

EL DICTAMEN

PERIODICO DECENAL DE MEDICINA Y FARMACIA

IMPRESIONES

Así como para guisar una liebre lo primero que se necesita es la liebre, del mismo modo, para diagnosticar enfermedades oftalmoscópicas, se requiere manejar regularmente el oftalmoscopio.

Sin esta condición es en vano meterse en dibujos de oftalmoscopia y hablar de las ventajas que tienen unos sobre otros los oftalmoscopios conocidos y por conocer, porque podría decir el lector profano á la materia que es muy hermoso *el mentir de las estrellas*, no siendo posible hacer un viaje para ir á preguntarlo á las lesiones internas del ojo.

Pero como no todos han de ser profanos cuantos nos lean, y además estamos en el caso de decir á nuestros abonados cuál sea la nota más saliente del día dentro del mundo científico, vamos á dar cuenta de un nuevo oftalmoscopio presentado á la Academia de Medicina de París por el ilustre oftalmólogo M. Giraud-Teulon.

Como el antiguo oftalmoscopio del autor, el flamante oftalmoscopio es también binocular y, por tanto, no dejará de ser conveniente para cuantos carezcan de privilegiada agudeza visual ó no puedan, por no saber guiar uno y otro ojo, hacer las observaciones oftalmoscópicas con un ojo solo.

En el nuevo oftalmoscopio binocular de Giraud-Teulon está sustituida la luz directa por una iluminación lateral refleja, que penetra por una abertura situada en la parte media y como de cuatro á cinco milímetros, llamada pupila de ojo de gigante, y la cual luz es producida por una lámpara incandescente situada por detrás de la dicha abertura. Un espejito colocado detrás de la lámpara sirve á la vez para proteger al observador y para aumentar la iluminación.

En cuanto á la incandescencia de la pequeña lámpara de Edison, ella es producida por una pila de bicromato de potasa de tres elementos Trouve, y la potencia luminosa del oftalmoscopio así montado es equivalente á ocho ó nueve bujías.

Poco hemos de añadir á lo dicho. En primer lugar, nosotros creemos que cuando se tiene práctica oftalmoscópica, es el mejor oftalmoscopio el más sencillo, y de aquí que nos encante el de Bader's, que es la mínima expresión de la sencillez; en segundo término, nos ocurre decir que, si siempre es conveniente la buena luz, no hace falta una lámpara eléctrica, sino otra cualquiera de dos ó tres mecheros, alimentada con petróleo, que produzca un gran foco luminoso y fijo.

Nosotros así reconocemos, y es de observar que sin la aparatosa cámara

oscura inventada en oftalmología para sorpresa del vulgo, y á pesar de nuestra insigne y reconocida torpeza, apreciamos tal cual aún los casos difíciles, sin repetir infinitamente las observaciones.

Además, hay enfermos á quienes desagrada y lastima la intensa luz, y como no todos saben mirar esquivando el foco, resultará que se sientan más molestados cuanto sea mayor la luz producida para examinarles.

Esto aparte de que no por mucha luz... amanece más temprano.

*
* *

Torpes ustedes si creen que duermen bien teniendo más bajos los piés que la cabeza.

El doctor J. Menli-Hitly, de Buchs, no sólo ataca nuestra clásica manera de dormir, más alta la cabeza que los piés, sino que toma la cuestión por su aspecto fisiológico y dice que, aparte de que nadie sostiene que la posición ordinaria del cuerpo sea la buena, es muy útil que las células nerviosas reparen sus pérdidas durante el sueño, y esto no puede conseguirse de otro modo que colocando más altos los piés que la cabeza, por cuyo medio la sangre afluye fácilmente al cerebro y se completa así la nutrición celular.

Puesto que el cerebro—dice el citado doctor—es un órgano muy sensible y de gran actividad, reclama una continuada nutrición que no puede obtenerse más que por una sangre oxidada por completo que circule con libertad. El flujo de la sangre á la cabeza se dificulta por la posición vertical del cuerpo humano, de donde resulta gran trabajo por parte del corazón, y para dar al cuerpo durante el sueño la posición que equilibre las pérdidas del día, hay que favorecer el acceso de la sangre al cerebro para que los centros nerviosos adquieran el vigor necesario y puedan trabajar sin detrimento de su normalidad fisiológica.

Lector habrá que, al conocer la precedente opinión, dirá para su capote (ó para su gabán) ¿y las congestiones cerebrales?; pero nuestro cofrade de Buchs, que parece haber oído la pregunta, sale al atajo diciendo que la glándula tiroides ejerce una influencia reguladora sobre la circulación cerebral y, por tanto, que no pueden temerse las congestiones cerebrales cuando tenemos esa especie de presa que sirve para encauzar la sangre que mueve las piedras de nuestro molino cerebral.

Si á nosotros, como médicos, se nos preguntara de qué modo se vigorizan los cerebros, diríamos que gastándolos poco y dándolos mucho campo y pocos cuidados, porque, francamente, lo que propone Menli-Hitly es un procedimiento fácil y sencillo, pero difícil de aceptar por los que no hemos aprendido á dormir al revés.

Además, cuantos padecen lesiones crónicas del aparato respiratorio y aun circulatorio, no respiran bien en la cama si no tienen grandemente levantada la cabeza, y lo que harían si aceptaban las teorías apuntadas era exponerse á repetidos ataques asfixiantes que aceleraran su padecimiento.

Opinamos, pues, por seguir durmiendo como hasta la fecha, aunque no

sea más que porque no pudiera decir quien nos viese en cama que estábamos preparándonos para volatineros.

Y á nosotros no nos gustan los títeres.

*
* *

Todos, cuando niños, hemos hecho uso de las pelotillas de papel mascado para lanzarlas á guisa de proyectiles.

La industria moderna ha visto la facilidad de hacer del papel así preparado objetos caprichosos y consistentes, y acaba de perfeccionar el procedimiento, obteniendo de su resultado pingües ganancias. Pegadas unas á otras las hojas de papel que sobrenadan en un líquido compuesto de dextrina y almidón, se las somete á la presión de una prensa hidráulica alimentada con agua caliente, y así obtiene la industria verdaderas planchas de extremada dureza que, molidas acto continuo, sirven para la fabricación de zócalos, piés de velador, brazos de sillones y otra porción de objetos.

Nosotros sabemos que este asunto no tiene gran relación con la medicina; pero como también tenemos el deber de escribir para nuestros compañeros los farmacéuticos, que pueden tener gusto en usar morteros, botamen, etcétera, preparados con la pasta de papel, damos aquí cuenta del referido adelanto industrial por si hay alguien que no quiera echarlo en saco roto.

En cuanto á lo demás, desde que hemos visto cuellos de papel, bastones, etc., y desde que sabemos que se han construído con papel ruedas de coche y edificios cuasi soberbios, no nos maravilla la nueva aplicación ni nos ha cogido de sorpresa.

Lo que tememos es que pueda un día sorprendernos la industria presentando en el mercado científico médicos de papel mascado, y con mayor motivo lo tememos cuanto que ya los hay que lo parecen, no importa que las echen de hombres.

Y si no, díganme ustedes qué son esos médicos que ven un enfermo en carnestolendas y otro para la virgen de Vallecas, y luégo se meten á escribir medicina práctica.

T. LACEMENDI.

EDITORIAL

La catarata quística.

Considerando más usual y corriente en nuestros tiempos la palabra quiste, llamo catarata quística la que los autores denominan cística, adjetivo derivado de la voz ciste, que juzgo anticuada por emplearse aquélla y no ésta en el lenguaje moderno.

A grandes trazos conviene recordar que la catarata es capsular cuando sólo la cápsula del cristalino ha sido atacada de opacidad, lenticular cuando es únicamente el cristalino el que se opacifica, y cápsulo-lenticular ó mixta cuando el movimiento de opacidad com-

prende todo el aparato cristalino. Son impertinentes al objeto de este artículo otras divisiones clínicas de la catarata fundadas en su estructura, color y consistencia, y las omito voluntariamente á fin de hacerme comprender mejor.

Cuantos con afición decidida á la oftalmología hayan consultado con autores de todas las escuelas el punto de que trato, habrán podido ver que todo lo que se entretienen, hasta hacerse difusos en ocasiones, describiendo las cataratas comunes, dejan de hacerlo al bosquejar ciertas infrecuentes clases de catarata, y es que siempre corre mejor y más fácil la pluma cuando se pinta lo demasiado conocido que cuando se pretenden esbozar males que vemos poco en el curso de nuestra vida profesional.

Perturbación profunda de la nutrición cristalina, como toda catarata, la quística puede ser debida además á un movimiento inflamatorio, inapreciable y pasivo, del que resultan capas vitreas conglomeradas en la superficie interna de la cristaloides anterior que, propagadas luego, llegan más tarde á las fibras cristalinas contiguas á algunas partes de la tal cristaloides, en especial las ecuatoriales extremas de la cara anterior, ó bien, como yo creo, á una verdadera esclerosis, en virtud de la cual sufre el cristalino un característico movimiento de regresión al completarse la opacificación de la cápsula, que hace así más difícil la nutrición del aparato cristalino en totalidad.

Pero dejando á un lado conceptos puramente teóricos acerca de la génesis de la catarata quística, conceptos que no por eso debemos desdeñar, vamos á tratar la cuestión en su aspecto clínico, más útil que aquél para los prácticos en general.

Con que diga á los lectores, con la habitual franqueza de mi pluma, que he visto durante mi vida profesional cuatro casos de verdadera catarata quística, uno de los cuales operé hace poco, y con que añada que los dos primeros que observé se perdieron por error de diagnóstico de quien los hubo de operar, deducirán dos cosas: primera, que la catarata quística es poco frecuente y, segunda, que no es muy fácil de conocer *à priori*, y que si no se ve de antemano, el resultado de la operación es negativo.

Fijémonos, pues, en sus pocos caracteres objetivos. Una opacidad grisácea uniforme y, cuando más, algunos puntos blancos tachonando, salpicados, el ámbito pupilar es ordinariamente todo cuanto puede hacer sospechar al práctico la existencia de una catarata quística. Conviene decir que la coloración blanco-grisácea de la catarata quística, dado que no existan los puntos citados anteriormente, no puede confundirse en cierto modo más que con la coloración de la catarata blanda ó semiblanda (fakohidropsia y facomalacia de algunos autores); pero aunque falte la costumbre de ver enfermos, es fácil prevenir el error considerando: primero, que la catarata blanda y semiblanda recaen en jóvenes y la quística en viejos, y segundo, que el color de aquéllas es blanco azulado y no uniforme, y el de ésta, como antes se dice, es blanco perla é igual en todas partes.

Dilatada la pupila á beneficio de un midriásico, puede apreciarse distintamente que las células componentes de la catarata blanda y semiblanda están disociadas hasta el punto de que se aprecian bien dibujados sus contornos, en tanto que en la catarata quística sólo se observa un todo homogéneo y compacto, lo mismo en el centro que en la periferia del aparato cristalino. Todos estos caracteres diferenciales hacen relación también á las cataratas lenticulares de origen traumático.

De la catarata capsular, y aun de la cápsulo-lenticular cuando, como en la quística, no ha sufrido el cristalino un movimiento completo de liquefacción, se distingue la catarata

que describimos, primero, en que el color de aquéllas no es uniforme, puesto que en su ámbito se descubren el ambarino ó distintos tonos del blanco, y, segundo, en que examinados casos de aquellas especies á la luz oblicua, pueden verse bien, no sólo las más sutiles fibras de la cristaloides, sino zonas de ella en que es mayor que en otras la consistencia y aparecen por este motivo de más intenso color.

Diagnosticada ya la catarata quística, nos queda por resolver el problema de su tratamiento quirúrgico, puesto que no somos nosotros de la raza de los doctores Faustinos que se hacen ilusiones sobre la curabilidad de la catarata en general, merced á una sustancia medicamentosa. Desde luégo, y aquí tienen un punto de mi crítica los que, ahora que es moda, pretenden aplicar siempre el procedimiento de Daviel á la operación de cataratas, desde luégo, digo, la catarata quística requiere un método operatorio en que se combinen la queratotomía é iridectomía, y me fundo, no ya en la conveniencia de facilitar la introducción de la pinza en la cámara anterior, porque una mano hábil puede hacerlo sin lesionar el iris ni provocar la evacuación del humor vítreo, sino porque, disminuyéndose la presión ocular fisiológica al influjo de la iridectomía, conviene mucho este rebajamiento previo en la presión para que al extraerse el aparato cristalino no sea la dicha presión disminuída brusca y grandemente hasta el extremo de que esto dé origen á la rotura y pérdida de las células hialóideas que, si es completa, hará surgir la hemorragia capilar ó por el vacío, que á su vez produce la panoftalmítis y, como consecuencia última, la atrofia globular.

Todo este cortejo de accidentes que acabo de enunciar sobrevino en las operaciones en que fuí mero espectador, y sobrevino porque, no habiéndose hecho bien el diagnóstico, se empeñó el cirujano en atacar inútilmente la cápsula con el quistótomo, y en querer extraer el aparato cristalino á beneficio de la presión con los dedos ó con la cucharilla de Daviel, como si se tratara de un caso ordinario de catarata.

Yo creo que, á pesar de la fuerte consistencia de la cápsula, puede ésta llegar á romperse en algún caso desparramando el contenido líquido, ó sea el cristalino liquidado, en la cámara anterior; pero como esto no quita que se tenga que proceder forzosamente á la extracción completa de la cápsula, en cuya desaparición por reabsorción no cabe pensar, nada se consigue con obtener la rotura, puesto que el principal problema queda en pie.

El caso por mí operado recientemente, y que recayó en una señora ligada con vínculos de parentesco á un joven comprofesor y convecino, suscriptor además de este periódico, fué diagnosticado al empezar la operación, y dió por resultado la pronta y completa extracción del quiste cristalino con una pinza, sin detrimento para el ojo ni en aquel momento ni después.

La pieza patológica era digna de estudio, así por la magnitud cuanto por lo bien que podía apreciarse la resistencia del continente cápsula, y la nula que tenía el contenido cristalino, y en mi servicio del hospital de la Latina se conserva como raro ejemplar de estas cataratas.

He visto tan pocos casos, que no estoy autorizado suficientemente para sostener idea alguna á favor de las causas que pueden influir en el desarrollo de la catarata quística; pero tengo *in mente* la consideración de que toda, ó dicho mejor, algunas cataratas cápsulo-lenticulares, sufrirían un completo movimiento de regresión, transformándose en quísticas, si se dejasen muchos años en el ojo, que, por el mero hecho de haber dado lu-

gar á la catarata mixta ó cápsulo-lenticular, acusa una esclerosis senil propia para la perfecta evolución de toda enfermedad del cristalino.

Todo lo que tiene de inconveniente la catarata quística para operarse, y todo lo que tiene de difícil para ser diagnosticada, cuenta de ventajas cuando se hace bien la operación y no sobrevienen accidentes, puesto que el paciente no puede temer el desarrollo de cataratas secundarias, dado que se le extrajo íntegro el aparato cristalino, ni que cosa alguna mecánica interrumpa nunca la función que llegó á restablecer.

En resumen, convengamos en que lo difícil en nuestra ciencia es el diagnóstico, pues que cuando este juicio se establece bien, la mayor parte de accidentes se sortean admirablemente, haciéndose sencillos los casos más complejos.

DR. J. LÓPEZ-OCAÑA.

TÉCNICA

Sociedad de Biología.—Esta Sociedad, recientemente creada como complemento del Laboratorio Biológico de la calle de la Gorguera, celebró su primera sesión el día 12 del corriente.

Presidida ésta por S. A. el doctor D. Luis Fernando de Baviera, se abrió á las 9 y 35 minutos de la noche, dándose lectura al artículo 13 del Reglamento, que dispone el orden que ha de seguirse en las sesiones.

El Sr. San Martín interrogó á la Sociedad sobre la causa fisio-patológica del colapsus de los operados ó *schoc* de los ingleses y su tratamiento profláctico ó preventivo, único posible. Dijo que las tres grandes conquistas que habían sacado á la cirugía del humilde estado en que se hallaba á principios del siglo, son la anestesia, la isquemia y la antisepsis que previenen el dolor, las grandes hemorragias y la infección; pero que aun no había encontrado medios para curar el *schoc*. Que esta curación no podía ser sino preventiva, como preventivas son la anestesia, la isquemia y la antisepsis. Concreta la pregunta diciendo ¿es debido el *schoc* á un trastorno de inervación ó á una alteración circulatoria?, anunciando que si radicara en el aparato circulatorio, los adelantos de la hidrodinámica nos llevarían con prontitud á prevenirlo.

El sistema que *hasta nueva orden* sigue en su clínica para conseguir dicho fin, es el de inyectar soluciones mórficas á dosis de dos centigramos como *minimum*, en el momento en que empieza la reacción en el operado. Así consigue sustracción de sangre de los vasos abdominales, depósito que puede llegar á quitar al centro cardíaco su natural excitante.

El Sr. Espina y Capo contesta aportando la observación de un caso al contingente general de estudio. Se trata de una esplenotomía practicada por el Sr. Rivera. Haciendo el lavado abdominal, se presentó el colapsus. La respiración artificial, el éter y el café con cognac, después de tres horas de incertidumbre, sacaron al operado de aquel grave riesgo. Después, cuando se creía salvado, estuvo el niño esplenotomizado hablando tranquilamente con su padre y los facultativos de asistencia, y á los pocos momentos murió como herido por el rayo. Cree, por tanto, que el *schoc* se presenta bajo dos formas: primitiva y secundaria.

El Sr. San Martín rectifica, diciendo que no planteando la cuestión bajo el punto de vis

ta clínico sino fisiológico, no es para él de importancia la división del Sr. Espina, anunciando que lo que sea eficaz contra el *schoc* no puede ser curativo sino preventivo.

El Sr. Pulido cree que el *schoc* es una perturbación del sistema nervioso, y asegura que empleando la anestesia mixta no se le ha presentado en operaciones muy propensas á dicho trastorno. Dice que un operador belga (Astruc) ha logrado evitarlo, administrando previamente el láudano. Siguiendo esta práctica, no había tenido que lamentar un solo caso, á pesar de contarse en su estadística numerosas ovariectomías y algunas colecistotomías.

El Sr. Oloriz cree que la única base de soluciones es la experimentación, y que siendo las operaciones experimentos, ofrecía á la consideración de la Sociedad un caso más: un sujeto con quistes hidatídicos en la cavidad abdominal fué operado por el Sr. Rivera, después de reclamar la operación con la insistencia de un desesperado. Al llegar al hígado, se presentó tan grande la masa quística, que se dudó atacarla (tal era la magnitud y pocas probabilidades de éxito de la operación). El grosor de la capa hepática era de uno ó dos milímetros; se incindió sin dar sangre, efecto de la enorme compresión que en el parénquima ejercía el quiste. Se llevó á cabo la extracción, se lavó y drenó el enorme antro que resultaba sin presentar el enfermo, durante el acto quirúrgico, que se hizo sin anestesia por tratarse de un alcohólico, el menor trastorno intelectual ni el más pequeño indicio de colapsus. Trasladado á su cama, el pulso llegó á 130 y la temperatura de 38° á 38°,5.

En medio de este estado tan objetivamente lisonjero, resaltaban los funestos presagios del enfermo diciendo á cada instante que tenía seguridad de morir. A las nueve horas de operado, y sin anteceder nada notable ni fenómeno perceptible que anunciase tan funesto desenlace, sucumbió repentinamente. Es teenfermo murió indudablemente por parálisis central.

Cree el Sr. Oloriz que sería conveniente indagar, ante todo, las regiones cuyos traumatismos predisponen más al *schoc*. Él ha visto por numerosos casos de observación que la mayor susceptibilidad corresponde al abdomen, y, sobre todo, á su porción supra-umbilical, aumentando la predisposición á medida que se profundiza en dirección del plexus solar. Pregunta si tendrá esto semejanza con lo que ocurre cuando se traumatiza el cuello en las proximidades del pneumogástrico, que suelen sucumbir los enfermos de una manera muy análoga. Termina haciendo oportunas observaciones para deducir que el pneumogástrico es el nervio que en sus funciones se parece más á los de la vida vegetativa.

El Sr. San Martín vuelve á rectificar, advirtiendo al Sr. Pulido que, si bien hay analogía entre todos los opiados, existe mucha diferencia entre su procedimiento y el que pone en práctica el profesor belga, puesto que éste se propone al administrar el láudano corregir la anestesia en las operaciones de mucha duración, y él da la morfina cuando empieza la reacción para asegurar la circulación de la piel, para abrir los capilares y evitar los remansos abdominales. Afirma que la solución del problema debe esperarse de hechos experimentales, no sólo de los traumatismos quirúrgicos en la especie humana, sino poniendo á contribución los animales, y habla de experimentos en la rana. Añade que un cirujano inglés propone la administración del éter, diciendo que si tuviera que sufrir una grave operación, tomaría el éter doce horas antes para colocarse en la situación de los animales invernantes. De la experimentación en animales puede esperarse algo como lo relativo á la acción de la digital ó á la susceptibilidad de los nervios y que si, por ejemplo, le dijese el Sr. Simarro que la corriente de seis elementos Trouvè aseguraban la excitación simpática, utilizaría este hecho llevándolo á la experimentación especial.

El Sr. Simarro contesta á la alusión y se ocupa del experimento de Golz en la rana, asegurando que no se produce siempre, que en invierno es imposible originarlo, lo que demuestra que si el *schoc* es causado por la irritabilidad del sistema nervioso, puede prevenirse.

El Sr. Compaired lee una nota clínica sobre un caso de hidátides de la vesícula biliar, seguido de colecistotomía, practicada por el doctor D. Federico Rubio y terminado por la curación, cuya nota no reproducimos por haberse publicado en este periódico.

El Sr. Salillas lee una bellísima nota importante al estudio de antropología criminal sobre una interesante costumbre de los presidios, no mencionada hasta ahora por ningún tratadista, y que tal vez no se haya manifestado de una manera evidente en los establecimientos penales de los demás países. Entre las reclusas de la casa galera de Alcalá de Henares y los presidiarios de todos los presidios de España, se establecen relaciones epistolares que alcanzan la mayor intimidad, sin que los interesados se conozcan. Estas relaciones se establecen por medio de listas en que figuran los nombres de los penados (chuchos) y de las penadas (chuchas); listas que son remitidas de los penales á la casa galera y de la casa galera á los penales. El análisis de estos hechos es un estudio sociológico en el que se especifican los caracteres de diferenciación de las sociedades fuera de la ley, añadiéndole esto nuevo, que comprende la verdadera función afectiva, y á ser posible reproductora, digna de fijar la atención de los antropólogos por el vigor con que se revela en la vida penal.

El Sr. Simarro mostró preparaciones histológicas de la médula espinal del mono, en cuyos cortes transversales se veía perfectamente la disposición de los *cylinder-axis*.

Se levantó la sesión á las once y media.—*El Secretario, F. DE LA SIERRA Y ZAFRA.*

Conexiones entre las enfermedades de los ojos y las de la nariz.—La *Revista de Ciencias Médicas* da cuenta de las siguientes observaciones nuevas debidas á Nieden, de Bochum.

I. Producciones poliposas de la parte superior de la nariz que perforaron primero la pared orbitaria interna izquierda y después la derecha.—Exoftalmos de ambos ojos; muerte por accidentes cerebrales.

II. Mixosarcoma de la parte superior de la nariz; desgaste del etmoides; propagación del tumor á la cavidad craneana y ambas órbitas.—Neuroretinitis, exoftalmos y amaurosis doble.—Muerte por coma.—Autopsia.

III. Empiema crónico del seno frontal derecho y del laberinto del etmoides.—Abertura del absceso por la órbita derecha; desviación del globo del ojo afuera y abajo.—Diplopia.—Comunicación del absceso con la cavidad nasal.

IV. Hipertrofia difusa de la mucosa de la nariz, empiema de la cueva de Higmoro á consecuencia de fiebre tifoidea.—Neuralgia suborbitaria y blefarospasmo derecho.—Curación después de evacuación y raspamiento de la cavidad.

Hilas y algodón de madera.—El doctor L. Championiere, ocupándose de ciertos inconvenientes de la gasa y otros elementos que hoy se expenden para la cura de Lister, los cuales no se preparan convenientemente, resultando de ello que con gran facilidad se alteren, manifiesta á la *Sociedad de Cirugía* de París que él, desde hace algún tiempo, ha adoptado para las curaciones el algodón é hilas de madera, de las que tanto uso se hace en Alemania por los satisfactorios resultados que de su empleo se obtienen.

La Revista Médica de Sevilla, de donde tomamos esta noticia, añade que las hilas de ma-

dera son una pasta compuesta de madera de abeto preparada como la pasta de papel é impregnada de sublimado al 4 por 100. Se hace uso de ella, bien sola ó mezclada con algodón hidrófilo al $\frac{1}{3}$, denominándose en este caso algodón de madera. Tiene las cualidades de que como suave es fácil de comprimir y absorbe con gran facilidad los líquidos, tanto que, aplicado á las heridas, si éstas no tienen una abundante supuración ó derrame seroso, apenas se notan al exterior. Como es relativamente considerable la dosis de sublimado que contiene, aunque se impregne de materias putrescibles no hay temor á descomposición alguna, resultando de aquí que esta cura puede estar sin renovar por intervalos largos de tiempo.

El modo como Championiere practica las curas es como sigue. Tras el aseó de la herida, aplica el polvo siguiente, cuya fórmula es debida á su interno en farmacia Damecourt:

Iodoformo tamizado.....	} partes iguales.
Polvo de quinina.....	
» » benjuí.....	
» » carbonato de magnesia..	
» » saturada.....	
» » esencia de eucaliptus..	

Después aplica encima una almohadilla de algodón de madera, sigue con el mackinstosh y, por último, una venda de gasa ordinaria.

Desde el mes de Marzo, en todo lo referente á cirugía del hospital Tenón, hase practicado esta cura, haciéndola á los tres días en las grandes operaciones, y cada ocho horas en las de menos entidad, coronando el éxito más lisonjero todos los casos.

Por último, otra de las ventajas de esta cura es su reducido precio, siendo más caro el algodón que las hilas, pero éstas son más difíciles de fijar en las heridas, mientras que sucede lo contrario con el algodón, por lo cual es más preferido, pues llena mejor las necesidades de la práctica. M. Championiere recomienda también estas curas para la cirugía de guerra por creer llenan las necesidades que exigen estos casos.—MAURO M. BLANCO.

Nuevo modo de preparar el vino de quina.—P. Vigier indica en la *Gazette hebdomadaire* el siguiente procedimiento para la preparación del vino de quina:

Tómese 25 de quina huanuco y 75 de quina de Loja. Ésta es más rica en tanino que en alcaloide y tiene un gusto agradable, mientras que la quina huanuco es menos rica en tanino, contiene más alcaloide y da al vino algo más de amargo, siendo su sabor menos agradable que el de la quina de Loja. Estas quininas se desecan en la estufa, donde pierden un 10 por 100 de su peso, y se raspan después con pedazos de cristal, á fin de privarlas de las criptógamas de que están salpicadas y les comunican con tanta frecuencia el sabor á moho. Para el resto de la preparación se siguen los preceptos del Códex.

Sin embargo, es bueno no pensar más que ligeramente el residuo, porque el último líquido que se extrae del polvo es más acuoso y menos cargado de principios útiles que el que ha pasado primero. Este hecho es muy apreciable cuando se prensan las sustancias que han servido para la preparación de una tintura hecha con alcohol de 60 grados.

Este vino no debe filtrarse, entregándole al consumo después de un mes de reposo.

Por este procedimiento, ó mejor, gracias á estas precauciones, se puede hacer uso de un vino de precio, pues la quina no le desnaturaliza.

Claro es que el vino de quina así preparado resulta más caro que el del comercio, pero juzgamos que este medicamento tiene bastante importancia para merecer estos cuidados.

La pomada de túrbít mineral.—Frecuentemente nos hemos levantado, dice Virgier en la *Gas. hebdom.* ya citada, contra la tendencia de algunos médicos á sustituir la vaselina á la manteca en la composición de las pomadas. Hemos demostrado que este cambio no debía hacerse sino con discernimiento, y que la mayor parte de las pomadas debían prepararse con la manteca y no con la vaselina.

He aquí, sin embargo, una en la que la vaselina nos ha parecido indispensable; tal es la pomada de túrbít.

Esta pomada es un medicamento con frecuencia útil contra la pitiriasis del cuero cabelludo, teniendo únicamente el defecto de ponerse negra con el tiempo, y desde luégo de aspecto repugnante para el uso.

El subsulfato de mercurio se reduce por el cuerpo graso, y, sobre todo, por la grasa aromatizada.

Empleando la vaselina se evita este inconveniente y la pomada conserva siempre su hermoso color amarillo canario.

Se formulará así:

Vaselina.....	60 gramos.
Túrbít mineral.....	3 —
Esencia de bergamota, limón ú otra no oxigenada.....	20 gotas.

Hágase según arte y consérvese en un bote con tapa de porcelana.—TORRES.

Extirpación de un testículo, por un accidente raro.—Nuestro querido compañero, el doctor Mariani, da cuenta en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* de un caso clínico muy curioso, y que merece conocerse por los prácticos. Se trata de un joven de 14 años, bien constituido, que ingresó en una de las salas á cargo del citado compañero, refiriendo que tres días antes, al ir á descargar un saco pesado que conducía sobre el hombro derecho, sintió un dolor agudo en la ingle del mismo lado, en cuyo sitio se presentó en el acto un abultamiento, coincidiendo con la desaparición del testículo correspondiente de la bolsa escrotal. Del reconocimiento resultaba, en efecto, la ausencia del testículo derecho de su cavidad, así como su presencia debajo de la piel del pliegue inguinal; el conducto inguinal se reconocía perfectamente libre, y siempre el enfermo aseguraba que todo esto había sucedido en el momento de sentir el dolor, y que hasta entonces el teste ocupó su situación normal. El dolor era continuo, se irradiaba á las regiones inmediatas é impedía al enfermo mover el muslo, por lo cual, y en vista de que todas las tentativas hechas para volver el órgano dislocado á su situación normal eran infructuosas y dolorosísimas, así como todos los medios tópicos ensayados, se decidió, previa consulta con otros varios compañeros, anestesiar al paciente, para intentar de nuevo la reducción, y caso de ser ésta imposible, descubrir el sitio afecto, ver el estado de los órganos y obrar con arreglo á las indicaciones que se presentasen.

En efecto, anestesiado el enfermo, se trató de reducir el testículo, sin resultado, pues, si bien se le podía deslizar hasta el punto correspondiente al anillo, volvía á su primitivo lugar, que era próximamente la unión de los dos quintos internos con los tres externos del pliegue de la ingle; entonces se incindió la piel, el tejido celular y la fascia superficial, en la extensión de cinco centímetros, apareciendo debajo el teste cubierto por la vaginal, que se seccionó sobre la sonda: reconocido el órgano y sirviendo de guía el cordón, se pudo apreciar que éste se hallaba aprisionado entre las fibras del pilar externo del anillo, que, al

desgarrarse, habían formado un ojal que dió paso al órgano, y la retracción fuerte é inmediata de las mismas fibras impidió en absoluto el retroceso del teste á su cavidad; podía, pues, compararse la disposición de las partes á un gancho, cuya extremidad estaba representada por el testículo y parte del cordón, cuya curvadura abarcaba el pilar externo del anillo y cuyo mango, representado por el resto del cordón, ocupaba el conducto inguinal. Siendo imposible la reducción por medios manuales, y considerando que ofrecía mayores peligros abrir camino al escroto, se extirpó el teste, que, de todos modos, por la compresión que sufría su cordón había de atrofiarse, y que en aquel momento era un peligro para el enfermo por la flogosis de que pudiera ser asiento, y una mortificación constante por los dolores que le ocasionaba y las dificultades que á los movimientos oponía. El enfermo curó por completo en ocho días.—G. ANDRADAS.

La irrigación intestinal en las enfermedades del tubo digestivo de los niños.—

Este ha sido el objeto de una comunicación presentada por el doctor H. Willems á la Sociedad de Medicina de Gand y publicada en nuestro colega *Le Scalpel*. Desde hace pocos años se viene haciendo aplicación de las irrigaciones intestinales en la terapéutica infantil, siendo el profesor Monti, de Viena, quien con más interés ha seguido este estudio. Los resultados obtenidos por éste durante nueve años, y los que dice haber observado en menor escala el autor de la comunicación, autorizan para recomendar este medio terapéutico en la dispepsia, el estreñimiento habitual, el catarro del intestino grueso y del intestino delgado, la gastroenteritis aguda, la atrepsia, la disentería, el tífus abdominal, la tifitis y peritifitis en sus comienzos, la obstrucción intestinal y la helmiritiasis.

El aparato de que se vale el profesor Monti para hacer la irrigación, es muy sencillo: consiste en un vaso ó un embudo de 1 á 2 litros de capacidad, con un tubo de caucho de uno á dos metros de largo. La extremidad del tubo, provista de un grifo, se adapta á la cánula intestinal, que es un sencillo tubo de caucho blando, flexible, de longitud y diámetro variables, según la edad de los enfermos. Un tubo de 30 centímetros de largo y de 5 á 6 milímetros de diámetro es aplicable á la generalidad de los casos.

El doctor Willems reemplaza este aparato por el irrigador de cristal de Esmarch, y adapta al grifo, á guisa de cánula, una sonda uretral de Nélaton, núm. 14. Para hacer la irrigación se coloca al niño, bien en la posición lateral (de Sims), ya sobre las rodillas de una persona que esté sentada y con las piernas cruzadas, de modo que formen un plano inclinado, sobre el cual descansará el enfermito boca arriba, con la cabeza baja, la pelvis elevada y los muslos en flexión sobre el vientre. Después de untar la cánula con aceite, se introduce en el intestino hasta una profundidad de 4 á 5 centímetros. Debe comenzarse la irrigación á débil presión, que luego se aumenta de un modo gradual con sólo elevar el irrigador, suspendiéndola ó deteniéndose un momento cuando el niño hace esfuerzos de expulsión. Dos objetos podemos proponernos con esta irrigación: evacuar el contenido del colon y modificar la superficie de la mucosa. En ambos casos se hace preciso que el líquido llegue hasta la válvula íleocecal, y que sea abundante. Las cifras que marca el profesor Monti respecto á la cantidad de líquido que debe emplearse en cada irrigación son las siguientes:

Para un recién nacido, de peso inferior á 3 kilos.	200 á 300	gramos de líquido.
Para un recién nacido, de peso superior á 3 kilos.	300 á 500	»
Para niños de menos de cuatro meses.....	500 á 700	»
Para niños de más de cuatro meses.....	500 á 1.000 ó 1.200	»

Baginsky aconseja, como regla general, que se inyecte medio litro en los niños muy pequeños y de 1 á 2 litros en los de más edad. Cuando se emplean para la irrigación soluciones modificadoras, conviene que permanezcan por algunos instantes en contacto con la pared intestinal, y para ello basta aplicar un dedo sobre el ano, una vez retirada la cánula. Según sea el padecimiento, así variará también la naturaleza del líquido de la irrigación: en la dispepsia, el agua ligeramente templada ó con cinco gramos de sal marina; en la enteritis folicular, después de una irrigación con agua fresca, se practicará otra con una solución de tanino al 2 por 100, de alumbre ó de acetato de alúmina al 1 por 100, de acetato de plomo al $\frac{1}{4}$, por 100, etc. Estas irrigaciones pueden repetirse una ó dos veces por día, hasta que disminuya el número de deposiciones características. A la vez no se descuidará el tratamiento dietético. Indudablemente este medio terapéutico es preferible á las lavativas y aun á ciertos medicamentos que se administran por la vía gástrica y que no pueden obrar de modo tan directo sobre la superficie intestinal enferma; merece, por lo tanto, ensayarse en todos los casos de que hemos hecho mención.—GUTIÉRREZ.

CRÍTICA

Los baños de asiento calientes en la pneumonía catarral.—El doctor Benevoleusky, que ha empleado en tres casos de pneumonía catarral los baños de asiento caliente, recomienda este tratamiento, cuyos efectos son debidos, según dicho profesor, á la acción derivativa.

De los tres casos en que se empleó este tratamiento, en el primero citado la pneumonía se había desenvuelto en la terminación de una fiebre tifoidea. Al décimoquinto día de enfermedad, cuando la temperatura oscilaba entre 39 y 40°, el enfermo fué sometido á la acción de un baño de asiento caliente, cuya agua llegaba hasta la región umbilical. Seguidamente la temperatura descendió á 38°,7, y bajo la influencia de este tratamiento el estado general mejoró rápidamente y el enfermo curó después del sexto baño.

El caso que acabamos de referir no es en verdad muy concluyente para que por él pueda deducirse nada concreto del efecto del baño de asiento, pues es preciso tener en cuenta que al décimoquinto día de enfermedad que empezó el tratamiento, que se continuó hasta el vigésimoprimer, pudo muy bien la pneumonía terminar por curación, sin que para nada influyera la acción derivativa del baño de asiento, toda vez que según el doctor Benevoleusky en este enfermo se emplearon además la medicación usual y el vegigatorio.

En el segundo caso citado, la pneumonía se había desenvuelto en un enfermo afectado de bronquitis crónica, y fué tratado solamente por los baños, con lo que se consiguió que la temperatura descendiera desde el tercer baño, hasta quedar en la normal después del cuarto, curándose el enfermo al séptimo baño.

El tercer enfermo sufría una pneumonía catarral con sarampión, y los síntomas pulmonares desaparecieron después del segundo baño.

Descartado el primer caso citado, en el que, como hemos dicho, siendo el tratamiento mixto, no es posible determinar con precisión cuál de los medios empleados fué el que curó al enfermo, quedan sólo el segundo y tercero, de los que sólo en el segundo se dice que fuera tratado exclusivamente por los baños, y quedando la cifra tan reducida, parecenos que el

autor de este tratamiento se ha precipitado algo al publicar sus observaciones y que debió esperar á reunir mayor número de hechos para sacar conclusiones definitivas.

La acción derivativa que se propone conseguir el doctor Benevoleusky con los baños de asiento calientes, puede alcanzarse por otros medios que posee la ciencia, que son de más fácil aplicación y que no tienen el inconveniente de exponer al enfermo á un enfriamiento que recrudezca la enfermedad, que es fácil suceda por la dificultad de mantener la temperatura del agua á 34 ó 35° durante quince ó treinta minutos, ó bien por la exposición que hay siempre en tener levantado durante este tiempo al enfermo atacado de pneumonía catarral.—BERRUECO.

El desagüe quirúrgico.—Parecía ya un axioma que en toda operación era preciso vigilar el establecimiento de un buen desagüe que facilitase la evacuación pronta de las primeras exudaciones de los tejidos heridos, y, sin ser exclusivistas, porque en esto, como en todos los asuntos científicos, no es posible serlo, yo sigo creyendo que Chaisaignac, descubriendo el desagüe quirúrgico, fué el primer cirujano que sentó las bases de las curas modernas; pues bien, en el último Congreso de Cirugía francés ha habido quien, en mi concepto, dejándose llevar del entusiasmo, ha querido proscribir en absoluto el desagüe en todas las operaciones importantes, exagerando el poder de los antisépticos empleados en las curas modernas.

Creo el doctor Chenieux (de Limoges) que hechas asépticas las superficies cruentas á beneficio del lavado antiséptico con sublimado, iodoformo, etc., el tubo de desagüe sólo sirve para impedir la cicatrización inmediata en el punto de su aplicación, así que en las extirpaciones de tumores, amputaciones, ovariomías, resecciones, etc., aboga por la supresión de este medio defectuoso de la cura antiséptica. Si el cirujano tuviese la seguridad de que no se produciría esa exudación tan abundante que sigue en los primeros días á toda operación en que se han interesado gran cantidad de partes blandas, y supiera que la absorción de esos líquidos era rápida é inocente para la economía, desde luego estaríamos al lado del cirujano de Limoges; pero mientras la experiencia clínica nos siga demostrando que hay siempre una abundante exhalación de líquido, cuya retención en el seno de los tejidos y absorción consecutiva determinan la aparición de fenómenos generales, que no se ven nunca con la cura antiséptica acompañada de desagüe, seguiremos colocando tubos en las partes más declives, de calibre relacionado con la extensión, y, sobre todo, la profundidad y espesor de los tejidos lesionados, siempre bien desinfectado y con su abertura exterior al nivel de la herida para que no moleste, el tubo puede suprimirse si al hacer la primera cura se nota la ausencia de líquidos, y no se ha perdido nada porque un pequeño trozo de herida tarde tres días más en cicatrizar. En cambio, ¡qué de peligros y trastornos, si la retención de líquidos impide unirse las partes, las distiende, causa dolores, y por fin irrita las inmediaciones, da lugar á un flemón y luego se absorben los productos de la descomposición y traen fenómenos generales!

Se me dirá que esto no puede ocurrir ante el empleo de los medios antisépticos vigorosos, pero como no tenemos la seguridad absoluta de que así suceda, puesto que alguna vez falla el método, aunque sea por descuido imprevisto, yo no me creería autorizado para exponer un amputado á la contingencia de que fuese él por casualidad el caso excepcional de supuración, y pagase caro el deseo de que su herida cicatrizase unos cuantos días más pronto. Claro está que esto no se refiere á las autoplastias ni á ciertas operaciones en que desde luego

el cirujano lleva como parte de la indicación quirúrgica la supresión absoluta de todo cuerpo extraño entre las superficies cruentas.

Conste, pues, que el desagüe, bajo todas sus formas, constituye una necesidad en la mayor parte de las curaciones, antisépticas y todo, y que á él se deben efectos tan beneficiosos como los que producen los medios antisépticos.—GARGÍA ANDRADAS.

Retención de la placenta después del aborto.—No están muy conformes los que á la práctica tocológica se dedican respecto á la intervención ó abstención en los casos en que la placenta ha permanecido dentro de la matriz después de un aborto; al paso que unos, los más, no teniendo paciencia para esperar el curso de los acontecimientos, y en el temor de que sobrevengan complicaciones, se apresuran á intervenir de una manera activa y por todos los medios procurar extraer las secundinas, otros, menos atrevidos ó con exceso prudentes, abandonan el alumbramiento á los solos esfuerzos de la naturaleza.

Como se ha llegado á la exageración de ambos extremos, no existe hoy doctrina bien definida respecto del particular, y esto ha motivado una interesante comunicación que M. Budin presentó á la Academia de Medicina de París en la sesión última y publica nuestro colega *Le Progrés Medical*.

Las ideas del eminente tocólogo francés coinciden con las que expusimos tiempo ha en nuestro periódico al ocuparnos del aborto. En su comunicación prueba con 210 observaciones recogidas en su servicio del hospital de la Caridad y en la clínica de Maternidad que la retención de la placenta después del aborto rara vez da lugar á accidentes patológicos, pero en cambio numerosos ejemplos demuestran que algunas veces las maniobras para la extracción han acarreado funestas consecuencias.

Cuando ocurra este accidente sólo debemos intervenir en el caso de hemorragia grave ó cuando la septicemia hace sus manifestaciones, por no haber tenido las precauciones antisépticas necesarias aun en los casos normales.

Si retenida la placenta se produce una hemorragia alarmante, no estando dilatado el cuello uterino, se colocarán tapones en la vagina, bien apretados y hechos con una sustancia antiséptica (algodón fenicado, etc.); este medio, además de contener la salida de la sangre, estimula las contracciones uterinas y favorece la dilatación, siendo luégo expulsada la placenta con relativa facilidad. Cuando ésta sufre un principio de descomposición y las secreciones uterinas tienen mal olor, deben practicarse varias veces al día irrigaciones vaginales con solución fenicada al 3 por 100 ó con la de sublimado al 1 por 2.000; y en el caso de existir ya la infección y no haber dilatación suficiente para la extracción de la placenta, se harán inyecciones intrauterinas dos veces al día por lo menos con las soluciones indicadas para mantener aséptica la cavidad de la matriz, á la vez que se administrará el sulfato de quinina.

Por nuestra parte hemos visto un caso de retención de placenta después del aborto durante cuatro meses, sin que tal accidente diera lugar á otra cosa que á una hemorragia escasa, pero persistente; y cuando esta mujer acudió á nuestra consulta, el cuello uterino, algo dilatado, daba paso á una parte de las secundinas. En estas circunstancias tratamos de terminar su extracción para evitar el contacto del aire y de las secreciones vaginales con la porción encajada, y poco á poco lo conseguimos por completo valiéndonos de las pinzas y de los dedos, con cuyos medios hicimos suaves tracciones cada vez más altas hasta que

salió toda la masa placentaria. Terminada la extracción, practicamos el lavado intrauterino con la sonda de doble corriente y una solución fenicada al 2 por 100. La operación no tuvo consecuencias.

Sólo, pues, en los casos de hemorragias graves ó cuando aparece la septicemia, según indica Budin, y en aquellos en que el cuello bastante dilatado aprisiona la placenta, añadimos nosotros, se debe intervenir de un modo activo para evacuar el útero de los anejos que en él se encuentran retenidos, procurando valerse de los dedos ó de las pinzas y practicando después el lavado antiséptico. Esta es la conducta que debe seguir todo profesor cuando, después del aborto, queda la placenta retenida en la cavidad de la matriz. Sólo así se evitarán accidentes desgraciados y se asegurará la perfecta involución uterina. Por eso las ideas del distinguido tocólogo francés nos parecen las más racionales y justificadas.—GUTIÉRREZ.



DEMOGRÁFICA

En la decena pasada ha señalado el barómetro 712'65 m. de altura máxima, y 702'70 de mínima, y como tiende á bajar cuando escribimos estas líneas, sospechamos que continuará el tiempo húmedo y frío como hasta ahora. La mayor temperatura ha sido 14'0, y la más baja 3'0; y en cuanto á vientos, han dominado los del S., sobre todo el SO. y OSO.

Origen de diversas enfermedades catarrales la persistente humedad de estos días, que además agrava los padecimientos crónicos de igual naturaleza, debemos aconsejar á los lectores que tengan gran cuidado, si no en evitar mojaduras, porque las necesidades de la vida se oponen á la estancia en casa, en mudar de traje y de calzado cuantas veces al día sea preciso. Respecto á regimen alimenticio, insistimos en recomendar el prescrito en números anteriores, advirtiendo también á los que, partidarios de la hidroterapia, la hayan suspendido por cualquier concepto, que pueden empezarla de nuevo sin temor á enfriamientos dañosos.

En la última decena se han recrudecido los afectos reumáticos y se han agudizado los padecimientos crónicos de pecho. Los reumas, laringitis y laringobronquitis se han presentado en mayor número y con marcada intensidad, agudizándose también las lesiones cardíacas. Se han presentado algunas neuralgias intercostales rebeldes. En cambio han decrecido las fiebres eruptivas.

La mayor mortalidad diaria de Madrid ha sido de 69 individuos y la cifra menor 41.



NOTICIAS

El día 13 de los corrientes recibió la investidura de doctor en medicina nuestro compañero de redacción D. Mauro Martín Blanco, apadrinándole en dicho acto el director de este periódico.

El Pecado Venial, digo, el *El Genio Médico-Quirúrgico*, manifiesta que nuestras gracias nos producen apretones.

¡Modesto! ¿Por qué no añade que cuando á nosotros nos aprietan sale descalabrado su consanguíneo *El Siglo Médico*?

También nos recusa una palabra por poco atildada, y en seguida escribe la voz *pedestre*.
¡Adiós, título!

¡Pero qué largos son los de *El Jurado*!

Una columna, que nada tiene de salomónica, ocupa Gil Blas para decir que efectivamente no fué EL DICTAMEN, sino M. Vidal, quien aseguraba que *se equivocan grandemente los que reclaman la libertad para los establecimientos balnearios*.

¡Ah!

Sin extrañeza.

Pero Gil Blas no se contenta con esto; recordando su origen francés, trata de hacer un *calembourg*, que no le sale, con el apellido de uno de nuestros redactores, y dice que no pongamos las miras en ese blanco.

No, las hemos puesto en *Moreno*.

Que pone á *El Jurado* verde.

Temiendo á Diego Perales,

Modelo de bien decir,

O á que el bachiller Triaca

Pueda llamarme *pillín*,

No me atrevo á asegurar

Que lo que priva en Madrid

Es la medicina zíngara,

Chalanesca ó cosa así;

Pero ahí está *El Siglo Médico*

Que me impedirá mentir.

Nota. Diego no hace versos

Porque carece de *chic*.

El Jurado asegura que *El Genio* nos es caro.

No lo crea el colega; ni caro ni barato.

Nos le envían *gratis*.

Y nosotros pagamos gustosos en la misma moneda.

La aceptación ó protesta de algunas ideas ó conceptos en polémicas y en cuestiones periodísticas, nunca probó enemistad, etc., etc., etc.

(Música de *El Jurado*.)

Han fallecido: en Mondoñedo, D. Juan Reyes; en Madrid, D. Sandalio Pereda; en Tortosa, D. N. Ferrán, médicos, y en Sevilla, D. Manuel Delgado, farmacéutico.