

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO III

MADRID, 15 DE FEBRERO DE 1889

NÚM. 40

LA FIEBRE AMARILLA

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA ÍNDOLE Y MARCHA DE SUS EPIDEMIAS,
SOBRE LOS MEDIOS DE ATENUARLAS Y SOBRE EL DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO DE LOS INVADIDOS POR ELLA,

POR EL DOCTOR F. GRANIZO Y RAMÍREZ (1).

III

Fases clínicas del mal.—Caracteres clínicos fundamentales de cada una. —Elementos de diagnóstico.—Ciclo termo-esfígmico; disminución de la urea; albuminuria.—Diagnóstico diferencial con la fiebre biliosa grave de los trópicos.—Pronóstico.—Buenos y malos signos pronósticos.—Mortalidad.

Como la fiebre amarilla no es de observación corriente en Europa, creo pertinente, antes de exponer las reglas de su diagnóstico, trazar á grandes rasgos, algo así como un bosquejo del cuadro sintomático con que se presenta en América, adoptando como tipo los casos comunes ó de mediana intensidad (2).

La evolución del tifus icterodes ofrece, clínicamente, dos fases sucesivas, cada una de las cuales constituye un período; la primera es esencialmente *febril*, de *reacción*; la segunda *adínámica*, de *localización* ó de *autointoxicación*.

La invasión es casi siempre de forma brusca, especialmente durante las exacerbaciones epidémicas de las zonas donde el vómito se padece de un modo endémico, y durante las epidemias europeas.

La primera fase clínica está representada casi exclusivamente por la fiebre; al final aparecen las náuseas y los vómitos muy fúidos y amarillos. Hacia el 3.º ó 4.º día, remiten estos fenómenos.

(1) Véanse los números 38 y 39 de esta REVISTA.

(2) Véanse, para más detalles, F. GRANIZO.—*La fiebre amarilla*, 1884.—*Estudio sobre la Patología exótica*, 1887.

La segunda fase se inicia por la postración, la epigastralgia, la náusea casi constante, la agitación, la amarillez de las escleróticas y de la piel de la frente, sienes, cuello y pecho. Después aparece una disuria alarmante, albuminuria intensa. A veces la disuria se convierte en anuria; vómitos oscuros ó negros; deposiciones *borrosas* análogas á los vómitos; hipo, estado tífico, lengua temblorosa, resquebrajada y á menudo sangrienta; encías sanguinolentas é hinchadas. La amarillez sólo se generaliza durante la convalecencia ó en caso de muerte.

Los elementos fundamentales del diagnóstico consisten en la atenta observación del ciclo termo-esfígmico especialísimo, y en el análisis de las orinas por lo que se refiere á la albuminuria y á la disminución de la cifra normal de la urea.

El ciclo febril es sumamente característico. La concisión á que me obliga la índole y el objeto de estos artículos, sólo me permite exponer lo siguiente:

- 1.º El pulso desciende más ó menos rápidamente desde el principio, aunque la temperatura se sostenga y aun aumente;
- 2.º de este hecho se desprende una divergencia inicial de ambas líneas, indicada por Faget, y que he comprobado en innumerables enfermos;
- 3.º esta divergencia determina desde los primeros días una grande separación entre ambas líneas, tanto más acentuada cuanto más grave ó prolongado vaya á ser el ataque; muchas veces el pulso ha descendido casi hasta la cifra normal cuando la temperatura se sostiene en 40º. Lo característico no es precisamente esta exagerada separación de frecuente observación en otros tifus (estúdiense gráficos completos de fiebre tifoidea), sino su precocidad casi inicial, que puede servir de excelente y seguro guía, aun antes de que haya aparecido la albuminuria;
- 4.º Esta divergencia y separación de ambas líneas, nos dará también la medida de la duración é intensidad del ataque, como acabo de decir, y por consiguiente nos suministra un dato pronóstico de inestimable valor;
- 5.º mientras más acentuado y precoz sea este aspecto gráfico del vómito en los primeros días, tanto más intensa y precoz será la albuminuria.

Semejante ciclo termo-esfígmico es únicamente peculiar, específico de la fiebre amarilla, y el más fundamental de los elementos clínicos para su diagnóstico.

Débese á Walther la primera noción sobre la albuminuria en

el tifus icterodes (1). Las investigaciones sumamente minuciosas de M. Vidaillet informaron casi todo lo que se ha hecho después. La albuminuria no se observa, por regla general en los dos ó tres primeros días; coincide con una disuria más ó menos pronunciada y se determina desde que la divergencia citada ha llegado á su máximo, y sobre todo desde que el pulso oscila en la cifra normal y comienza la remisión febril.

En la fiebre amarilla son casi primitivas las alteraciones de los elementos glandulosos del hígado (*degeneración grasosa*); por esta razón es también casi primitiva la disminución de la cifra normal de la urea, precioso hecho de investigación clínica, que se observa en el tifus icterodes aunque la temperatura acuse un estado febril violento, constituyendo un incomprensible hecho paradójico para cuantos, al estudiar la evolución clínica de las enfermedades infecciosas, desprecian las enseñanzas de la fisiología, y se amparan solo de su *ojo médico* ó de su *tino práctico*, como también le llaman, para establecer su juicio diagnóstico.

He aquí el diagnóstico diferencial que en forma de paralelo se puede hacer con la fiebre biliosa grave:

Fiebre biliosa grave.

Va siempre precedida de prodromos.

Escalofrío inicial único é intenso.

La ictericia es intensísima, generalizada durante la vida y muy persistente.

Fiebre intermitente, ó continua con frecuentes y bien marcadas intermisiones, y dura de seis á ocho días.

No existe lentitud circulatoria sino cuando la fiebre ha remitido y la ictericia es muy intensa.

Frecuentemente diarrea inicial y después astricción.

No hay vómitos oscuros ni negros.

La iseuria y la anuria son raras; no hay albuminuria ni tan constante, ni tan intensa ni tan precoz; la cifra

Fiebre amarilla.

Por lo común es de invasión súbita.

Escalofríos ligeros y repetidos.

La ictericia es marcada, pero de aparición paulatina, y se generaliza y se hace más visible en los cadáveres.

Fiebre remitente de dos á cuatro días de duración; excepcionalmente se observan exacerbaciones febriles durante la remisión.

La lentitud cardiaca se inicia desde el principio aunque la temperatura persista y antes de que se generalice la ictericia.

Constipación desde el principio y después diarrea ligera, cuando existe.

Vómitos oscuros ó borrosos característicos.

Disuria constante, anuria frecuente. Albuminuria casi constante, intensa y muy precoz. Disminución

(1) WALTHER.—*Tesis inaugural*.—Montpelier, 1855.

de la urea sigue las modificaciones de la temperatura. Orinas amarillas.

No está demostrado que sea contagiosa y son comunes las recidivas.

Ataca por igual á los criollos y á los europeos.

La quinina modera mucho la intensidad y duración del ataque.

La fiebre amarilla debe siempre reputarse como una enfermedad grave, no solamente porque real y absolutamente lo es, como se demuestra por las cifras de mortalidad que expongo al final de este artículo, sino porque la rapidez de su evolución deja poco tiempo para intervenir con una terapéutica oportuna y eficaz.

Como pauta para graduar en cada caso la gravedad que le corresponde, he aquí un cuadro comparativo entre los *buenos* y los *malos signos* de la fiebre amarilla:

Buenos signos.

1.º Período febril franco, sin exagerada hipertermia ni intensos fenómenos subjetivos.

2.º Remisión febril paulatina antes del tercer día; piel halituesa; pulso entre 80 y 90; astricción.

3.º Marcha descendente y paralela de ambas líneas (pulso y temperatura); poca sed, poca ó ninguna angustia epigástrica y pocos vómitos.

4.º Sueño tranquilo; calor casi normal; pulso regular en intensidad y frecuencia al 4.º ó 5.º día.

5.º Cifra casi normal de la urea; orinas poca ó nada albuminosas.

6.º Postración ligera; lengua húmeda; rinorragias escasas.

casi inicial de la cifra normal de la urea. Orinas claras.

Contagiosa. Sin recidiva.

Respeto á los naturales y ataca á los individuos de otros países, sobre todo á los recién llegados.

La quinina no tiene acción alguna sobre la marcha de la enfermedad.

Malos signos.

1.º Escalofrío intenso y repetido, fiebre alta, amodorramiento precoz y pesadilla. Cefalalgia intolerable, fisonomía estuporosa ó de espanto.

2.º Persistencia del máximum febril más allá del tercer día; remisión súbita de dos ó más grados en pocas horas; precoz lentitud del pulso antes de la defervescencia febril; piel ardiente y seca.

3.º Marcha divergente de ambas líneas sobre todo cuando es muy acentuada; sed; respiración anhelosa y desigual; epigastralgia espontánea; inquietud; subdelirio; vómitos frecuentes; postración.

4.º Sueño interrumpido por sobresaltos y alucinaciones. Persistencia de los accesos de subdelirio; pulso arrítmico más ó menos frecuente; respuestas incoherentes y tardías.

5.º Disuria; albuminuria, tanto más grave, cuanto más precoz é intensa. Marcada y súbita disminución de la cifra normal de la urea.

6.º Gran estupor; postración hasta la indiferencia; lengua seca, rojiza en la punta y los bordes, puntiaguda, resquebrajada y temblorosa; vómitos muy oscuros ó negros; hipo.

7.º Convalecencia; aparición del apetito; vientre suelto; pulso un poco lento, regular y blando.

7.º Estado tífico; anuria; persistencia del hipo; ambliopia; gritos agudos, agitación, delirio; hipertermia ó hipotermia exageradas, sobre todo si esta última es muy súbita; sudores parciales; pulso incontable y muy irregular.

El término medio de la mortalidad, puede calcularse en un 45 ó 50 por 100; sin embargo, cuando la enfermedad no extrema su rigor (durante el estado endémico ó en la declinación de las epidemias) no suelen exceder las defunciones del 20 por 100; por el contrario, el tífus amarillo exagera su violencia de un modo aterrador en las epidemias acaecidas en Europa durante el verano, hasta producir el 80 y más por 100 de defunciones, como sucedió en 1741 en Málaga donde murieron 12.000 personas, y en Cádiz y en Lisboa durante los primeros años del siglo actual.

La violencia, y por consiguiente los estragos de una epidemia del vómito, están siempre en relación con las condiciones higiénicas de las urbes invadidas.

OBSERVACIONES

SOBRE LA CURA ANTISÉPTICA SECA DE LAS HERIDAS

POR EL

Dr. JORDAN LLOID

Cirujano del Queen's Hospital de Birmingham.

Durante los tres últimos años, he tratado todas las heridas recientes con lo que yo designo con el nombre de principios antisépticos secos, y estoy tan satisfecho de los resultados obtenidos con este método, que me atrevo á llamar la atención sobre él. El número de casos de cicatriz rápida por primera intención que he obtenido, tanto en el hospital como en la práctica privada, durante este período con el referido tratamiento, excede en mucho al que antes había visto tanto en mi práctica como en la de los demás. Aunque no tengo conocimiento exacto de los métodos que puedan haberse practicado por otros en distintos puntos, no pretendo que el mío sea original y no me sorprendería saber que otros prácticos habían adoptado precisamente los mismos procedimientos, ó cuando

menos que habían colocado sus apósitos guiados por los idénticos principios.

En el año 1878, tenía el privilegio de ser cirujano ayudante de mi difunto colega Mr. Sampson Gamgee y no tengo necesidad de decir que los principios que le animaban bajo el punto de vista del tratamiento de las heridas, se me hicieron familiares. En aquel tiempo el reposo, la posición y la compresión se consideraban por él como «la trinidad de las Gracias quirúrgicas» y la sequedad y las causas tardías eran las reglas que le guiaban en su práctica. Gamgee aprendió como produjeron Lister, Syme, Bell, Pott y Hunter, antes que él, aquellas grandes condiciones primitivas y esenciales con las que los tejidos lesionados se curaban con mucha rapidez y su cariño por las autoridades médicas antiguas, no le permitió ser arrastrado atropelladamente por la marea del mar fenicado de Lister. Apreció lo que había de sano en el método listeriano y lo aceptó; pero se rió de la «teoría»; se chanceó de la «pulverización» y demostró con evidencia cuán razonable era la práctica de muchos de nuestros cirujanos que entonces vivían y nos servían de guía. Poco tiempo antes de morir Gamgee, había incluido una cuarta «Gracia» entre las de su «trinidad», ó sea la antisepsis, pero sin darle nunca la importancia que en realidad adquirió.

El reposo, la posición y la compresión fueron los factores poderosos para el buen tratamiento de los heridos; pero mayor que todos ellos es el de la «perfecta limpieza quirúrgica», que en otros términos yo considero como la «asepsis perfecta». Así pues, lo esencial del tratamiento de las heridas está constituido por cuatro partes, que en orden á su importancia son las siguientes: 1.º Limpieza quirúrgica. 2.º Inmovilización práctica. 3.º Compresión uniforme, y 4.º Elevación moderada. Considero la sequedad del apósito como de poca importancia menos que cualquiera de las precedentes.

Dominado por estos principios he ido elaborando poco á poco un método de curación de las heridas que, según mi opinión, satisface casi todas las exigencias; pero al que yo creo probable que todavía pudieran agregarse ulteriores mejoras.

Describiré en pocas palabras mi método actual de operar y el tratamiento consecutivo de las heridas, por ejemplo, en una amputación de la pierna. Todo enfermo que tenga que someterse á cualquiera operación quirúrgica, necesita estar en cama cuando menos 24 horas antes y sea cualquiera la naturaleza de la operación que haya de sufrir, debe cuidarse de evacuar el tubo intestinal á cuyos extremos suele darse con frecuencia demasiada poca importancia.

Se afeitan las partes provistas de bello; se lavan con jabón y agua templada; se frotan bien con un cepillo de uñas y luego se cubren con

un lienzo humedecido en una disolución débil de bicloruro mercurico hasta el momento de la operación. Se anestesia el paciente, se aplica el torniquete y se descubre el miembro. Todas las ropas que tapan las demás partes, se aíslan con paños humedecidos en disoluciones antisépticas poco concentradas con el objeto principal de impedir el contacto con las mantas, vestido, etc., que son de los más poderosos «infectantes», cuyo cuidado suele abandonarse en las operaciones, y también para colocar sobre ellas las piezas de ligar, retractores, etc., cuando no se están usando.

Las manos del operador y nada más que las de dos ayudantes y un enfermero se frotan con agua y jabón, teniendo cuidado de cortar bien las uñas que es otro escondite ordinario de la materia séptica, no se debe descuidar nada respecto á las manos que han de estar en contacto no solo con los tejidos del miembro sino, lo que es aun más importante, con todos y con cualquiera de los objetos que han de usarse en los períodos de la operación. Después de limpias las manos se tendrá cuidado de no meterlas en los bolsillos ni emplearlas en sujetar un enfermo recalcitrante cogiéndolo por otra parte de su cuerpo que la que ha de operarse, pues en esto existe otro origen de infección y aunque se laven las manos se vuelven á contaminar á menudo antes de empezar la operación.

Los instrumentos se lavan y se frotan también por completo y respecto á éstos, llamaré la atención sobre las partes en que el material infeccioso se alberga y suele descuidarse muy á menudo. 1.º Los dientes de las piezas de ligar. 2.º Los ojos de las agujas. 3.º Los mangos de los bisturíes y cuchillos. 4.º Los dientes de las sierras y 5.º Las cadenas de los extranguladores.

Nunca uso esponjas y las temo mucho en la práctica de los hospitales, pues no hay medio de tener la seguridad de que están limpias, y aunque bajo el punto de vista teórico no puede hacerse ninguna objeción contra ellas, en la práctica no responden con frecuencia á su objeto. Yo uso en lugar de ellas pedazos de *lint* nuevo de unas catorce pulgadas en cuadro y de ordinario me bastan dos ó tres para las mayores operaciones. Se lavan en agua caliente por el enfermero que ayuda.

Una vez separado el miembro, se ligan con catgut los puntos que dan sangre con abundancia y la hemorragia capilar se cohibe con agua caliente: siempre me esfuerzo para evitar el rezumo de los últimos puntos; pero me veo precisado á confesar que no consigo asegurar la sequedad de la superficie que en teoría se considera indispensable para la cicatriz por primera intención; aunque no me inquietan los pequeños coágulos en el área de la herida, pues he visto á Gangee suturar con superficies que daban sangre en abundancia y obtener á pesar de eso la cicatriz por

primera intención. El asegurar el último punto que da sangre, prolonga la operación con todos sus perjuicios como la mortificación innecesaria de los tejidos que sobreviene á la inevitable frotación que es preciso ejecutar para descubrir dichos puntos.

Antes de cerrar la herida se cubre toda la superficie cruenta con una capa espesa de ácido bórico finamente pulverizado, que se aplica con suavidad, pero en todas partes, teniendo cuidado con los planos de tejidos conectivo que hay alrededor de los músculos, con los vasos y con los nervios. El procedimiento es exactamente el mismo que adoptan los cocineros cuando «salan» el jamón. Varios y hasta muchos gramos del ácido se encierran con la herida y nunca se vuelven á ver. Esta «salazón» constituye una parte esencial del método antiséptico seco, con el que tan buenos resultados he obtenido. Los bordes de la herida se suturan unas veces con seda y otras con plata, aunque no tengo preferencia alguna entre esta última y el alambre fino de hierro.

El desagüe se arregla mejor cuando ya está la herida casi cerrada: se introduce entonces un dedo y se llega á la mayor profundidad en el punto más declive, y allí se colocan gruesos tubos de caoutchouc, dirigiéndolos, según la regla general, por los ángulos de la herida; pero á veces se hacen incisiones especiales á través de los tejidos y la piel del colgajo posterior para acortar y facilitar el camino del desagüe. Se dejan los extremos de los tubos de varias pulgadas de largo y se arregla el apósito de modo que las puntas salgan fuera de su capa exterior. De este modo todo el flujo seroso sale á fuera por completo, y pueden retirarse pronto los tubos sin quitar los vendajes.

Cerrada ya la herida se espolvorea con el ácido bórico pulverizado y se cubre con una simple tira de *lint* empapada en una disolución saturada de ácido bórico y glicerina, encima de la que se ponen dos ó tres capas de tejido absorbente de Gamgee, cortado y arreglado de modo que ejerza una presión igual sobre la superficie del muñón y las doce ó dieciocho pulgadas inferiores del miembro. Se aplica después una sola capa de tejido de guttapercha que sólo tenga el ancho suficiente para llegar á dos ó tres pulgadas por encima del límite de la herida. Todo el apósito se asegura con vendas de gasa que rodean al miembro hasta su límite superior. Se adaptan por fuera del apósito tiras de cartón grueso cubiertas con un acolchado común y se aseguran con vendas ordinarias.

Si durante las cuarenta y ocho horas siguientes á la operación permanecen normales la temperatura y el pulso, retiro simplemente los tubos y dejo sin trastornar el apósito, pues la intervención que nos hace descubrir las heridas dentro de las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, sólo con el objeto de ver cómo marchan, les hace un daño terrible, y no pocas cicatrices por primera intención se han malogrado

con esta práctica. Siempre he comparado esto con el niño que pone semillas en su jardín de juguete y lo cava al día siguiente para ver los progresos que han hecho. Sólo deben curarse las heridas recientes en una de estas tres condiciones: elevación de la temperatura, rapidez del pulso y dolor; pero si faltan las tres, la práctica me ha demostrado que se obtienen progresos muy satisfactorios dejando quieto el apósito, á pesar que la teoría parece indicar lo contrario. Al dejar de presentarse las tres indicaciones precedentes dejo sin tocar las heridas por un espacio de una á cuatro semanas, curándolas sólo para quitar las suturas en las amputaciones, en las excisiones de tumores, etc., para asegurarme de la posición en las osteotomías y resección de articulaciones ó para practicar un tiempo ulterior en operaciones, tales como la gastrotomía. Si se ve que ha tenido lugar la cicatriz por primera intención en la totalidad ó en la mayor parte de la herida, se aplica otra vez un apósito semejante; pero si hay supuración abundante abandono la cura seca y tardía y uso una de las demás especies, adaptada sobre todo á la separación rápida, continua y completa de los productos purulentos. En los casos en que considero la «supuración inevitable», como, por ejemplo, en la mayor parte de las secuestrotomías, después del primer apósito de ácido bórico aplico pedazos de franela basta lavada y humedecida en una disolución fenicada al 1 por 40, que mudo dos ó tres veces en veinticuatro horas, y que sigo aplicando hasta que la superficie de la herida está limpia y se cubre de granulaciones sanas. No conozco material alguno que absorba con más avidez los exudados.

He usado las curas secas de ácido bórico en las grandes operaciones quirúrgicas de toda especie, y he obtenido la cicatriz por primera intención en la inmensa mayoría de los casos. He abierto la cavidad abdominal veintenas de veces, la cavidad craneana en muchos casos y las de las articulaciones en numerosas circunstancias, sin que haya visto nunca más que ligerísimas señales de supuración en alguna de las heridas.

He practicado amputaciones de la articulación de la cadera que se han cicatrizado perfectamente, levantándose las enfermas al duodécimo día; y el dejar de obtener la cicatriz por primera intención en las amputaciones de las mamas lo he considerado como una amarga decepción. Evito á propósito detallar casos particulares en este artículo, porque creo que no son de utilidad ni llenan un fin práctico.

Mi práctica especial sobre las curas quirúrgicas empezó en el Hospital general, en la época en que el listerismo había alcanzado lo que se consideraba como su mayor perfección, cuando las operaciones se practicaban en una atmósfera de vapor fenicado y tanto el enfermo como el operador y los ayudantes nadaban materialmente en olas de líquidos antisépticos. Ninguno entre mis primeros profesores tuvo una idea más

completa de lo que debía ser el listerismo; ninguno siguió los preceptos de su entusiasta propagador con más energía; ningún discípulo de la teoría del germen fué más concienzudo que el difunto Guillermo Preston Goodall. En su práctica fué donde adquirí mi primera experiencia sobre las cicatrices perfectas por primera intención después de las grandes operaciones; y sin asegurar que mis resultados actuales sean mejores que los que ví entonces, puedo afirmar que son tan buenos y se obtienen con mucho menos trabajo para el Cirujano, menos gastos y menos sufrimientos para los enfermos.

Para terminar, debo exponer mi creencia de que una gran parte de mis éxitos es debida á la aplicación en el interior de la herida del ácido bórico pulverizado, que no es irritante, no es tóxico, y es antiséptico, seco y absorbente.

Trad. por J. MADERA.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Coqueluche: Tribromuro de alilo.— Este medicamento, introducido por Kahlbaum, de Berlín, se recomienda mucho contra la coqueluche. Se administra al interior en forma de cápsulas; cada una de ellas contiene próximamente cinco gotas; también se emplea en inyecciones subcutáneas. También se emplea el tribromuro de alilo contra el asma y el histérico.

A la temperatura ordinaria, el tribromuro de alilo se presenta bajo la forma de un líquido incoloro ó ligeramente amarillento; á una temperatura un poco más baja se convierte en una masa parecida á la de la estearóptena. Su peso específico igual á 2,43.

(Les nouv. rem.)

*
* *

Alteraciones y transformaciones de la morfina.—

M. Lamal ha publicado recientemente un estudio acerca de las alteraciones que sufren las soluciones acuosas de morfina y las transformaciones que experimenta este alcaloide después de su absorción. Las conclusiones formuladas por el autor acerca del primer extremo son las siguientes:

1.^a Las soluciones acuosas de sales de morfina, preparadas con agua bi-distilada y una sal de morfina completamente pura, son inalterables mientras se las conserva al abrigo de la luz y fuera de la acción del polvo atmosférico.

2.^a El enturbiamiento de las soluciones del alcaloide que nos ocupa, es producido por el desarrollo de microorganismos.

3.^a La coloración amarilla, la reacción ácida y los cristales que se forman de estas soluciones reconocen como origen la acción de la luz y la presencia de fermentos organizados.

4.^a La coloración amarilla se debe á la transformación de la morfina en una sustancia amorfa, que parece debe ser la *morfetina* de Marchand.

5.^a Los cristales proceden de la oxidación de la morfina en oximorfina.
6.^a La reacción ácida es debida á la morfetina y á las sales de oximorfina.

7.^a En las soluciones acuosas de sales de morfina no se forma apomorfina.
Con respecto á la transformación de la morfina en el organismo, concluye el Dr. Lamal lo que sigue:

1.^o La morfina se transforma en oximorfina á su paso por la sangre y por los tejidos.

2.^o La oximorfina se elimina por los riñones.

3.^o La oxidación es total algunas veces, y en otras ocasiones parte de la morfina absorbida se encuentra en la orina sin haber sufrido alteración.

4.^o En las investigaciones toxicológicas se encontrará al lado de la morfina su primer producto de oxidación—la oximorfina—tanto en la sangre como en la orina y en los órganos vasculares. La presencia de la oximorfina demuestra la de la morfina; y los caracteres de precipitación y de coloración de la primera son más marcados y característicos que los de esta última.

(*Journ. de pharm. et de chim.*)

*
* *

Tumores eréctiles: Agua oxigenada.—Desde que la jeringa de Pravaz se generalizó en la práctica, las inyecciones coagulantes comparten con la galvanopuntura el favor de los cirujanos en el tratamiento de los tumores eréctiles. Han sido recomendadas diversas soluciones estípticas, y en primer lugar el percloruro de hierro, más ó menos diluído. El licor de Piazza (percloruro de hierro y cloruro de sodio, áá 15 gramos: agua destilada, 60 gramos) alcanzó igualmente gran boga; por último, las inyecciones de ácido acético, de nitrato argéntico, de cloral, etc., han sido también preconizadas. El profesor von Mosestig-Moorhof (de Viena) acaba de emplear con el mismo objeto y éxito lisonjero el agua oxigenada, la cual une á su gran potencia antiséptica enérgicas propiedades astringentes. Se trataba de un recién nacido, que ofrecía un enorme tumor eréctil alrededor de la pierna derecha. Después de haber comprimido exactamente todo el contorno del tumor—precaución indispensable en esta clase de operaciones para evitar las embolias, el profesor Mosestig inyectó profundamente, en el centro del angioma, 5 gramos de agua oxigenada, teniendo cuidado de llevar sucesivamente la punta de la aguja en diferentes direcciones. El niño no reveló ningún dolor después de la operación y sólo tuvo una escasa reacción inflamatoria consecutiva; el tumor no tardó en abollarse y endurecer al nivel de los puntos adonde había llegado la inyección que coaguló la sangre. Algunos días después, el tumor ofrecía á este mismo nivel una tendencia manifiesta á deprimirse.

En vista de tan satisfactorio resultado, practicóse una nueva inyección de 5 gramos de agua oxigenada, diez días después, en la parte interna del tumor. El cirujano continuó haciendo, cada quince días, nuevas inyecciones en las diferentes partes del tumor, que concluyó por desaparecer á los cinco meses de este tratamiento, habiéndose hecho nueve inyecciones de agua oxigenada.

(*La Med. práctica.*)

*
* *

Incompatibilidad del agua de laurel cerezo y la morfina.—Una de las incompatibilidades más peligrosas y á la vez menos conocidas es esta á que nos referimos, la cual se funda en la formación de un cianuro de morfina insoluble que se produce cuando se disuelve una sal de alcaloide en el agua de laurel cerezo ó de almendras amargas. El precipitado se deposita poco á poco en la poción y si el enfermo no suspende su uso á causa del fenómeno que no comprende, frecuentemente toma con las últimas partes de dicha poción, una dosis tóxica de morfina y de ácido cianhídrico. Como el agua de laurel cerezo ha sido recomendada para preservar las soluciones de alcaloides de vegetaciones microscópicas que las descomponen, esta observación debe ser señalada, no sólo con respecto á la morfina, sino también con relación á otros alcaloides. Cinco ó seis gotas de ácido clorhídrico por cada 30 gramos de solución pueden impedir la formación del cianuro de morfina: pero si la adición puede ser útil en ciertos casos, no sucede lo mismo cuando se trate de soluciones destinadas á inyecciones hipodérmicas.

(*Concours médical.*)

*
* *

Tos: Oxalato de cerio.—El Dr. Cheesmann recomienda el oxalato de cerio como un medicamento notable en el tratamiento de la tos en cada período de la tisis; pero sobre todo de la tos irritante del primer período.

También se han conseguido buenos resultados en la bronquitis crónica, el asma espasmódica, la coqueluche y el sarampión.

Según el Dr. Cheesmann, hay que principiar por dosis de 0,30 gramos, para tomar por la mañana ó al acostarse, ó dos veces al día con dosis suplementarias en el intervalo, si necesario fuera. Si no se nota alivio puede recurrirse á dosis de 0,60 gramos y más aún. No se han observado síntomas alarmantes administrando varias veces al día dosis de hasta 1,2 gramos de oxalato de cerio. El efecto es más pronunciado cuando se toma la sal en ayunas y á dosis fuertes, que no cuando se receta la misma cantidad dividida en dosis más pequeñas. La mejor manera de administrar este medicamento es tomarlo en polvo y no en solución.

(*Los nuevos remedios.*)

*
* *

Difteria: Vapores antisépticos.—En la sesión del 19 de diciembre de 1888 de la Sociedad médico-quirúrgica de Edimburgo, el doctor Craig leyó un artículo del Dr. J. Wyld Pairman, en el que después de discutir varios de los métodos de tratamiento aceptados, aconseja con mucho empeño el uso del vapor. El enfermo debe vivir en una atmósfera cargada de vapores acuosos combinados con el ácido sulfuroso que se desprende quemando azufre en la habitación. El autor afirma que desde que ha adoptado este método no ha perdido un solo caso. Varios oradores tomaron parte en la discusión, confirmando el valor de este método; sin embargo, se acordó que el sistema no podía aceptarse como nuevo, pues hace años hay muchos prácticos que lo emplean como tratamiento ordinario.

(*British. medical Journal.*)

*
* *

Coqueluche: Resorcina.—El Dr. Guerra Estapé, en la Memoria que presentó al Congreso médico-internacional de Barcelona, celebrado en septiembre último, sentó las siguientes conclusiones acerca de la naturaleza y tratamiento de la coqueluche:

- 1.^a La coqueluche es una enfermedad parasitaria y contagiosa.
- 2.^a Es una enfermedad local. Se localiza en la mucosa laríngea y puede propagarse á las inmediatas.
- 3.^a El mejor tratamiento de la coqueluche conocido hasta hoy es el que se basa en el empleo de la resorcina al 10 por 100.
- 4.^a Las complicaciones deben tratarse independientemente de la coqueluche y según ellas sean.

Al detallar el tratamiento, hace el Sr. Guerra varias salvedades sobre la conveniencia de una solución de resorcina glicero-alcohólica ó de glicerina y jarabe solo, sobre el adyuvante cocaina, y por último, sobre las varias suertes comerciales de resorcina y los inconvenientes de algunas de ellas.

(*Rev. de Med., Cir. y Farm.*)

BIBLIOGRAFÍA

G. A Hammond.—*Tratado de la locura en sus relaciones médicas.*
Traducido del inglés por D. FEDERICO TOLEDO Y CUEVA.

La bibliografía médica se enriquece diariamente con nuevas obras que, si bien demuestran el abundante fruto que cosechan las inteligencias que cultivan asiduamente la más humanitaria de las ciencias, prueban al mismo tiempo que se interpreta de un modo equivocado la participación que debe darse en medicina á la observación y á la experiencia. En vez de ser ésta la única base de las deducciones prácticas que constituyen el arte de curar, se la emplea como medio de comprobación de las teorías y como contraste de los prejuicios, por más que las primeras estén fundadas en la modalidad funcional del cerebro del autor, y tengan su origen los segundos en intuiciones ó en deducciones poco ó nada lógicas.

Este defecto, cuyo alcance se extiende á todas las ramas del árbol de la Medicina, domina por completo en la patología mental y constituye una dificultad insuperable para lograr que sean tangibles los esfuerzos de los hombres de ciencia, porque aquéllos se llevan en direcciones distintas, y sólo cuando se enderecen á un mismo punto, puede valer la resultante lo que la suma de las actividades individuales.

En la mayor parte de las asignaturas que constituyen la ciencia de la Medicina, pueden compaginarse los conocimientos anatómicos y las experiencias de fisiología con las observaciones clínicas y con los hechos que dan origen á la agrupación de enfermedades; pero en la patología mental no bastan los conocimientos anatómicos y no son suficientes las experiencias fisiológicas para que se considere completo el análisis y pueda fundarse en él un juicio sintético perfectamente exacto. Hay un factor en la patología mental que impide el rápido progreso de esta joven especialidad y que se debe suponer que entorpecerá siempre el desarrollo de la más sublime de las patologías especiales: este factor es el que caracteriza la especialidad, y el que, al mismo tiempo que la da nombre propio, la condena á no merecer el genérico. El funcionamiento fisiológico de un órgano cualquiera, puede sufrir alteraciones que no trasciendan de un modo apreciable y que no lleguen á trastornar el funcionamiento general del organismo: estas oscilaciones tienen, sin duda, un interés teórico inmenso, pero su importancia práctica es insignificante en la actualidad porque la higiene no puede todavía utilizarlas. En patología mental se trata de estudiar, ante todo, el mecanismo y la importancia de las oscilaciones *pre-patológicas* de la razón, y como este estudio se impone por tratarse del punto de partida para la valoración de los actos humanos, y porque las consecuencias de la amplitud concedida á estas oscilaciones afecta á alguien más que al sujeto que las sufre, de aquí que se haya tratado de empezar por su medición y se dediquen á la adopción de *metro* los *estudios* y las actividades de los mentalistas. Por otra parte, los mejores cuadros sintomatológicos son aquellos que, además de retratar la enfermedad tipo, permiten adivinar las modalidades y las enfermedades individuales que personalizan el padecimiento: la agrupación y el examen comparativo de estas modalidades, ha permitido la formación del concepto sintético de la enfermedad, y en la clínica éste sirve de guía para la individualización de aquélla, pero no constituye más que un dato para la indicación del medio curativo, puesto que la elección del remedio más apropiado depende de las condiciones especiales y propias del organismo que padece y del modo especial de padecer el organismo enfermo. En patología mental escasean las observaciones aisladas, y antes de que lleguen éstas á ser bastantes para ordenar una agrupación de los casos tipo, se trata de razonar el fundamento de la clasificación propuesta por cada autor, y se comentan y anotan los datos clínicos que mejor se compadecen con el principal objeto de cada obra.

Antes de que los sistemas médicos distrajeran la atención de los hombres de ciencia, el tesoro de la Medicina estaba constituido por las observaciones individuales que se conservaban en las *tablas votivas*; y puesto que hoy nos vamos convenciendo de que los sistemas y las generalizacio-

nes no pueden determinar el progreso de la medicina, contentémonos con modernizar las *tablas votivas* de la patología mental y circunscribamos nuestra atención al estudio de las observaciones aisladas, aprovechando los medios que pone á nuestro alcance el progreso general de las ciencias, para detallar hasta lo imposible las circunstancias todas de cada observación, y utilizando la ventaja que ofrece el poder dar conocimiento inmediato al público médico de todo cuanto á este mismo público médico interesa.

De poco tiempo acá, se manifiesta esta tendencia eminentemente práctica en algunos de los más distinguidos frenópatas, y la mayor parte de las obras publicadas en estos últimos tiempos, cuentan con una colección de observaciones que constituyen su valor duradero y que no desmerecen á pesar de estar colocadas en un lugar secundario. En este concepto merece los mayores elogios la obra que motiva estas líneas: son muchas y por demás interesantes las observaciones y los casos clínicos que contiene; y los cuadros sintomáticos están trazados de mano maestra y permiten formar cabal idea de la realidad y de los caracteres del original á que corresponden.

El *Tratado de la locura* de *Hammond* resulta indiscutible para el médico alienista, por la riqueza de datos clínicos que atesora; y es indispensable al médico general, porque sirve de complemento á la obra de Guislaín, que se considera como clásica en la especialidad. Lo mismo que en el Guislaín, la parte teórica y doctrinal tiene un interés pasajero y secundario: está dedicada al examen de los *principios generales de la fisiología y de la patología del entendimiento*, al estudio del *instinto*, al del *sueño normal y patológico*, y á la *critica de las clasificaciones de las enfermedades mentales*. Esta parte de la obra constituye un estudio detenido de los puntos que abraza; y si bien se notan en ella algunas contradicciones, de escasa importancia en su mayoría, cada uno de los temas desarrollados sirve de prólogo á los grupos de enfermedades con los cuales ha procurado relacionarlos el autor. La traducción es esmeradísima y demuestra el interés con que el Sr. Toledo y Cueva ha tratado de proporcionar á los médicos españoles una obra inglesa de importancia y de actualidad, sin que la versión haga desmerecer al original y sin que deje de notarse el aumento creciente del valor científico de las publicaciones que da á luz la *Biblioteca económica de Medicina y Cirugía prácticas*.

A. QUINTANA.

VARIEDADES

Suscripción abierta con el fin de allegar fondos para erigir un sencillo monumento que perpetúe la memoria de los individuos del cuerpo de Sanidad Militar muertos á consecuencia de heridas recibidas en campaña.

| | Pesetas. |
|----------------------------------|-----------------|
| <i>Suma anterior</i> | 1.268 |
| Sr. D. Manuel Ledesma. | 25 |
| » José Díaz y Rodríguez. | 3 |
| » Mariano López Rabadán. | 5 |
| » José Mamely. | 10 |
| » Jerónimo Cobos. | 2,50 |
| » Feliciano Fidalgo.. . . . | 3 |
| <i>Total.</i> | <u>1.311,50</u> |

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

Tratado de higiene militar, por M. G. Morache; segunda edición traducida al español por *D. Ramón Hernández Poggio*. Entregas 8, 9, 10 y 11.

La transfusión; 1^{er} série, 35 operations par le *Dr. J. Roussel*. París, 1876.

Leçons sur la transfusion directe du sang avec 47 figures dans le texte, par le *Dr. J. Roussel*. París, 1885.

Méthodes et instruments de chirurgie inventés et perfectionnés par le *Dr. J. Roussel*; memoire présentée au Congrès Medical international de Gêneve. París, 1878.

De la therapeutique par les injections sous-cutanéés; 1^{er} partie, eucaliptol injectable pour le pansement antiseptique du poumon tuberculeux par les vapeurs crées dans les bronches, par le *Dr. J. Roussel*; 1886.

Un cas grave de phtisie; applications des injections sous-cutanéés d'eucaliptol et des antiseptiques toniques. Consultation du *Dr. Roussel*. Seeaux, 1888.

Revista clinica de los hospitales, periódico mensual que, bajo la dirección del *Dr. D. José María Esquerdo*, ha empezado á publicarse en esta Corte.

Los nuevos remedios, periódico bi-mensual de farmacología, terapéutica, química médica é hidrología, dirigido por los *Dres. Gómez de la Mata y Bardet*.

Discurso pronunciado por el *Dr. D. Juan Navarro Reverter* en la sesión de clausura del Congreso internacional de ingeniería celebrado el año último en Barcelona.

Diccionario de Medicina y Cirugia, por E. Littré; versión española por los *Sres. Aguilar Lara y Carreras Sanchís*. Cuaderno 17.

Revista de Medicina militar, apreciablesimo colega portugués que ha reaparecido en la prensa bajo la dirección del *Sr. D. Eugenio Augusto Perdigao*.

Elementos de Patología venérea, por *D. José Pareja Garrido*. Granada, 1889. Cuadernos 1.^o y 2.^o

Discursos leídos en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina por los doctores *D. Matías Nieto y Serrano*, y *D. José Díaz Benito*.