

EL DICTAMEN

PERIODICO DECENAL DE MEDICINA Y FARMACIA

IMPRESIONES

Agradezcámoslo á Claudio Bernard, que fué quien nos trajo las gallinas. El ilustre fisiólogo francés, pensando que ciertas sustancias medicinales ingeridas por la vía gástrica no podían menos de producir accidentes graves, y pensando además que era una lástima no utilizar algunos medicamentos en determinadas enfermedades, imaginó inyectar á los animales por la vía rectal sustancias gaseosas que era imposible administrar por la boca, y vió con sorpresa que en el animal sometido á enemas de ácido sulfhídrico, por ejemplo, la eliminación se verificaba rápida é inocentemente por los pulmones, sin daño alguno para el resto del organismo.

Descubierta la base, puesta la primera piedra del edificio, siempre lo más costoso en toda clase de construcciones, no se necesitaba más para sacar el partido posible de los experimentos del insigne fisiólogo, que un espíritu observador y estudioso viniese luégo á poner en práctica los principios afirmados por aquél, y, en efecto, el doctor Bergeon, agregado de la Facultad de Lyon, acaba de hacerlo, según comunicación leída en la sesión de diecinueve de Octubre en la Academia de Medicina de París.

M. Bergeon ha introducido en la terapéutica de las enfermedades respiratorias los enemas gaseosos, y, á créerle, no hay tisis que no se modifique favorablemente á los pocos días de empezar su tratamiento.

M. Bergeon se vale del ácido carbónico, tolerado fácilmente por el intestino grueso, absorbido de modo rápido y eliminado no tarde por el pulmón, y tal es la mejoría apreciada desde luégo, que el autor asegura que tísico que antes espectoraba 300 gramos diarios de sustancia purulenta, no arrojó más de 3 á 5 gramos al aplicar su tratamiento. Añadamos á esto que también se despierta el apetito y desaparece la fiebre, según el autor, y tenemos que resulta ventajosísimo y poco costoso librar batallas á enemigo tan terrible como la tisis, en la confianza de que las ganamos.

El autor prepara el ácido carbónico por la acción del ácido sulfúrico sobre el bicarbonato de sosa depositado en una esfera de cauchú capaz de contener seis litros, y trasladado el gas á una jeringuilla aspirante, le inyecta en el recto del enfermo.

La trementina y el éter, dice M. Cornil, que leyera la comunicación antedicha, que pueden producir violentas inflamaciones intestinales, y añade que los resultados obtenidos por M. Bergeon han decidido á muchos médicos á experimentar el método de éste.

No echaremos este asunto en saco roto. Las enfermedades pulmonares,

por el peligro que traen aparejado y por la ineficacia de la terapéutica que contra ellas se emplea, llámannos mucho la atención, y nosotros creemos que será el primer siglo de la historia aquel que venza la tisis de un modo indudable.

Conque ¡figúrense ustedes si lo ensayaremos con gusto!

*
*
*

Los suscritores de este periódico recordarán que hace próximamente un año que nos ocupábamos del ingerto de un ojo de conejo, hecho por el doctor Chilbert, y recordarán también que, á vuelta de algunas consideraciones, veníamos á decir á éste aquello de «eres turco y no te creo,» en contra de sus absolutas afirmaciones.

Pues bien; en el Congreso de Cirugía Francesa ha resucitado Rohmer, de Nancy, la cuestión de prótesis ocular, que dice haber tenido el dón de apasionar al público en estos últimos tiempos, y la ha combatido con tales razones, que creemos que la prótesis de Chilbert pasará á la historia para no figurar más que como una aspiración plausible y generosa de nuestro siglo en pro de la desgracia.

Rohmer dice que había quienes creyeron posible el restablecimiento de la función visual, y quienes consideraban de uso corriente la sustitución del ojo perdido por uno de conejo, y añade que es preciso divulgar los resultados infaustos para probar la fragilidad de las cosas humanas en general y de los ojos transplantados en particular, siendo el principal del ingerto el desarrollo de la oftalmía simpática, que no permite conservar mucho tiempo la ilusión de un acontecimiento tan poco duradero.

A través de la distancia, nosotros tendemos la mano á M. Rohmer porque habla el único acento lícito en la ciencia, el de la verdad, y lo hacemos con tanto más gusto cuanto que con su comunicación tiende á desbaratar preocupaciones vulgares que aquí, como en Francia, nacen en el cacumen de algunos *profesores* y van á morir en las últimas capas sociales.

Todo este tiempo hemos temido que cualquier *coleguita* de los que trabajan á los acordes del estrepitoso bombo nos saliera diciendo en un periódico de los que cobran los reclamos que había alojado en la cavidad orbitaria de un marqués ó *condés* el ojo de un perro de caza ó de un toro de Miura, con el cual ojo llegaba hasta á conocer á sus acreedores; pero no, por esta vez ha pasado desapercibido el juego de manos, y la medicina española se ha mantenido seria y circunspecta, aplaudiendo los esfuerzos de Chilbert y no tomándolos por mala parte.

Y en verdad que es *milagro*, MILAGRO y MILAGRO.

*
*
*

Está próxima á discutirse en la Academia de Medicina de París una conclusión en que se llama la atención de los poderes públicos sobre la nece-

sidad de reducir el número de tabernas, de reglamentarlas y de aplicar con rigor las leyes represivas de la embriaguez.

Como se ve, nuestros colegas de allende el Pirineo se ocupan de otra cosa que puede ser útil á la humanidad, además de que se ocupan también de la ciencia, y nosotros creemos que así llenan su misión mejor las Academias médicas que presentando comunes casos clínicos ó hablando de si el mismo Mahoma se ha curado por la intercesión de este médico ó del de más allá.

Fiando en la palabra de un amigo nuestro, aseguramos que pasan de cincuenta los templos consagrados á Baco en las calles de Atocha y Toledo, y francamente, nos parecen excesivas iglesias para dios tan mofletudo é inútil.

La taberna es casi una institución en España; gran número de personas venidas á más no pueden desechas por completo hábitos adquiridos en ella, y buena prueba de ello nos dá la estadística criminal acusando que hay en la población penal española no pocos hombres de instrucción superior; así es que, convencidos nosotros de que la taberna forja el delito en la inmensa mayoría de casos, aplaudiremos al Gobierno francés si accede á lo que demanda la Academia.

Falta hace en España un círculo, centro, academia ó lo que quiera que sea, que tenga el valor de pedir que disminuya el número de tabernas, que no tolere en ellas los juegos de envite ó azar, que no consienta tertulias compuestas de hombres provocativos ni sirva lo que pidan los embriagados, y hace falta, porque nuestrás estadísticas criminales indican aumento creciente, y esto revela que aumenta la barbarie en vez de disminuir.

Con harto sentimiento de muchos españoles.

T. LACEMENDI.

EDITORIAL

La faradización en la agalaccia.

Siendo tan frecuente la supresión láctea y tan escasos é inciertos los medios con que la ciencia cuenta para combatirla, es de extrañar que no se haya dado á esta perturbación de la secreción la importancia que debiera, y que esto es así, lo demuestra bien claramente el hecho de que en tanto que el médico se confunde con el vulgo recomendando las horchatas de cañamones y de piñones, ó el cocimiento de avena para restablecer la secreción láctea suspendida, olvida por completo las circunstancias que motivaron la suspensión de la función, y pasa por alto los medios puramente científicos de que puede sacar mejor partido.

La agalaccia depende de distintas causas que conviene tener presente, pues de otro modo no es posible establecer el tratamiento apropiado, ni resolver en conciencia el problema de si la mujer es ó no apta para la lactancia. Preséntase con alguna frecuencia en las clases acomodadas y en las personas débiles que lactan en edad demasiado tierna ó demasiado avanzada; suele sobrevenir en mujeres cuyas mamas tienen un desarrollo ru-

dimentario y en aquellas de pechos bien desarrollados en los que la glándula se halla comprimida por prolongaciones de la capa grasienta que penetran entre cada lóbulo; son causas también las enfermedades constitucionales y las lesiones agudas ó crónicas de las mamas, y puede depender de una enfermedad aguda, siendo sintomática de afección, con la cual esté unida por relaciones simpáticas de los órganos afectos ó por la dependencia común de las funciones secretorias, y, por último, suele depender del estado de debilidad general resultante de la dieta severa que algunos médicos imponen á sus paridas en los primeros días de la parturición, de hemorragias agudas, de causas deprimentes morales y de deficiencia de alimentación.

La sola enunciación de estas causas basta por sí sola para demostrar lo complejo que es el problema terapéutico y la imposibilidad de restablecer la función en ciertos casos, lo que ha hecho decir á un eminente práctico, que cuando se presenta la agalactia *lo mejor que debe hacerse es recurrir á una nodriza*. Pero si bien este consejo debe seguirse cuando la causa sea imposible de remover, nosotros creemos, con el doctor Ancona, que antes de recurrir á la nodriza, deben ensayarse los medios terapéuticos que el caso exija, y muy principalmente la influencia de cuatro ó cinco sesiones de faradización, de la que los doctores Aubert, Becquerel, Moutard, Martín, Ancona y el doctor Buisen, en unión mía, hemos obtenido el mejor éxito.

El estado de debilidad general de la mujer, dependa de cualquiera de las causas que hemos enunciado, es el que con más frecuencia suele determinar la agalactia, y en estos casos y en los que depende de falta de desarrollo por la poca ó mucha edad de la mujer, es en los que mayor triunfo puede alcanzarse con la faradización, medio recomendado desde muy antiguo y que ha tenido el triste privilegio de no llamar la atención de los prácticos.

Hace quince días se presentó en nuestra consulta una joven de 27 años de edad, regularmente constituida y bastante debilitada por la mala y escasa alimentación que tomó durante el embarazo y por la abundante hemorragia que tuvo en el parto; habían transcurrido doce días desde su alumbramiento, y la secreción láctea se había establecido tan incompletamente que, á pesar de las frecuentes succiones del niño, los pechos apenas segregaban unas cuantas gotas, cantidad insuficiente para la alimentación de la infeliz criatura, que pasaba día y noche llorando y que perdía de peso de día en día hasta el punto de presentar esa cara arrugada de vieja, propia de los niños que padecen tabes mesentérica.

La madre me decía que había tomado horchata de piñones, y que á pesar de ello los pechos continuaban flácidos y no segregaban leche.

Reconocida detenidamente y convencido de que la agalactia incompleta que tenía no era dependiente de falta de desarrollo de los pechos, ni de ninguna enfermedad mamaria, ni tampoco de ninguna otra afección, y encontrando causa suficiente para explicarme la falta secretoria en la debilidad general determinada por la hemorragia durante el parto y la escasa alimentación durante el embarazo, pensé en activar la secreción láctea, para lo que era insuficiente la succión del niño, puesto que en doce días no había conseguido ningún resultado; por tanto, no creía que con las ventosas conseguiría mejor éxito.

Consulté la literatura médica y acabé de convencerme por lo que dicen los clásicos y por la experiencia mía de la poca ó ninguna eficacia de los galactogogos, de los que en

otras ocasiones no había conseguido nada, á excepción de las cataplasmas de ricino, con las que en un solo caso vi restablecerse la actividad secretoria. *Playfair* dice que tiene muy poca confianza en estos medicamentos y que le inspiran más los alimentos nutritivos, sobre todo los que contienen fósforo, como las anguilas cocidas en estufa, las ostras y todos los peces de escamas. Todo esto está muy bien cuando la posición permite el lujo de tomar alimentación tan cara, pero en el caso presente no era aplicable ni entendía yo que su acción era tan rápida que pudiera salvar la vida del niño, seriamente comprometida si prolongaba su ayuno. *Eustache* cree que los medicamentos galactopoyéticos son de acción insignificante; y dice que *la electrización de la glándula podrá dar buenos resultados, y que los casos de buen éxito por este medio tienden á multiplicarse*. *Joulin* afirma que no se puede contar seriamente con los galactopoyéticos y que la electricidad ha dado algunos buenos resultados, pero que los hechos son poco numerosos todavía para que se pueda afirmar su valor, y añade que, sin embargo, es un medio que puede ensayarse.

Como se ve por lo expuesto, hay en todos los prácticos gran desconfianza en los galactogogos y poca práctica en la electrización. Mas moviéndome á compasión la situación de la pobre madre, la mandé al dispensario de electroterapia de mi buen amigo el distinguido especialista Dr. Buisen, al que le manifesté las grandes esperanzas que tenía en que la faradización consiguiera en este caso un triunfo completo; mi querido compañero participó de mi opinión y desde luego aplicó la corriente galvánica, poniendo un reóforo humedecido sobre el esternón y pasando el otro por diversos puntos de la mama con intermitencias rápidas; la duración de esta sesión fué de dos minutos y determinó un síncope por anemia cerebral, hecho que demuestra cómo se puede modificar la circulación cerebral por actuaciones periféricas. Pasado el síncope, la joven se fué á su casa, viéndose sorprendida en seguida por la tumefacción de sus pechos de los que fluía leche. Otra nueva sesión á los dos días ha sido suficiente para que la actividad funcional determinada por la primera subsista, y el niño, que estaba en el mayor grado de debilidad, se ha nutrido lo suficiente para rellenar la piel flácida que le daba aspecto de vieja. Una alimentación tónica repone á la enferma, y hoy, que van transcurridos dieciocho días desde la última aplicación eléctrica, la secreción es abundante.

Las precauciones que hay que tomar con este tratamiento las resume el Dr. Moutard-Martin de la manera siguiente: 1.^a, aparato de mediana intensidad; 2.^a, conductores húmedos con objeto de que penetre la corriente hasta la glándula; 3.^a, intermitencias medianamente rápidas; 4.^a, tener cuidado de evitar el contacto de los reóforos con los músculos del pecho para no provocar contracciones dolorosas, y 5.^a, tres ó cuatro sesiones de diez á quince minutos cada una.

En el caso á que nos referimos, el éxito alcanzado ha sido tan satisfactorio que nos ha movido á publicarlo, porque forma gran contraste la eficacia de este tratamiento con la insignificancia de los medicamentos conocidos con el nombre de galactopoyéticos.

JOAQUÍN BERRUERO.

Después de este discurso, que fué escuchado con la mayor atención y varias interrupciones

TECNICA

El tétanos.—El relato de un caso curado por M. Vaslin, de Augers, motivó la discusión de tan importante enfermedad en el Congreso Francés de Cirugía, sesión del 19 de Octubre, y dió lugar á la exposición de algunas ideas nuevas cuyo conocimiento será indudablemente grato á los lectores de EL DICTAMEN. M. Vaslin declaró que esta terrible complicación es el accidente consecutivo más temible de las operaciones quirúrgicas, si se tiene, sobre todo, en cuenta, que la terapéutica nada puede en contra suya.

M. Balestieri cree que el remedio existe: es el emético, preconizado otras veces y hoy completamente abandonado. Este señor hizo pasar un rato divertido á la docta y grave asamblea. Comparando los resultados obtenidos en el hospital de Génés empleando su método con los proporcionados por la administración del cloral á altas dosis, cuenta con ingenuidad y franqueza que los enfermos tratados por él pueden volver prontamente á sus labores campes- tres, en tanto que los demás también van al campo, sí, pero es al campo... santo.

M. Chiriar, de Bruselas, cree en la naturaleza infecciosa del tétanos. Apoya su asevera- ción en el hecho de que el período de incubación en los diversos casos de tétanos traumático que ha observado duró siempre de seis á siete días, y en que en los alrededores de Nivelles (Bélgica) reina una verdadera epidemia de tétanos. M. Maunoury, de Chartres, acepta que el tétanos sea epidémico, pero no admite la conclusión de que sea contagioso.

El profesor Verneuil emite con toda humildad, es su frase, una hipótesis. Saliendo del empirismo terapéutico, hay que buscar la causa y naturaleza del mal que se quiere combatir; no pretende M. Verneuil haber dado con ellas, pero en hipótesis, dice, puede ser como el hilo de Ariadna, que permita guiarse por este dédalo de aseveraciones contrarias. Para él, como la triquinosis, la rabia, el muermo y probablemente la difteria, el tétanos se de origen animal y para más precisar, de origen equino. El tétanos es una enfermedad específica, que se tras- mite, sobre todo, por la vía traumática, procede de un agente especial, de un microbio desco- nocido, y necesita para producirse, como todas las enfermedades poco comunes, el concurso de causas, ó mejor dicho, de condiciones múltiples. De este modo, ni la herida ni el frío serán su causa, pero la herida puede permitir la introducción del germen y el frío favorecerá su desarrollo.

El tétanos de los caballos es infeccioso: desde tiempo inmemorial existe una epidemia te- tánica en Noisy-le-Sec; todo caballo herido ú operado en esta localidad muere á consecuencia del tétanos. Verneuil declara que el tétanos humano es también infeccioso y cree que el ve- hículo del germen morbosos son las deyecciones del caballo, habiendo observado que, en ge- neral, el tétanos se presenta en las mordeduras de caballo en los individuos heridos que re- siden cerca de caballos tetánicos ó simplemente en hombres que habitualmente se hallan en contacto con esta clase de animales. Da lectura de un telegrama que acaba de recibir y en que le participan que en una granja se ha declarado simultáneamente el tétanos en un caba- llo y el *trismus* en una mujer, y termina repitiendo que el origen equino del tétanos no pasa de ser una hipótesis, indemostrable todavía, que el porvenir se encargará de confirmar ó de negar.

Después de este discurso, que fué escuchado con la mayor atención y valió entusiastas

aplausos á Verneuil, M. Doyen, de Reims, habló de la anatomía patológica del tétanos, y M. Bouis, de Montauban, cita un caso de curación merced al cloral y la morfina.

M. Larger añade un nuevo argumento á la teoría de la naturaleza infecciosa de esta enfermedad, afirmando que en el Brasil han disminuído notablemente los casos de tétanos desde que se aplican en todo su rigor las curas antisépticas. Falta reproducir el tétanos de una manera experimental.

M. Blaur, de Bombay, pone en duda la eficacia de todos los remedios empleados hasta el presente, juzgando que son inútiles cuando no son perjudiciales. En Bombay, donde es muy frecuente el tétanos, los médicos del país pretenden obtener excelentes resultados sin más que aislar los enfermos y someterlos á un régimen refrigerante. Cada uno tiene su teoría, añade M. Blaur, y expone la suya haciendo notar que el tétanos y el cólera llegan al mismo tiempo en Bombay á su máximun de intensidad, y creyendo que uno y otro tienen el agua por vehículo.—MAURO M. BLANCO.

Nueva aplicación de la parafina.—M. Coltelloni, inventor de varios aparatos de destilación, cuyos trabajos sobre los aceites y cuerpos grasos le han hecho competentísimo en la materia, acaba de descubrir, según vemos en el *Monde ph.*, un nuevo empleo de la parafina para la rectificación y desinfección de las flemas.

Las flemas alcohólicas, como se sabe, se componen de alcohol, éteres y aceites esenciales; así que el alcohol que se trata de extraer, estando mezclado con dichos éteres y aceites, tiene un gusto desagradable, del que, industrial y comercialmente hablando, es de la más alta importancia el privarle.

La parafina, por su parte, posee propiedades especiales, pues es soluble en los éteres y en los aceites esenciales é insoluble en el alcohol.

Conocidas dichas propiedades y partiendo de este principio, M. Coltelloni, por medio de aparatos muy elementales y de escaso coste, hace pasar los vapores alcohólicos que salen de los aparatos destilatorios á vasos que contienen parafina en estado líquido.

Los vapores conducidos á través de estos vasos llenos de parafina, se mezclan con ella y abandonan gradualmente los éteres y los aceites esenciales que contenían primitivamente, de modo que sólo el vapor alcohólico, despojado enteramente de olor, llega al refrigerante, donde da por condensación un alcohol muy puro y sin ninguna especie de mal gusto.

Puede ser regenerada en la práctica la parafina que ha servido en esta suerte de operaciones y emplearse de nuevo un número de veces ilimitado.

Para regenerarla, ó mejor dicho, desinfectar á su vez la parafina saturada de éteres y de aceites esenciales, se mezcla con arcilla y agua, se pone todo en un vaso abierto y después se hierve la mezcla cuidando de agitarla. Al cabo de cierto tiempo se detiene la operación y se deja enfriar el líquido; los éteres y los aceites esenciales, según su naturaleza, se encuentran evaporados ó abandonados á la arcilla, que ocupa el fondo del recipiente, luego el agua y después la parafina, que, como más ligera, sobrenada. Enfriando la parafina pasa al estado sólido, y entonces se separa con facilidad y perfectamente limpia para servir en una nueva operación.

Este procedimiento, tan sencillo como ingenioso, merece bien llamar la atención de los farmacéuticos establecidos fuera de los grandes centros, por las ventajas que pueden resultarles de su ensayo.

Falsificación de los aguardientes.—Leemos en el *Rép. de Ph.*:

«Según *Le Génie civil*, he aquí la composición de la *salsa* empleada para dar á los alcoholes de cualquier procedencia el aspecto de aguardiente:

Catecú en polvo.....	250	gramos
Sasafrás.....	468	—
Flor de retama.....	500	—
Verónica.....	192	—
Té hyswin.....	128	—
Capataria del Canadá.....	128	—
Raíz de regaliz.....	500	—
Lirio.....	16	—
Alcohol.....	6	litros.

»Se anejan aun artificialmente los alcoholes nuevos por adición de un poco de azúcar y algunas gotas de amoníaco por litro.

»En Alemania se fabrican *coñacs* artificiales, añadiendo al alcohol *bouquets* hechos de mezclas de éteres, obtenidos por medio de los ácidos grasos combinados con el metilo, el etilo y el amilo. Cuando se agitan estos coñacs con el éter se disuelve el *bouquet* y pueden especificarse sus componentes en la disolución.»—TORRES.

Cómo se puede morir de una otitis.—A propósito de un enfermo observado en el Instituto de terapéutica operatoria del hospital de la Princesa, el distinguido y reputado especialista en enfermedades de la laringe y de los oídos, Dr. D. Rafael Ariza, ha dado una brillante conferencia el día 13 de los corrientes en el mencionado hospital.

Antes de referir la historia del enfermo, el Dr. Ariza hizo algunas consideraciones sobre las otitis, que dividió en secas y fluyentes; éstas últimas pueden determinar la muerte con tal que no sean accidentales, como las producidas por forunculosis; pero cuando la inflamación penetra en la caja y las supuraciones vienen del interior, determinan la muerte en la niñez, y en muchos pequeños que se dicen fallecidos de meningitis, la muerte fué debida á una otitis. Todo adulto que tiene una otitis supurativa desde la infancia sucumbe de los 30 á los 40 años á consecuencia de esta enfermedad, y para probar tal aserción citó varios casos de muerte rápida que pasó generalmente desapercibida. De ellos sacó la siguiente conclusión: *Supuración de oídos que viene de la infancia; muerte segura al cabo de algunos años.*

La muerte en estos casos sobreviene por los siguientes accidentes de las caries, pihemia, trombosis de los senos, meningitis, encefalitis y abscesos en el cerebro.

El enfermo á que nos referimos tuvo estos procesos mortales, con la particularidad de que no hubo en él caries.

Era un hombre de 26 años que se presentó en su consulta quejándose de dolor en el oído izquierdo, teniendo el derecho sano. De niño dice que tuvo supuración en el oído izquierdo, cuya otorrea desapareció cuando fué mayor después de haberse extirpado un póliplo, quedando completamente curado al parecer.

Por la inspección ocular se apreció que en el citado oído faltaba el tímpano, viéndose que el fondo del conducto estaba cerrado en forma de dedo de guante, y que en la parte posterior, hacia la apófisis mastoides, había un enrojecimiento.

Llamó la atención sobre las diversas clases de dolores de oídos; en el caso presente, sin ser muy agudos, molestaron al enfermo durante dos noches, produciéndole bastante inquietud, en vista de lo que el doctor Ariza hizo una punción en el fondo del saco que estaba for-

mado por una membrana fibrosa; no se penetró en cavidad, y sólo salió una gota de sangre. Al cabo de otros dos días avisó de nuevo porque había tenido un vómito y escalofríos, por lo que se pensó en desbridar el fondo de saco haciendo dos incisiones verticales de arriba abajo que sólo dieron salida á unas gotas de sangre y nada más, pues no había cavidad. Al día siguiente el enfermo se quejaba de la garganta, por lo que se creyó si habría algo en la caja que se abriera paso á la faringe; se tactó el cuello por las partes laterales, y el paciente se quejó de dolor en el sitio correspondiente al lado afecto; había en él tumefacción que daba la sensación de un absceso profundo que viniera por el peñasco á la mastoide. El enfermo tenía fiebre, dolores de cabeza y principio de pihemia. A esta altura se indicó la operación que tuvo que diferirse por dos ó tres días, porque mejorado algo el enfermo (pues la fiebre descendió y los vómitos se contuvieron), unido al deseo de consultar con otros profesores, impidió durante estos días realizar el deseo del Dr. Ariza.

El dolor de cabeza era permanente, y después de este tiempo, el paciente se fué postrando, las contestaciones eran breves y monosilábicas, volvieron los vómitos y la fiebre, y entonces vino al hospital postrado, abatido, pero no paralítico; su cara expresaba sufrimiento, párpados caídos, el oído no supuraba y el tumor del cuello sólo era apreciable por la palpación. Si en este enfermo no se hubieran sabido los antecedentes de la otitis, se habría ignorado que ésta era la causa de todo y la enfermedad se hubiera diagnosticado de fiebre tifoidea.

En este estado, el Dr. Ariza propuso la trepanación de la apófisis mastoide, fundándose en que, iniciado el pus en el cerebro, si se abría paso á un foco que se suponía en la apófisis mastoide, y éste comunicaba con el cerebro, se conseguiría una evacuación de ambos. Aceptada esta opinión se trepanó la mastoide, que estaba ebúrnea, sin que se penetrara en cavidad, observándose que el hueso daba mucha sangre. Después el Dr. Rubio cortó la atadura del externo cleido-mastoideo en su inserción con la apófisis con el fin de quitar la estrangulación que se suponía.

El paciente fué conducido á la cama, viviendo después dos y medio ó tres días, en los que no salió pus; el tumor del cuello desapareció y se presentaron síntomas meníngeos con convulsiones, parálisis facial del lado opuesto á la afección auricular; hecho notable que demuestra el origen central de la afección, pues en la otitis, generalmente, suele la parálisis ser del mismo lado porque la compresión se efectúa en el acueducto.

El enfermo conservaba la sensibilidad y el conocimiento, más tarde vino el coma y sopor, y concluyó por el mutismo, parálisis generalizada y muerte.

En la autopsia hecha por el Dr. García Andradás se fué diseccionando el cuello, viéndose que el desbridamiento estaba perfectamente hecho, pero á partir del músculo, y en dirección al paquete vascular había tejidos endurecidos de entre los que fluían líquidos, y al través de estos tejidos se profundizó hasta llegar al paquete vascular que estaba engastado en este tejido esclerosado: al abrir la vena yugular, se vió que la túnica interna estaba grisácea y que por su conducto descendía el pus, indicio de la flebitis. En el temporal no había caries, pues las más minuciosas investigaciones no la han revelado. La duramadre estaba sumamente inflamada, y en el seno lateral había un coágulo en forma de Y yendo un brazo á la vena mastoidea y otro al seno petroso superior. En la cavidad craneana había como dos litros de pus. La apófisis mastoide estaba esclerosada. En la caja sólo se observaron restos de lesiones antiguas, sólo quedaba la cabeza del martillo y la platina del estribo que tapaba la ventana oval.

Ahora bien, pregunta el conferenciante: ¿puede formarse pus en el cerebro sin foco que comunique con él? Este es problema que la ciencia moderna tiene perfectamente resuelto, porque los elementos flogógenos pueden marchar por los vasos y, en donde quiera que se paren, formar un absceso. De este modo se explican los abscesos del cerebro á distancia.

¿Pero y cuando no hay caries, como se explica la formación del pus? Por la flebitis.

Una otitis puede empezar por ser flebitis desde luégo sin lesiones previas.

En el caso presente, por las lesiones antiguas en el fondo del conducto auditivo, donde estaba el punto endurecido, había vasos por los que la inflamación se propagó á todo el sistema capilar de la apófisis mastoides, que se encontraba comprimido por la condensación del hueso; de aquí se propagó al seno lateral, y luégo la flebitis de los troncos mayores.

¿Qué conducta seguir en estos casos? Según el Dr. Ariza, debe trepanarse la apófisis mastoides, aunque sea compacta; pues, aun cuando no se caiga en cavidad, alivia, porque desestrangula. Si los síntomas no ceden, la terapéutica auricular no dice nada. Sin embargo, hoy está demostrado que la trepanación puede hacerse hasta la duramadre, y aun escindir la sin inconvenientes.

En las otitis supurativas, cuando se presenten abatimiento, fiebre, pulso lento, dolores de cabeza y algún vómito, síntomas que indican la presencia del pus en el cerebro, la duramadre se refuerza, sirviendo de protección al cerebro, hasta que llega un límite y se rompe, y viene la piórragia y la muerte.

En estos casos se podría ir en busca del absceso, pudiendo presentarse dos situaciones distintas: cuando hay trayecto fistuloso al exterior y cuando falta, como en el caso presente.

Cuando hay caries, no hay más que seguir su camino é ir hasta el cerebro. Cuando no hay caries, ya se ha hecho la trepanación tres veces por un aurista inglés, sin que hubiera señales porque guiarse. En estos casos es preciso tener presente que el absceso por otitis se forma en la fosa media ó en los fosos occipitales. En los niños siempre el pus se encuentra en la fosa media, porque las porciones del temporal no están bien soldadas y hay falla entre la petrosa y escamosa. En los adultos hay los siguientes indicios cerebrales de padecimiento unilateral: hemiplegia ó hemiespasmó, parálisis facial en el lado opuesto, señal evidente de que el pus está en el cerebro, y, por último, es un dato importante el dolor á la percusión, que es más agudo en el punto en donde está la lesión.

Quando el absceso reside en la fosa occipital, se reconoce por el mayor dolor á la percusión sobre el occipital y porque el enfermo se tambalea al andar.

Por lo expuesto, comprenderán nuestros lectores la importancia de la conferencia y la necesidad que tiene el práctico de fijar bien la atención en una enfermedad que siempre ocasiona la muerte.—BERRUICO.

Tratamiento de los cálculos situados en el uréter.—La cirugía moderna, en su progresivo desarrollo, no se limita ya á perfeccionar los medios de tratamiento empleados antes para afecciones litiásicas, sino que persigue el ideal de diagnosticar y curar las enfermedades de los uréteres, haciendo con estos tubos lo que con la uretra, vejiga y riñón; así que, á los trabajos de Pawlick sobre el cateterismo de los uréteres, se unen los del Dr. Morris acerca de la manera de extraer los cálculos cuando se detienen en dichos conductos.

La *Revue de Chirurgie*, tomándolo de un artículo del Dr. Morris, dice á este propósito lo siguiente: «Cuando el cálculo se halla detenido en la parte superior del uréter, lo está ordina-

riamente á 2 ó 3 centímetros de la pelvis renal, y los síntomas renales indican la nefrolitotomía que, abriendo el absceso renal, permite al dedo explorador reconocer el cálculo y extraerlo. Si está detenido en la parte media, se halla fuera del la acción del cirujano. En la parte inferior del conducto ¿se puede intentar su extracción? Generalmente está situado á 2 ó 3 centímetros de la abertura del uréter en la vejiga: el Dr. Morris refiere un caso instructivo de esta afección. Era una mujer de 55 años con frecuentes accesos de cólicos nefríticos, seguidos de orinas sanguinolentas, y que en el momento del examen se hallaba atacada de anuria casi absoluta, vómitos y dolor vivo en la mitad izquierda del vientre; el cateterismo dió salida á una escasa cantidad de orina sanguinolenta y algunos fragmentos de cálculo: la exploración digital de la vejiga, hecha durante la anestesia, permitió tocar un cuerpo duro, situado debajo de la mucosa, inmediatamente por encima del punto de desagüe del uréter izquierdo: en vano se intentó empujarle hacia la vejiga; la enferma murió antes de intentar la operación. El Dr. Rawdón, de Liverpool, ha referido el caso de un niño de seis años, en el que un cálculo colocado de igual manera que el anterior, pudo apreciarse por el recto. También en un enfermo que había presentado los signos de un absceso periprostático y expulsó un cálculo por el recto, Spencer Wells afirma que la piedra no había penetrado en la vejiga, sino que había pasado directamente del uréter al recto.

¿Cómo determinar que un cálculo se ha detenido en la parte inferior del uréter? Por la reunión de los síntomas siguientes: dolores de riñones, orinas sanguinolentas, repetición frecuente de las crisis nefríticas, dolor más especialmente localizado en la parte inferior del vientre y, á veces, tumor ó resistencia en el lado correspondiente, disminución considerable de la orina ó anuria; todo esto coexistiendo con un resultado negativo del examen de la vejiga. En todo caso, cuando se hace la exploración vesical, ó si se practica la litotomía, debe aprovecharse la abertura de la vejiga para explorar con cuidado las inmediaciones de la desembocadura de los uréteres.

Las consecuencias de la detención de un cálculo en el uréter son muchas y de la mayor gravedad: procesos degenerativos del riñón, hidronefrosis ó degeneración atrófica, anuria con todas sus consecuencias y, aun á veces, si el cálculo llega á descender, deja una cicatriz que puede obturar el conducto, determinar el prolapso del uréter en la vejiga ó en la vagina, y aun hasta la vulva ó el meato urinario (en una niña, caso de Colley). Una de las terminaciones más felices es el paso á la vejiga por ulceración del ureter: también podría temerse la rotura por distensión de este tubo, pero este accidente es raro, porque sus paredes se engruesan á medida que se dilata su cavidad.

Operación.—Un cálculo suficientemente próximo á la vejiga puede ser atacado por medio de la incisión de la pared vesical sin tocar al peritoneo. En la mujer se penetrará en la vejiga por medio de la dilatación uretral, y en el hombre practicando el ojal por delante de la próstata, explorando la vejiga con el dedo. Si éste advierte la presencia de un cuerpo duro, se desliza sobre el índice izquierdo un instrumento pequeño de igual forma que la del cauterio cultelar, y con él se incide la pared vesical; después se introduce (siempre sobre el dedo), una cucharita pequeña que extrae el cálculo de la cavidad en que se halla contenido. La exploración metódica de la vejiga, teniendo dispuesto todo para practicar la operación anterior, debe llevarse á cabo, según el autor: 1.º, en todos los casos de hidronefrose y pyonefrose, con manifestaciones vesicales; 2.º, en los casos en que se ha hecho sin éxito la punción del hidró ó pyonefrose, antes de recurrir á la nefrectomía; 3.º, en los casos sospechosos de cálculo renal,

sin tumefacción del riñón, y cuando la punción renal ó la exploración digital por una abertura lumbar no han demostrado la existencia del cálculo, y 4.º, en los casos de anuria repentina en enfermos sospechosos de cálculo renal.

Aunque creemos muy teórico el manual operatorio, bueno es ir fijando diagnósticos é indicaciones que más adelante el genio observador llegará á descubrir el medio de llenarlas, proporcionando á la cirugía el placer de curar afecciones que hoy están fuera de su alcance.—GARCÍA ANDRADAS.

Caso curioso de microstomía.—(*Stenochoria.*)—El 22 de Setiembre último ingresó en la clínica del Instituto de Terapéutica Operatoria Cecilia Sánchez, niña de 12 años, que á la edad de seis padeció una estomatitis úlcero-membranosa. Esta enfermedad y el tratamiento contra ella empleado dejaron como consecuencia una retracción de la abertura bucal tan exagerada, que impedía á la niña el uso de la palabra, y hasta la ingestión de los alimentos. Practicada dos veces la *estomatoplastia* (tal vez el simple desbridamiento) por el profesor de la localidad donde residía la enfermita, después de ambas volvió á presentarse la propia retracción cicatricial, ofreciendo esta deformidad iguales inconvenientes ó mayores que antes de la operación. El día en que nos fué presentada esta niña para su admisión en la clínica, su *microstomía* estaba constituida del modo siguiente: la hendidura labial (*rima oris*) estaba representada por una banda de tejido fibroso que unía ambos labios desde las comisuras hasta la parte media, en cuyo sitio existía un orificio circular, por el que á duras penas podía penetrar una sonda de goma del núm. 12, única abertura para la ingestión de los alimentos, que la niña reducía á pequenísimas porciones. Venía á formar la cicatriz dos triángulos, cuya base limitaba la mitad del orificio bucal, y el vértice terminaba en las comisuras. Esta misma disposición marcaba el procedimiento operatorio que era necesario emplear para corregir tal deformidad, y sólo tuvimos que modificar, según lo exigía el caso, la *estomatoplastia* de Dieffenbach. Al siguiente día de haber ingresado la niña en la clínica del Instituto, ejecutamos la operación de este modo: comenzamos por extirpar los dos triángulos de tejido fibroso, siguiendo la línea del borde libre de los labios hasta las mismas comisuras; con objeto de dar á la boca suficiente amplitud, y contando con la retracción consecutiva, practicamos una incisión en cada lado, desde la comisura al surco naso-labial, sin comprender en ella la mucosa. Disecamos después ésta en bastante extensión, tanto por las comisuras, como por el centro de los labios, para deshacer la retracción que éstos habían sufrido; dividiendo entonces transversalmente los trozos laterales de la mucosa disecada, obtuvimos dos colgajos en cada lado, que suturamos con cerdas á la piel, haciendo lo mismo en el resto de ambos labios. De esta suerte dejamos toda la orla bucal provista de mucosa, que, al terminar la cicatrización, había de impedir que se unieran otra vez los labios, dando lugar á la *stenochoria*.

La enfermita ha salido del hospital, el 18 del corriente, con una boca tan regular como lo permitían las condiciones en que las partes se encontraban; pero comprendiendo la disposición que éstas tienen á las retracciones, la hemos aconsejado que durante la noche se coloque un aparatito sencillo y de efecto seguro para oponerse á las mismas. Consiste en dos corchetes grandes, forrados de seda antiséptica y unidos á un tubo de goma elástica; puestos aquéllos á modo de separadores en ambas comisuras, se pasa el tubo por detrás de la cabeza, y como su longitud es algo menor que la representada por la circunferencia de la cabeza, al

nivel de los labios, hace una extensión continua, suficiente para impedir la retracción. Esta misma acción de las *fuerzas continuas*, por débiles que sean, nos explica otras particularidades muy interesantes que ofrece el caso que nos ocupa. El fruncimiento de la boca y, por consecuencia, de los carrillos durante tanto tiempo, ejerciendo presión sobre la mitad anterior del maxilar superior, se ha opuesto al desarrollo conveniente del hueso y ha convertido la bóveda palatina en una rima, que al nivel de los primeros molares sólo mide 18 milímetros, 14 al nivel de los segundos y 32 entre los terceros, siendo desde este punto hacia atrás normal la disposición de las partes. Parece como si el maxilar superior, detenido hacia delante en su desarrollo por fuerza mayor, se hubiera deformado en esta lucha evolutiva, sin dejar de crear todas sus partes; así vemos que los molares primero y tercero de cada lado son contiguos en la misma línea alveolar, y en cambio han desalojado al segundo de su sitio, encontrándose á la parte interna con su alvéolo. Disposición curiosa y digna de estudio, pues muchos estados patológicos son debidos á la misma causa: una ley de mecánica aplicada. Es posible que, en virtud de la edad de la niña y una vez vencida la stenochoria, se modifique algún tanto la deformidad de la boca como más fácilmente ocurrirá con la lengua, cuya mitad anterior se había convertido en un cilindro arrugado y seco en fuerza de estar varios años encerrado en cárcel tan estrecha.—GUTIERREZ.

CRITICA

Oftalmía escrofulosa en los Vosgos.—A la Asociación Francesa para el progreso de las Ciencias, sección de ciencias médicas, comunica M. Couturier, de Epinal, el resumen de 17 observaciones de iritis serosa que ha recogido en los Vosgos en enfermos que habían padecido de accidentes ó de estigmas escrofulosos evidentes y que presentaban, por otra parte, trazos de manchas múltiples de oftalmía flictenular, bajo la forma de nubes ligeras más ó menos numerosas. Por último, en dos casos ha tenido ocasión de observar la iritis serosa en el curso de un acceso de flictena ocular.

Estos hechos, la frecuencia relativa de la iritis serosa en un país en que los escrofulosos son muy numerosos, la coincidencia de la iritis, de las flictenas y de la escrófula, marcan muy bien la evolución simultánea de la afección iridiana y de la lesión de la córnea, y parecen hablar elocuentemente en favor de la naturaleza escrofulosa de una notable proporción de iritis serosas, en contra de la opinión que las quiere atribuir todas á la sífilis hereditaria. En efecto, las iritis no pueden considerarse de una manera general como patrimonio exclusivo de la sífilis, y muy pocos prácticos habrá que tal crean; dependen también de otra porción de enfermedades, y aun débense en ocasiones á causas puramente locales, sin que sea dado en este último extremo encontrar rastro de diátesis alguna.

Por otra parte, la iritis serosa, muy frecuente en sujetos caquéuticos, verdaderas ruinas orgánicas, es la que más se relaciona con las afecciones corneales, y nada extraño parece que M. Couturier observara enfermos en que coincidían inflamaciones de ambas membranas, mucho más si se tiene en cuenta que unas y otras son informadas por el estado general del paciente, que es el enemigo más terrible que ha de combatir el médico en estas circunstancias.—MAURO M. BLANCO.

Sobre el diagnóstico de los tumores de la mama.—Cuando se observa un caso de tumor mamario, la primera inspección que se suele hacer es la táctil, contentándose muchos profesores, para establecer el diagnóstico, con la sola impresión que por el tacto se percibe y con los datos anamnésticos recogidos. Si de tal manera se hubiera procedido en la enferma que en la actualidad ocupa la cama número 11 de la sala de Santa Teresa, el juicio formado sería erróneo, toda vez que el tacto por sí solo puede dar sensaciones que, sin ser equivocadas, son insuficientes para un buen diagnóstico; pero si á la inspección táctil se hace proceder la visual, tendremos mucho terreno adelantado para hacer un diagnóstico preciso.

En el caso que nos ocupa, la inspección visual nos hizo apreciar en primer término una porción de manchas que formaban un moteado casi imperceptible, que se hacían más manifiestas cuando se descubrían rápidamente las mamas de la enferma; estas manchas, que no son otra cosa que letálides, ya denuncian por sí solas la naturaleza maligna y cancerosa de la afección, pero siguiendo la inspección se apreciaron surcos entre los que se veían abultamientos, y en el pezón de la mama enferma se notaba una depresión pequeña y un festonamiento de laaréola, todo lo cual indicaba que el tumor era un escirro.

Después de habernos hecho notar el Dr. Rubio todas estas particularidades, nos demostró la insuficiencia de la sensación táctil, puesto que ésta solamente nos hacía apreciar un tumor bastante pequeño y duro, que en su superficie presentaba granulaciones iguales á las que se observan en los adenomas, y de tal hubiera sido diagnosticado á no tener en cuenta las impresiones recogidas anteriormente, pues el escirro de que nos ocupamos se encontraba en el principio de su evolución, y hubiera sido de difícil diagnóstico si la vista no hubiera auxiliado al tacto. Respecto á la dactiloscopia, aprendimos en esta enferma que el mejor medio de aplicarla consiste en utilizar los pulpejos de los dedos índice y medio, en los que es más sensible el tacto, utilizando el anular para la fijación del tumor. Las sensaciones percibidas con la palma de la mama y con la piel de la cara palmar de las primeras falanges es muy obtusa, y, por tanto, es una mala práctica aplicar toda la mano en el reconocimiento de estos tumores.—BERRUECO.

La cirugía en el cerebro.—De temerarios tratan algunos á los que hablan de intervenciones quirúrgicas en las afecciones de los huesos craneales, de las meninges y aun del cerebro mismo, y como ocurre con todas las operaciones de trascendencia, las trepanaciones, punciones de las meninges y del cerebro, han motivado discusiones apasionadas, en las cuales, el que se propone negar la posibilidad de los hechos, apela á mil sutilezas que no convencen al que, apasionado quizá, trata de afirmar las excelencias del medio de tratamiento que defiende. Estas discusiones serían eternas si los hechos clínicos no vinieran á interrumpirlas con su lógica, y así como se discutió, y aun se discute, si la ovariectomía debe considerarse como medio terapéutico, ó si es un atrevimiento quirúrgico, á pesar de tener ya sentadas sus indicaciones racionales, de igual manera habrá muchos que considerarán la intervención quirúrgica en ciertas afecciones del contenido encefálico como una temeridad, aprovechando para sus fines los casos desgraciados ó aquellos en que se interviene sin justificado motivo. Mientras tanto, los progresos de la clínica irán estableciendo las bases para las indicaciones de la intervención, y los cirujanos prudentes, observando y ayudando á la naturaleza en sus procedimientos, van paso á paso rehabilitando el trépano, desechado de la práctica sin motivo, y sentando las indicaciones de la intervención activa.

El Dr. O. Maher refirió el siguiente caso en *The Aus. med. gaz.*: un niño de 4 años cayó de una altura de 12 piés, y presentó inmediatamente un vómito de sangre y síntomas de comoción cerebral; por debajo de la elevación frontal derecha existía una herida de dos centímetros, con fractura del hueso y viéndose el cerebro por entre los fragmentos; por la noche se presentaron convulsiones limitadas al lado izquierdo; pero todo fué desapareciendo á medida que la herida caminaba á la curación. Repentinamente, y pasados cuarenta días, aparecen vómitos, convulsiones, fiebre y dolor grande en la cabeza, sobre todo en la región occipital: un pequeño trayecto fistuloso permitió sentir que el frontal estaba denudado, por lo que se hizo una incisión, extrayendo un secuestro, é inmediatamente se escapó de la superficie de la duramadre un chorro de pus fétido; la membrana parecía sana y dejaba percibir los latidos del cerebro; dos días después se produjo una pequeña hernia cerebral, por lo que O. Maher desprendió la piel inmediata, para aproximarla por encima de la hernia, y colocando un tubo de desagüe dejar cubierta la región: todo esto fué seguido de una rápida curación, y el niño salió del hospital. Cerca de dos meses habían transcurrido cuando el paciente fué atacado de convulsiones limitadas al lado izquierdo del cuerpo, y Maher, con ayuda del Dr. Ross, pensando que se trataba de un absceso del lóbulo frontal derecho, decidieron explorarle con una sonda que, á través de un orificio hecho en la duramadre, hicieron penetrar hasta una profundidad de cinco centímetros, y deslizando sobre ella un bisturí, vieron salir con violencia un chorro de pus que se hallaba encerrado en un absceso, cuya cavidad se lavó con solución fenicada al 1 por 40. Después de la operación, tan sólo se presentó una hemiplegia izquierda que desapareció al siguiente día, y la temperatura no pasó de 37°, 6; á los quince días se podía considerar curado el enfermito. La operación se practicó en los primeros días de Agosto, y el 15 de Octubre seguía bien el muchacho y sin ofrecer la menor alteración de su inteligencia.

Únase este hecho á los muchos que ya registra la cirugía extranjera, y se verá que no en vano se conocen más las funciones cerebrales y se aprovechan las seguridades del método antiséptico.—G. ANDRADAS.

DEMOGRÁFICA

Comenzó la decena marcando el barómetro una altura máxima de 710'68 m., y en estos últimos días la mínima es de 702'84, lo cual denota que seguirá aún el tiempo lluvioso y vario. El termómetro no pasó durante el día de 15 y décimas, y baja ya hasta 3'4 durante la noche. Los vientos siguen soplando del SO, SSO, NE y N.

Ha comenzado ya á soplar de vez en cuando el viento del Norte, frío hasta la exageración, y es de esperar que no tarden los hielos, amigos inseparables del invierno. Ropas de abrigo, así interiores como exteriores, dando ya el adiós á las de verano y entretiempo, y alimentación mixta de carnes y pescados con postres de dulce ó de leche; he aquí lo más recomendable por ahora, ínterin llega francamente el invierno. Mucho cuidado con los niños; evítadles los enfriamientos, y haced que paseen en pleno día por sitios donde no haya arbolado ni humedad.

Siguen siendo frecuentes las inflamaciones agudas y francas del pulmón y pleusa, los estados febriles, así catarrales y reumáticos como gástricos y palúdicos, y siguen retoñando de modo grave las lesiones crónicas del corazón y pulmones, dando lugar á los edemas, hemoptisis y ataques disnéicos. Hay algún caso de viruela en los niños, y más de sarampión, y aun sigue la angina gangrenosa haciendo víctimas, aunque no tantas como otras veces.—La mayor mortalidad diaria de Madrid ha sido de 48 individuos y la menor de 33.

NOTICIAS

Uno de los acuerdos adoptados por el Círculo Médico que acaba de fundarse en Verviers, dice así:

«Otro deber del médico es el de abstenerse de emitir sobre el tratamiento de un colega que le haya precedido una apreciación favorable ó malévolas insinuaciones.»
¡Qué falta hacen por aquí círculos como el de Verviers!

El DICTAMEN agradece á su colega *La Asociación*, de Teruel, el buen concepto que le merece.

Y se ofrece á lo mismo.

Han fallecido: en Murcia, D. Jesús García, farmacéutico, y en Jerez, D. Francisco de la Calle, médico.

Dicen que se funda un centro

Que, por nosotros velando,

Hará que se nos abonen

Los debidos honorarios

Y dará brillo á la clase

En su honra y pro trabajando.

Es muy justo que nos paguen

Y que cobremos muy santo,

Pero en cuanto á lo demás

Juzgo que es innecesario,

Que brillo, y lustre, y charol

Ya nosotros nos lo damos!

Nota de los trabajos de la Sociedad de Laringología, Otología y Rinología realizados durante la segunda serie de sesiones desde el 21 de Setiembre al día 2 de Octubre de 1886.—Leyóse el resumen de los trabajos leídos en la serie anterior de sesiones. Comunicaciones de los doctores Gómez de la Mata (de Madrid), Duhourcau (de Caunterets), Parán (D. Félix) (de Segovia), acusando recibo del nombramiento, y del Dr. D. Tomás Valera, anunciando un trabajo.

Por orden de presentación fueron leídos y discutidos los trabajos siguientes:

Dr. D. R. Ariza (Madrid).—Micosis y tuberculosis laríngea.

Dr. D. J. Roquer Casadesús (Barcelona).—Sífilis laríngea. Diagnóstico entre las vejetaciones sífilíticas y tuberculosas.

Dr. D. A. Bassols Prim (Barcelona).—Laringopatía sífilítica no ulcerada.

Dr. D. Tomás Valera (de Villargordo del Júcar).—Angina parenquimatosa crónica. Tratamiento con el termocauterio. Curación.

Dr. Gomez de la Mata (Madrid).—Tratamiento de la angina diftérica.

Dr. D. L. Suñé (Barcelona).—Perforaciones quirúrgicas del tímpano en general y medios para mantener abierta la perforación en los casos de oclusión de las trompas.

Dr. D. L. Góngora (Barcelona).—Úlcera varicosa de la parte posterior inferior del tabique nasal de la cara correspondiente á la fosa derecha. Epístaxis repetidas á intervalos indeterminados, que por espacio de tres años mantienen la sospecha de hemoptisis. Aclaración del diagnóstico por el examen rinoscópico. Curación por la galvanocáustica y las aguas sulfuro-sódicas de la Puda.

Dr. D. L. Góngora.—Contribución al estudio de las afecciones sostenidas por estados hiperémicos del tejido cavernoso de los cornetes nasales inferiores.

El Dr. Roquer Casadesús hizo presentación de un enfermo. Acordóse la admisión del señor Zawerthal, de Roma, residente actualmente en Río Janeiro, propuesto por el Sr. Ariza.—P. A. D. L. C., A. BASSOLS PRIM.