fungosas.

Agréguense á estos los siguientes caracteres: gran dificultad para ulcerarse, y la manera de hacerlo es muy particular; se adhiere íntimamente la piel á un punto de la epifisis afectada, y en ese punto se forma un pequeño grano, grano que se rompe y deja una ulcerita más pequeña que un medio centímetro, sin profundidad de tejidos blandos y *sin carnes excrecentes*, de la cual mana un líquido claro, amarillento y pegajoso que se solidifica con facilidad, formando una costra dura que la cierra. En ciertos períodos supura en abundancia, sus bordes se irritan, se ponen rojos y erian alguna carnosidad, siempre poca, y la secreción es de consistencia, de color oscuro, sanguinolenta, de olor á cola caliente y con detritus óseos pequeños y muy porosos. Nunca esta úlcera es exuberante. La sinovial se seca, pierde sus cualidades secretoras de este líquido, y en su lugar se hace asiento de un trabajo fibroplástico como curador del proceso que anquilosa unas partes á otras; es carácter casi constante de esta afección en la rodilla el que la rótula se suelde por una masa de tejido fibroso al cóndilo externo del fémur; el repliegue sinovial inferior que envuelve la cabeza de la tibia se pega del mismo modo á ésta. Si la inflamación se propaga al tejido celular grasoso que forma la almohadilla por debajo del tendón rotuliano, entonces sobreviene el flemón subrotuliano sumamente grave. Estas inflamaciones parasinoviales hemos visto que no se presentan nunca en la sinovitis fungosa; no se crea por esto que son muy comunes en las epifisitis, por el contrario, más bien son patrimonio de las *sinovitis flegmonosas*.

*Proceso epifisario.*—Se inicia siempre por un pequeño foco inflamatorio en un canal de Havers; esta etapa del proceso es tan análoga, por no decir igual, á la de la osteitis geódica de las epifisis que hemos descrito en otro lugar (1), que no vamos á ocuparnos de ella por evitar repeticiones, empezando su estudio por el momento en que ya se hacen diferentes. Este es el de la aparición de las fungosidades en la pequeña geoda; estas fungosidades, muy pequeñas en un principio, son bastante duras y rojas, nunca supuran, y lo que segregan las ulceraciones, una vez establecidas, son exudados propios del hueso irritado por su presencia, irritación que algunas veces se convierte en inflamación, dando lugar á la salida de pus; avanzan destruyendo el tejido óseo por este mecanismo y formando verdaderos túneles hasta la superficie articular; no destruyen el cartilago y abriéndose paso por cualquier punto, como pudiera creerse á primera vista, sino que, dado su carácter eminentemente vascular, no de nueva formación como en la sinovitis fungosa, sino de aprovechamiento de los vasos ya existentes para su propagación, busca este camino de salida por aquellos puntos que sirven de salida de la vascularidad epifisaria ó la articulación por los ligamentos cruzados en la rodilla ó por el cónico ó redondo en la coxo-femoral; así se ve muchas veces al abrir estas articulaciones que no hay fungosidad en ningún punto de la sinovial ni de las epifisis, y, sin embargo, estos ligamentos están fungosos y á veces hasta destruidos ya, y este carácter no es superficial, sino que se prolonga hacia dentro hasta el fondo del espacio intercondíleo del fémur en la primera, y hasta la cavidad posterior de la cotiloidea en la segunda. Al llegar á este punto hacen un brote rápido, y es cuando se manifiesta la artritis aguda que hemos des-

(1) Véase la reseña del Instituto de Terapéutica operatoria de 1884, pág. 495.

crito; hasta entonces la articulación no acusaba más que ese pequeño derrame que hemos descrito anteriormente, derrame producido por la irritación hija de la responsabilidad de vecindad de tejido. Estas fungosidades no tienen el carácter de exuberancia *loca* que domina en las de las sinovitis, sino que son más restringidas, parecas en su evolución y mucho mejor organizadas. Si se da un corte perpendicular á su eje mayor y se lleva al microscopio se observará que están formadas por un magma de tejido conjuntivo proliferado, entre el que se ven muy disociadas fibras de tejido elástico, resto de los ligamentos, y sembrado de numerosos vasos, cuyas capas son indistintas, y en cambio aparecen rodeadas de una corona de proliferación epitelial, formando pequeñas islas más opacas que, á primera vista, les semejan mucho á tubérculos; estas pequeñas islas entran luégo en regresión, empezando ésta por el núcleo vascular, así es que muchas veces se ve un círculo de epitelio y en el centro una masa amarillenta caseosa; es muy probable que este trabajo regresivo sea motivado por la estrangulación del vaso y la mortificación, tanto de él como del territorio regado.

Como estas fungosidades brotan y crecen en las articulaciones precisamente por su línea interepifisaria, de aquí el que determinen con tanta frecuencia, cuando el miembro no está en posición terapéutica, dislocaciones en el sentido que más fácil desarrollo les consienta; así vemos muy á menudo dislocaciones en ángulo de la rodilla, dislocaciones hacia fuera y hacia arriba de la cabeza del fémur, en las epifisitis fungosas de la cadera, y un caso hemos tenido en nuestra clínica, el cual figurará en la reseña de este año, de dislocación incompleta hacia fuera de la tibia por esta misma causa, ayudada de un traumatismo. Estas dislocaciones están favorecidas naturalmente por la destrucción de los ligamentos intra-articulares, cuyas fibras hemos visto que están disociadas y destruidas en muchos puntos. Este carácter de la dislocación es patognomónico de estas epifisitis.

El cartilago se destruye consecutivamente y por irritación, es un verdadero trabajo de reabsorción el que se opera en él, quedando entonces las epifisis óseas al descubierto; en este estado se reimplantan las fungosidades en diversos puntos de su superficie, de tal modo que, cuando se abre una articulación en la que este proceso está muy avanzado, no se sabe cuál es el verdadero punto de emergencia de ellas, y sólo se ofrece á la vista unas superficies articulares tapizadas de flecos rojos y blandos; lo mismo ocurre con la cara interna de la sinovial, aunque en mucho menor grado, y con un carácter más bien de botones más granulosos que fungoideos, poco hemorrágicos relativamente y sin tendencia á formar angiomas como las de la sinovitis fungosa.

A pesar de no determinar grandes supuraciones, destruyen muy pronto el estado general si no se tratan convenientemente, sobre todo en cuanto se ponen en contacto del aire, dando lugar á estados tuberculosos y caquéticos.

*Curación espontánea.*—En muchos casos estas fungosidades, en lugar de crecer y avanzar hasta invadir la articulación, sufren una regresión rápida, y la cavidad geódica y el túnel se recubren de una sustancia fibroidea, nacarada, sumamente retráctil, y que determina la atrofia de esta pequeña cavidad reduciéndola á un pequeño nódulo fibroso que se destaca perfectamente en medio del tejido óseo de la epifisis.

Otras veces sufren una degeneración calcárea muy distinta por su color y consistencia del mismo tejido, y otras, finalmente, quedan estacionarias por falta de nutrición,

pero dispuestas al más pequeño aflujo sanguíneo, bien por el propio crecimiento de las epífisis, bien por una distracción de las corrientes sanguíneas periféricas hacia el interior, merced á la retropulsión de un brote eruptivo, sarampión, escarlatina, roseola, etc., ú otra causa análoga, á determinar una revivificación y un nuevo impulso en su desarrollo. De este modo se explica el que estas epifisitis jamás puedan darse por definitivamente curadas y sin el temor de que al cabo de cinco, diez ó veinte años se reproduzcan.

*Tratamiento.*—En los primeros períodos, la quietud de la parte y una buena posición para evitar las dislocaciones subsiguientes; si rodean á la articulación grandes masas musculares, como ocurre en la cadera, ó van á parar á ella tendones de músculos muy poderosos, como sucede en la rodilla, convendrá unir á la inmovilidad la extensión permanente con el fin de vencer la fuerza muscular que, obligando á un contacto continuo de una y otra epífisis, es una causa poderosa de irritación. En los segundos períodos, y, sobre todo, si la artritis tiende á hacerse flegmonosa, y en especial si sobreviene el flemón articular, deberá resecarse. Y finalmente, si el estado general es grave, hay manifestaciones tuberculosas en el pulmón, síntomas nefríticos ó hepáticos, se hace necesaria, como supremo recurso, la amputación; en la cadera podrá intentarse la desarticulación por el método de Jurneaux Jordán que, como es sabido, disminuye considerablemente los peligros de una desarticulación del fémur.

DR. A. MARTÍNEZ ANGEL.

## TÉCNICA

**Autopsia del rey Luis de Baviera.**—El resultado de esta autopsia ha dado la clave de las manifestaciones clínicas observadas hace años en el rey Luis de Baviera, atacado de enajenación mental, en la que la herencia jugaba un importantísimo papel. Las lesiones del cráneo y las del cerebro son bajo todos conceptos las más interesantes. El cuero cabelludo está espesado, y el cráneo es pequeño y asimétrico; la bóveda craneana sumamente delgada, las suturas frontal y sagital osificadas en la cara interna; el frontal presenta osteofitos de volumen variable en su parte interna; el seno venoso longitudinal superior está muy dilatado por la parte posterior y estrechado anteriormente al nivel del etmoides; las granulaciones de Pachioni, muy salientes. La dura madre aparece engrosada y muy hiperemiada, principalmente al nivel del frontal; el esfenoides y los peñascos ofrecen exóstosis; porosa, friable y asimétrica la silla turca y llenos de sangre negra y flúida los senos de la base. La aracnoides está engrosada en una gran extensión. Al nivel de la circunvolución frontal ascendente izquierda, en su parte anterior y al principio de la primera circunvolución frontal, la aracnoides y la pía madre se encuentran fuertemente adheridas, formando un espesamiento de las dimensiones de una pieza de peseta. A este mismo nivel, la bóveda craneana se halla reducida al espesor de una hoja de papel. Muchas circunvoluciones se hallan atrofiadas en placas. La sustancia cerebral, hiperemiada, acusa cierto grado de reblandecimiento. El peso del cerebro es de 1.349 gramos. Las lesiones de los demás órganos son insignificantes; el estómago presenta los caracteres asignados al catarro crónico.—MAURO M. BLANCO.

**Desecación de plantas en soluciones acuosas.**—Extractamos de una nota de M. Alberto Levallois, que publica *L'Union Ph.*, las siguientes curiosas experiencias, que juzgamos dignas de conocerse por nuestros lectores.

Las plantas terrestres sumergidas en ciertas soluciones acuosas presentan fenómenos de exósmosis, cuyo estudio he comenzado, dice M. Levallois. Estos fenómenos son análogos á los observados por M. Paul Bert en los animales sumergidos en el agua del mar.

Coloqué una rama de naranjo en una solución concentrada de cloruro de calcio. Al cabo de dos días todas las partes de la rama, tallos, hojas y flores, habían disminuído considerablemente de volumen, poniéndose rígidas y quebradizas y presentando, en una palabra, la consistencia de una materia desecada. Dicha rama, cuyo peso en un principio era de 25 gramos, no pesaba más que 10'5 á la salida del líquido, desprendiendo aún el olor del néroli. La destilación, en un aparatito de serpentín ascendente, demostró que no había habido pérdida de esencia.

Este experimento se repitió con tallos de menta cargados de hojas, con hojas de jeringio oloroso, con hojas de naranjo aisladas, etc., obteniendo siempre una pérdida de peso considerable con relación al peso de la planta fresca.

Todas las partes del vegetal tomaron la consistencia de una materia seca, quedando inalterables las esencias en las células, de las que pudieron recogerse por destilación. La menta perdió 70 por 100 de su peso después de 20 horas de inmersión en una solución saturada; desecada en la estufa pierde de 82 á 85 por 100.

No se desecan todas las flores como las de naranjo, ya porque su superficie esté protegida contra el contacto de la solución de cloruro, ya á causa de la naturaleza de sus membranas celulares. Las rosas, jazmines y tuberosas no experimentaron la desecación sino en ciertos puntos.

Investigaciones multiplicadas acerca de la menta y hoja de naranjo prueban que la desecación es tanto más rápida y perfecta cuanto más concentrada es la solución de cloruro. Han venido á demostrar también que después de la desecación, y quizá durante ella, se produce otro fenómeno que tiende á aumentar el peso del vegetal sumergido. Si se prolonga la estancia de las hojas en el líquido salino, se comprueba que, en vez de continuar perdiendo de peso, llegan á ser mucho más pesadas que en el momento en que fueron cogidas. Colocada una hoja de naranjo que pesaba 0'620 gramos en la solución de cloruro de calcio, se desecó desde luégo, pero al cabo de 100 horas de inmersión adquirió un peso máximo de 0'742 gramos. Otra del peso de 0'680 gramos dió igualmente después de 100 horas 0'858 gramos. Introducidas dichas hojas en agua pura volvieron á adquirir el peso que tenían en el momento de cogerlas, y vueltas á poner en la solución de cloruro, al salir del agua pura, recuperaron, después de algunas horas, el peso perdido.

Aunque de un modo menos enérgico, las soluciones saturadas de cloruro de magnesio obran como las de cloruro de calcio. El cloruro de magnesio añadido á una solución concentrada de cloruro de calcio no ha cambiado en nada el fenómeno.

En resumen, estas experiencias demuestran que puede separarse la mayor parte al menos del agua contenida en un vegetal, desecarle en un medio acuoso, y esto sin que haya pérdida de esencias. Éstas pueden recogerse en tiempo útil porque desde entonces no experimentan ninguna alteración.

Estos hechos merecen realmente fijar la atención de los farmacéuticos, tanto de aquellos

establecidos en los puntos productores, cuanto de los que no sin grandes dificultades pueden proporcionarse las plantas frescas, pues recibidas en las condiciones expresadas, en el método de Levallois podrían obtener por sí mismos ciertas esencias, objeto de constante falsificación.—TORRES.

**El muriato de cocaína contra el mareo.**—En una comunicación del doctor W. Otto (médico á bordo del vapor *Ems*), publicada en el *Boletín de Medicina de Santiago de Chile*, encontramos curiosas observaciones que vamos á transcribir.

La solución acuosa empleada en los viajeros del mencionado vapor en cinco viajes de ida y vuelta de Bremen á New-York fué la siguiente:

Muriato de cocaína.....	1 gramo.
Agua destilada.....	9 —

La dosis para adultos fué de 0'015 miligramos á 0'02 centigramos, tomada en un pedacito de hielo, á lo sumo tres veces por día.

Mientras la dosis de 0'015 miligramos fué bien soportada, la de 0'03 centigramos no tuvo los vómitos. El autor no hizo inyecciones subcutáneas de muriato de cocaína y excluyó de este tratamiento á los niños.

A los pasajeros que tomaron el muriato de cocaína les hizo guardar la posición horizontal en los primeros días.

Como resultado inmediato notó: detención de los vómitos, desaparición del estado nauseoso, y como terminación de este estado, la aparición de un sueño benéfico y tranquilo. Algunos pacientes creían haber tomado morfina.

A pesar de la anorexia que acompaña al mareo, no es difícil conseguir con este medio una alimentación apropiada y metódica.

El tratamiento dió los mejores resultados en las mujeres embarazadas, que tan fácilmente sufren el mareo.

Según el Dr. G. Gaertner, de Viena, las dosis de 0'1 decígramo de muriato de cocaína son muy peligrosas, como ha podido comprobar en sus investigaciones.

Concluye el Dr. Otto haciendo constar que algunos mareados, á pesar de ser tratados por la cocaína, permanecieron enfermos hasta la terminación del viaje.—BERRUICO.

**Cistitis blenorragica.**—Acabamos de conceder el alta, completamente curado de su cistitis, al cuarto de los enfermos tratados con éxito en la clínica del Instituto de Terapéutica, y vamos á exponer sencillamente su historia.

Era este joven de una población muy inmediata á Madrid, y en ella se dedicaba á pescador de río: un coito impuro le ocasionó una blenorragia, que trató, por espacio de un mes, con los balsámicos é inyecciones astringentes, sin obtener más resultado que la disminución del flujo, que á la vez se hizo más seroso, y la aparición de un tenesmo vesical insufrible, seguido de dolores al final de las micciones, que por ser tan frecuentes no le permitían el descanso; pocos días de este estado alteraron su salud, y cuando ingresó en este hospital, donde comprobamos todos los síntomas expuestos, el pobre pasaba las noches en un ¡ay!, con el orinal entre los muslos y arrojando á cada instante unas gotas de orina turbia, mucosa y á veces sanguinolenta: existía gran sensibilidad al paso de la sonda por la porción prostática de la uretra, y el contacto con el cuello vesical era insufrible. Estábamos en presencia de

una próstato-cistitis agudas, desarrolladas por la propagación de una uretritis blenorragica y, por tanto, nada más racional que apelar al tratamiento por el sublimado, que ya en los enfermos de cistitis subagudas, debidas á la misma causa, nos había producido excelentes resultados: pero antes quise juzgar una vez más de las ventajas de este tratamiento sobre el de Guyón, que es más infiel y suele tan sólo hacer pasar las cistitis agudas del cuello á subagudas, pero sin concluir con ellas, cual diré en otro número al referir otra historia clínica. Con gran trabajo, por la excesiva sensibilidad del paciente, pasé la sonda de goma del calibre ordinario hasta la porción prostática, é inyecté unos diez gramos de la solución de nitrato argéntico (10 centígramos en los 10 gramos), retirando la algalia; pocos momentos después, la emisión de orina fué tan dolorosa, que hubo precisión de recurrir al baño templado y al opio para proporcionar algún descanso al enfermo, y éste fué tan pasajero, que por la tarde hubo necesidad de volverle á dar opio, y al siguiente día todo estaba como antes de la inyección; pasados tres ó cuatro, quise repetir la inyección que, contra la voluntad del paciente, hice en igual forma, obteniendo exactamente los mismos resultados, por lo cual, así que transcurrieron cuatro días sin ventaja, comencé el uso del sublimado. De la solución al 2 por 1 000 mezclé una parte con dos de agua tibia, y llevando la sonda al cuello de la vejiga, inyecté unos 45 gramos, que obligué al enfermo á retener tres minutos próximamente, orinándola después; esta primera micción fué seguida de grandes dolores (como ha sucedido en todos los enfermos) que cesaron por la noche, para permitir al paciente descansar, reteniendo la orina ya por espacio de tres horas; al siguiente día, ya la orina era más clara y el número de micciones fué de cinco, hasta las once de la noche, en que se durmió para no despertar hasta las seis de la mañana siguiente; pasados tres días de alivio progresivo, le hice una segunda inyección de doble cantidad de líquido en igual concentración, y pasado el mal rato consecutivo á la primera micción, que fué ya más pasajero, descansó el enfermo y comenzó á levantarse, pidiéndonos el alta á los cuatro días, en vista de que ya no le molestaba nada y la orina sale completamente clara. Es decir, que han bastado dos inyecciones para hacer desaparecer una afección de ordinario tan larga y rebelde á los tratamientos usuales, y desde luégo el empleo del sublimado ha sido superior en cuanto á sus resultados al uso del nitrato argéntico, hecho que he podido comprobar en otros casos análogos, cuyas historias publicaré en otra ocasión.—GARCÍA ANDRADAS.

**Elefantiasis del gran labio derecho.**—A título de curiosidad científica, vamos á referir á nuestros lectores un caso de esta especie que hemos tratado recientemente, y del cual dimos cuenta á la Sociedad Ginecológica Española.

El 3 de Mayo último se presentó en nuestra consulta especial del Instituto de Terapéutica Operatoria una joven de 26 años, con un tumor que, partiendo del pubis y del gran labio derecho, colgaba entre los muslos hasta cerca de las rodillas, imposibilitándola para ejercer su oficio de lavandera. Dicho tumor tenía las dimensiones siguientes: circunferencia mayor, 54 centímetros; ídem del pedículo ó inserción, 36 centímetros; longitud total, desde la inserción hasta el ápice, 20 centímetros.

Cubierto por una piel dura, engrosada, rugosa y resquebrajada, presentaba en algunos puntos unos tumorcitos duros, á modo de verrugas, y en otros costras negruzcas, de las que las más declives dejaban, al desprenderse con los roces, superficies escoriadas que producían un líquido claro. La consistencia del tumor era dura en la superficie, sobre todo en la parte

más ancha, y blanda en el centro. La mucosa del gran labio, muy distendida, ofrecía también algunos tumorcitos verrugosos, hallándose borrada la ninfa correspondiente. Según los datos suministrados por la interesada, el padecimiento había comenzado hace seis años por una inflamación de ambos grandes labios, que cedió al tratamiento emoliente entonces empleado, para reaparecer pronto en el labio derecho bajo la forma de un tumor y adquirir gran incremento durante el primer embarazo, que no llegó á término (ocho meses), quedando después del aborto reducido á la mitad. En los otros cuatro embarazos, de los que no logró llevar á término más que el último, que fué distócico, sucedió lo mismo que en el primero; el tumor crecía á la par que el útero grávido, y se achicaba con la vacuidad de este órgano. Iguales alternativas imprimía en él la menstruación, que siempre fué normal. Ninguna otra alteración se observaba en la enferma.

Hecho el diagnóstico de tumor elefantásico del gran labio derecho, y prevenido con la lectura de algunas (muy pocas por ser raras) observaciones acerca de las hemorragias que ocurren durante la extirpación de estos tumores, practiqué la operación el 13 de Mayo, circunscribiendo la raíz ó gran pedículo entre dos incisiones elípticas; en la primera ó interna, tallé un colgajo á expensas de la mucosa del gran labio. Como el desprendimiento del tumor se hizo por disección atenta, fuí ligando á medida que los cortaba los gruesos y numerosos vasos contenidos en aquél, pues las ramas de la pudenda interna y las cavernosas del clítoris habían adquirido gran desarrollo, estableciéndose en el tumor una abundante circulación propia. Se hizo la sutura alterna, con seda y catgut, de ambos colgajos, aplicando la cura de Lister y un vendaje T de ano.

En los días sucesivos, la operada no tuvo más novedad que el esfacelo ocurrido en el extremo perineal de la mucosa, dejando una superficie cruenta de unos dos centímetros que se mantuvo en condiciones de reparación con los toques de tintura de iodo, y cicatrizó en el resto del mes, saliendo la operada del hospital sin otro inconveniente que la posible reproducción de su elefantiasis, si hemos de creer lo que algunos autores afirman. El tumor pesó 2.430 gramos: su contenido era mixomatoso, con cavidades ó sacos quísticos de contenido líquido amarillento, y la corteza exterior muy gruesa y dura, como lardácea, cuya textura histológica no hay necesidad de recordar, porque se describe en las obras modernas de dermatología. Lo que sí sentimos fué no examinar el contenido líquido para ver si encontrábamos la *filaria sanguinis hominis*, parásito al cual se atribuye el desarrollo de la quiluria y de estas elefantiasis que se presentan en los genitales externos de la mujer y en los del hombre, como producto de la obstrucción de los linfáticos y de los conductos glandulares por la acumulación de tales nematoides. Así como en nuestro país son raros los casos de elefantiasis genital, son muy frecuentes en los países tropicales, cuya patología especial se ha ido esclareciendo con el descubrimiento de la filaria por Lewis y los estudios posteriores de Bancroft y de Manson que demuestran la naturaleza, formas evolutivas y propiedades de semejante parásito.

Recientemente publica también el doctor John Guiteras en el *Philadelphia Medical News* varios casos de *filaria sanguinis hominis* que ha observado en los Estados Unidos, debidos al uso, sin filtrarla, del agua de cisterna, la cual contiene los mosquitos muertos, en cuyo cuerpo ha completado su desarrollo la larva filárica. Todo lo que el profesor citado dice como nuevo respecto á la anatomía, historia natural y relaciones patológicas de las especies de filaria, se encuentra ya estudiado desde 1877 en las Memorias del doctor Manson, que nuestro

amigo Cortezo ha trascrito en la traducción del Bonis, en donde pueden encontrar los lectores cuanto importa acerca del asunto.—GUTIÉRREZ.

---



## CRÍTICA

---

**De la intervención quirúrgica en la tuberculosis.**—Por la enseñanza práctica que atesora, desearíamos trasladar íntegra á nuestro periódico una de las varias lecciones explicadas por el Dr. Trélat acerca de las causas que ocasionan la falta de éxito en las operaciones practicadas en individuos tuberculosos; no siéndonos posible hacerlo así, nos limitamos á decir, de acuerdo con el eminente clínico, que nada hay más difícil en la práctica quirúrgica que saber abstenerse ó decidirse á obrar en los casos de lesiones tuberculosas, y, sobre todo, en las de los huesos. Refiere á este propósito la historia de individuos robustos en apariencia, sin lesión apreciable en ningún órgano ú aparato de los esenciales para la vida, con simples focos de osteitis ó caries tuberculosas limitadas y pequeñas, y en ellos la intervención para destruir el foco determina el brote de tuberculosis agudas en el pulmón y la muerte más ó menos rápida del enfermo. También nosotros recordamos hechos semejantes, que son de los que jamás se olvidan á un práctico, porque haciendo concebir esperanzas risueñas, echan por tierra el pronóstico, impresionándonos dolorosamente. En otros casos, la afección local recidiva, y es preciso, armándose de paciencia, destruir una y otra vez el foco tuberculoso hasta conseguir extinguirle, ó si el proceso se generaliza, renunciar á su curación, quedando reducidos á paliar la enfermedad. Es que, cual dice Trélat, ocurre en estos casos que, arraigada la semilla y oculta todavía bajo el terreno, no ha germinado, y el cirujano que extirpa un foco tuberculoso de un hueso, por ejemplo, ve ya el tejido sano, no descubre en él el menor punto enfermo, pero cuando viene la regeneración deseada, estallan aquellas semillas y brota de nuevo la afección, sin que pueda culpase al que intervino, pues no es posible defenderse de un enemigo invisible; algunos casos de resecciones articulares podríamos citar, en los cuales se separaron las superficies óseas enfermas, se destruyó todo lo sospechoso, se abrigaron esperanzas de una curación radical, en vista de la cicatrización rápida, y cuando sólo quedaba un punto cruento comenzaron á presentarse de nuevo las fungosidades y en poco tiempo destruyeron la obra de regeneración, obligándonos á sacrificar un miembro que creíamos ya conservado.

Pero esto no indica que debamos ser tan absolutos que ante una afección tuberculosa vayamos á desistir de toda intervención quirúrgica por miedo á la reproducción ó á la generalización del proceso; hágase primero con toda minuciosidad una detenida investigación del estado general del paciente; estúdiense el funcionalismo de los órganos respiratorios y hematopoyéticos; véase la extensión y gravedad de la afección local, y rodeándose de todos los cuidados de la antisepsis más rigurosa, procédase con valentía á extirpar todo lo enfermo, y á la manera como en el canceroso tratamos de separar todo lo enfermo excindiendo por una zona completamente sana, sin desesperar por miedo á la reproducción, separaremos lo tuberculoso de lo sano, en la esperanza de llegar á tiempo, que también ocurre muchas veces curarse definitivamente el enfermo, y de ello citaremos algunos casos en otro número.

Una sola deducción, que aun no me atrevía á formular, pero que ya ante los trabajos de Trélat va robusteciéndose en mi ánimo, voy á indicar, advirtiéndole que todavía no lo siento

como conclusión, por basarse en escaso número de hechos clínicos: en las artritis tuberculosas de las extremidades en individuos adultos, voy siendo partidario de recurrir desde luego á la amputación, sin pasar por las recepciones, de las que no he visto resultados satisfactorios.

Recordaré también, y acerca de esto he de ocuparme con más amplitud en otro trabajo, que hay muchas afecciones óseas y articulares, así como ganglionares, que hoy son confundidas con tuberculosis locales, sin ser de este origen, y que por tanto, curan perfectamente con la intervención quirúrgica.—GARCÍA ANDRADAS.

**Tratamiento de la amenorrea por el permanganato de potasa.**—Este asunto, que se viene tratando desde 1883 por muchos ginecólogos, vuelve hoy á ser resucitado por Billington, que publica en el *Méd. Record*, una serie de observaciones para demostrar los buenos efectos del permanganato en la amenorrea, comprobados también por los doctores Thomas y Fordyce Barker. Dicho agente terapéutico se administra en cápsulas de gelatina á la dosis de 10 á 20 centigramos, cuatro veces por día. Debe empezarse la medicación una semana antes de la supuesta aparición de las reglas, y si éstas no tienen lugar, hay que continuar por espacio de otra semana, para suspenderla después hasta el período siguiente. Cuando el medicamento no es tolerado, se puede usar en fricciones. Su modo de obrar es muy discutido, pues al paso que el doctor Martín cree que el permanganato obra, no tanto por su acción sobre la sangre como por la vaso-motriz especial que ejerce sobre los anejos del útero, el profesor Bartlett piensa que dicha sal se descompone en el estómago, dando lugar á la formación del bióxido de manganeso, que produce el mismo efecto que el permanganato, con la ventaja de ser mejor soportado.

Es vana pretensión la del Sr. Billington al preconizar de un modo general el permanganato de potasa como remedio seguro contra la amenorrea. Si no supiéramos que ésta no es una entidad morbosa, sino un síntoma de multitud de trastornos, tanto locales como generales, de la mujer; si la amenorrea, por lo mismo, no reconociera tan variadas causas, quizás hubiera lugar á entusiasmarse con descubrimientos como el que nos ocupa.

Pero en el momento que sabemos existen una amenorrea congénita, una amenorrea congestiva, una amenorrea por estado general anémico, por atrofia de los ovarios, por obstrucción ó mecánica, á *frigore*, etc., etc., se comprenderá que el tratamiento tiene que dirigirse á la causa y no al síntoma, si aquél no ha de degenerar en el empirismo; y, como consecuencia, es inútil recomendar un determinado medicamento sin razonar sus indicaciones, especificando en qué variedad de amenorrea debe administrarse, si se ha de obtener resultado positivo, pues aparte de que á veces sólo la cirugía puede triunfar de la supresión menstrual, el concepto de *emenagogos* atribuido á ciertos agentes farmacológicos es falso, en tanto supone en ellos una virtud especial para provocar la aparición de las reglas. Esto lo consiguen todos aquellos medios que, obrando sobre el elemento causal de la amenorrea, modifican las condiciones generales del organismo ó los trastornos locales que impedían se realizara de un modo fisiológico la congestión periódica. Y en este supuesto, en la misma línea se encuentran el permanganato y la hidroterapia, el arsénico y la electricidad.—GUTIÉRREZ.

**La cocaína en la operación de catarata.**—Mi querido amigo el Dr. Carreras-Aragó, en su estimable periódico *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona, publica un notabilísimo artículo acerca del modo sencillo de evitar los principales inconvenientes de la cocaína en las operaciones de catarata, al cual escrito voy á permitirme hacer algunas objeciones.

Afirma mi ilustrado compañero que, con la solución que antes empleaba (5 por 100) con alguna profusión, si bien obtenía el efecto anestésico apetecido, no dejó de ver en algún caso dificultad en la cicatrización de la herida, y en uno enturbiamiento de la membrana.

Soy yo partidario de la simplicidad farmacológica y de la simplicidad quirúrgica y, por otra parte, he hecho públicas mis ideas acerca de la ineficacia de la cocaína en las operaciones oculares; pero aun con esto, he de decir que con tanta profusión como mi colega he empleado la cocaína cuando hacía mis observaciones clínicas, y no sólo no he visto enturbiamientos de la córnea producidos por la acción de la cocaína, sino que creo firmemente que ese es un síntoma propio de las inflamaciones traumáticas, en que nada tiene que ver la cocaína.

Mi buen amigo opina que ha sorteado todos los inconvenientes, usando la atropina uno ó dos días antes de la operación, y momentos antes del acto operatorio, instilando en la cavidad ocular cinco gotas de cocaína al 4 por 100, salvando los casos en que la catarata va acompañada de síntomas glaucomatosos, en los cuales no usa la atropina.

Conozco la gran habilidad operatoria de Carreras-Aragó y proclamo su mucha valía como oculista; pero no puedo explicarme por qué llama verdadera dificultad al hecho de estar contraída la pupila al practicarse la quistotomía, y antes bien, yo sostengo que así está el mayor número de veces, porque al salir el humor acuoso, luégo de terminado el colgajo, si no antes, la pupila se contrae, sin que esto sea dificultad ni mucho menos para quien, como Carreras-Aragó, maneja el cuchillo con envidiable soltura.

Al hablar de síntomas glaucomatosos, presumo que no ha tenido en cuenta más que el aumento de presión de los ojos prominentes, porque á buen seguro que no se refiere á la catarata glaucomatosa propiamente dicha, cuando, mejor que yo, sabe que ella es la última evolución del glaucoma, y que nunca se restablece la visión aun cuando se opere y salga magistralmente.

Sintetizaré mis ideas, hecho ya cargo de lo que dice mi distinguido y estimado amigo. En los operados de catarata sucede lo que en todo: hay quienes sufren confiados y tranquilos la operación, y hay quienes gritan y gesticulan como si la operación fuese el arquetipo del dolor. En mi concepto tienen razón los primeros y, allá en mis adentros, juzgo á los segundos de un modo poco favorable, que no he de decir aquí en este momento.

Aquéllos, sin cocaína sufren bien la operación, ya se haga sin más fijeza que los dedos, ó ya se empleen blefarostato y pinza; éstos, con cocaína y con morfina y con todos los anestésicos habidos y por haber, y con la más ó menos cruenta de las maniobras, pondrán siempre el grito en el cielo y dirán que han sufrido horriblemente. Los nervios son á veces la careta con que se disfraza el miedo ó la pusilanimidad, y aquí está todo el secreto de la cosa.

Empleo yo indistintamente el procedimiento clásico ú otro cualquiera, sin y con instrumentos de fijación, y, como fin de la cuestión, declaro que tengo la suerte de que se quejen poco mis operados, y además que no hallo inconveniente en que esté vacía la cámara anterior y contraída la pupila, no sólo para practicar la quistotomía, sino, lo que es más grave, para extraer el cristalino con la cuchilla cuando no obedece á la presión de los dedos.—LÓPEZ-OCAÑA.



## BIBLIOGRÁFICA

**Primera serie de diez ovariectomías**, por el Dr. D. Miguel A. Fargas.

Cuando tiene uno la suerte de leer trabajos como el publicado por el distinguido especialista barcelonés Sr. Fargas, parece como que el espíritu se siente henchido de entusiasmo al ver que aun hay en nuestro país hombres dotados de las cualidades necesarias para levantar el decaído nivel científico y dar días de gloria á la medicina patria. Es preciso que comprendamos que sólo imitando el ejemplo del Sr. Fargas llegará á todo el mundo civilizado el eco de nuestras ideas; sólo con el asiduo y constante trabajo podremos conseguir triunfos en nuestra profesión que no desmerezcan de los decantados de otros países, cual se revela en el elegante folleto de 48 páginas que lleva por título el de este juicio bibliográfico.

Después de atinadas consideraciones sobre la laparotomía, su historia y sus resultados en los distintos países, sin que haga más que apuntar algunas de las muchas causas que en el nuestro han contribuído á sus escasos éxitos, reseña detalladamente diez observaciones de ovariectomías por él practicadas, cuyas nueve primeras fueron seguidas de curación y la última desgraciada.

Este solo detalle basta para acreditar la pericia y la inteligente práctica del Sr. Fargas, pues *la suerte*, que es para los envidiosos de la gloria ajena el factor primordial de todos los éxitos, no se puede mostrar tan propicia en un número relativamente crecido de operaciones como las llevadas á cabo por nuestro compañero. Sus conocimientos especiales, su buen juicio clínico, su entusiasmo científico, que le ha impulsado á fundar una clínica de ginecología, donde algunas enfermas encuentran esmerada asistencia á la vez que la curación de sus padecimientos, todo esto constituye la *suerte* que ha tenido el Sr. Fargas en su «primera serie de diez ovariectomías» que desde luégo deseamos centupleque para satisfacción y provecho de sí mismo, de la humanidad y de la ginecología española, que debe avanzar con más rapidez en el camino del progreso.

**Estudio sobre la operación de la ovariectomía**, por Aurelio del Río y Mozas.

Con este título ha publicado nuestro distinguido amigo un bien escrito folleto, en el que se ocupa de la historia de la ovariectomía, de sus indicaciones y contraindicaciones y del manual operatorio, á la vez que hace un estudio estadístico comparativo, terminando con cuatro observaciones de cirujanos españoles y alguno extranjero. Como trabajo descriptivo y de recopilación, el de nuestro amigo, Sr. del Río, llena su cometido y merece leerse; fáltale, sin embargo, el interés clínico, puramente personal que resplandeca en el folleto anteriormente juzgado. Ha de permitirnos nuestro ilustrado compañero que llamemos su atención acerca de la estadística de la ovariectomía en España, que encontramos equivocada en lo que se refiere á las operadas del Dr. Rubio, y, sobre todo, á la cifra de las curadas, que no corresponde á la realidad, dada la fecha en que el Sr. del Río publica su trabajo; pues en 1880 leyó el Dr. Pulido el discurso inaugural de la Sociedad Ginecológica acerca de la *Historia de la ovariectomía en España*, y en la estadística que presenta, aparece el Dr. Rubio con un contingente de diez ovariectomías (bien detalladas las observaciones), de las que cuatro fueron seguidas de éxito y seis desgraciadas; si á estas cuatro añadimos otras cuatro que yo recuerdo en este momento y presencié en la clínica particular y en la del hospital desde 1880 al 85, resultarán ocho curaciones, y no seis como indica el folleto, siendo también mayor el número total de operaciones practicadas hasta la última fecha citada. Conviene, pues, rectificar estas equivocaciones para no hacer tan oscuro el cuadro que la cirugía española puede presentar de la ovariectomía.—GUTIÉRREZ.

## DEMOGRÁFICA

Ha sido la mayor altura barométrica de la decena 711'40 m. y la menor 702'33, hallándose ahora dicho instrumento físico á + 3'3, con respecto á la altura media anual, lo que indica seguridad de tiempo. El termómetro marcó 32'6, y descendió en algún día de tormenta á 29'4, siendo común aquella temperatura máxima, y como mínima la de 11'7. Los vientos soplan del primer cuadrante, aunque acompañados del E. y O.

Régimen alimenticio ligero, bebidas acídulas, prohibición de toda sustancia grasa y salzas excitantes, frutas sazonadas y no en abundancia, y telas sencillas para los vestidos; he aquí lo que recomendamos á los lectores. Precaución de no beber agua cuando se suda mucho, no dormir al sereno ni con las ventanas exteriores de los dormitorios abiertas de par en par, y con todo ello no sufrirá quebranto la salud. Deben ya comenzarse los baños; pero entiéndase que á los pletóricos ó muy robustos les convienen tibios y prolongados, y á los niños ó personas débiles fríos y cortos.

Abundan los cólicos por indigestión, las colitis catarrales, las irritaciones gastro-intestinales, las congestiones activas del cerebro y del pulmón, y se ven casos de fiebre palúdica. Continúa aumentando el sarampión en los niños y rebajan los casos de difteria.

La mayor mortalidad diaria de Madrid ha sido de 50 individuos, y la menor de 36.

## NOTICIAS

### EL DICTAMEN

B. L. P.

á la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, y tiene el honor de manifestarla que es el padre de la *práctica de la cloroformización*, y que al tomarlo de sus columnas la *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona, tuvo el cuidado de hacerlo constar así.

T. Lacemendi aprovecha esta ocasión para reiterar á la *Revista* el testimonio de su afecto, y á la vez la ruega que no siga la incorrecta conducta de algunos cofrades, que dan á menudo *gato por liebre* á sus lectores.

Madrid 10 de Julio de 1886.

Ha llegado á poder nuestro una protesta hecha por la Academia Médico-Quirúrgica Española y *parte* de la prensa profesional.

Del motivo de la protesta hemos dicho bastante en la primera noticia de nuestro número anterior.

De la protesta no decimos más sino que no habiendo sido invitados á reunión alguna, nos consideramos dispensados de insertarla.

A pesar de ser muy amigos nuestros los firmantes.

Accedemos con gusto á los deseos de nuestro amigo y colaborador Sr. Gordillo, anunciando que en el folleto que prepara acerca de la rabia contestará á los que se ocupen de cuanto sostiene en los artículos publicados en EL DICTAMEN.

Con que un poco de paciencia, y nada más.

La medicina española cuenta dos sacerdotisas más, salidas de los templos de Barcelona y Valladolid.

Me alegro, por lo que sufrirán al saberlo los que creen á la mujer un espantajo.

Y siento ¡ay! que no hayan sido las licenciadas condiscípulas mías, con obligación de sentarse á mi lado durante la carrera.

¡Ahí verá usted lo que son los gustos!

Nuestro compañero en la prensa, el doctor Pulido, ha tenido la desgracia de perder una hija.

El doctor Mariani, también compañero nuestro y amigo querido, tiene gravemente enferma á su madre.

¡Dios dé fuerzas á Pulido para soportar la desgracia, y libre á Mariani de la que le amenaza en este momento!

Ha fallecido en Madrid el médico D. Joaquín Muñóz Caravaca.