

# La Crónica Médica.

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA "UNION FERNANDINA."

LA REDACCION DE "LA CRONICA MEDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO V. }

Lima, Junio 30 de 1888.

} N.º 54.

## EL Dr. MANUEL ODRIOZOLA.

APENAS ligeramente restablecida la Facultad de Medicina de los serios quebrantos sufridos en los últimos años, acaba de experimentar una dolorosa pérdida con el sensible fallecimiento de su ilustre Decano el Dr. Manuel Odriozola, violentamente arrebatado á la Ciencia y á la Patria el día 27 del mes que hoy termina.

La vida del Dr. Odriozola, es un notable ejemplo, de laboriosidad y abnegación, que se ofrece á las generaciones presentes y futuras; no existiendo un solo momento de ella que no haya sido dedicado en bien de la humanidad doliente ó de la juventud estudiosa; ora al servicio de la Patria, ora al cultivo de la Ciencia.

En los claustros del antiguo Colegio de la Independencia—en ese gran establecimiento fundado por el inmortal Unánue y del que han salido un gran número de las eminencias de la presente época—hizo sus estudios el Dr. Odriozola, estudios á los que dió brillante término en Febrero de 1851, en que recibió su diploma de Médico y Cirujano; habiendo merecido, por sus notables aptitudes, ser nombrado, antes de ese año, Profesor de Matemáticas y Vice-rector del indicado Colegio.

Sus vastos conocimientos, su gran tino práctico, su espíritu de penetración poco común, hicieron de él en corto tiempo un notable médico en la práctica civil, y un eminente clínico en la práctica hospitalaria. Observador paciente y concienzudo, utilizaba hasta de los más insignificantes detalles para formular sus siempre seguros diagnósticos y pronósticos. Amante del progreso, pero sin el fútil entusiasmo del momento, aceptaba las innovaciones fundadas en estudios serios y positivos y depurados en el crisol de la experimentación y de la práctica.

Sus magistrales lecciones clínicas resuenan aún en los oídos de los que tuvieron la dicha de escucharlas; y su autorizada palabra en las consultas era siempre solicitada con agrado y con provecho.

En la enseñanza y el cultivo de las Ciencias médicas, deja el Dr. Odriozola recuerdos impecederos.

Cuando en el año de 1856, se realizó la gran transformación que dió por resultado el establecimiento de la Facultad de Medicina, el Dr. Odriozola, que ya antes había sido Secretario de la Junta Directiva de Medicina, fué designado como uno de los fundadores de la nueva Corporación docente, encomendándosele la Cátedra de Patología general, que al poco tiempo permutó por la de Nosografía médica. Su gran consagración á la enseñanza y el estricto cumplimiento de los deberes anexos á su

cargo, le grangearon muy pronto el respeto y distinción de sus profesores, que en diversas épocas le encargaron transitoriamente la dirección de la Facultad, y lo eligieron Decano en Julio de 1885, habiendo sido reelejido tres veces consecutivas por unanimidad de sufragios.

En el Decanato de la Facultad de Medicina, el Dr. Odriozola fué digno sucesor de los inolvidables Dres. Heredia y Rios. Infatigable para el trabajo, no descuidó un solo momento sus sagradas obligaciones, é hizo cuanto pudo por levantar y sostener el lustre de la Facultad. De carácter enérgico é inflexible, fué su norma constante no apartarse un solo ápice de los Reglamentos vigentes, cuyas disposiciones acató con religiosa veneración.

Y así lo vimos en 1884, sostener con brío los tueros de la Facultad, y preferir soportar una deposición injusta y un juicio inícuo, antes que ceder á las exigencias coaligadas de la pasión y de la ignorancia. En esos momentos terribles para la Facultad, no desmayó un solo momento su carácter inflexible, no obstante el abandono en que lo dejaron el señor Rector de la Universidad y el Consejo Universitario. La conducta del Dr. Odriozola, en esa aciaga época, será siempre recordada por todos los que saben apreciar lo que valen los derechos del profesorado.

Por otra parte, el Dr. Odriozola no desperdió ocasión alguna para aliviar la difícil situación de los alumnos; y los que permanecemos en los claustros de San Fernando durante la ocupación enemiga, recordaremos siempre con gratitud al venerable Maestro, que constantemente nos reveló su vehemente anhelo por separar las espinas que se presentaban en nuestro camino.

Sócio activo y Vice-presidente de la antigua Sociedad de Medicina, tomó parte en las brillantes discusiones suscitadas en esa docta corporación;—redactor de la antigua "Gaceta Médica", deja en sus columnas artículos de inapreciable mérito;—miembro titular y primer Presidente de la Academia Libre de Medicina, trabajó como el que más por el establecimiento de esta importante asociación.

Llamado en 1874, por el Gobierno del esclarecido Manuel Pardo, á tomar parte en la administración pública como Ministro de Estado en el despacho de Justicia, Instrucción, Culto y Beneficencia, inició y llevó á cabo reformas de gran trascendencia; mereciendo especial mención el Reglamento General de Instrucción Pública y el decreto sobre el concurso para la provisión de los internados en los hospitales.

En el Congreso reunido en 1886, ocupó una curul como Senador por el Departamento de Lima, distinción notable con que sus conciudadanos quisieron honrar á quien tantos méritos tenía para ello; y la Cámara, partícipe de las mismas ideas, le encomendó una de las Vice presidencias.

Cuarenta años de vida pública tan dignamente empleados en el divino culto de la Ciencia y de la Patria, obligan la gratitud de un pueblo.

Por eso, la muerte del Dr. Odriozola ha producido honda sensación en todos los círculos sociales, y su desaparición ha sido considerada como un claro irreemplazable en las filas de los abnegados soldados del progreso.

Ella ha revestido de justísimo duelo al Soberano Congreso del Perú, á la Universidad Mayor de San Marcos, á la Facultad de Medicina, á la Academia Libre de Medicina, á la Junta Suprema de Sanidad, á la Sociedad de Beneficencia pública y demás instituciones que honró con su esclarecido nombre.

La *Sociedad Médica "Unión Fernandina"*, cumple con el triste deber de asociarse á ese duelo, y por medio de su órgano oficial, "*La Crónica*

*Médica*", manifiesta su condolencia por el fallecimiento de uno de los más conspicuos miembros del cuerpo médico peruano. Y al mismo tiempo declara que la Corporación á que representa, conservará siempre la veneranda memoria del sabio y progresista Decano, quien, comprendiendo la sanidad de sus intentos y la importancia de sus fines, fué el primero en darle protección cediéndole un salón, para sus sesiones, en el local mismo de la Facultad.

## SECCION OFICIAL.

### Exoneración de derechos de Aduana.

*Lima, Junio 7 de 1888.*

Vista la solicitud del Dr. D. Leonidas Avendaño, Director del periódico "La Crónica Médica", en la que pide el despacho aduanero libre de derechos fiscales de cinco cajones de papel para imprimir ese periódico, destinado á contribuir al progreso y adelantamiento de la Medicina Nacional, sin más recursos que la decisión y constancia de los miembros de la Sociedad Médica "Unión Fernandina", y teniendo en consideración los fines á que se dedica el papel cuyo libre despacho se pide, así como el espíritu del art. 5.º de la ley de tarifas Aduaneras; de acuerdo con lo informado por la sección 3.ª del Ministerio del Ramo: se accede á la presente solicitud. Pase en consecuencia á la Dirección General de Aduanas para su cumplimiento.

Rúbrica de S. E.—*Aspillaga.*

### Apertura de puertos.

*Lima, Junio 8 de 1888.*

En vista de los informes recibidos últimamente en el Ministerio del Ramo, de los que aparece que ha terminado la epidemia del cólera en la República de Chile; se resuelve:

1.º Hácese extensiva á todas las procedencias de esa República, lo dispuesto en 12 de Mayo último, respecto de los buques venidos de Coquimbo; y

2.º Dáse por terminada la comisión conferida al Dr. D. David Matto para estudiar en esa República la mencionada epidemia y cuyo encargo ha desempeñado á satisfacción del Gobierno.

Comuníquese, regístrese y publíquese.

Rúbrica de S. E.—*García.*

### Nuevo Decano de la Facultad de Medicina.

*Lima, Junio 22 de 1888.*

Señor Sub-Decano de la Facultad, Dr. D. Leonardo Villar.

Señor Sub-Decano:

Continuando el estado de gravedad del señor Decano de esta Facultad, me ha encargado diga á US. que, de conformidad con el artículo 220 del Reglamento General de Instrucción, se sirva US. asumir las funciones de su cargo.

Dios guarde á US.

*José Casimiro Ulloa.*  
Secretario.

*Lima, Junio 22 de 1888.*

Señor Ministro de Estado en el Despacho de Justicia y Beneficencia.

S. M.

No permitiendo el estado de gravedad en que se encuentra el Decano de esta Facultad desempeñar las funciones de su cargo, lo he asumido con esta fecha de conformidad con el artículo 220 del actual Reglamento General de Instrucción.

Lo que tengo el honor de poner en conocimiento de US. en cumplimiento de mi deber.

Dios guarde á US.

*L. Villar.*

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LIMA.

*Lima, Junio 28 de 1888.*

Señor Ministro de Estado en el Despacho de Instrucción y Beneficencia.

Con el más profundo sentimiento cumpla el triste deber de poner en conocimiento de US. que en la noche de ayer ha fallecido el Decano de esta Facultad, Doctor D. Manuel Odriozola, después de larga y penosa enfermedad.

Su muerte es una pérdida para esta Facultad, de la que fué profesor durante treinta y dos años, á cuyos progresos contribuyó eficazmente, mereciendo por ello que tres veces por unanimidad de votos lo elevase al alto puesto en que prestó á su patria y á la enseñanza los más importantes servicios.

Llamado á reemplazarlo hasta la terminación de su período en dicho cargo, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 221 del Reglamento General de Instrucción, no omitiré esfuerzo por llenar debidamente las funciones del cargo que asumo provisoriamente, imitando la conducta de mis ilustrados predecesores.

Con tan doloroso motivo, me es honroso suscribirme de US. muy atento servidor.

*L. Villar.*

### Análisis Químicos.

INFORME DE LA COMISION DE FARMACIA SOBRE LAS PREPARACIONES MEDICINALES QUE SEAN SOMETIDAS A LA APROBACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

Señor Decano:

La Comisión de Farmacia ha estudiado con la atención que merece la anterior tarifa, propuesta por el catedrático Dr. Rios, y pasa á exponer las reflexiones que ella le sugiere y las modificaciones que, en su concepto, debería sufrir.

Los fundamentos en que se apoya el Dr. Rios, son incuestionables. Si el Reglamento para el ejercicio de los diferentes ramos de la Medicina impone á los farmacéuticos la obligación de someter sus especialidades á la aprobación de la Facultad, es claro que ésta debe ordenar el correspondiente análisis previo; y como tal operación en el mayor número de casos impone no sólo los gastos de reactivos más ó menos costosos, sino empleo de tiempo y recargo de las labores del ó de los profesores encargados de ese trabajo, nada más justo y equitativo que la consiguiente retribución.

Pero como una operación tan delicada y de tal responsabilidad debe ser practicada con todas las formalidades que la rodeen del mayor prestigio, y le den el carácter oficial que debe tener, la Comisión piensa que ella debe hacerse en el Laboratorio de la Facultad y con los útiles y reactivos de ella.

De esta manera los mismos farmacéuticos interesados pueden ser llamados en caso necesario, ó presenciar, cuando lo soliciten, el análisis de sus preparaciones, para evitar de esa manera las cuestiones que pudieran resultar de un análisis contrario á sus pretensiones.

Como, por otra parte, la determinación de una cantidad fija por consumo de reactivos de propiedad particular no siempre representaría el valor de éstos, lo que haría poco equitativa la tarifa, cree la Comisión que la división de los derechos debe ser hecha bajo otra forma.

Piensa también la Comisión que no hay motivo ostensible para establecer tan notable diferencia en el importe de los derechos propuestos por el Dr. Rios, pues ya sea que se trate de un solo análisis ó de varios, el gasto de reactivos y el tiempo empleado es siempre el mismo para cada muestra.

La circunstancia de haber resuelto la Facultad que se aplice la dis-

cusión de este asunto á fin de que pudiera tomar parte en ella el autor del proyecto, nos ha permitido reconsiderar un punto de él, ó mejor dicho, discutir una cuestión que no debe omitirse.

Establecida una tarifa para el pago de gastos y derechos que demandan la aprobación de las especialidades farmacéuticas, ocurre reflexionar si este gravamen á la industria farmacéutica no debe admitirse distinguiendo cuando deba ser obligatoria dicha aprobación y cuando solo facultativa.

Los principios generales de legislación, farmacéutica son claros en esta cuestión á nuestro juicio. Según ellos las verdaderas especialidades que requieren aprobación previa para su expendio, son las preparaciones constituidas según fórmulas propias, que no son prescritas por facultativos ni consignadas en una farmacopea conocida, ó en las que el farmacéutico introduce una modificación en las dosis ó en los procedimientos de su preparación. Estas ya sean nacionales ó extranjeras, son las verdaderas especialidades que exigen aprobación obligatoria.

No así las preparaciones sencillas, hechas conforme á las fórmulas conocidas ó compuestas de simples inofensivos que, por su sencillez y ausencia de todo peligro, no requieren garantía alguna. Para estos, cuya aprobación se puede solicitar de la Facultad, para autorizar mejor su uso y expendio, la aprobación será facultativa.

Es la Comisión de Farmacia la que deberá resolver en cada caso el carácter de la preparación para su correspondiente calificación.

Por todas estas razones, la Comisión de Farmacia opina que la Facultad dé su aprobación á las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Todos los análisis que se soliciten de la Facultad, serán hechos en su propio Laboratorio y con útiles y reactivos de su propiedad;

2.<sup>a</sup> Los derechos de análisis y correspondiente certificación serán de 7 (siete) soles por cada muestra que se le someta con tal fin;

3.<sup>a</sup> De los derechos fijados anteriormente, corresponden á la Comisión examinadora, por cada muestra, la cantidad fijada por derechos de certificado, ó sea 4.50 soles, destinándose el resto al fomento de los Laboratorios de Química y Farmacia.

Lima, Noviembre 5 de 1887.

*José Casimiro Ulloa.*

*M. R. Artola.—José M. Capitán.*

#### RESOLUCIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

*Lima, á 4 de Junio de 1888.*

Aprobado por esta Facultad, en sesión de 2 del corriente, con algunas modificaciones, el anterior informe;

Se resuelve:

1.<sup>o</sup> Que el examen y aprobación de las especialidades médicas, es obligatorio y facultativo;

2.<sup>o</sup> Que dicha aprobación es obligatoria para las preparaciones hechas por fórmulas propias; no prescritas por facultativos ni consignadas en una Farmacopea conocida, ó en las que se introduzca una modificación en las dosis y en los procedimientos de su preparación;

3.<sup>o</sup> Que es facultativa para las preparaciones hechas conforme á fórmulas conocidas ó compuestas de simples inofensivos que por su sencillez y ausencia de todo peligro no requieran garantía alguna;

4.<sup>o</sup> Que la Comisión de Farmacia es la que debe resolver en cada caso el carácter de la preparación para su correspondiente calificación;

5.<sup>o</sup> Que el examen y análisis que se solicite de dichas preparaciones, se practique en el Laboratorio de la Escuela, por la comisión nombrada al efecto y con los útiles y reactivos de la propiedad de dicho Laboratorio;

6.º Que la mencionada Comisión se compondrá de uno ó más miembros según el número de las preparaciones cuya aprobación se solicite;

7.º Que los derechos que deberán abonarse por dicho examen y aprobación, serán de siete soles (S. 7) por cada una de ellas; -

8.º Que de estos derechos se abonarán cuatro soles cincuenta centavos al miembro ó miembros que compongan la comisión examinadora, destinándose el resto al fomento de los Laboratorios de Química y Farmacia;

9.º Que el abono de dichos derechos se verificará previamente en la Tesorería de la Escuela, cuyo recibo se agregará á la correspondiente solicitud;

10.º Finalmente, que estas disposiciones se consideren como adicionales al Reglamento para el ejercicio de la Farmacia.

Tómese razón y publíquese.

*Odriozola.*

## SECCION NACIONAL.

### Rupia sifilítica.

J. E. .... negra, de 45 años de edad, soltera y avecinada en Lima, ingresó al hospital de Santa Ana el día 22 de Junio de 1886 y fué colocada en la cama núm. 26 de la sala de la Virgen. Tenía el cuerpo y, sobre todo, los miembros cubiertos de enormes costras ó placas, muy gruesas, de un color especial y característico, que dejaban ver debajo anchas fosas de aspecto úlcero-gangrenoso, con una fetidez *sui generis* y una notable exacerbación de la sensibilidad.

Interrogada repetidas veces acerca de los antecedentes de su enfermedad, declaró haber mantenido, durante muchos años y sin daño aparente alguno, relaciones íntimas con un hombre de no muy sanas costumbres, hasta que sintió

una ligera inflamación á la garganta, la que de día en día iba tomando creces hasta convertirse en una completa ulceración. Curada que se hubo después de algún tiempo y rotas ya con su amante unas relaciones que tan caras comenzaba á pagar, se creía ya completamente libre de su dolencia, cuando un mes después sintió fuertes dolores de cabeza que la acometían diariamente y, en seguida, otros más agudos dolores á las rodillas; por último, días después aparecieron en las piernas unas úlceras superficiales, pero muy dolorosas, que paulatinamente fueron invadiendo todo el cuerpo, acumulándose de preferencia sobre los miembros.

Se diagnosticó una RUPIA SIFILÍTICA.

Es de advertir que antes de ingresar al hospital, la enferma se medicinaba en su casa hacía ya más de seis meses, y que la habían sometido á un tratamiento esencialmente antisifilítico.

Se le prescribió un tratamiento antisifilítico y se ordenó se la curara con pomada concentrada de ácido fénico y que tomara baños de afrecho y sulfurosos. Los primeros días parecía que la pomada sólo conseguía descubrir las úlceras con la caída de las costras y llevar hasta su límite la hiperestesia, á tal punto que las horas de curación eran tan temidas para la enferma, como podría serlo para una víctima la de su tortura; cuando llegaba el momento de pasar de la cama al baño, eran los dolores tan intensos que no le permitía moverse. En vista de esto, se sustituyó á la de ácido fénico la pomada de naftalina (Naftalina 6 grm., Vaselina 30 grm.), con la que desde luego se obtuvieron resultados un tanto más halagüeños. Al mismo tiempo se le administró el licor arsenical de Fowler, que después se le suspendió por algunos días para continuar de nuevo y así en seguida; pero tomando simultáneamente una perla de tre-

mentina, jarabe de Gibert y vino de quina.

El estado de la enferma llegó á ser muy satisfactorio, pues sus funciones se verificaban con bastante regularidad, y merced al tratamiento antisifilítico y á los baños sulfurosos á que se la tenía sometida, las costras duras, gruesas, sucias y fétidas iban cayendo para dar paso á una cicatrización, si no rápida, al parecer completa.

Poco á poco fueron cicatrizando las ulceritas, y á los cuatro meses más ó menos de su ingreso al hospital, la ya citada enferma estaba completamente curada de su RUPIA SIFILÍTICA, cuyo tratamiento, como se ha visto, ha sido sólo antisifilítico, pues aunque últimamente se ensayaron por algún tiempo el ácido salicílico, el hidrocotile asiático, etc., sin éxito alguno, se volvió al tratamiento primero, sustituyendo sólo el naftol á la naftalina.

MARIANO LINO URQUIETA.

### Abscesos escrofulosos.

M...D..., mestiza, de 21 años de edad, soltera, sirvienta, natural de Ica y residente en la calle de Malambo algunos años, de constitución débil y temperamento linfático, entró al hospital de Santa Ana á curarse de unas fiebres remitentes rebeldes, á la sala de Santo Toribio, el día 1° de Mayo de 1886. Estaba curada, cuando notó sobre su hombro derecho una gran tumefacción que, de día en día, tomaba mayores proporciones, á la vez que se hacía el asiento de agudos dolores.

En tales circunstancias, se la trasladó á la sala de Clínica Externa [de la Virgen], en la que el día 4 de Junio ocupó la cama núm. 25, estando desde entonces confiada á mi cargo. Desde luego se ordenó la aplicación repetida de cataplasmas emolientes á la parte enferma, é interiormente se le dió unas gotas

de tintura de acónito. Cinco días después, constatándose por la fluctuación la existencia de una gran cantidad de pus y tratándose en consecuencia de un absceso, se creyó conveniente abrirlo y así se hizo el día 9 de Junio.

Efectivamente, un grueso chorro de pus blanco-verdoso saltó apenas introducida la punta del bisturí, é instantáneamente la enferma se sintió aliviada de sus dolores: se le lavó la herida con agua fenicada y se le introdujo una mecha de hilas empapada en el mismo líquido.

La supuración era cada vez menos abundante; pero aún no había terminado cuando un segundo absceso se presentó sobre la mama izquierda, igualmente acompañado de dolores que atormentaban á la enferma hasta el punto de no permitirle conciliar el sueño. Como este absceso se presentase muy duro al tacto, se le pusieron cataplasmas repetidas por algunos días. El día 23 de Junio se abrió este segundo absceso, practicando una incisión de arriba abajo, en la parte más baja del absceso y limitando con los dedos la punta del bisturí. La cicatrización sobrevino lentamente.

Por esos mismos días, la erisipela que ya se había apoderado de algunas de las enfermas de la sala, invadió todo el miembro superior derecho de mi enferma, haciendo temer fatales consecuencias, sobre todo para la herida del omóplato. Al mismo tiempo fué atacada de una tos exigente que la mortificaba sobre manera por la noche. La erisipela fué prontamente combatida con el percloruro de fierro y la quina al interior y el colodion iodoformado al exterior; y la tos, aunque rebelde, al fin desapareció también gracias á los polvos de James asociados al clorhidrato de morfina.

Posteriormente, un tercer absceso se presentó en la parte posterior é inferior de la región iliaca perecha; pero era insignificante y

se abrió espontáneamente con la ayuda de algunas cataplasmas, cicatrizando pocos días después. Sólo el primer absceso, el del hombro, se mostraba rebelde y la supuración, bien que no abundante, ha sido constante por espacio de más de dos meses.

La enferma ofrecía al principio un mal olor general; lo cual unido á las escamas, consecuencia de su primera erisipela, que revestían todo su cuerpo y sobre todo la cara, y á su aspecto caquéctico y miserable, contribuía á darle una apariencia repugnante: una notable metamorfosis se operaba en ella, y su estado general era completamente satisfactorio cuando comenzó á quejarse de fuertes dolores en el oído interno derecho, dolores que no consiguieron calmar las inyecciones emolientes laudanizadas ni el bálsamo del Perú, etc. Al mismo tiempo sobrevino una súbita y violenta inflamación á toda la región lateral derecha de la cabeza (región tèmpero-esfeno-malar) y se le aplicaron cuatro sanguijuelas detrás del pabellón de la oreja, sobre la porción escamosa del temporal, las que le extrajeron una buena cantidad de sangre y determinaron una ligera hemorragia; los dolores se intensificaron hasta el punto de hacerse ya insufribles y desesperantes para la enferma: se hizo una incisión profunda detrás de la oreja, de donde manó abundante pus, muy espeso y sanioso, quedando al descubierto parte de la escama del temporal. El oído también supuraba, pero desaparecieron ya los dolores, y desde el día siguiente y como por encanto, la herida del hombro, que con tanta tenacidad se había resistido á todos los tratamientos del caso, varió de aspecto y en muy pocos días cicatrizó por completo.

Durante toda su larga enfermedad, la paciente ha estado sometida á un tratamiento interno tónico-constituyente; come bien y sus fun-

ciones se verifican muy regularmente. De la pasada crisis, sólo la herida sobre el temporal, que presentaba buen aspecto, demoró algún tanto en cicatrizar.

MARIANO LINO URQUIETA.

### Noveno Congreso

Internacional de Medicina de Washington.

(5, 6, 7, 8, 9 y 10 de Setiembre de 1887)

(Conclusión)

*Eczema seborréico.*—Dr. P. G. Unna.

La distinción simple entre el eczema agudo y el eczema crónico no es de una gran exactitud científica. Por ejemplo, hay tres tipos distintos del eczema de la cara en el niño: eczema nervioso, tuberculoso y seborréico; el primero aparece en el momento de la dentición sobre una piel absolutamente sana (en las mejillas y después en la frente); el escozor está en proporción directa con la fuerza del niño y el espesor de la epidermis. Las vesículas se asemejan á veces á las del herpes zoster, pero la simetría de las lesiones y su tendencia á la recaída impiden formular este diagnóstico.— En el eczema seborréico, la piel no estaba anteriormente sana; hubo probablemente una seborrea del cuero cabelludo algunas semanas después del nacimiento, que se extendió á la parte superior de la cara; el escozor es menos violento.— Una pomada compuesta de ictiol y de zinc, con el bromuro de potasio por la boca, obra bien en el eczema nervioso. En el seborréico, se debe emplear el azufre y la resorcina.

Considera el Dr. Unna que las seborreas llamadas secas, son inflamaciones crónicas de la piel y que no existe en clínica hipersecreción de las glándulas sebáceas que constituya una seborrea seca producida por un depósito sobre la superficie de la sustancia secretada por estas glándulas. Llama "eczema seborreicum," una afección dependiente de alteraciones en las glándulas sudoríparas, que dan lugar á la secre-

ción de grasa por estas glándulas. El aumento de grasa sobre la piel indica una mayor actividad cuando proviene de las glándulas sebáceas; pero cuando las glándulas sudoríparas suministran la grasa, es porque sus células endoteliales están muertas.

Casi todos los eczemas seborréicos comienzan sobre el cuero cabelludo; se distinguen tres formas: 1.º el eczema comienza como catarro latente del cuero cabelludo y pasa por los periodos de formación escamosa y de sequedad para terminar como hiperhidrosis oleosa; 2.º las costras se acumulan entre los cabellos y ocasionan su caída; la corona seborréica sobre la frente, en el borde de la cabellera, es característica de esta forma de la afección; y 3.º los accidentes de catarro son muy marcados; son precedidos por un simple pitiriasis y presentan las apariencias de un eczema húmedo, brillante; el pitiriasis ó una seborrea pueden existir sobre el cuero cabelludo al mismo tiempo que la cara es el sitio de un eczema.

La forma costrosa se desarrolla casi exclusivamente en el pecho. La localización en los brazos se encuentra sobre su superficie anterior, lo que se explica por el papel que juegan las glándulas sudoríparas en esta variedad de eczema. En las piernas no encontró al principio sino los tipos costroso y papular. Las placas de seborrea al rededor de la nariz y de la boca son frecuentemente, en los viejos, el punto de partida de un carcinoma. En casi todos los casos de eczema seborréico del cuero cabelludo, existe un simple eczema escamoso de la oreja, acompañado de prurito. Una placa de eczema seborréico puede quedar varios años sin cambiar de forma y sin producir serios accidentes. Cuando principia sobre el cuero cabelludo ó sobre la cabeza, se extiende muy lentamente á otras regiones, eligiendo

de preferencia la cara, el pecho y el dorso. Ningún eczema ni ningún psoriasis, sigue marcha análoga.

Si invade al cuerpo entero, la afección se asemeja al pitiriasis rubra ó al psoriasis. El eczema seborreicum ataca las regiones medianas del cuerpo, es más estacionario, precedido de una seborrea local y las costras tienen un carácter grasoso. El pronóstico es más favorable que en el psoriasis.

Es difícil obtener la curación, porque las lesiones se extienden á las glándulas sudoríparas profundas. El azufre es el remedio por excelencia; se emplea el pirogalol y la resorcina como medios más activos; no hay tratamiento interno. Cuando se consigue la curación, hay que recurrir á los agentes profilácticos [higiene de la piel, etc].

Unna, no cree que la grasa sea la causa de la irritación local; riensa que debe existir un *bacilo*, que está en camino de investigar.

*Tratamiento de la sífilis por la inyección hipodérmica de sales mercuriales insolubles.*—Dr. H. Watraszewski.—Su modo de tratamiento no es nuevo, pero ha hecho una série de experimentos que le demuestran que el óxido amarillo de mercurio es la mejor sal para estas inyecciones, de las que practica de 12 á 20. Inyecta cada semana el contenido de una jeringa de Pravaz de la solución siguiente:

Oxido amarillo de mercurio	1 gramo
Goma arábiga.....	0 „ 25 ctgr.
Agua destilada.....	30 „

*Etiología y tratamiento de la gangrena de hospital durante la guerra.*—

Dr. W. Varian.—Pasa en revista las condiciones que facilitan su desarrollo y discute la posibilidad de la existencia de un agente séptico especial. La afección es local, no sistémica, y engendra un contagio auto-generativo por el cual se extiende. El tratamiento médico es inútil; es necesario practicar la destrucción completa de los tejidos enfermos con el bisturí y los ácidos.

*Etiología y tratamiento de la disenteria y diarrea de los campos.*—Dr. Ch. W. Buvinger.—Su origen es por decirlo así desconocido, porque no se ha descubierto micro-organismo que las engendre. Como tratamiento, emplea especialmente la fórmula siguiente:

Acido nitroso á 43°	4 gramos
Láud. Syderham.....	8 „
Agua destilada.....	180 „
Jarabe simple.....	250 „

Para tomar una cucharada en un vaso de vino Burdeos cada tres horas.

O bien, esta otra fórmula:

Polvo de acacia.....	50 grm.
Aceite de trementina....	60 „

M. y añádase:

Agua .....	100 grm.
Jarabe simple .....	400 „

Una cucharadita cada 3 horas.

*Etiología y tratamiento del tétanos.*—Dr. Ch. W. Brown.—Considera que el tétanos es una enfermedad específica, contagiosa é infecciosa, causada, según Rosenbach, por un microbio. Cita los experimentos practicados en los animales. Esta afección es frecuentemente confundida con la meningitis cerebro-espinal. En cuanto al tratamiento, la herida debe ser curada antisépticamente y el enfermo aislado; se ha empleado la quinina en grandes dosis (17 gramos) con buenos resultados.

*Intubación y traqueotomía.*—Dr. M. J. Stern.—Relata la historia de la traqueotomía y de la intubación. Según los documentos que ha consultado y las estadísticas que ha reunido, sería éste el valor relativo de las dos operaciones:

Intubación:..... 26  $\frac{2}{5}$  por 100 de curaciones.  
Traqueotomía: 26  $\frac{2}{5}$  por 100 de idem.

EDAD	INTUBACIÓN	TRAQUEOTOMÍA
Menos de 2 años.....	15	3
Entre 2 y 2 $\frac{1}{2}$ años.....	24	12
Id. 2 $\frac{1}{2}$ y 3 $\frac{1}{2}$ „ ...	28.7	17
Id. 3 $\frac{1}{2}$ y 4 $\frac{1}{2}$ „ ...	33.7	30
Id. 4 $\frac{1}{2}$ y 5 $\frac{1}{2}$ „ ...	28.3	35
Más de 5 $\frac{1}{2}$ años.....	37.3	39.5

La intubación presenta las siguientes ventajas: los padres consienten fácilmente su aplicación, no necesita la asistencia de ayudantes hábiles y es muy sencillo el tratamiento subsecuente. Es necesario siempre preferirla en los niños que tienen menos de 3  $\frac{1}{2}$  años.

*Extirpación total del útero por la vagina en el cáncer.*—Dr. A. Martin, de Berlín.—Freund, instituyó el método hace diez años. Los materiales que tenemos hoy á nuestra disposición—dice el Dr. Martin—nos permiten decidir estas dos preguntas:

1.ª ¿La operación es tan sencilla para que dé buenos resultados inmediatos, fuera del éxito tan grande que han obtenido ciertos operadores hábiles?

2.ª ¿La extirpación del útero canceroso produce tales resultados que nos obligue á admitir que este método es superior á todos los tratamientos que han sido empleados hasta hoy?

Contestando á la primera pregunta, dice:

Esta operación es frecuentemente practicada en Alemania, sea por el método de Freund, sea por los de Czerny, Billroth ó Schroeder. Merced á los datos que le han suministrado muchos operadores experimentados, ha podido reunir estas cifras: La histerectomía vaginal ha sido practicada, hasta fines de 1886, por: Fritsch, 60 veces con 7 muertos; Leopold, 42 con 4 id.; Olshausen, 47 con 12 id.; Schroeder, 74 con 12 id.; Stande, 22 con 1 id. y A. Martin, 66 con 11 id.

Total: 311 casos con 47 defunciones; sea 15.1 por 100.

Esta proporción de muertos vá á decrecer todavía con la habilidad mayor que estos operadores adquieren cada día. Los resultados de la extirpación total del útero son ya mejores que los de la ablación del pecho canceroso. Dice, pues, que la histerectomía vaginal tiene su lugar en el mismo rango que cual-

quiera otro método para el tratamiento del cáncer uterino.

Contesta á la 2.<sup>a</sup> pregunta:

Me serviré aquí—dice—de las observaciones (poco numerosas es cierto) recojidas con cuidado por Schroeder, Fritsch, Leopold y por mí. Ellas demuestran que los resultados permanentes de la histerectomía vaginal, áun durante este período de observación relativamente corto, igualan á los mejores resultados de operaciones practicadas por carcinoma sobre los otros órganos. Hasta fines de 1885, operó 44 veces: 18 recidivas ó 29.7 por 100; 31 curaciones ó 70.3 por 100.

Cuando el punto de partida del cáncer se sitúa en la mucosa del canal cervical, que hay nódulos carcinomatosos en el cuello ó que el tumor está situado en el fondo del órgano, no existe otro procedimiento terapéutico; áun cuando el neoplasma está limitado al cuello, se extenderá rápidamente al cuerpo si le dejamos en la cavidad abdominal.

Es verdad que la amputación, practicada áun muy arriba, no excluye la posibilidad de un embarazo subsecuente; pero Hofmeir mismo declara que el embarazo es un gran peligro cuando hay carcinoma. Extirpemos, pues, el útero por completo y lo más temprano posible.

La técnica de la operación ha sufrido muy pocas modificaciones. Aconseja la ablación de las trompas y de los ovarios, si fuese posible. Hace notar que la operación impresionaria muy poco á las enfermas.

El Dr. Martin, explica en detalle su procedimiento operatorio: abertura del fondo de saco de Douglas, sutura de la vagina con el peritoneo, sección del ligamento ancho de los dos lados, liberación de la vejiga, reunión de la pared vaginal al peritoneo como anteriormente, drenaje.

*Décimo Congreso internacional.*—En la sesión general del 9, se apro-

bó el informe de la Comisión especial, por el que se ha resuelto que: “el décimo Congreso internacional de Medicina y Cirujía, tendrá lugar en Berlín, en 1890.”

*Método nuevo para el tratamiento de la tisis.*—Dr. Eye.—Insiste sobre la confirmación del diagnóstico por el microscopio.—Vierte en un vaso de agua la clara de un huevo, echa esta mezcla en una botella y, al cabo de 5 ó 6 días, cuando ya se desprende un olor de huevo podrido, practica con esta mezcla inhalaciones profundas durante 24 horas. Los bacilos desaparecen poco á poco de los esputos. No sabe cuál es el modo de acción de esta mezcla, á no ser que se forme en ella un bacilo antagonista del de la tuberculosis y bastante poderoso para destruirlo.

*El iodol en cirugía.*—Dr. G. Assaky.—Sus conclusiones son las siguientes: 1.<sup>o</sup> El iodol produce la unión por primera intención; para esto, es necesario sin embargo la cooperación de otros factores. Obra muy bien en las heridas abiertas que supuran y en el chancro hunteriano; en el chancro blando, varía el resultado, lo mismo que en el bubón.

2.<sup>o</sup> El organismo soporta muy bien dosis diarias de 40 centigramos á 2 gramos de iodol, áun administradas durante un tiempo muy largo. Este tratamiento dá resultados maravillosos en las afecciones escrofulosas y en la sífilis terciaria.

El iodol mejora la nutrición, las fuerzas y el peso. Es además anti-pirético.

*Método nuevo para las operaciones sobre los huesos con el osteótomo eléctrico.*—Dr. M. J. Roberts.—Enseña su ingenioso aparato. El mango es hueco y dá paso á los hilos eléctricos, que hacen girar una sierra circular, que puede cambiarse según el tamaño que quiera el operador. Un mecanismo especial permite á la mano que tiene el instrumento

cerrar rápida y fácilmente la corriente.

*El alcohol como anestésico.*—Dr. Link.—Lo administra de la manera siguiente: dos onzas de whiskey cada cinco minutos hasta que el enfermo haya tomado medio litro; en seguida, algunas inhalaciones de cloroformo.

*Tratamiento de la eclampsia puerperal.*—Dr. I. E. Oatman.—Si las convulsiones se declaran antes del parto, aconseja la anestesia y el parto rápido; si el trabajo ha tenido lugar ya, administra veratrum viride por el recto.—El Dr. A. F. A. King, cree que la eclampsia es causada por la presión del útero grávido sobre la aorta y sus ramas y sobre la vena cava y sus ramas. Que la eclampsia no se produce en las presentaciones transversas.—El Dr. W. Jaggard, dice que la eclampsia es una manifestación urémica, que su causa es el envenenamiento de la sangre y que el único tratamiento consiste en la administración prolongada de medicamentos narcóticos.

*Sesión general última.*—(Sábado 10 de Setiembre).—El Dr. Graily Hewit, de Londres, propuso un "voto de gracias" en favor del Presidente de los Estados Unidos y del pueblo americano, por sus esfuerzos para llevar á cabo este Congreso.

El Dr. Martin, tomó la palabra en nombre de la Alemania; el Dr. Landolt, en el de Francia y el Dr. Owen, en el de Inglaterra; habiéndoles contestado el Dr. J. B. Hamilton, Secretario General del Congreso.

En seguida, el Presidente Dr. N. S. Davis, declaró cerrado el Congreso Internacional de Medicina de Washington.

Hemos concluido nuestra tarea de extractar lo más sustancial de las comunicaciones leídas en este notable Congreso, sintiendo no haber tenido á la vista sinó el título de otras muchas y muy interesantes.

ANDRÉS S. MUÑOZ.

## La Histeria Pulmonar.

La histeria puede presentar un sindromen clínico que simula el de la tuberculosis pulmonar. El Dr. León Petit ha propuesto el nombre de *histeria pulmonar* para esta forma de la neurosis. La cuestión ha sido planteada ante la Sociedad de Medicina práctica, en la que se ha suscitado una discusión interesantísima. Como hay en esto un punto de diagnóstico muy delicado, creemos de suma utilidad reproducir las principales comunicaciones hechas sobre esta enfermedad que no puede dejar de llamar la atención de los clínicos.

*Primera nota sobre la Histeria pulmonar, por el Dr. León Petit.*

Eugenia B... de 21 años, ama de llaves, hija de padres sanos, sin ningún antecedente en su familia y sin ninguna enfermedad anterior.

No ha tenido nunca crisis nerviosas; pero su madre, que tiene 53 años, ha sido atacada desde su juventud de gran histeria con ataques muy violentos.

Educada en el campo, esta joven vino á Paris á la edad de 19 años; y se mantuvo sin ninguna novedad hasta Febrero de 1887, época en la que, á consecuencia de sus reglas, tuvo una hemotisis abundante que duró por espacio de diez días.

Por consejo de un médico la enferma regresó á su país, experimentando algunos enfriamientos durante el viaje. A su llegada fué atacada de violentas quintas de tos, seguidas de una expectoración abundante, con fiebre y delirio. Estuvo en cama seis semanas; se la trató por una tisis galopante.

Poco á poco, sin embargo, su estado mejoró; y en Abril comenzó á salir y á recobrar sus fuerzas excesivamente aniquiladas. El 15 del mismo mes, en el momento de las reglas, se presentó una nueva hemotisis menos abundante que la ante-

rior, pero acompañada de una disnea intensísima, y seguida de un aumento de la tos y de la expectoración, fiebre alta, sudores nocturnos, insomnio, diarrea, anorexia completa.

Este estado se sostuvo con cortas variaciones hasta Setiembre de 1887, y se acompañó además de la supresión absoluta de las reglas.

Todos los médicos (creo que fueron cinco) que examinaron á la enferma en esa época, dieron el diagnóstico de *tisis pulmonar, con un pronóstico fatal á breve término*.

En Setiembre de 1887, ingresó esta joven á la clínica, con un estado general tal como el que acabamos de describir; pero los signos de tisis se limitaban á algunos estertores mucosos en el vértice derecho.

Apesar de las investigaciones más atentas y de nuestros repetidos exámenes, nos es absolutamente imposible establecer una relación entre la gravedad del estado general, que es el de un tísico en los últimos días de su enfermedad, con cianosis asfíxica, y los signos percibidos por la auscultación, que son los de una bronquitis ligera.

Los esputos, en la actualidad poco abundantes, apesar de la frecuencia de las quintas de tos, son espesos, grisáceos, moco-purulentos. No contienen sino células epiteliales y algunos leucocitos, pero no se encuentra *vestigio alguno de fibras elásticas*; y, en veinte preparaciones consecutivas, la investigación de los bacilos ha dado siempre *resultados negativos*.

Apesar de todo, el estado general era el que hemos descrito y el diagnóstico de tisis se imponía, por decirlo así, á la vista de la enferma; y como tal no vacilamos en aceptarlo, haciendo la reserva de tratarse de una forma muy insólita de tuberculosis pulmonar, é instituímos el tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de eucaliptol, que en ese momento estaban en boga, aña-

diendo, se comprende, los tónicos, el fósforo de cal y una alimentación reconstituyente.

La enferma siguió este tratamiento por espacio de tres semanas; y desapareció después sin que tuviéramos ninguna noticia de ella, á tal punto que creíamos hubiera muerto. Pero dos meses después la vimos regresar completamente mejorada. Había engordado, comía, dormía, no tenía sudores nocturnos y no le quedaba sino una pequeña tos seca, sin expectoración. Nos refirió que había suspendido todo tratamiento á consecuencia de una violenta crisis nerviosa que se presentó después de su salida de la clínica; crisis que fué precursora de la reaparición de las reglas, pasadas las que la enferma se sintió notablemente aliviada. Un mes después, nueva menstruación y nuevo ataque mucho más intenso que el anterior. La mejoría vá en aumento; la enferma engrasa y recobra su vigor perdido. Es en este momento que la volvemos á ver.

La auscultación no revela ningún signo sospechoso; la respiración es normal, aunque un poco sacudida en ambos pulmones.

En presencia de un caso tan insólito y en razón del antecedente materno, había perfecto derecho para pensar en la histeria. El bromuro de potasio fué aconsejado á alta dosis.

Finalmente, un día llegamos á provocar una crisis por sugestión en este sujeto eminentemente hipnotizable, y obtuvimos un ataque tipo de gran histeria.

Esto pasó á mediados de Enero de 1888. Desde esa época hasta el presente, la enferma ha estado sometida á la hidroterapia fría y á la medicación bromurada. Actualmente no tose y hace un mes que ha vuelto á trabajar. Ha aumentado 28 libras de peso; pero siempre tiene sus ataques, que son más violentos en el momento de las reglas. Tal es la historia de un caso que

hemos tenido oportunidad de observar, y en el que nos parece que la denominación de *histeria pulmonar* corresponde exactamente al conjunto y á la sucesión de los síntomas que se han presentado, así como á la causa que los ha originado.

En el caso actual se trata, en resumen, de una histeria hereditaria, que, no habiéndose revelado por ningún ataque, principió de plano, á consecuencia de la dismenorrea, por una hemotisis. Bajo la influencia de un enfriamiento y una bronquitis simple, hubo un conjunto sintomático que simuló hasta el engaño la tisis aguda; después, sin tratamiento suficiente, desaparición de las manifestaciones pulmonares y de los síntomas generales, que son reemplazados por ataques francos de histeria. Ha habido, en este caso, una especie de sistema de compensación; en el que todo un cortejo de síntomas ha desaparecido para presentarse otro, totalmente distinto en apariencia, pero en realidad ambos bajo la dependencia de una sola y única causa; las dos son la manifestación exterior de la misma afección, la histeria.

Después he tenido ocasión de observar hechos análogos en tres enfermos: un niño de 15 años, una joven de 22 años y una mujer de 23 años, actualmente embarazada. Estas observaciones están todavía incompletas y son menos notables que la anteriormente relatada; sin embargo, sirven de apoyo á la idea de que puede haber en las histéricas ciertas manifestaciones pulmonares que desaparecen ó disminuyen cuando los ataques se presentan y que, al contrario, aumentan y pueden adquirir proporciones alarmantes y acompañarse de síntomas generales graves cuando se suprimen las crisis nerviosas.

Insisto sobre este punto muy importante, que mi enferma no había tenido nunca ataques y que no presentaba ningún indicio notable que

hubiera hecho pensar en la histeria.

Es en el aparato bronco-pulmonar que se han manifestado primero los ataques de la neurosis; fueron tan graves que simularon perfectamente la tisis aguda, sin que ningún signo pudiera hacer sospechar la existencia de una afección nerviosa de forma insólita. Desde el primer ataque convulsivo, que se acompañó, es cierto, de la reaparición de las reglas, se produjo un detente considerable del lado de las vías respiratorias, detente que aumentó con cada nuevo ataque.

Sucede siempre lo mismo? Confieso que el caso que acabo de citar es típico, y que, á este respecto, se refieren hechos del mismo orden en los cuales el mecanismo de los trastornos funcionales es infinitamente más complejo y como tal más difícil de estudiar. Pero no es menos cierto que, con ó sin ataque, con ó sin otros síntomas de histeria, las manifestaciones pulmonares que acabamos de describir merecen ser estudiadas con cuidado, en razón de los errores de diagnóstico á que pueden dar lugar. Asociadas á los síntomas generales que las acompañan, ó que son su secuela, forman un conjunto, un cuadro clínico, que adquiere en ocasiones tal importancia que los otros síntomas de histeria desaparecen ó pasan desapercibidos.

No hay para qué decirlo que el nombre de *histeria pulmonar* debe reservarse para los trastornos viscerales producidos por la neurosis. No puede, en efecto, aplicarse á los casos, algo frecuentes, en que se combinan la histeria y la tuberculosis.

*De la Histeria respiratoria, por el Dr. Henri Huchard.*

En 1882 señalé, por la primera vez, las relaciones de la histeria con diferentes estados morbosos, en particular con las afecciones inflamatorias y la tuberculosis. A este res-

pecto dije entonces: Qué de veces no se ha visto simples laringitis, anginas, bronquitis, complicarse de espasmo glótico, transformarse súbitamente en afonía, en estrechamiento espasmódico del esófago, en tos ronca, sonora, estridente, síntomas que de ningún modo podía dominar la medicación antiflogística! Una bronquitis simple con algunos estertores diseminados en el pecho, se hace el origen de un estado espasmódico de los bronquios, al que acompaña una disnea sumamente intensa, que puede llegar hasta la ortopnea. Una histérica es atacada de pleuresía aguda, la sofocación es tan grande que la asfixia parece inminente, y, sin embargo, el líquido es poco abundante, pues mediante la toracentesis apenas se extrae medio litro. Una simple indigestión ó un embarazo gástrico son el punto de partida de vómitos tenaces, que en nada alteran la salud, y que después de haber sido rebeldes á todos los tratamientos cesan súbitamente, en el momento menos esperado, sin que pueda atribuirse la curación á la intervención terapéutica.

En una comunicación reciente, el Sr. León Petit, os ha hablado de un hecho de *histeria pulmonar*. Creo que en el caso particular la designación de hemotisis histérica hubiera sido preferible. Sin embargo, me alegro de que se le haya dado el nombre de histeria pulmonar, pues permite oponer esta manifestación especial á las otras localizaciones de la histeria visceral, á la *histeria gástrica* y á la *histeria cardíaca*, que los Sres. Deniau y Leclere han estudiado en mi servicio.

Sin embargo, me parece que se podría generalizar la designación de este hecho morboso llamándolo: *histeria respiratoria*. Pues, en efecto, los espasmos pueden localizarse en la nariz, en la laringe, en el diafragma, en los bronquios, &, donde también puede manifestarse la histeria como anestesia ó hiperestesia de las mucosas.

Es así como, según las localizaciones variadas de esta histeria respiratoria, se pueden observar estornudos, suspiros, espasmo glótico, tos, pseudo-asma, disnea y *polipnea* de los espasmos y parálisis del diafragma, &, y que los trastornos vaso-motores pueden revelarse como congestiones pulmonares (Debove) y aún hemotisis.

A este respecto, os citaré un enfermo de 14 años, para el que fué llamado en consulta, y que hacía 2 meses arrojaba sangre, siempre á la misma hora.

Se creía en la existencia de una tuberculosis. Pero siendo las manifestaciones histéricas frecuentemente periódicas, me incliné en el sentido de una histeria, apoyándome principalmente en que el enfermo presentaba hemianestesia laríngea. El tiempo confirmó mi opinión, pues tres meses después la afección cedió de por sí. Estos hechos se realizaron en el mes de Febrero del año pasado. En el mismo mes de este año se reprodujeron, pero con menor duración.

Otro caso de histeria respiratoria, cuyo diagnóstico fué algo difícil, se presentó últimamente á mi observación en el Hospital Bichat. Se trataba de un hombre afectado de reumatismo articular agudo, que una tarde fué bruscamente atacado de disnea intensa. El interno pensó en una endocarditis que venía á complicar la afección reumática. Al día siguiente, los síntomas se habían agravado de tal modo que creí encontrarme también en presencia de una miocarditis. Este diagnóstico no era cierto sino en parte: había endocarditis ligera, pero exagerada en sus manifestaciones por el estado histérico, como tuve ocasión de convencerme algunos días después en que sobrevino un acceso característico de convulsiones histéricas.

Os podría citar también numerosos casos de espasmos de las vías respiratorias de origen histérico, graves hasta el punto de imponer

la traqueotomía, como sucedió á Velpéau y á Michou. Pero, como se ha observado comunmente, la operación en estos casos no produce ningún alivio.

Hay que establecer una segunda división, que comprende las relaciones entre la histeria y las afecciones respiratorias. Supongamos, por ejemplo, un tísico que se encuentra al principio del segundo período; sin que todavía se hayan presentado síntomas graves, puede sobrevenir de golpe una tos quintosa, sonora, incesante, de un carácter muy particular; á continuación una afonía súbita, después hemotisis, las que, hecho muy importante, se repiten casi siempre en el momento de la menstruación: la neuralgia de las espaldas intercostales superiores se convierte en una hiperestesia de todo un lado de la pared torácica (pleuralgia); las apófisis espinosas están doloridas; la anorexia es completa, absoluta, invencible; puede aún presentarse, como en un caso notable citado por Bouchard, vómitos incoercibles que persistan casi sin interrupción durante meses y años. Si se atiende uno á la simple contemplación de los síntomas, el pronóstico parece muy grave; pero interpretándolos más atentamente, se vé que no hay motivo de alarma.

Esos vómitos continuos, esa tos sonora, casi estrepitosa, monótona en su misma regularidad, paroxística y rítmica, esas hemotisis menstruales, esa afonía tan rápida en su aparición, no se acompañan de trastorno alguno sério del estado general. Todos esos accidentes persisten meses enteros, y, sin embargo, las lesiones pulmonares progresan poco; el enflaquecimiento es estacionario y las masas musculares conservan siempre su relieve. Hechas estas reservas, se ha descubierto ya á la histeria que, una vez atraída por la tuberculosis, se fija en el aparato respiratorio, modifica, transforma, exagera todos los síntomas funcionales y hace creer en un

pronóstico más grave de lo que es en realidad. Es, pues, importante saber distinguir lo que pertenece á la histeria y lo que depende de la tuberculosis.

En el ejemplo que acabo de citar, se nota que la histeria ha ocupado casi sola la escena morbosa, desviando así, por una especie de desviación favorable, toda la actividad patológica en su favor. Pero otras veces, al contrario, es la tuberculosis que domina á la histeria y que ejerce una influencia preponderante sobre ésta; y la tisis puede evolucionar, y aún evoluciona con rapidez, limitándose á detener las crisis convulsivas de la histeria; ó aún á suprimir algunos de los síntomas permanentes, tales como la hemianestesia, la hiperestesia ovárica, como se puede ver un ejemplo notable en la Iconografía fotográfica de la *Salpêtrière* de 1876-1877.

En fin, en los histéricos se puede creer en una tuberculosis que no existe. Así he visto un enfermo que tenía una tos seca, un poco quintosa y sonora, sin expectoración, en la pared izquierda del tórax había una hiperestesia muy manifiesta, pero real. A la auscultación, respiración sacudida á ambos lados, un poco débil á la derecha. A la percusión, ligera disminución de la sonoridad en la fosa infra-espinosa derecha. Se podía creer en la existencia de una tuberculosis principiante, y el diagnóstico permanecía incierto, cuando sobrevino un franco ataque de histeria, rápidamente detenido por la compresión del testículo izquierdo.

A este respecto haré notar que, una de las causas de error que más fácilmente se impone, es precisamente la sub-macidez que se observa á veces en los vértices de los pseudo-tuberculosos histéricos, como ya lo he indicado antes (*Traité des Nevroses*, pág. 1057). La explicación de esta pseudo-sub-macidez está en la contracción espasmódica de los músculos de la región percutida.

Las relaciones entre la histeria y la tuberculosis son muy importantes. Brachet cometió un error cuando aseguró que la histeria favorecía el desarrollo de la tuberculosis, y algunos autores han cometido otro al decir que la tuberculosis puede determinar la explosión de la histeria.

Sin admitir de una manera absoluta, como lo pretende Leudet, una especie de antagonismo entre la tisis y la neurosis que puede retardar la consunción, deteniendo aquella, á su vez, por cierto tiempo, las manifestaciones convulsivas, haré notar que se ve á menudo la reunión de las dos afecciones en el mismo sujeto, cambiar el cuadro ordinario de la enfermedad.

En una palabra, en el histérico tuberculoso, hay desacuerdo completo entre la benignidad del estado local y la intensidad de los trastornos funcionales. Esto puede dar lugar á numerosos errores de diagnóstico y á simular una gravedad que no existe.

[Continuará.]

(Del "Bulletin de la Phtisie Pulmonaire", de París.—Traducido por—)

LEONIDAS AVENDAÑO.

## SECCION VARIEDADES.

**Exequias del Sr. Doctor Manuel Odriozola.** — El dia 29 de los corrientes se verificó la traslación, al Cementerio general, de los restos del que fué Decano de la Facultad de Medicina, Primer Presidente de la Academia Libre de Medicina, Senador por el Departamento de Lima, Cirujano Mayor de Ejército, Miembro de la Sociedad de Beneficencia pública, etc., etc.

Solemne é imponente fué la lúgubre ceremonia á la que concurrieron todos los catedráticos de la Facultad de Medicina, el señor Rector de la Universidad Mayor de

San Marcos, muchos catedráticos de las distintas Facultades de la Universidad, un Edecán de S. E. en representación del Supremo Gobierno, comisiones de la Academia Libre de Medicina, de la Academia Peruana Correspondiente de la R. Española, de la Sociedad Médica "Unión Fernandina", de la Sociedad Amantes de la Ciencia, de las demás corporaciones científicas y literarias existentes en Lima, altos funcionarios de la Administración pública, del Poder Judicial, Miembros de ambas Cámaras, representantes de la prensa y, en una palabra, un inmenso concurso de personas notables que acudieron presurosas á manifestar su condolencia por la irreparable pérdida que acaba de sufrir el Perú.

A las 4 h. 30 m. p. m. se puso en marcha el cortejo fúnebre, habiendo sido sacado el cadáver en hombros por los alumnos de la Facultad de Medicina, y tomado las cintas el señor coronel Casapía, en representación de S. E. el Presidente de la República, el Dr. Francisco García Calderón, Rector de la Universidad Mayor de San Marcos, el Dr. José Eusebio Sánchez, Presidente de la Excm. Corte Suprema, y el señor Juan Buendía, General de División.

La caja mortuoria—cubierta de muchísimas coronas, entre las que llamaba la atención una lindísima cruz de flores de porcelana, enviada por la Sociedad Médica "Unión Fernandina"—fué llevada en hombros hasta la plazuela de Santa Ana, seguida por el batallón "Zepita" N. 1, que hizo los honores que como á Cirujano de Ejército correspondían al finado; y de la selecta concurrencia que marchaba á rendir el último homenaje al ilustre ciudadano que tan bien había empleado los 62 años de su vida.

Al llegar la comitiva al Cementerio general, cargaron el cadáver los Doctores Julián Arce y Casimiro Medina y los alumnos Leonardó



Varas y Agustín Gamarra; habiendo tomado las cintas los señores catedráticos de la Facultad de Medicina Doctores Francisco Rosas, Leonardo Villar, Armando Velez y Miguel Colunga.

Antes de cerrarse para siempre la tumba que debía encerrar reliquias tan venerandas, hicieron uso de la palabra el Dr. Rosas, como antiguo amigo y compañero del esclarecido finado; el Dr. J. C. Ulloa, Secretario de la Facultad de Medicina, en nombre de ésta Corporación; Monseñor Dr. J. A. Roca, en representación de la Academia Peruana Correspondiente de la Real Española; el Dr. Evaristo Chavez, por encargo del Presidente de la Academia Libre de Medicina; el Dr. Constantino T. Carvallo, como antiguo discípulo del que fué Profesor y Decano de la Facultad; y el señor Licenciado Alfredo I. León, á nombre de los alumnos de la Escuela de San Fernando.

Publicamos á continuación algunos de esos discursos:

El Dr. ROSAS:

“Señores:

Creería faltar á un deber sagrado, si permitiese que se cerrara esta tumba sin dirigir algunas palabras de despedida al excelente amigo y distinguido ciudadano que vá á reposar en ella.

Su muerte es una calamidad y un motivo de duelo, no sólo para la Facultad de Medicina que le debe tantos servicios y en cuyo seno deja un vacío difícil de llenar, sino también para el país, para sus amigos y para cuantos tuvieron ocasión de conocerlo, porque era uno de esos hombres amantes del progreso y esclavos del deber, que no reparan ni en fatigas, ni en sacrificios, cuando hay una obligación que cumplir, ó una obra provechosa que ejecutar.

Unido con él desde los primeros años de nuestra juventud por una

estrecha amistad que nunca se alteró, tuve ocasión de observarlo de cerca en las variadas situaciones que ofrece la vida y de llevar mi mirada escudriñadora hasta los más profundos repliegues de su corazón y nunca descubrí en él sino esos generosos sentimientos, que forman los caracteres nobles y elevados: el amor á la humanidad, el amor de la patria, el amor á la justicia, el respeto á la verdad, el desprendimiento de las cosas perecederas y la varonil energía que enfrena las pasiones y las somete á los dictados de la razón. Sobre tan sólidas bases descansaba la conducta digna é intachable que ha observado hasta el último momento de su existencia y que le granjeó en todas partes la estimación y el respeto de cuantos le trataron.

Abrazó la carrera médica: la ejerció mas bien como un sacerdocio que como una profesión lucrativa, apesar de que no poseía una fortuna independiente de que poder subsistir. Respetuoso de la vida humana, para no comprometerla cuando se confiaba á sus cuidados, aplicó todo el poder de su inteligencia á sondear los misterios y á allanar los obstáculos que dificultan en la práctica el conocimiento y la curación de las enfermedades, y llegó á ser, si no el primero, á lo menos uno de los más distinguidos médicos prácticos del Perú.

Llamado á tomar parte en la administración política en esa época de gloriosos recuerdos, en que el patriotismo exaltado hizo concebir tantas ilusiones y esperanzas, que el tiempo se encargó de disipar, y en que la mayoría de los ciudadanos, sacudiendo su indolencia habitual, se movió como un solo hombre para imprimir á la República nuevo rumbo que la condujese á playas más seguras y más venturosas, ocupó un alto puesto que desempeñó á satisfacción de todos, desplegando en él sus cualidades características: honradez, energía y

moderación. Al separarse de ese puesto no dejó la honda y luminosa huella que estampa el genio; pero sí aquella tan saludable y tan simpática que siempre imprime una inteligencia clara, cuando la sostienen el honor y el patriotismo.

Nombrado Senador al inaugurarse de nuevo el régimen constitucional, asistió á las tres últimas legislaturas y en ellas se distinguió por la solidez y la claridad de sus opiniones, por la honradez de sus juicios y por la severidad de su espíritu que no se dejó ofuscar ni una sola vez por las tumultuosas pasiones del momento. El Senado, haciendo justicia á sus méritos, lo eligió Vice-presidente en dos legislaturas consecutivas.

Podría continuar hablando muy largo y tributar muchos merecidos elogios al doctor Odriozola, si quisiera hacer resaltar todos los actos importantes de su vida; pero, imitando su moderación, me contentaré con lo dicho, dejando lo demás para los que me van á seguir en la palabra, ó para otra ocasión más oportuna.

Ahora, señores, digamos adiós al amigo querido, al médico ilustre, al ciudadano honrado y patriota y, en lugar de abatirnos pensando en lo que perdemos con su muerte, retemplemos nuestro ánimo y preparémonos á reparar la pérdida sufrida, redoblando nuestros esfuerzos, para que no quede en abandono la obra en que él estaba empeñado."

El Dr. ULLOA:

"Señores:

No han trascurrido muchos años desde que, una triste ceremonia, como la presente, nos reunía en ésta misma pavorosa mansión, en la que se encierran para siempre los secretos de la vida, para dar el adiós supremo al colega para alguno de vosotros, al Maestro para los demás, sobre cuyo sepulcro veníamos á depositar la ofrenda de nuestra

gratitud, de nuestras simpatías y de nuestro respeto.

Hoy venimos otra vez á cumplir tan triste deber, trayendo el mismo piadoso depósito al borde de la tumba, todavía prematuramente abierta, al que fué sucesor de nuestros nunca bastante llorados Decanos Heredia y Rios y que, siguiendo sus inmortales huellas, deja trazado también el surco en que continuarán su próspera marcha nuestras instituciones médicas.

Para que el país y la juventud médica puedan apreciar los servicios prestados por el colega y el Maestro, cuyos despojos venimos á devolver á la tierra, hé aquí el breve resumen de su honrosa carrera.

Ella se inició en bastante temprana edad, desde los claustros del antiguo Colegio de Medicina, hasta la silla del Ministerio de Instrucción, del Senado de la República, del Decano de nuestra Facultad y de la Presidencia de nuestra Academia Libre de Medicina, abrazando un período de cuarenta años.

Nacido el 26 de Marzo de 1826 y dirigida su educación por su ilustrado padre, el Coronel Odriozola, una de las reliquias de los fundadores de nuestra Independencia, ingresó á estudiar la Filosofía y las Matemáticas en el Colegio de la Independencia, en donde entonces se enseñaban al mismo tiempo que las ciencias médicas sus estudios preparatorios.

Allí se formó su vocación para la Medicina, en cuya enseñanza y ejercicio debía ser uno de los más distinguidos, desde que en Febrero de 1851 recibió el diploma de Médico y Cirujano, que adquirió después de provechosos estudios, no obstante haber desempeñado durante éstos los cargos de Profesor de Matemáticas y Vice-Rector de ese Colegio.

Desde entonces comenzó su brillante carrera profesional y políti-

ca, dividida entre la ciencia, el arte médico y el servicio público.

En la ciencia fué uno de sus más activos obreros, ora en la cátedra, ora en la prensa, ora en las funciones de la Dirección de las instituciones médicas, de las que recorrió todos los cargos, desde Secretario de la Junta Directiva de Medicina, que de 1847 á 1856 reemplazó al antiguo Protomedicato, hasta el de Decano, que ejerció provisoriamente durante diversos períodos y permanentemente desde 1881 hasta el 21 del presente, siendo reelegido tres veces consecutivas por la unanimidad de sufragios de la Facultad.

Las mismas etapas recorrió igualmente en las instituciones consagradas á nuestro progreso médico, desde miembro y Vice-Presidente de la Sociedad Médica, establecida en 1855, hasta primer Presidente de la Academia Libre de Medicina, fundada en 1885, como la base de nuestro porvenir científico y cuyas labores debía dirigir por un segundo llamamiento de sus colegas en el año próximo.

A todos estos cargos científicos llevó la misma consagración, el mismo amor á la ciencia, la misma severidad en el cumplimiento de su deber y en la inflexible obediencia de sus Reglamentos, no retrocediendo jamás en este camino, cualquiera que hubiese sido el sacrificio.

Así fué como en 1884, por no consentir en el atropello de esos Reglamentos por el Gobierno dictatorial de la época, fué separado del puesto, en cuya separación lo siguió la mayoría de sus colegas, y sometido á juicio del que resultó absuelto, obteniendo después la solemne restitución de su cargo, junto con todos los que lo acompañaron en su tenaz empeño de defender la inviolabilidad de los Reglamentos de la enseñanza médica.

Estas relevantes dotes no pasaron desapercibidos para nuestros

ilustrados Gobiernos, ni para el país, y fué de este modo como después de haber desempeñado diversas comisiones del servicio público, el Gobierno de 1872 lo llamó á desempeñar el Ministerio de Instrucción, de Justicia y de Beneficencia, cargo que sirvió cerca de dos años y en el que dejó huellas luminosas de su tránsito, siendo la más fúlgida el Reglamento General de Instrucción, cuyas discusiones dirigió é ilustró con el fruto de sus conocimientos y de su experiencia en la enseñanza, después de haber merecido la autorización legislativa, que solicitó con este objeto y de haber elegido con el mayor acierto los cooperadores de su obra, que echó los cimientos de regeneración de nuestra instrucción pública.

Aunque alejado siempre de la Política, la más espontánea elección de sus conciudadanos del Departamento y de sus amigos le confirió su representación en el Senado de 1886, habiéndole sus colegas favorecido con sus sufragios para 2.º Vice-Presidente de la Legislatura de 1887.

En esa Legislatura desempeñó importantes comisiones, especialmente en el ramo de instrucción, teniendo expeditas las reformas de su mismo Reglamento que debe sancionar la próxima, completando así la patriótica labor que se había impuesto de dejar sistemada la enseñanza en la forma más conveniente á nuestras necesidades y á los medios de que podemos disponer para impulsarla en el camino del progreso, como base fundamental de la prosperidad de la República.

Hé allí, señores, la labor que durante medio siglo realizó el Doctor Odriozola, á la que tuvimos la satisfacción de asociarnos en su mayor parte; pudiendo hoy poseer los títulos para que se crea autorizada mi palabra al hacer la debida justicia á sus servicios á la enseñanza y á la práctica de la Medicina Nacional.

El no quiso abandonarnos sin consumir sus últimos esfuerzos por dejarnos quien lo representase en la continuación de su labor fecunda á que todos estamos consagrados: de cooperar á los progresos de la ciencia médica, para mayor bien de nuestra patria y de la humanidad.

Que allá en el cielo el Padre Universal le tenga en cuenta sus meritorias obras, que nosotros aquí en la tierra presentaremos su vida como un ejemplo á las venideras generaciones médicas.

Adiós para siempre, señores, al colega y al amigo."

Al dar cuenta del último homenaje tributado á los despojos del que fué tercer Decano de la Facultad de Medicina de Lima, hacemos votos por que sus sucesores en la dirección de la antigua y prestigiosa Escuela de San Fernando, se inspiren en el provechoso ejemplo de su noble conducta y encaminen sus esfuerzos á levantarla á la altura en que constantemente ansió verla el siempre gratamente recordado Dr. Manuel Odriozola.

¡Paz en su tumba y consuelo para sus deudos!

**Sociedad Médica Unión Fernandina.**—En la conferencia celebrada en este mes, le tocó el turno de sustentante al sócio Zacarías Rodríguez, cuya tesis versó sobre la *Inervación del corazón*.

**Nuevos médicos.**—Enviamos nuestras más expresivas felicitaciones á los Señores Bachilleres Francisco P. del Barco y Manuel Irujo, nuestros compañeros de redacción, Dr. Ernesto Odriozola y Bachilleres Nemesio Fernández Concha y Luis F. Deústua, que, después de rendir satisfactoriamente las pruebas reglamentarias, han obtenido, en este mes, el respectivo diploma para el libre ejercicio de la Medicina y Cirujía.

**Médicos auxiliares.**—La Sociedad de Beneficencia Pública, ha nombrado Médico auxiliar del hospital

"Dos de Mayo," al Dr. Manuel Irujo y del hospital de "Santa Ana," al Dr. Federico Galindo; cargos que estaban vacantes.

**Canjes.**—Ultimamente hemos recibido el siguiente, sólo desde el núm. 4: REVISTA DE HIGIENE.—Órgano de la Junta Central de Higiene.—Redactor: Dr. G. Durán Borda.—*Bogotá* (Colombia).

**Bibliografía.**—En esta temporada, hemos tenido el placer de recibir las siguientes publicaciones, que las estamos revisando con avidez:

XVIII.—BULLETIN DE LA PHTISIE PULMONAIRE.—Revue trimestrielle des recherches expérimentales cliniques et thérapeutiques sur la Tuberculose, par le Dr. A. Filleau et le Dr. Léon Petit.—O. Doin, éditeur; 8, place de l'Odéon.—Paris.—Suscripción anual en Francia, 6 francos.—Administración: Dr. Filleau, 21, rue de Grammont.—Redacción: Dr. Léon Petit, 73, faubourg Saint-Honoré.

Esta interesante publicación, en su núm. 4 (Marzo, 1888) contiene una revista de los tratamientos de la tisis; método hipodérmico, enemas gaseosos, ácido sulfuroso, ácido fluorhídrico y tratamientos diversos.

XIX.—ANNUAIRE-BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE.—Vol. 19<sup>o</sup>—Paris, 1887.—Rue des Beaux-Arts, 4.

XX.—CATALOGUE des ouvrages de Médecine, de Chirurgie, etc., en vente á la Librairie Médicale de O. Berthier. (Ancienne Maison Louis Leclerc)—Bull. núm. 13—Paris, 104, Boulevard Saint-Germain.

XXI.—Los progresos realizados en LARINGOLOGÍA constituyen un adelanto positivo para la Medicina.—Discurso leído en la Academia médico-farmacéutica, por el Dr. José Roquer y Casadesús, Director de la Revista de Laringología, Otolología y Rinología, etc.—Barcelona, 1888.

XXII.—CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE RÉTROSPECTIVE DU BURGGRÆVISME ou Méthode thérapeutique dosimétrique.—Son origine; ses bases; son application clinique.—Par le Dr. A. Lamy.—135 pág.—Paris, 1888.

Obra premiada en el Concurso (1886-87) del Instituto de Medicina dosimétrica de París (Ch. Chanteaud & Cie, 54, rue des Francs—Bourgeois).

XXIII.—DE LA PRÉSERVATION DE LA PHTISIE PULMONAIRE ET DE SON TRAITEMENT DOSIMÉTRIQUE, par le Dr. Ferran (de Lyon).—100 pág.—Paris, 1888.

Obra premiada con el primer premio en el mismo Concurso que la anterior.

XXIV.—ANUARIO DE MEDICINA Y CIRUJÍA.—Revista semestral dedicada al examen retrospectivo de todos los descubrimientos y adelantos prácticos en las Ciencias Médicas, tomado en parte del *Retrospect of Medicine del Dr. Braithwaite*; completado con artículos de publicaciones de otros países, por los Doctores G. Reboles y Campos y F. García Molinas; ilustrado con 26 grabados; un tomo en 12<sup>o</sup> con 559 páginas.—Segunda serie.—Tomo VI.—Julio á Diciembre de 1887.—*Anuario Internacional*.—Madrid, 1888.—Precio: 5 pesetas [á la rústica] y 6 (en pasta ó tela) en Madrid.

Tenemos la gran satisfacción de poner en conocimiento de nuestros suscritores que esta interesante publicación de la Librería editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere [plaza de Santa Ana, núm. 10, Madrid], ha recibido una mejora de gran importancia: este tomo no sólo es la traducción del Anuario inglés, sino que está además aumentado con artículos de los autores más distinguidos de Alemania, América, Austria, Bélgica, España, Francia, Italia, Rusia, etc.; lo que hace de él un verdadero *Anuario de Medicina internacional*, indispensable para to-

dos los médicos que deséen estar al corriente de la marcha de la ciencia.

XXV.—TRATAMIENTO DO CHOLERA.—Artigo "Cholera" do Dicionario de Therapeutica de Glogner.—Traducção e notas por G. M. da Silva Jones.—Lisboa, 1885.

XXVI.—DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA POR LOS SÍNTOMAS QUE MÁS AMENAZAN LA VIDA, por el Dr. L. Blau.—Traducida de la 2<sup>a</sup> edición alemana por el Dr. José Madera.—Madrid, 1888.

Esta voluminosa (más de 600 páginas) é interesante obra, pertenece á las publicaciones de la Biblioteca Económica de la "Revista de Medicina y Cirujía Prácticas" de Madrid [Caballero de Gracia, n.º 9, principal].

XXVII.—DICCIONARIO DE MEDICINA Y CIRUJÍA, Farmacia, Veterinaria y Ciencias Auxiliares, por E. Littré, miembro del Instituto de Francia.—Obra que contiene la sinonimia griega, latina, alemana, inglesa, italiana y francesa y el vocabulario de esas diversas lenguas.—Versión española de la 15<sup>a</sup> edición francesa, aumentada y puesta al corriente de los progresos de las ciencias médicas y biológicas y de la práctica diaria por los Doctores J. Aguilar Lara, Director de "La Crónica Médica," etc. y M. Carreras Sanchis, Redactor-jefe de "El Diario Médico-farmacéutico," etc., y precedido de un prólogo del Dr. Amalio Gimeno Cabañas.—Con más de 600 grabados.—Valencia, 1888.

Esta notable publicación se recomienda por sí misma; y en ella, los traductores no sólo han puesto gran esmero en la versión española, sino que han ampliado la obra con numerosas é interesantísimas adiciones relativas á los progresos de la medicina, la cirujía y la materia médica en los últimos años.

Condiciones de la publicación.—Este Diccionario—del que ya hemos recibido los 6 primeros cuadernos

[hasta la página 240—art. *Botonoso*]—constará de dos gruesos tomos de tamaño casi folio, esmeradamente impresos en papel glaseado, con tipos nuevos adquiridos *ex profeso*. Se publicará por cuadernos de 40 páginas, á dos columnas. Durante la publicación, el precio de cada cuaderno en España será el de una peseta, repartiendo, por ahora, dos cada mes. Una vez concluida se aumentará el precio. No excederá de 40 á 50 cuadernos toda la obra, habiendo comenzado su publicación en Enero del año actual.

*Puntos de suscripción.*—En *Valencia* (España), Librería de Pascual Aguilar, Caballeros, n.º 1.—En *Madrid*, casa de Don M. Carreras Sanchis, Cervantes, n.º 22, bajo; y en las principales librerías.

XXVIII.—COMPENDIO TÉCNICO DE ANATOMÍA É HISTOLOGÍA PATOLÓGICAS con instrucciones para hacer autopsias y exámenes de histología patológica, por el Dr. *Juan Orth*, profesor de patología general y anatomía patológica y director del instituto patológico de Göttingen.—3.ª edición, nuevamente corregida y aumentada con la técnica microscópica.—Traducción del alemán de *Francisco 2.º Fonck y Eduardo Hoffmann*.—*Santiago* (Chile) 1887-88.

Se publicará por cuadernos de 48 páginas y constará, más ó menos, de 18 cuadernos.—Suscripción adelantada, por la obra completa S. 9.

Hemos recibido ya los 14 primeros cuadernos, que se ha servido enviarnos nuestro amigo el señor Alejandro del Río (*Santiago*, Arturo Prat, 58), quien dirige la publicación de esta obra.

XXIX.—THÉRAPEUTIQUE.—DES PRINCIPES CONSTITUTIFS DE LA MÉTHODE DOSIMÉTRIQUE, par le Dr. *E. Bichy*.—120 págs.—*Paris*, 1888.

Obra premiada en el mismo Concurso que la consignada en el n.º XXII.

XXX.—QUAND ET COMMENT DOIT-ON PRESCRIRE LA DIGITALE, par le Dr. *Henri Huchard*, médecin de l'Hopital Bichat.—1 vol. in 8.º—136 pages.—Prix: 3 francs.—O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain.—*Paris*, 1888.

Esta interesantísima monografía, que fué primero publicada en la "Revue générale de Clinique et de Thérapeutique" (Dbre. del 87 á Abril del 88), será objeto de un análisis especial que le dedicaremos en uno de los próximos números; limitándonos, por ahora, á indicar cuáles es su contenido en detalle:

1.º Acción fisiológica, terapéutica y tóxica de la digital.

2.º Cuándo se debe prescribir la digital?—Digital según el período de las cardiopatías; según el sitio de las lesiones valvulares; en las palpitaciones y las taquicardias; en las arritmias cardiacas; en los pseudo-asma cardiacos; en la arterio-esclerosis del corazón y en la angina de pecho; en la hipertrofia cardiaca de la pubertad y de la menopausia; en las nefritis y en las asistolias de origen renal; en los aneurismas de la aorta; en el bocio exoftálmico; en la epilepsia, el delirium tremens, las afecciones mentales, la espermatorrea y la incontinencia de orina; en la endocarditis y la pericarditis agudas; en las neumonias, las pirexias, el reumatismo articular agudo, etc.; y en las hemorragias.

3.º Cómo se debe prescribir la digital?—Condiciones de buena cosecha y de buena preparación de la digital; medicamentos antagonistas de la acción de la digital; precauciones que hay que tomar antes de la administración de la digital; principios de administración de la digital; preparaciones y posología de la digital; inyecciones hipodérmicas de digitalina; empleo de las digitalinas; la digital en los niños y en los ancianos; diferencias de acción de la di-

gital según las dosis y su modo de administración.

4.º Cuáles son las preparaciones de digital?—Alcoholaturo, tintura etérea, extracto acuoso; tintura alcohólica, extracto alcohólico; polvo de hojas, tisanas; jarabes; digitalinas; preparaciones compuestas; equivalentes farmacéuticos de la digital.

XXXI.—HIPNOTISMO Y SUGESTIÓN.—Nociones generales, historia, sintomatología, fisiología, medicina legal y terapéutica de la hipnosis; por los Dres. *Octavio Maira* y *David Benavente*.—1 tomo con más de 200 págs.—*Santiago* (Chile), 1887.

Agradecemos al Dr. Maira, Ayudante de la clase de Clínica interna y Redactor en Jefe del "Boletín de Medicina", por el envío de su interesante obra, la que, además de ser el resumen de los conocimientos modernos sobre la materia, contiene un gran número de observaciones y experimentos personales en apoyo de la teoría hipnótica.

**Nuevo procedimiento para obtener vacuna.**—El Sr. Grigg, en el *British medical Journal*, indica un nuevo procedimiento para obtener vacuna sin abrir las pústulas. Este procedimiento consiste en depositar una gota de glicerina pura en el centro de la pústula, la que se fricciona en seguida con una punta obtusa, la cabeza de un alfiler de vidrio, por ejemplo. Al cabo de dos ó tres minutos, se duplica el volumen de la gota de glicerina, la que se ha cargado de linfa, principalmente cuando el botón vaccinal está bien lleno. Concluida esta primera gota, se puede recomenzar esta pequeña maniobra con una segunda y aún una tercera gota de glicerina. El procedimiento es tan ventajoso como simple é inofensivo, pues la cantidad de vacuna así obtenida es considerable; y el autor afirma que el resultado de las vacunaciones practicadas según este

método es de lo mejor que se puede desear. (*Revue Scientifique*.)

**Un caso extraordinario de fecundidad.**—Un suceso desconocido en los anales de la Antropología se ha realizado en Castagnola, en el Tesin.

La Sra. Rezzonico, mujer del síndico de la localidad, ha tenido un parto de seis niños, cuatro varones y dos niñas. Estos pequeños seres han nacido vivos, pero han muerto muy pronto. La madre, que tiene 38 años de edad, ha tenido muchos embarazos múltiples y cuyos productos viven aún.

Muchos médicos de Milán, de Come y de otras ciudades se han dirigido al lugar del suceso y han comprobado su perfecta exactitud. (*Lyon Médical*.)

**La epilepsia Jacksoniana.**—POR PABLO BERBEZ, JEFE DE CLINICA DE LA SALPÉTRIÈRE.—La epilepsia jacksoniana, es decir, la unilateral ó parcial, no tenía aún su monografía hasta que, pocos meses há, el Sr. Rolland, médico de un asilo de epilépticos cerca de Burdeos, llenó el vacío reuniendo los hechos observados, comparándolos entre sí y tratando de conciliar los datos clínicos con los resultados obtenidos por los fisiólogos. Vamos á tomar muchos datos de su excelente memoria, tributando así un homenaje al concienzudo trabajador y enterando á nuestros lectores de los numerosos materiales por él compilados.

Realmente hacía falta un estudio de conjunto sobre la epilepsia jacksoniana, después que en su beneficio se había desmembrado el antiguo mal comicial. Vamos á estudiar, pues, lo que son esos accidentes convulsivos, separados recientemente de la epilepsia esencial, pero conservando el nombre genérico de epilepsia, fundando su diagnóstico sobre los datos sintomatológicos, y vamos á mostrar lo acertado que ha sido el separar de la gran epilepsia esencial, sin lesiones conoci-

das, de pronóstico terrible, esos accidentes que de epilépticos no tienen más que el nombre, y por esto deben distinguirse cuidadosamente de la vieja neurosis llamada mal caduco ó comicial.

*Historia.*—El primero que describió las *convulsiones epileptiformes* limitadas á una mitad del cuerpo, fué ciertamente HUGHLINGS JACKSON, refiriendo esos síntomas raros á lesiones corticales; pero sería injusto dejar de hacer mención de los precursores del autor inglés, sobre todo, de un interno de la Salpêtrière, Bravais, quien en 1829 publicó una tesis titulada: *Investigaciones sobre los síntomas y el tratamiento de la epilepsia hemipléjica.* (1)

*Estudio sintomatológico.*—El enfermo sujeto á accidentes de epilepsia parcial goza ó parece gozar de buena salud en los entreactos de la terrible afección que le aqueja. Decimos con intención: parece gozar, porque muchos enfermos afectados de epilepsia jacksoniana se quejan de que en los intervalos de sus grandes crisis experimentan una serie de accidentes que bastantes veces consisten en un estado de irritación, flojedad ó embotamiento del miembro ó parte del miembro que es el asiento habitual de las convulsiones.

Una enferma se quejaba de que no podía subir á los pisos altos de la casa en que vivía sin sentir en la pierna, punto de partida de su epilepsia jacksoniana, unos hormigueos, unos calambres, un temblor que habitualmente la avisaban del principio de su ataque; si no se detenía para descansar, el ataque solía seguir su curso.

Una mujer que una vez se había herido con una podadera sentía, cuando le había de venir el ataque, durante algunos días, un dolor permanente en la cicatriz, único vestigio de la herida.

1. Suprimimos el resto de la historia de esta enfermedad en gracia á la brevedad y por ser de importancia secundaria.

Durante días y aún semanas antes del ataque se ha observado un malestar especial, vómitos, dolor vehemente en la mitad del cráneo opuesto al lado de las convulsiones, fosfenos en uno ú otro ojo, tristeza inmotivada, zumbidos de oídos, potencia genital extraordinaria.

Hé aquí, pues, un esquema de lo que pasa en medio de la salud real ó aparente: un enfermo nota de repente en la mano, el pié ó la cara una sensación particular, el *aura* que puede ser de carácter sensitivo ó vaso-motor. Esta sensación sube á lo largo del miembro y se localiza en el mismo. Muchas veces el enfermo hace al médico una descripción fiel de lo que le pasa en aquel momento porque no pierde el conocimiento al sobrevenir el *aura*.

Las convulsiones tónicas y clónicas, ó clónicas desde el primer momento, no tardan en reemplazar á las sensaciones del *aura*. Estas convulsiones más ó menos violentas permanecen localizadas en el miembro solamente ó bien, siguiendo el *aura* que parece enseñarles el camino, pasar de la pierna, v. gr. al brazo; la cabeza toma parte y todo el lado, si no los dos, se hallan invadidos de sacudidas vibratorias.

Al cabo de cierto tiempo, que varía entre algunos minutos y dos ó tres horas, las convulsiones, á veces interrumpidas por intervalos de calma, terminan volviendo más ó menos completamente el conocimiento, si había desaparecido, más ó menos turbado por el delirio post-epiléptico, y todo vuelve á su orden, prescindiendo de que el enfermo queda á veces paresiado ó paralizado de un miembro ó todo un lado del cuerpo por un período más ó menos largo. Inmediatamente después del ataque, los reflejos rotulianos suelen ser exagerados.

Analícemos, pues, ese conjunto que se llama la epilepsia parcial, veamos cuáles son sus elementos para estudiarlos separadamente, li-

bres de ordenarlos luego cuando tratemos de su distribución habitual y de los tipos particulares que se pueden distinguir en la epilepsia jacksoniana.

El *aura*, ya lo hemos dicho, puede estar bajo la dependencia de los nervios sensitivos, de los nervios vaso-motores, de los nervios motores.

Las más de las veces las auras sensitivas son de carácter doloroso, tratándose de un dolor sordo más ó menos permanente en cualquier punto del cuerpo, á veces en la cabeza recordando un tanto el clavo histérico. Otras veces se trata de una sensación de quemadura, de fricción en el epigastrio, en la región precordial. En algunos casos el *aura* dolorosa recuerda el dolor fulgurante de los tabéticos, ó bien produce el efecto de una torsión violenta y súbita de todo un miembro, un dedo ó una mano.

Añádanse á esto en la esfera visceral los calambres, los cólicos, los verdaderos retortijones, las palpitations dolorosas, las opresiones angustiosas.

Las auras que afectan á los sentidos consisten en visiones coloreadas y centelleantes; en fosfenos, moscas volantes, deslumbramientos, viendo los enfermos fuegos y rios luminosos. A veces parecen aturdidos por lo que ven. De parte del oído los enfermos se quejan muchas veces de zumbidos, murmullos y silbidos, de modo que involuntariamente pensamos en el *aura* auditiva del vértigo de Ménière comparándola con el *aura* epiléptica. El gusto percibe sabores fuertes ó desagradables y el olfato nota olores malos, especialmente de hidrógeno sulfurado.

Las auras sensoriales nos conducen impensadamente á las que hemos de llamar psíquicas ó intelectuales, teniendo el enfermo la idea de haber percibido un ruido mal definido, un silbido vago, etc.; otras veces las sensaciones se coordinan,

el cerebro especula sobre las mismas y es un cuadro completo el que constituye el *aura*; es un incendio, el enfermo oye crepitar la llama y caer las vigas; vé el fuego y oye los gritos de angustia; ó bien es un perro rabioso que le persigue; en otras circunstancias el enfermo parece ver algún objeto terrorífico, quedando de repente atónico, con inmovilidad tetánica, etc. Hemos de hacer constar que esta clase de *aura* es más frecuente en la epilepsia vulgar que en la jacksoniana.

Las auras vaso-motoras que se enlazan con las sensitivas, consisten en una sensación de frescura con ó sin cambio de color de la piel; en una sensación de aire fresco, de soplo ardiente, de líquido caliente que corre á lo largo de un miembro; en una sensación de brusca inmersión en agua helada. En fin, la *aura* vaso-motora, acaso la más frecuente de todas, se manifiesta más á menudo por la flexión brusca de un dedo, una mano ó un pié. De súbito el enfermo siente como un dedo, frecuentemente uno de los últimos de la mano, se dobla en la palma; se tuerce; los demás dedos siguen el movimiento, superponiéndose á veces y pegándose el uno al otro como enganchados con cola. Toda la mano se dobla torciéndose como la mano de un enfermo de atetosis; el antebrazo se dobla girándose su cara interna hácia fuera; la cabeza toma parte, se gira del lado opuesto á los miembros convulsos, los ojos se convulsionan hácia arriba y afuera, al paso que el conocimiento desaparece.

Entonces empieza la fase convulsiva propiamente dicha. No teniendo que exponer aquí la teoría de las auras, nos contentaremos con decir con Charcot que el *aura* es siempre un fenómeno central, una proyección de los centros hácia la periferia. Axenfeld había dicho ya: el *aura* es el síntoma y no el prodromo real de un padecimiento encefálico percibido como si tuviera lu-

gar en la periferia nerviosa; las auras periféricas son como el eco lejano de un estado patológico de los centros nerviosos.

Las auras son constantes, es decir, que se reproducen siempre con los mismos caracteres arrancando al enfermo invariablemente estas palabras: *Ya viene el ataque.* Parecen obedecer como extensión á la intensidad de la causa irritante. La irritación difusa, por decirlo así, del centro motor del brazo á su vecino, el centro de la cara, etc., una vez dada la sacudida, se puede ver el aura detenerse en un miembro ó bien extenderse á los demás.

Las *convulsiones* de la epilepsia jacksoniana pueden variar en límites muy extensos ciñéndose á uno ó varios dedos. Se dice también que hay epilepsia jacksoniana aun cuando las dos mitades del cuerpo sean alcanzadas por las convulsiones, siempre á condición de que estas convulsiones sean más fuertes en la parte del cuerpo primitivamente atacado. A veces son tan poco violentas que pasan sin que el médico las perciba; otras veces, en cambio, son extremadamente fuertes. Jackson ha observado que los músculos vecinos del músculo ó del grupo de músculos atacados no estaban relajados; la irritación cortical se difunde y extiende. Si osáramos servirnos de esta comparación, diríamos que el espasmo forma "la mancha de aceite."

Cuanto más fuertes son las convulsiones y se generalizan pronto, tanto más corto es el ataque. La duración de una crisis está en razón inversa de la intensidad de las convulsiones.

M. Rolland dice que, "en la mayor parte de casos se hace constar una contractura inicial, un calambre muscular, seguida, después de algunos instantes, de sacudidas clónicas ó espasmódicas más ó menos amplias." Esta fase clónica no sobreviene bruscamente; los músculos en contracción tónica se relajan

progresivamente dando una serie de sacudidas de amplitud gradualmente creciente al principio.

La fase tetánica puede faltar; entonces las convulsiones clónicas son mucho más violentas. A menudo las convulsiones clónicas de carácter rítmico se cortan por intervalos de reposo muy largo. Entonces parece que el acceso sea constituido por una serie de ataques sucesivos calcados todos bajo el mismo modelo.

Acabamos de estudiar de una manera general todo cuanto tiene relación con las auras y las convulsiones. Veamos ahora si es posible reconocer *tipos* diferentes. Apoyados por un lado en la observación clínica y por otro en lo que sabemos de localizaciones cerebrales, veamos si podemos decir: hay un tipo, cuyos síntomas convulsivos corresponden exactamente á una lesión localizada en tal ó cual parte de la corteza. Podríamos denominar cada tipo por el nombre del centro lesionado, y decir: tipo paracentral, tipo frontal superior, tipo tercero frontal. Pero es más racional y menos pretencioso reconocer clínicamente tres tipos:

1.º Tipo facial; 2.º Tipo braquial; 3.º Tipo crural.

El *tipo facial* comprende los accidentes convulsivos que afectan la comisura de los labios, el orbicular de los párpados, los músculos del globo del ojo, ciertos músculos del cuello, teniendo, por decirlo así, la lengua y la boca como base.

El enfermo nota de repente que su comisura labial se desvía hácia afuera y abajo y la lengua, que se ha hecho pesada, es también tirada afuera y abajo, al mismo tiempo el músculo esterno-mastóideo se contrae girando la cabeza hácia el lado opuesto. Los ojos se revuelven en la órbita fijándose luego hácia arriba y afuera; entonces el enfermo pierde el conocimiento. La cabeza se tuerce repetidas veces convulsivamente sobre su eje siempre en el

mismo sentido. La cara hace muecas, la boca se tuerce, los ojos se revuelven y los párpados pestañean. A veces las facciones imitan la expresión de la sonrisa, pero de una manera estúpida. Esta sonrisa parece mezclada de sufrimiento; la cara está pálida. En esta convulsión limitada á la cara y al cuello se observan á veces también algunas sacudidas del brazo derecho ó izquierdo, pero para caracterizar mejor los tipos, no hacemos más que indicar esta posibilidad.

El *tipo braquial* es uno de los más frecuentes. El aura empieza, como ya hemos dicho al presentar el cuadro general, en uno de los dedos, subiendo con los caracteres conocidos á lo largo de la extremidad superior; muchas veces parte de una cicatriz más ó menos antigua. Tenemos entre nuestros apuntes el caso de un hombre que tuvo una astilla en el dedo, sufriendo algún tiempo de la llaguita que el cuerpo extraño le causó. La llaga se cerró después de la extracción de la astilla, pero la cicatriz resultó punto de partida del aura. Otro enfermo tuvo accidentes parecidos después que el meñique izquierdo se le había aplastado en una puerta. En estos casos las convulsiones quedan limitadas al brazo y al hombro con ó sin pérdida del conocimiento. Más frecuente, sin embargo, es que participen también el cuello y la cara, y á veces sucede también que la extremidad superior recibe la irritación convulsiva de segunda mano, es decir, que se le comunica desde la extremidad inferior.

El *tipo crural* puro es el más raro, pero el más interesante, porque sucede á menudo que el enfermo no pierde el conocimiento y se da cuenta de lo que le pasa. Las convulsiones que siguen inmediatamente al aura que ha dado al pié la forma de arco, sacuden la extremidad entera ó solamente una parte con mayor ó menor vehemencia deteniéndose en la cadera ó propa-

gándose á la extremidad superior.

No tenemos necesidad de hacer notar que nuestra clasificación, que es la que M. Charcot ha basado sobre las localizaciones cerebrales, es más lógica y más conforme á la fisiología que la de H. Jackson, quien divide los accidentes convulsivos en monospasmos y hemispasmos con un apéndice ó tercera clase para los casos en que los fenómenos se generalizan en una parte ó todo el lado opuesto.

La *pérdida del conocimiento*, tiene mucha importancia en un ataque de nervios calificado de epiléptico, y se puede decir que esta pérdida no falta nunca en los ataques fuertes. Cada vez que resulta interesada la cara sin que haya pérdida del conocimiento, Jackson dice que éste desaparece ordinariamente cuando la cabeza y los ojos empiezan á torcerse después que las convulsiones han invadido los miembros. En la epilepsia vulgar hay pérdida del conocimiento desde el principio, mientras que en muchos casos de epilepsia jacksoniana queda conservado, desapareciendo en un paroxismo y cuando las convulsiones han estallado ya.

M. Fournier ha notado que cuando no hay pérdida del conocimiento, las convulsiones epiléptiformes van acompañadas de una sensación dolorosa más ó menos intensa. Pueden distinguirse varios grados de intensidad de la abolición, desde un aturdimiento vago hasta la ausencia absoluta del conocimiento. Algunos enfermos aparentemente sin conocimiento, refieren después de la crisis lo que se ha dicho á su lado.

¿Qué sucede con el enfermo cuando los ataques más ó menos localizados de la epilepsia jacksoniana han terminado, volviendo el conocimiento y el sosiego del enfermo? A veces, después de la crisis, se presenta un delirio post-epiléptico, tanto después de un ligero vértigo como después de un ataque grave, pu-

diendo haber alucinaciones durante un tiempo variable. Algunos enfermos sienten una necesidad extraordinaria de dormir, bastando apenas veinticuatro horas de sueño profundo para descansarlos. También hemos de mencionar la diplopia, amnesia, disfasia, trastorno de las ideas como residuos de la lesión con descarga. También se ha hablado de vértigos y caídas, y hemos visto enfermos con cefaleas que se parecían grandemente á la cefalea de casquete de los neurasténicos. Un hecho notable son las parálisis transitorias que siguen á los ataques, siendo más á menudo la extremidad más castigada por el ataque la que se debilita y en un gran número de casos acaba por paralizarse completamente.

Parece que el centro que ha manifestado su irritación por convulsiones, ha agotado su actividad motora por un tiempo dado. Estas parálisis recuerdan mucho las de los afectados de corea, siendo unas veces hemiplegias y otras veces monoplegias. A veces la parálisis precede á las convulsiones, no existiendo relaciones constantes entre los dos fenómenos. Sin embargo, puede decirse que cuando más extensas son las convulsiones, más suele serlo también la parálisis.

Un hecho curioso es que se pueden detener las convulsiones de descarga por medio de una ligadura por encima del sitio del aura, pero no se detiene la parálisis si ha de producirse; al contrario, á veces resulta más pronunciada que cuando se había dejado seguir su curso á las convulsiones.

En lugar de parálisis puede haber contracturas no menos transitorias que éstas. Los reflejos tendinosos ofrecen cierta diferencia, siendo generalmente exaltados después del ataque entre los diferentes síntomas, además de la afasia ya mencionada, estrechez de la hendidura palpebral y *miosis* (Frank Müller de Gratz), hemianopsia, vómi-

tos (analogía con ciertas jaquecas oftálmicas).

*Anatomía patológica.*— Para producir la epilepsia jacksoniana, es preciso que una lesión de cualquier carácter esté situada de manera que irrite una porción más ó menos circunscrita de la sustancia cortical. Es raro que lesiones del centro oval ó de los núcleos centrales grises produzcan convulsiones jacksonianas.

Las lesiones conforme los trastornos cuya sintomatología acabamos de estudiar, se escalonan á lo largo del surco de Rolando en la zona psicomotora de Charcot y Pitres.

Rolland, ha compilado 112 observaciones que clasifica de la siguiente manera:

Tumores diversos de la corteza cerebral (gliomas, sarcomas neuróglícos ó angiolícticos, carcinomas, mixomas, gomas, psanomas, etc. . . . .	41
Tumores diversos de la corteza cerebral de las meninges..	7
Reblandecimientos inflamatorios. . . . .	21
Meningitis agudas y crónicas.	14
Traumatismos . . . . .	8
Abcesos superficiales ó profundos . . . . .	9
Hemorragias corticales. . . . .	7
Atrofia cerebral . . . . .	5
Total. . . . .	112

Hay una diferencia capital entre las lesiones *irritativas* y las *destruictivas*. Las unas dejan intactas las fibras subyacentes ó las células atacadas; las otras cortan toda comunicación entre las células corticales y la periferia. La parálisis, en una palabra, resulta de la destrucción de una función, mientras que la convulsión es debida á la irritación de un aparato relativamente intacto.

Examinando, como ha hecho Rolland, un gran número de observaciones, pueden sacarse desde el punto de vista anatómico las siguientes

conclusiones: La epilepsia jacksoniana, es el resultado de alteraciones limitadas de las circunvoluciones cerebrales. Las lesiones capaces de provocar estas convulsiones tienen una topografía menos fija que las que provocan las parálisis permanentes.

No hay relaciones constantes entre las parálisis y las convulsiones, pero la presencia de accidentes paralíticos entre los ataques convulsivos puede considerarse como un signo grave, pues toda parálisis permanente indica una lesión destructiva que amenaza las zonas motoras vecinas.

Es difícil diagnosticar una lesión del centro oval, pues según Pitres produce trastornos análogos á los causados por una lesión de la corteza de la región correspondiente. La atrofia cerebral extendida á un hemisferio entero ó bien localizada en una ó varias circunvoluciones situadas en la zona motora, es á veces la causa de epilepsia jacksoniana y esta atrofia suele ser debida á una esclerosis lobular que muchas veces va acompañada de degeneraciones secundarias de origen cortical que pueden seguirse á través del pedúnculo, la protuberancia, el bulbo y el cordón lateral de la médula.

La epilepsia jacksoniana es debida á lesiones del dominio de la cirura de Silvio y rara vez á lesiones de la cara inferior del cerebro. Si se compara con los ojos los diferentes esquemas basados sobre experimentos fisiológicos de Royer, Carville y Duret, Duval y Ferrer, con el esquema basado sobre la anatomía clínica de Charcot y Pitres, satisface ver lo poco que varían las localizaciones de los fisiólogos de las de los clínicos. Esta satisfactoria uniformidad de opiniones es tanto más curiosa y convincente por ser muy rara.

Sin entrar en detalles minuciosos enumeremos algunas de las localizaciones.

*Cara.*—Extremo inferior de la corteza de las dos circunvoluciones ascendentes, pero más especialmente de la frontal del lado opuesto á la mitad convulsionada de la cara.

*Extremidad superior.*—Región media de la frontal ascendente.

*Extremidad inferior.*—Extremo superior de las circunvoluciones ascendentes y del lóbulo para-central.

*Músculos de la lengua.*—Del extremo inferior de la frontal ascendente hasta la vecindad inmediata del pié de la tercera frontal.

*Afasia motora pura.*—Pié de la tercera frontal izquierda.

A fines del año pasado hemos visto al Sr. Horsley, de Londres, provocar por la excitación eléctrica de ciertos puntos de la corteza unas convulsiones limitadas á los músculos de los ojos, etc.

No ignoramos que se han descrito epilepsias parciales partiendo de la pleura irritada por inyección sub-cutánea de nitrato de amilo. Estas epilepsias se acercan evidentemente á la de Jackson, pero se salen demasiado del marco que nos hemos fijado para este estudio.

Estamos bastante tentados de aplicar lo que precede á los casos de epilepsia con punto de partida auricular.

*Fisiología patológica.*—Una célula cerebral, dice Jackson, puede compararse con una pequeña botella de Leyden, que se descarga en forma de convulsiones cuando la tensión ha alcanzado un grado suficiente. La convulsión representa el desprendimiento de cierta cantidad de energía involuntaria.

La parálisis postepiléptica ha sido atribuida á la congestión cerebral, al ataque, á la extravasación sanguínea. Cuando es pasajera, indica el agotamiento del pequeño aparato condensador representado por la célula cerebral. En esta hipótesis debe tomarse la palabra parálisis en su significado más lato,

desde la simple debilidad hasta la verdadera impotencia.

No seguiremos las hipótesis de los fisiólogos en sus últimos límites, temiendo perdernos en la metafísica.

*Diagnóstico.*—La epilepsia jacksoniana se distingue de la ordinaria en que es parcial, ó para hablar con más exactitud, que presenta siempre mayor intensidad en una de las mitades del cuerpo. El conocimiento se pierde solamente después de las convulsiones y por causa de un paroxismo; no hay grito inicial, poco ó nada de coma ni de estupor después del ataque y poca ó ninguna elevación de temperatura.

El histerismo presenta dificultades mucho mayores para el diagnóstico diferencial, como atestiguan las vacilaciones de Charcot, Legendre du Saulle, Luys, Delasiauve, G. Vallet, con respecto á una joven que tuvo 8,000 ataques en unos veinte días, y que pasó al principio por epiléptica parcial, fué considerada finalmente como simple histero-epiléptica. Después de estas observaciones, Vallet y Crepin publicaron su trabajo sobre las crisis de histerismo con forma de epilepsia parcial. Algunos signos permiten evitar la confusión como la hipertermia que falta en el histerismo, al que caracteriza el número considerable de los ataques, sin malas consecuencias, el resultado feliz de la compresión de los ovarios y la ineficacia del bromuro potásico.

No es todo diagnosticar el síndrome de epilepsia jacksoniana, sino que debería diagnosticarse también el asiento y el carácter de la lesión. Con respecto al asiento, la cosa es bastante fácil, dados los conocimientos que ahora tenemos sobre las localizaciones cerebrales, pero la cosa es diferente con respecto al carácter de la lesión.

El tratamiento específico servirá á veces de piedra de toque para las lesiones sifilíticas; en los tuberculo-

sos hereditarios se pensará en meningitis tuberculosa y en tubérculos cerebrales; en los afectados de lesiones valvulares del corazón ó de las arterias, si al mismo tiempo presentan una parálisis más ó menos permanente, sospecharemos un reblandecimiento ó una hemorragia cortical, etc. La presencia de un quiste hidático hará pensar en una hidátide del cerebro, etc. La cuestión que se presenta aquí es en realidad la del diagnóstico de las lesiones circunscritas del cerebro y se presentan bajo el mismo título que para los estados morbosos en los cuales la parálisis es el fenómeno predominante.

*Pronóstico y tratamiento.*—La epilepsia jacksoniana no tiene pronóstico personal. Sin embargo, hay ciertas observaciones generales que lo dominan todo; el estado de mal es grave y conduce casi fatalmente á la muerte.

Una parálisis persistente indica una lesión destructiva y una pérdida irreparable. La sífilis y el traumatismo son condiciones favorables. Las epilepsias del género de la hemiplegia infantil van atenuándose y desaparecen muchas veces á los cuarenta ó cincuenta años. Bajo el punto de vista del pronóstico debemos insistir en el hecho ya vislumbrado por cierto número de médicos, de que la epilepsia parcial no es más que el punto de partida y como la fase inicial de la epilepsia clásica. Conviene conocer este detalle, sentar bien el diagnóstico positivo de la lesión irritativa y determinar su índole si la cosa es posible para evitar ingratos desengaños.

El *tratamiento* es médico y quirúrgico. El *médico* consiste en ligaduras, vejigatorios y cauterios en forma de brazaletes alrededor de la extremidad de que parte el aura. Imitando lo que hace la naturaleza puede hacerse la extensión en un miembro. La compresión, como hemos dicho, transforma la convul-

sión, que suprime en una parálisis temporal. En contra de la comprensión hemos de señalar aún que produce vértigos y accidentes depresivos muy penosos, mucho más que ciertas convulsiones. Todd, en 1841, Recamier, en 1843, Brown-Sequard, en 1861, han estudiado el método de los vejigatorios que había sido descubierto por Bravais.

El tratamiento por medio de los vejigatorios suprime todos los efectos consecutivos del ataque y da por resultado el transfert en cualquier punto del aura ó bien la generalización de los ataques sin nueva aura. El vejigatorio, dicen Buzard y Pitres, debe remedar un brazaletes. Este método de intervención periférica obra solamente cuando la lesión cortical no es más que superficial.

M. Charcot, suele decir en sus lecciones que cuando uno tiene que habérselas con un caso de epilepsia parcial, debe administrar á todo evento el poli-bromuro (de amonio, sodio y potasio) á dosis creciente. En efecto, es característico de la epilepsia el dejarse influir por el bromuro potásico, y este hecho empírico tiene su importancia diagnóstica, lo propio que terapéutica.

Si esta medicación fracasa ó dá resultados insuficientes, se puede probar aún la aplicación de los imanes, de las corrientes continuas, de la hidroterapia, de los sedales, etc., antes de recurrir al tratamiento quirúrgico.

Este, generalizado por los médicos ingleses, sobre todo Horsley, y adoptado luego con cierto entusiasmo por los médicos, convencidos de la existencia de los centros corticales, consiste en la trepanación aplicada según reglas determinadas y en casos muy especiales.

Debe operarse en todos los casos de traumatismo reciente del cráneo cuando hay hundimiento de fragmentos óseos en la sustancia cerebral, ó simple compresión de la mis-

ma por un fragmento de hueso ó un derrame sanguíneo.

Naturalmente, la misma operación se impone en los casos de absceso intra-craneal. Los cirujanos avezados al uso del trépano, confiados en los recursos de la antisepsia, no han tenido reparo en aplicarlo en el punto del cráneo, asiento de dolores vehementes, sin traspasar las meninges. Así, el profesor Le Fort ha trepanado á un enfermo afectado, después de una caída, de ataques epileptiformes que se repetían hasta cuatro veces al día; encontrando sana la meninge dura, no fué más allá, y el enfermo solamente tuvo otro ataque de poca importancia.

Nos acordamos de los casos parecidos que nos refirió M. Lucas-Championnière, cuando visitó la clínica de Charcot en 1886. Pitres y Demons, en la Sociedad de Cirujía (1885) y en el Congreso de Cirujía de 1886, han fijado el curso que debe seguirse en la trepanación, fundándose en la topografía craneo-cerebral y en las localizaciones corticales.

Poco después el Sr. Horsley, quien había continuado haciendo experimentos de laboratorio sobre la trepanación, comunicó á la Asociación médico-británica (Agosto de 1886) tres casos de trepanación con ablación de parte de la sustancia cerebral ó extracción de tumores. Después de Horsley han publicado observaciones similares, Benett, Gadle, Durante y Caselli y Chequerelli. El Sr. Rolland, en su interesante folleto, da á conocer el manual operatorio de la trepanación tal como lo aplica Horsley.

Enseña, pues, la experiencia que es posible operar directa y quirúrgicamente sobre las causas de irritación, meningo-corticales y óseas.

Una vez más la medicina, apoyada en la cirugía, á la que aconseja y dirige, alcanza una verdadera victoria en el campo de la terapéutica, gracias á los trabajos de los

neuropatólogos partidarios y defensores de la doctrina de las localizaciones cerebrales.—(*Gazette des hopitaux*.—*Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*).

**Tratamiento de la neuralgia ciática por las aplicaciones externas de la flor de azufre.**—Por el Dr. L. Duchesne.—(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*)—Hace algunos años que en una de las sesiones de la Sociedad de Terapéutica, á propósito de los diversos modos de tratamiento de la ciática, el Dr. Henri Gueneau de Mussy nos dió á conocer un medio muy en boga en Inglaterra y que produce maravillosos resultados.

Consiste en espolvorear una compresa con flor de azufre hasta formar una capa de bastante espesor, envolviendo luego la extremidad enferma con dicha compresa.

La manera como obra la flor de azufre es desconocida: solamente puede hacerse constar que la orina exhala rápidamente un fuerte olor de hidrógeno sulfurado.

Este tratamiento obra de un modo extremadamente rápido.

Una sola noche es suficiente para que el paciente se vea libre de su neuralgia.

En la sesión de la Sociedad de Terapéutica más arriba mencionada, el Dr. Henri Gueneau de Mussy, manifiesta que fué llamado un día en Inglaterra, por un gran personaje, un embajador que debía al día siguiente emprender un viaje en compañía de su ayuda de cámara, quien en aquel momento se hallaba sufriendo una violenta ciática.

El doctor Henri Gueneau de Mussy empleó en este enfermo las aplicaciones externas de flor de azufre, y al siguiente día dicha ayuda de cámara estaba completamente curado, pudiendo emprender el viaje con su señor.

En vista de ello hice propósito de emplear dicho tratamiento en el primer caso de ciática que se me

presentase. El momento oportuno no se hizo esperar.

Una señora de 48 años y de buena constitución padecía desde algún tiempo una ciática que la hacía sufrir horriblemente, habiendo empleado diversos tratamientos sin experimentar el menor alivio. Consultado por dicha señora, le aconsejé el tratamiento de que nos había hablado nuestro profesor el doctor Henri Gueneau de Mussy.

La paciente envolvió, aquella misma noche, el miembro enfermo con una compresa bien espolvoreada con flor de azufre, y al día siguiente con gran satisfacción me dijo que la neuralgia había completamente desaparecido.

Muchos años han transcurrido sin que á dicha señora haya vuelto á reaparecerle la neuralgia, y no hace muchos días que ella misma me ha recordado su curación que le parece maravillosa.—(*Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*).

**Acetfenetidina**—Iv. Georgiewski. [*Vrach* 1888]—Un año ha, los señores Hinsberg y Kast, recomendaron un nuevo antipirético bajo el nombre de *acetfenetidina*, que luego fué comprobado por Kobler en la clínica de Bamberger, de Viena. Los buenos resultados señalados por ambas partes indujeron al catedrático señor Loesch, de San Petersburgo, á encargar al autor el estudio del nuevo medicamento fabricado por la casa Bayer de Elberfeld, en forma de polvo cristalino, de color rosado grisáceo, sin sabor ni olor, casi insoluble á la temperatura del cuerpo en agua, en los ácidos y álcalis, el jugo gástrico y extracto pancreático; pero soluble en 20 partes de alcohol; retarda la digestión estomacal y detiene la fermentación alcohólica del azúcar de uva; su fórmula es  $C_{10}H_{13}NO_2$ . Experimentando en sí mismo el autor ha encontrado que las dosis diarias de 1,25 g. en dos tomas no influyen en la temperatura, pulso y

respiración de un individuo sano, pero que la orina, por lo demás normal, empieza á la media hora á reaccionar con un color rojo pardo á la adición de gotas de percloruro de hierro, no habiendo aún desaparecido del todo dicha reacción á las doce horas. El efecto antipirético en los febricitantes es seguro, produciendo las tomas de 0,20 un descenso de 1°C y las de 0,30 uno de 2°C. Según el autor, la acetfenetidina tiene sobre todos los demás antipiréticos las siguientes ventajas: lo gradual del descenso de la temperatura así como de su posterior reascenso; lo prolongado del descenso, seis á ocho horas; la completa ausencia de efectos secundarios desagradables, á no ser que se quiera considerar como tal un sudor moderado; la facilidad de tomarse el medicamento por su poco peso y carencia de olor y sabor. Además de estas ventajas, la acetfenetidina tiene aún la de ser un buen calmante. En varios casos de cefalalgia, uno con neuralgia del trigémino, los dolores se aliviaron al cabo de un cuarto á media hora; lo mismo sucedió en casos de jaqueca menstrual, de ciática y de dolores lancinantes de tabéticos, siendo en un caso de estos últimos mucho más eficaz que la morfina que no había podido cortar los dolores. Como calmante, hay que administrar tomas de 0,6 á 0,7 y aun así no ha dado resultado alguno en dos casos en que el autor la probó contra los dolores de cabeza debidos á un tumor encefálico. Como resumen puede decirse que los resultados obtenidos con la acetfenetidina por el señor Georgievski, prueban que la sustancia merece que se ensaye más en grande.—(*Revista de Ciencias Médicas de Barcelona.*)

**Tratamiento médico del cáncer uterino.**—(*La Thérapeutique Contemporaine*)—El Dr. Cordes, en los *Annales de Gynecologie*, pasa en revista los diversos medios emplea-

dos como paliativos cuando el cáncer es inoperable.

El sulfato de hierro es estíptico, hemostático, desinfectante, detergente; el sulfato de cobre mejora algunas veces; el percloruro de hierro es infiel; el nitrato de plata hace cesar la hemorragia pero activa la producción morbosa.

El ácido nítrico, el bromo, el permanganato de potasa, el ácido acético, son muy útiles cuando se les emplea después de un *raclage* para destruir las células cancerosas.

La pepsina y la papaina no tienen la propiedad que se les ha atribuido de digerir el cáncer.

Los diferentes cáusticos químicos, cloruro de zinc, potasa cáustica, cáustico de Filhos, nitrato de plomo, son difíciles de manejar en este caso. El mejor destructor es el cauterio actual que Paquelin ha hecho muy manejable. Empleado al rojo oscuro, valiente y profundamente, mejora la afección si no cura al enfermo. Destruye las partes que toca, cohibe la hemorragia y disminuye el olor.

El autor señala en seguida el ácido crómico, el arsénico, el clorato de potasa, los astringentes, los antisépticos, los calmantes, los anestésicos.

Habla, por último, del terebento, cuyo medicamento le parece muy indicado para disminuir la abundancia y fetidez de las excreciones icóricas. No puede reemplazar el *raclage* ni las cauterizaciones, pero es excelente para curaciones en los intervalos. Se usa en mezcla con partes iguales de aceite. en lavajes, etc. etc. El autor cree que el terebento obra sobre el organismo patológico del cáncer ó al menos sobre las numerosas bacterias que son causa de las complicaciones. Para prepararlo, se añaden lentamente, teniendo cuidado de agitar, 100 gramos de ácido sulfúrico á 2 litros de esencia de trementina rectificada. Se deja uno ó dos días para qu-

el líquido se separe en dos capas; la parte superior queda constituida por el terebento. Se decanta, se filtra, se calienta á 100° para separar los ácidos carbónico y sulfuroso y se neutraliza con carbonato de cal puro.—(*Idem.*)

**Resección del lóbulo izquierdo del hígado.**—C. Langenbuch. *The Medical Record*, 1888, Febrero 25.—Una mujer de 30 años, curada de erisipela en el hospital de Lázaro de Berlín, antes de tomar el alta suplicó que la aliviaran de un tumor abdominal que le causaba un dolor inaguantable, lo mismo estando de pié que acostada. La exploración hizo descubrir en el epigastrio un tumor del tamaño de un puño cerrado, espeso, elástico, sin fluctuación, moviéndose con la respiración, y de macidez continua con la del hígado. El diagnóstico vacilaba entre una hidátide y una deformidad por estrangulación, aunque ésta generalmente afecta el lóbulo derecho del hígado. Una incisión exploratoria demostró que se trataba de esta última, afectando en este caso el lóbulo izquierdo y siendo dolorosa probablemente por esta circunstancia. Langenbuch opinó que era conveniente quitar esta causa de malestar, sobre todo en vista de que la porción del hígado que formaba el tumor, prácticamente estaba ya separada del resto del órgano por un ancho pedículo ligamentoso y era inútil para el funcionamiento del hígado; ligó, pues, el pedículo y excindió el lóbulo. Por la noche se presentaron síntomas de grave hemorragia interna y realmente, al abrirse la herida, se encontró el abdomen lleno de sangre que se extrajo mediante esponjas; se ligaron los vasos y no hubo más novedad, curándose la herida perfectamente, pero se desarrolló una ascitis que exigió dos veces la punción, debida probablemente á la hidrohemia y debilidad á causa de la erisipela y hemorragia profusa.

De todos modos la mujer sanó

por completo, probando la admisibilidad de la operación. El pedazo de hígado extirpado pesaba 370 gramos.—(*Idem.*)

**Adición de un ácido á las disoluciones de sublimado para aumentar su poder antiséptico.**—E. Laplace.—*The Medical Record*, 25 Febrero, 1888.—El autor, sometiendo á una série de experimentos el material de vendaje tratado con disoluciones de bicloruro mercúrico, para averiguar si realmente era aséptico y antiséptico, halló que los más de los materiales eran asépticos, pero que ninguno obraba como verdadero antiséptico. Numerosas investigaciones han demostrado que cuando la disolución de sublimado se pone en contacto con líquidos albuminosos, resulta un albuminato mercurial insoluble y enteramente desprovisto de virtudes antisépticas. Esto sucede cuando los vendajes de sublimado se aplican al cuerpo y así se explica el poco resultado que en algunos casos se ha obtenido de su uso. Laplace, ha descubierto que la adición de algún ácido al sublimado previene dicha coagulación y que el tártrico es el más recomendable.

Hé aquí sus conclusiones:

1.<sup>a</sup> Las disoluciones ácidas de sublimado producen los efectos completos de éste aun en los líquidos albuminosos.

2.<sup>a</sup> La mezcla de un ácido con el sublimado aumenta el poder antiséptico del mismo, de modo que bastan disoluciones más débiles.

3.<sup>a</sup> El vendaje con el sublimado ácido no impide el empleo de otras sustancias, v. g. los cáusticos, el iodoformo, etc.

4.<sup>a</sup> La disolución ácida de sublimado y la gasa preparada con la misma, dan mejores resultados en el laboratorio y en la práctica que otros desinfectantes.

5.<sup>a</sup> Las heridas no se irritan.

La disolución de Laplace, tiene la siguiente fórmula:

Sublimado .....	1,0
Acido tartárico..	5,0
Agua destilada..	1000,0

La gasa, el algodón, etc, se empañan durante dos horas en una disolución de:

Sublimado.....	5,0
Acido tártrico .....	20,0
Agua destilada.....	1000,0

El autor obtuvo resultados muy satisfactorios con estos preparados en el tratamiento de heridas supurantes. La fetidez desapareció pronto, se estableció la granulación y el vendaje quedó estéril en un caso hasta seis días. (*Idem.*)

**La estriquina contra la parálisis diftérica.**—(*Meditinskaye Obozrenie*, núm. 20.)—El Dr. Gerasimov, llamado para un niño de 6 años, que en Junio había tenido la difteria, después de la cual se habían manifestado (en Julio) considerable ronquera, habla ininteligible, inmovilidad de las piernas é imposibilidad de tragar los líquidos, hizo inyecciones de 2 miligramos de sulfato de estriquina en la nuca, notándose ya después de la segunda que el sueño era más sosegado, la ronquera menor, la respiración más libre y más igual. Con cinco inyecciones más el niño hablaba inteligiblemente con voz clara y recia, la respiración se hacía sin ronquido, los alimentos se ingerían normalmente y las piernas empezaban á recobrar su movilidad. En vista de semejante mejoría, Gerasimov pasó á inyectar 3 miligramos de estriquina y después de 10 inyecciones el niño empezó á levantarse y moverse con ayuda de alguna persona. No observando ningún síntoma anormal, el autor continuó sus inyecciones por 12 días más hasta que el niño caminaba solo. Este caso, en el cual el niño recibió en 29 días 1 decígramo de sulfato de estriquina, confirma los siete publicados por Henoch en sus *Conferencias sobre enfermedades de los niños.*—(*Gaceta Médica Catalana.*)

**Contagiosidad del cáncer.**— La

cuestión de la naturaleza contagiosa ó infecciosa del cáncer se presenta continuamente á la orden del día. Recientemente, *The Lancet* ha entablado una discusión sobre este asunto, citando tres casos en que el epiteloma del pene del marido d.ó lugar á un cáncer del cuello uterino de la mujer. Clemente Lucas, al referir estos casos, comunica otro curioso, en el cual tres formas distintas de cáncer se han observado en tres individuos que viven juntos en la misma casa; dice: En 1881 y otra vez en 1883, operé á un caballero con motivo de una úlcera corrosiva en la frente y el párpado; vive todavía, pero la úlcera ha recidivado. En 1884, operé á su mujer por un escirro del pecho, y durante la semana pasada un sujeto, que ha vivido siempre junto con aquel matrimonio, me ha consultado sobre un epiteloma de la lengua. No quiero decir que forzosamente ha de haber algo más que una coincidencia casual en estos casos; pero esta coincidencia es tanto más interesante cuanto que no hay consanguinidad. Antes de aprender á atribuir los estragos del cáncer á la introducción de algún virus externo, deben tenerse en cuenta los factores más evidentes que, á mi entender, son, por orden de importancia: la edad, la sífilis, la melancolía y la gota.

Refiérese también á este asunto una comunicación del catedrático señor de Bergmann, á la Sociedad Médica de Berlin (2 de Noviembre, 1887), *sobre la naturaleza infecciosa del cáncer.* Recuerda á sus oyentes el hecho de que muchos patólogos han pensado que el cáncer pertenecía a la clase de las afecciones infecciosas. Virchow, ha dicho que particularmente el cáncer del estómago lleva el sello de una infección, y Klebs ha llamado la atención sobre la existencia del cáncer estomacal en individuos que antes han tenido cáncer de la lengua, de las encías ó de las mandíbulas.

Kraske é Israel han citado observaciones análogas; sin embargo, los casos de carcinoma por contacto son raros. Von Bergmann presentó un ejemplar muy notable en la persona de un paciente, quién había tenido primero un nódulo carcinomatoso en medio del labio superior y cuando éste hubo rempujado apareció un cáncer en el punto correspondiente del labio inferior. En la misma sesión el señor Hahn, describió un experimento muy interesante, aunque algo atrevido, hecho en un paciente que tenía muchos nódulos cancerosos diseminados, de los cuales extirpó tres para transplantarlos; en los puntos de la inoculación, desarrollóse el cáncer.

Así, pues, van acumulándose los hechos que inducen á creer que el cáncer es una infección específica y que algún día encontraremos su causa específica, sea microbio, sea ptomaina. (*The medical Record.*)—(*Idem.*)

**Contraindicaciones y peligros de la antipirina.**—La antipirina no debe administrarse en dosis antihiperpiréticas á los enfermos que padecen una afección renal, porque se ha observado que uno de los efectos de este medicamento es suspender la actividad funcional de los riñones. Como anodino, debe evitarse en los casos de angina de pecho verdadera, porque aunque puede mitigar el dolor, produce efectos nocivos sobre el tejido muscular del corazón. En la pseudo-angina no hay razón para preferirla á la morfina. El peligro de la antipirina en la verdadera angina de pecho, se debe: 1.º, á que hay un peligro constante de dilatación aguda del corazón, que puede terminar por depleción de los vasos que riegan el sistema nervioso central y producir así la muerte por colapso; 2.º, á que todos estos individuos tienen más ó menos enfermas las arterias y perturbadas, por lo tanto, las funciones renales. El doctor Elvy cree

(  
pu'  
de  
d



**El salicilato de magnesia.**  
**fiebre tifoidea.**—El Dr. Enrique Huchard (*Repert. de Thérap.*, 1888), trata los tifódicos con el salicilato de magnesia y las inyecciones de cafeína. El salicilato de magnesia es una sal no descrita en los tratados de Farmacología, que se obtiene haciendo obrar una solución saturada (por medio de la ebullición) de ácido salicílico en agua destilada, sobre el carbonato de magnesia. El salicilato cristaliza en agujas, es inodoro y solubilísimo en agua y

Si hay superficies ulceradas, una solución preparada con la misma cantidad de sublimado en 31 gramos de agua destilada.

(“L Unión Médicale.”)

*Verrugas* (Hermann).

Bicloruro mercurio. . . . . 1 gramo.  
Colodion. . . . . 30 ”

Dis.—Tocar la verruga con este líquido una vez por día: es muy eficaz.

(“L' Union Médicale.”)

*Quemaduras* (Nikolski).

Tanino . . . . . 5 gramos.  
Alcohol puro (95 %) . . . 5 ”  
Eter . . . . . 40 ”

Se embadurna con este líquido el sitio de la quemadura hasta que resulte una película consistente.

(Rev. de Med. y Cir. Prácticas de Madrid.)

## FOLLETIN.

Desvíos de la Naturaleza

6

Tratado de el origen de los Monstruos.

(Continuación.)

CAPITULO IX.

SOBRE SI EN EL INFANTE BICORPOREO QUE NACIÓ EN LÍMA HUBO UNA, Ó DOS ALMAS RACIONALES, Y SI QUALQUIERA OTRO MONSTRUO BICIPITE SE DIRA TENERLAS, Y QUANDO?

SUMMARY.—*El corazón es el principio de la vida segun Aristoteles.—Confirmalo la sacra pagina.—Segun esta opinion donde ay dos corazones, ay dos almas, y donde uno, una sola.—Razones que comprueban que el corazón es principio de la vida.—El célebre es principio de la vida segun los Platonicos, Galeno y los Medicos.—Fundamentos de esta opinion.—Satisfacese á los argumentos de la opinion contraria.—Inférese ser la cabeça el trono del alma; como el fuego de los elementos.—Ella sola es todo el hombre abreviado segun doctrina de San Ambrosio.—Favorecen las leyes á la cabeça en la division de los sepulcros.—Al delinquente que solo entra la cabeça en el templo le vale el sa-*

como en esta en-  
tanto que pueden darse 3 y 4  
gramos de sulfato de quinina sin  
inconveniente. (*La Independencia  
Médica de Barcelona.*)

**Formulario Terapéutico.**—*Lupus*

Resorcina. . . . . 10, 20 ó 30 gramos.

Vaselina. . . . . 20 ”  
m. pomada.

Otra pomada (White.)

Bicloruro mercurio. . . . . 0,06 á 0,12

Vaselina. . . . . 31 gramos

Para aplicaciones bicuotidianas.

*Grado.*—Donde huviere dos cabeças avra dos almas, y donde una, una sola, aunque esten duplicadas las demas partes.—No obsta que aya avido animales de dos cabeças con una sola alma sensitiva.—Refutanse los animales de dos coraçones, como fabulosos.—Animales con dos cabeças, y una alma se tienen por fabulosos.—No dos cabeças piden dos coraçones.—Otros dan al hígado el principado de la vida.—Es falsa esta doctrina.—Restaurase la doctrina que dá á la duplicidad de cabeças, la de las almas, con las diversas sensaciones en varios monstruos que se señalan.

Depende la resolucion de este punto, de averiguar al Alma racional su principal estancia: que miembro del cuerpo tenga la fortuna de ser su trono, ya que todo el es su Palacio? Ay dos sentencias summas La primera caudilla Aristoteles en el libro de *respirat.* y en el tercero de *part. animal. cap. 3.* dando el voto al coraçon el qual como fuente de la vitalidad, es preciso que en qualquier parte que se halle, cause toda una vida, y por lo consiguiente una alma racional sin la qual como forma substancial no puede estar lo sensitivo que es facultad suya. Quien no á atribuido al coraçon todo el poder de el alma? La sacra pagina lo enseña: *Ducam eam in solitudinem et ibi loquar ad cor. Confitebor tibi in directione cordis, Inclina cor meum in testimoniatu.* A el se atribuye el mas noble efecto de el alma *Cor contritum et humiliatum.* Como al contrario toda la culpa de el vicio; *cor autem eorum non erat rectum cumeo. Corde et corde locuti sunt.* Deo quanto le atribuyen é el solo los Oradores, y Poetas; y solo referire la costumbre de los Sybaritas en en señal de dar el principado al coraçon, en lugar de coronar la cabeza, ceñian el pecho, coronando así aquel principe de la vida, segun refiere Rho en su Exameron en la oracion de las flores de donde debe nacer que en esta sentencia donde no ay mas que un coraçon no puede aver mas que una vida, y sola un alma, aunque aya dos cabeças, y al contrario dos, donde ay dos coraçones aunque aya sola una cabeza. Siguen esta opinio los Peripateticos, y Estoicos, y entre todos Chrysippo. De los Theologos Santo Thomas in *posterioribus ibi: Monstrasi dua capita habeant, vel duo alta membra virum fuit vnum animal; an plura patet ex hoc: si cor vnum habent, sunt vnum animal; si plura, plura*

De los Jurisconsultos Scaligero lib. 1. *di plantis,* y entre los Medicos Henrri de Gandauo segun Gaspar de los Reyes in Campo Elysió *d. quest. 45. num. 41.* y Sennerto que con notable agudeza la defiende *Epitome Physice lib. 6. cap. 1.* haze en summa estos argumentos. Primero que aquel es miembro principalmente no en quien como instrumento próximo se exercita la mas noble accion, sino de quien dependen las de todas las partes, universalmente sean nobles, ó ignobles que aunque es de donde nacen las operaciones animales el sentido, y el movim'ento, la razon, el juycio, y la memoria Sin embargo sucede esto por ser el instrumento próximo de estas operaciones: que es la razon por donde ofendido este miembro cesen estas funciones como sin el sin el instrumento proximo de la escultura no obra el escultor sin que por esso resida en él

el Arte: porque el Agente no puede obrar sin los instrumentos de la accion. Lo segundo que no siempre el que es proximo principio desta es el mas principal: porque una cosa es ser el primero, y principal principio, y otra ser principio proximo, é instrumento secundario. A que se llega que si por el fin se huviera de dezir ser el asiento del alma el cerebro para donde se forman espíritus vitales en el coraçon, que suben á purificarse allí: de la misma suerte en las plantas se dixera ser el asiento del anima vegetal la copa, y no la raíz; porque de esta sube el humor, y vegetabilidad á aquella, donde se perfecciona en la hermosura de las hojas, y en la abundancia de los frutos, para cuyo fin se hizo la raíz. Y como aquí fuera absurdo negar el asiento de el anima á la raíz; siendo cierto que en los sujetos naturales no se procede para asignar el asiento de las almas por el fin, ni la mayor nobleza, sino por el radicacion, y universalidad; consiendiendo la nobleza de ser asiento, no en la misma nobleza, sino en la utilidad, providencia, comunicacion, y dependencia. Debe dezirse lo mismo en el alma racional. Bien puede ser el fruto mas noble en razon de la delicadeza, color, y sabor, que son el fin; pero no consiste en esso la nobleza del animal vegetal de la planta. Dicesse mas, que á las tres partes principales Hígado, Coraçon, y Cerebro corresponden tres qualidades: origen, necesidad, y dignidad. El origen al hígado de donde comienzan los primeros espíritus, y formacion de sangre, y nutricion universal. La necesidad al coraçon de quien depende toda la vitalidad, y todas las acciones de viviente: la dignidad, al cerebro donde se purifican los espíritus para hazerse animales. De que sale que siendo la necesidad la que debe dar el Principado, á de pertenecer sin duda al coraçon.

La segunda, y mas cierta opinion es la de los que sufragán por el cerebro. Fueron los primeros los Platonicos, á quienes sucedieron Galieno, y los Medicos por la mayor parte, aquel en el lib. 6. de *vsparium cap. 17.* y de estos entre los modernos fuera de otros. Andras Laurencio lib. 1. *hist. anatom. quest. 4.* Emilio Parisano *de subtilt. Microcosm lib. 8. exercit. 1. cap. 4.* Paulo Zachias *d. lib. 7. tit. 1. quest. 5.* Gaspar de los Reyes *d. quest. 45. a num. 43.* Los fundamentos se reducen á que aquel debe ser el asiento principal de el alma racional, donde exercita sus mas nobles funciones. Que el entender, el discurrir, el juzgar, y el acordarse, es evidente son las mas nobles acciones de el alma; estas residen solo en el cerebro. Luego aquel es el asiento principal de ella. Que allí se debe entender está en su trono donde consigue ponerse en el al estado que le pertenece, que es estar menos asida á la materia, propia la, con que su esencia se distingue de las demas almas: lo qual solo goza en el cerebro, quando exercita la razon/operacion en que se halla para, é immaterial como es en sí, á cuyo estado llega solo por medio de los organos del cerebro, donde aunque usa de su corporeidad, es en quanto á la disposicion precedente, no en la misma operacion de el raciocinio. Que aquel es el principal asiento de qualquier cosa, á donde para que ella resida; se ministran como para fin las disposiciones neces-

sarias: lo que sucede en el cerebro, para quien como para fin se ministran los espíritus por el corazón; es preciso que sea el principal asiento de el alma. De que nace que el corazón se hizo para el cerebro, y no al contrario.

Sin que obste la diferencia de Sennerto entre principio primero, y principal, y principio proximo, é instrumento secundario; y afirmar que el ser principal asiento no esta en lo mas noble sino en lo mas necesario; no serlo aquel miembro donde se haze las mas nobles acciones, sino de donde dependen universalmente todas nobles, y baxas. Porque se niega el supuesto de que el alma racional no tenga mas necesidad de el cerebro, que de el corazón. Porque ella mas pide por si la razon, que la vitalidad; mas necesidad tiene de los organos por donde exercita lo racional en quanto tal que de los que le ministran lo viviente, en que comunica con los brutos, y las plantas. Cornel. Gemina lib. I. Cosmocrít. cap. 6. *Mihi quidem forme humane dignitas exrationis domicilio potius estimanda censebitur, quamquam in corde sit sors caloris vitalis, ac facultatum animalium et natur alium precipuus nodus: hoc enim ad vitam, et totam animalis compositionem potius quam ad differentiam spectat. etc.* Y el ser el cerebro el instrumento proximo de las acciones mas nobles, es ser el asiento principal: porque tambien el corazón es instrumento proximo al alma para las acciones de la vitalidad, y no obstante, en sentencia de los de la contraria, por esto es el asiento principal de ella.

A la paridad de la planta; se responde lo primero que se niega que lo mas noble del alma racional no se radique en el cerebro, y en sus espíritus animales: con que este es la raíz de la ración memoria, y voluntad, facultades principes de el alma, como de el sentido, y movimiento facultades no principes. Lo segundo que dado que el alma se radique en el corazón, no por esto será su asiento como la raíz del alma de la planta; porque la radicacion dá el principado solo en aquellos cuerpos donde en su raíz está toda la fuerza de aquella forma, ó alma del tal cuerpo como en la planta: sin que obste tener esta lo mas noble en la copa, y sin embargo no estar allí su asiento. Porque es distinta el alma vegetal, de la racional; aquella como material, del modo que la sensitiva en los brutos tiene el asiento donde la materia prende su fuerza, y vida. En esta como immaterial, no; sino donde está mas como tal que es el cerebro: el qual á su modo podrá decirse, la raíz de la razon.

Ultimamente en quanto á la universalidad de el corazón, se responde, ser esta propiedad de parte principal en quanto á lo que le pertenece, que es la vitalidad; pero esto no quita que tambien la tenga el cerebro para lo que le toca que es la ración; como aun el hígado para la vegetacion; y de el modo que la universalidad por sí, no da prelación en ellos, sino por la calidad de las operaciones, en que es tal universalidad, (por lo qual el corazón tiene universalidad mas noble que el hígado) assi tambien el cerebro la tiene mas noble que el corazón y assi, por la misma razón que á este se le quiere atribuir el principado, se le debe al cerebro, de quien (como de el corazón dependen todas las acciones nobles, y baxas del viviente) dependen todas las

operaciones nobles, y baxas del racional. Demas de que su universalidad es mucho mayor que la de el corazón no solo en lo quidditativo, sino en lo extensivo: aquel produce el calido influente de cuyas fuerzas es indicio la pulsacion. El cerebro, el movimiento, la sensacion, reside en el; el entendimiento, la memoria, y la voluntad; y por ellas goza el alma de la extension, y universalidad que le dió el Philosopho de ser todas las cosas.

Da donde nace que la cabeza es verdaderamente el trono de el alma, superior á todos los miembros, como el fuego, á los Elementos; el Emyreio, á los Cielos. Es el Alcazar de la sabiduria: el Deposito de las ciencias; el Farol de las Artes. Pero donde puede hablar un Ambrosio cesse todo. *Si quidem ut Cælum eminet aeri, Terris maria, que velut quedam membra sunt mundi: ita etiam caput supra reliquos artus nostri corporis cerninus eminere, prestantissimumque esse omnium tanquam inter elementa Cælum, tanquam arcem inter reliqua urbis menta. In arte autem hac quam habitare sapientiam secundum Propheticum dicunt. Quia oculi sapientis in capite eius: hanc esse ceteris tutiorem, et ex illa omnibus membris vigorem, providentiamque deferri. Quid enim robur, et validitas lacertorum proficiat; si caput velocitas pedum, nisi capitis velut principis sui imperialis quedam adminiculetur potestas? Ex hoc enim destituitur universa, aut omnia fulcuntur.* Y prosigue en la ponderacion de sus partes. De aqui es que sea ella sola todo el hombre abreviado: que por ella sola se conozca, que de ella sola se saque su imagen: digalo allí mismo Ambrosio. *Quid fine capite est homo, cum totus in capite sit? Cum caput videris hominem agnosces; si caput desit nulla agnitio esse potest: tacet truncus ignobilis, sine honore, sine nomine. Sola ere fusa Principum capita, et ducti vultus de ere vel de Marmore ab hominibus adorantur. Non immerito igitur huic, quasi consuleri suo cetera membra famulantur, et circumferunt illud serviligestam ne, sicut numen, atque in sublime locatum vebunt.* Toda el alma se ve hablar en el rostro, *Imago quedam animi loquitur in vultu.* Es la basa, la lamina de la Fé, en que se burila con los Sacramentos el nombre de el Señor. *Fidel basis in qua quotidie Domini nomen inscribitur, et tenetur.* De aqui es, que cuando se dividen los sepulcros enterrando en uno la cabeza, y en otro el tronco; siendo individual la sepultura por no poder tener mas que una el hombre, determinan las leyes á favor de la cabeza, *text. in leg cum in diversis 44. ff. de relig. et sumptibus funer. ibi. Mihi autem videtur illum esse religiosum (scilicet locum) ubi quod est principale, conditum est, idest caput, cuius imago sit. et inde cognoscitur: á que concuerda la ley 13, tit. 28. partida 3. ibi: ó á lo menos la cabeza, y allí Gregorio Lopez. Cujacio in d. leg. cum, diversis, y los antiguos en ella Plinius lib. 37. cap. 2, hablando de la imagen de Pompeyo; Juvenal satyra*

At. tu

*Nil nisi cecropides, truncoque similimus Herme  
Nullo quippe alio vincis discrimine quam quod*

*Illi marmoreum caput est, tua vivit imago.*

[Continuará.]

**VINO DE CHASSAING** : Dispepsia.

**BROMURO FALIÈRES** : Afecciones nerviosas.

**FOSFATINA FALIÈRES** : Alimentacion de los Niños.

VEANSE  
los  
Anuncios