

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO II

MADRID, 1.º DE MAYO DE 1888

Núm. 21

LA INERCIA DEL IRIS EN LAS AFECCIONES INTRA-OCULARES

La importancia de los movimientos del iris y la necesidad de tenerlos en cuenta al tratar de diagnosticar una afección intra-ocular, nos obligan á comenzar este estudio recordando algunas particularidades anatómo-fisiológicas de dicho diafragma, sin cuya base es imposible toda aplicación á la Patología. Interesa también, á nuestro juicio, corregir los errores producidos por una mala nomenclatura, y, como podrá comprobarse, nada ha sido tan común, al designar cualquier trastorno funcional del iris, como el dar á un síntoma el carácter de enfermedad ó no expresar con él la realidad del padecimiento.

El iris se halla dotado de los dos elementos indispensables para su movilidad, esto es, de un motor representado por fibras contráctiles y de una excitación de la fuerza motriz, que en el estado fisiológico es la inervación respectiva; de músculos y nervios; he aquí los principales componentes de la textura iridiana, cuya disposición explica satisfactoriamente todos los cambios pupilares.

Las fibras musculares del iris son de dos especies: unas circulares, en forma de *esfínter*, y otras radiadas, entrecruzadas con las primeras al nivel de la circunferencia menor, y cuyo conjunto constituye para Rouget el músculo *dilatador* de la pupila. El antagonismo de su acción, al par que sirve para producir movimientos opuestos, regula ó modera cada uno de ellos, pues careciendo de inserciones el borde pupilar del iris, no podrían graduarse la dilatación ni la contracción según la conveniencia del aparato óptico, sin una resistencia habida en aquel sitio y que limitara en cierto modo la fuerza motriz que hubiera de predominar.

Dichas fibras musculares se hallan animadas por filetes ner-

viosos del ganglio oftálmico, procedentes del tercer par, de la rama oftálmica de Willis y de la porción cervical del gran simpático; pues aunque Hairion (1) ha pretendido que el iris recibía también inervación motriz del sexto par ó motor ocular externo, las investigaciones hechas después por diferentes anatómicos no han comprobado, ni mucho menos, semejante aseveración.

Los ramos del *tercer par*, esencialmente motores, se distribuyen por las fibras circulares del iris; terminan, según Kolliker, en asas anastomóticas y extremidades libres, unas y otras confundidas con aquéllas, y provocan con su excitación el ensanchamiento del iris, del cual resulta, como consecuencia lógica, la reducción pupilar.

Por el contrario, los filetes nerviosos procedentes del *gran simpático* animan exclusivamente las fibras radiadas del referido tabique y producen, replegando éste, el aumento ó dilatación de la pupila. El origen de estos ramillos está en la conclusión de la porción cervical de la médula y en el principio de la dorsal, y es un hecho, según las observaciones de distintos fisiólogos, que las fibras motrices llamadas cilio-espinales pasan de la médula á los ramos comunicantes por las raíces anteriores, y que de allí se dirigen hacia arriba por el cordón cervical del gran simpático (2). Por otra parte, las experiencias de Knoll parecen demostrar que el centro dilatador de la pupila está situado en los tubérculos cuadrigéminos anteriores.

Quédanos indicar aún los escasos filetes motores que el iris recibe de la primera rama del *quinto par*, los cuales abocan á él en unión de los del mismo origen que presiden á su inervación sensitiva. Sin embargo, acerca de la acción del trigémino sobre los movimientos pupilares, ó mejor, de la causa de dicha acción, han debatido mucho los fisiólogos y todavía no hay en realidad nada definitivo. Se ha observado por algunos, como Balogh, que excitando el trigémino por delante y por detrás del ganglio de Gasser la pupila se dilataba notablemente, lo cual parece indicar la existencia de fibras motrices en el *quinto par*, peculiares del músculo que repliega el iris; pero háse visto por otros (Beaunis,

(1) *Ann d'ocul.*, t. XXXIII, p. 37.

(2) BEAUNIS, *Nouveaux elements de physiologie humaine*, 1876, p. 798.

Schiff) que la sección del nervio, hecha antes del ganglio de Gasser, impedía realizar aquella dilatación artificial y que tras la excitación de este último venía la dilatación de los vasos iridianos; y esto ha dado lugar á que se afirme hoy por la mayoría de los autores: 1.º, que el origen de aquella motilidad se halla en el mismo ganglio de Gasser; 2.º, que las fibras encargadas de transmitir las son pura y simplemente del orden de las vaso-motrices, y 3.º, que el verdadero papel que desempeña el trigémino en el iris es el de entretener la nutrición y concurrir á la sensibilidad.

Tenemos, pues, un músculo *extensor* y otro *retractor* del diafragma iridiano; vemos que el primero, compuesto de fibras circulares, se contrae bajo la acción del nervio motor ocular común, y que el segundo, formado de fibras radiadas, actúa por el influjo del gran simpático: ahora, consecuencia de la extensión y retracción del iris, son, relativamente, la *reducción* y *dilatación* pupilares.

Estos dos opuestos movimientos son indispensables para la buena acomodación óptica y existen convenientemente armonizados en el estado normal ó fisiológico.

Se lleva á cabo la extensión activa del iris, ó sea la reducción de la pupila, mediante una acción refleja del tercer par, basada en la transmisión de las sensaciones luminosas de la retina y nervio óptico á los tubérculos cuadrigéminos; y se efectúa la dilatación pupilar por transmisión directa de uno de los puntos del simpático cervical ó por excitación refleja del centro cilio-espinal de la médula. Ahora bien; muchas veces se producen dichos movimientos de un modo secundario, pues la disminución ó supresión de uno de ellos por falta de excitación propia trae consigo la pérdida de equilibrio y la preponderancia del opuesto, y recíprocamente suele hallarse sobreexcitado uno de los factores de la contractilidad del iris y ser esto causa de que parezca apagada la acción del músculo antagonista.

La inacción del órgano y la falta de relación entre su movilidad y las excitaciones normales, constituyen, para nosotros, el síntoma denominado *inercia del iris*. Este fenómeno puede ser de causa *orgánica*, *espasmódica* y *paralítica*, porque unas veces depende de obstáculos opuestos á la contractilidad muscular, otras de falta de sinergia en los movimientos del iris y otras de falta de vida para la contractilidad misma. Así, llamaremos iner-

cia orgánica á la que resulte, por ejemplo, de sinequias de cierta extensión que quiten libertad á los movimientos del tabique; espasmódica, á la ocasionada por una contracción exagerada de cualquiera de los músculos, y diremos, en fin, que se trata de una inercia paralítica, cuando los síntomas concomitantes del que nos ocupa revelen una aquinesia, ó sea una parálisis del movimiento.

La inercia orgánica del iris es *total* en casos excepcionales, pues sólo puede producirla una sinequia posterior total ó la ausencia de abertura pupilar, denominada atresia; mas es en cambio muy frecuente la inercia *parcial*, porque cualquiera de las lesiones físicas del diafragma, como soluciones de continuidad, adherencias, interposición de cuerpos extraños, etc., es bastante para oponerse mecánicamente á la contracción de un número determinado de fibras musculares. Toda vez que en estos últimos casos la contracción del iris se hace irregularmente, el resultado inmediato de la inercia orgánica parcial es la deformación de la pupila, deformidad caprichosa y distinta, según el número, la extensión y el sitio de las lesiones causales, y que revela desde el primer momento que no es en manera alguna un trastorno de inervación el origen del síntoma que se observa.

La inercia paralítica es *completa* si afecta igualmente al músculo extensor y al retractor, é *incompleta* cuando padece uno de dichos músculos solamente; por lo regular es más común la incompleta, así como lo es la parcial entre las dependientes de causa orgánica.

La espasmódica no puede afectar más que á uno de los músculos, pues su aparición presupone la acción del otro llevada hasta el extremo.

Fuera, pues, de rarísimos casos en que es absoluta, la inercia del iris obra sólo sobre uno de los elementos motores de este órgano, y como eso se hace visible por aumento de la abertura pupilar (*midriasis*) ó por disminución de ella (*miosis*), debemos fijar nuestra atención en el diámetro y regularidad de dicho agujero para conocer aquel fenómeno patológico y apreciar al mismo tiempo la extensión é intensidad que haya adquirido. Lo principal del examen es convencerse de que la inercia existe; una vez comprobada ésta, queda por averiguar si es del extensor ó del retractor, y finalmente, clasificarla con arreglo á la lesión de que sea sintomática.

Afecciones intraoculares en que hay inercia del iris.

1.º—INERCIA DEL EXTENSOR (MIDRIÁISIS)

A. GLAUCOMA.—Pretenden algunos que la presión intraocular propia de la coroiditis serosa se opone directa y mecánicamente á los movimientos del iris; sin embargo, la corriente nerviosa del interior del ojo puede suspenderse por compresión de los nervios ciliares en los casos de coroiditis y engrosamiento de la esclerótica, y nada más fácil que explicarse de este modo la midriáisis producida en el glaucoma, habida razón de la teoría emitida por Cusco acerca de tal padecimiento (1).

Hay en el glaucoma una verdadera inercia paralítica, sólo que la parálisis ataca á una pequeña parte del motor ocular común, esto es, á la porción intraocular de los filetes ciliares; pero como todos los elementos del globo del ojo han de resentirse en virtud de la presión intraocular, y algunos de ellos antes que los nervios arriba citados, existen siempre diversos fenómenos que contribuyen al diagnóstico de la afección primitiva. En efecto, la *esclerofthalmía*, la *inyección periquerática*, la *anestesia de la córnea*, el *color verde del fondo del ojo*, los *dolores*, etc., servirán de comprobantes de la afección glaucomatosa, siempre que ésta se haya diagnosticado en vista de la inercia del extensor del iris.

Algunas veces, aunque raras, se presenta el glaucoma acompañado de miósis. No debe extrañarnos, porque la compresión puede efectuarse lo mismo sobre los filetes del tercer par que sobre los del gran simpático; pero hay un motivo para que la inercia predomine en el músculo extensor, y es que no sólo falta la trasmisión nerviosa del tercer par, sino que la excitabilidad retiniana se ha ido perdiendo poco á poco, hasta ser impotente para producir la excitación refleja del mismo nervio. La presión intraocular compromete simultáneamente el nervio óptico y los ramos del motor ocular común, de suerte que el efecto producido por este trastorno tiene que ser casi siempre mayor que el determinado por la sola compresión de los filetes simpáticos.

B. NEURÍTIS ÓPTICA.—La meningitis, los tumores y abscesos del cerebro, los tumores orbitarios y ciertas diatesis, como la

(1) *Le glaucome*.—Tesis de París, 1861.

sífilis y el reumatismo, producen á veces la inflamación de la sustancia propia del segundo par, á la cual se ha dado el nombre de neuritis óptica.

Esta gravísima afección, fácil de diagnosticar por el examen oftalmoscópico, presenta entre otros síntomas, si se quiere, de mayor importancia, una midriásis bastante graduada, producto generalmente de la propagación de la flegmasia al motor ocular común á alguna de sus ramas; en otras ocasiones la midriásis es efecto de la falta de excitación para la trasmisión refleja, si bien es más común que esta última causa se una á la primera para la producción del fenómeno.

En todos los casos hay síntomas más alarmantes que la midriásis, y esos son los que llaman la atención del cirujano hacia el padecimiento en cuestión; pues dejando á un lado la *disminución notable* que desde el principio se observa en la *facultad visual* y los *síntomas generales* que acompañan á ésta, siempre se da más valor á la *rubincudez, prominencia é inflamación de la pupila* y al *excesivo desarrollo de los capilares retinianos* que á un fenómeno tan secundario como la dilatación pupilar. No obstante, debemos tenerlo en cuenta, porque su aparición es muy frecuente en dicha neuritis, y más aún porque induce á creer en la naturaleza cerebral de la afección.

Según Galezowski (1), la midriásis, acompañada de un *acortamiento visual que no pueda corregirse mirando á través de un pequeño agujero hecho en una carta, ni con lentes convexas del número 10*, es dependiente, casi con seguridad, de una afección del nervio óptico.

C. AQUINESIA DEL TERCER PAR.—Este padecimiento es el que origina la inercia que podríamos llamar idiopática del músculo extensor del iris; la midriásis depende de la parálisis de los filetes ciliares, que desde el ganglio oftálmico se dirigen al esfínter de la pupila, y unas veces es de mediana intensidad, como ha sido observado por Ruete, y otras es parcial, ó lo que es lo mismo, ataca solamente á una parte de aquel músculo, como lo prueban las experiencias de Cl. Bernard.

Juntamente con los filetes que van al iris se paraliza el ramo destinado al músculo ciliar, lo cual da lugar á una confusión en

(1) *Traité des maladies des yeux*, 1875, pág. 382.

la percepción de los objetos por *insuficiencia de la acomodación*; pero si la lesión nerviosa comprende la totalidad del tercer par, sobrevendrá también *estrabismo divergente con diplopia de imágenes cruzadas, blefaroplegia* y hasta un *exoftalmos* más ó menos pronunciado, según la *relajación de los músculos rectos, superior, inferior é interno*.

Cuando estos síntomas acompañen á una dilatación irregular de la pupila, habrá razón para suponer que la parálisis ha sido producida por comprensión del nervio y que no ha invadido más que cierto número de los filetes ciliares.

D. HIPERQUINESIA DEL RAMO SIMPÁTICO.—Cuando se observe una midriásis permanente y no haya fenómeno ocular que nos la explique, interrogaremos á otros aparatos y sistemas, seguros de encontrar una *afección verminosa*, una neurósis como la *epilepsia*, el *histerismo*, etc., ó alguna otra lesión, en fin, que represente una mayor *excitación del sistema simpático*.

2.º—INERCIA DEL RETRACTOR (MIÓISIS).

A. IRITIS.—Todos los períodos de la inflamación del iris traen consigo de un modo ó de otro, la reducción de la pupila. Al principio, la turgencia de los vasos priva de libertad á las fibras musculares; después se produce la miósis para atenuar la hiperestesia retiniana, y más tarde, los exudados y adherencias del tabique son los que más completamente la determinan. Ya sea, pues, orgánica ó espasmódica, la inercia del músculo retractor es un síntoma constante de todas las variedades y de todos los períodos de la iritis.

Ha habido autores que, sin aducir una razón verdaderamente fisiológica y sólo por haberlo observado en cierto número de casos, han sentado como ley general que la iritis de individuos diatésicos producían una miósis irregular con deformidad determinada de la pupila. Beer señaló como síntoma patognomónico de la iritis sifilítica la dislocación de la pupila hacia arriba y afuera, y Midlemore sostuvo que cuando esta deformidad se verificaba hacia arriba y adentro, la iritis era de naturaleza reumática; pero salta á la vista la poca significación de tales fenómenos, toda vez que, ocasionada la inercia de las fibras radiadas, no hay nada que explique por qué la sífilis ó el reuma pueden librar á algunas de

ellas, y sobre todo, por qué habían de ser siempre preferidas las de un mismo punto del diafragma iridiano.

Contribuyen al diagnóstico de la irítis el *círculo artrítico*, los *cambios de color* del órgano afecto, las *neuralgias ciliares* y las *sinequias* y exudados pupilares.

B. ESPASMO DEL MÚSCULO CILIAR.—En ciertos individuos dedicados á trabajos que exigen esfuerzos continuos de acomodación, es fácil observar un espasmo del músculo de Bruck, coexistente con la hiperquinesia de los filetes iridianos del tercer par.

El mayor poder refringente que posee el aparato ocular en estos casos depende principalmente de la contracción exagerada de aquel músculo, pero no deja también de tener influencia la reducción de la pupila, por el mayor grado de concentración de los rayos luminosos.

Esta especie de inercia espasmódica del retractor del iris va acompañada de fenómenos puramente subjetivos, pues el examen oftalmoscópico revela la *integridad de todas las membranas oculares*. Los enfermos no pueden fijar su vista en los objetos próximos sin que la *acomodación sea irregular y dolorosa*; el dolor supraorbitario cesa con el reposo del músculo ciliar, y por el contrario, si las contracciones continúan, no sólo persiste aquél, sino que *aumenta la tensión ocular*, sobreviene el *lagrimeo* y concluye la *visión por hacerse sumamente confusa*.

C. ATROFIA PROGRESIVA DEL NERVIÓ ÓPTICO.—Desde que Helmholtz dió luz á la oftalmología llevando la luz al interior del ojo, las frases *ambliopía* y *amaurósis* han perdido casi todo su valor y quedado reducidas á la expresión de un síntoma más ó menos importante. Hoy se perciben con el oftalmoscopio las causas á que se deben las *gotas serenas* de los antiguos, y el conocimiento anatomo-patológico de las mismas nos guía á localizar la afección en las membranas, los medios, los vasos ó los nervios del ojo, ó lo que es lo mismo, á diagnosticar la afección en vez de dar nombres distintos á la ceguera que determina.

Muchas de las antiguas amaurósis corresponden á lo que actualmente llamamos atrofia del nervio óptico, y en la clase de atrofia llamada progresiva se incluyen desde luego todas las amaurósis dorsales, espinales ó tabéticas.

La atrofia progresiva del segundo par sigue unas veces, y precede las más, á la ataxia locomotriz de la misma forma. Com-

prometido sin duda el centro cilio-espinal de la médula en la esclerósis espinal posterior, concluyen por atrofiarse las fibras nerviosas que animan al retractor del iris, y de aquí que se observen ordinariamente en aquel padecimiento la reducción é irregularidad pupilares. Y es tan pronunciada la miósis en ciertas ocasiones, que aun el uso del colirio de atropina es insuficiente para provocar la dilatación pupilar.

Es verdad que suele haber casos en que la alteración óptica es por algún tiempo la única manifestación de la tabes dorsal; pero fuera de ellos, siempre se inicia ésta por *dolores fulgurantes, trastornos de la motilidad, sensibilidad, etc.*, con cuyos datos hay bastante para afirmar que la ceguera depende de una atrofia progresiva de la papila óptica. A pesar de esto, conviene examinar cuidadosamente las funciones visuales, pues si no se hallan del todo abolidas, se notarán en aquel caso *disminución progresiva de la agudeza y del campo visual*, confusión en la percepción de los colores (*discromatopsia*) y sensación de cuerpos brillantes ó refulgentes (*fotopsia*). El oftalmoscopio, cuando podamos aplicarlo nos demostrará una *coloración blanca tendinosa de la papila*, que resalta notablemente por la desaparición de los vasos capilares de su superficie.

D. AQUINESIA DEL RAMO SIMPÁTICO.—La miósis paralítica que esta enfermedad produce ha sido observada rarisimas veces. Poiteau (1) ha dado á conocer algunos casos notables de ella y demuestra que en todos ellos existían infartos, tumores ó cuerpos extraños que entorpecían ó abolían la acción del simpático cervical, ó bien comprimían los filetes del ramo carotídeo del mismo. Villebrand (2) refiere también un caso de miósis paralítica, debida á la compresión ejercida sobre el gran simpático por unos cuantos ganglios cervicales infartados, y añade que, tan pronto como disminuyó el infarto por el tratamiento conveniente, cesó la inercia y con ella el trastorno de las funciones visuales.

No debemos sospechar la existencia de aquella aquinesia, si no hemos visto otros síntomas positivos de la lesión nerviosa, y si no hemos excluído con anterioridad las probabilidades de cualquier otro padecimiento.

L. AYCART,
Médico 1.º

(1) *Thèse de doctorat.*—Paris, 1869.

(2) *Archiv. f. Ophth.* Bd. I, Abt. I 310.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Pústula maligna: Ipecacuana.—El Doctor Muskett considera la ipecacuana como el específico de la infección carbuncosa y cita cuatro observaciones, al parecer concluyentes, asegurando que en cincuenta casos ha conseguido un éxito completo.

El proceder aconsejado por el autor es el siguiente: después de levantar la piel que rodea la pústula por medio de un vegigatorio, aplica una cataplasma hecha con polvo de la raíz medicamentosa y, al mismo tiempo, administra la ipecacuana al interior, á la dosis de 25 centigramos, en una poción morfinada.

(*Le Progrés med.*)

* * *

Viruela: Ácido fénico.—La aplicación tópica del ácido fénico en la viruela, no proporciona las ventajas que se consiguen con el uso del agua fría, por más que, según el Doctor Montefusco, calma el dolor, hace que la supuración sea escasa y precipita la desecación; pero la administración del medicamento á la dosis de uno ó dos gramos en 200 de agua con jarabe, además de rebajar la temperatura, modera la confluencia de la erupción y abrevia el curso de la enfermedad.

Según el autor, la administración sostenida del ácido fénico á dosis cortas, no va seguida de fenómenos tóxicos, gracias á la rápida eliminación del medicamento; pero los trastornos nerviosos contraíndican su uso y la forma hemorrágica es rebelde á la medicación fenicada, cuyos efectos se limitan á rebajar la temperatura.

(*Bull. gen. de therap.*)

* * *

Atmósfera hospitalaria: Microorganismos.—Las investigaciones llevadas á cabo en las salas de clínica quirúrgica de Roma, autorizan á M. Neri á formular las conclusiones siguientes: Los microorganismos escasean en las capas de aire próximas al suelo y en las que tocan al techo de la habitación; y abundan, por el contrario, al nivel de las camas y hasta un metro por encima de éstas, disminuyendo gradualmente hacia arriba y hacia abajo.

Esta especial repartición de los microorganismos obliga á procurar la ventilación de abajo arriba.

(*Sem. med.*)

* * *

Corea: Arsenicales.—El Doctor Savoigez ha empleado con éxito en la indicada enfermedad el método de tratamiento recomendado por M. Fleming, que consiste en el uso del arsénico á dosis progresivas hasta la aparición de los síntomas característicos de la acción fisiológica del medicamento (1).

(*Le Progrés med.*)

* * *

(1) El método de Fleming no es en realidad otra cosa que la resurrección

Aguas minerales: Microorganismos.—Los estudios llevados á cabo recientemente por M. Fremont, tienden á demostrar que las distintas propiedades terapéuticas de los manantiales de Vichy, cuyas aguas tienen una composición química casi idéntica, se deben al microbio especial del agua de cada fuente. Dice el citado autor que el agua de la *Grande Grille* tiene un micrococo y un bacilo; que la fuente del *Hôpital* cuenta con otro bacilo; que en la de *Suits de Chomel* se encuentra el bacilo verde que tiene la albumina y un pequeño bacilo descubierto por Chantemesse; que en la de *Mesdames*, además de un pequeño bacilo especial, se halla el bacilo verde que no liquidifica la albumina; que en la de *Lardy* se aloja este último bacilo; y en los *Celestins*, y en la fuente *Intermittente* el que liquidifica la albumina. De modo que los micrococos y el bacilo de la *Grande Grille*, el bacilo del *Hôpital* y, aunque no por completo, el pequeño bacilo de *Suits de Chomel*, liquidifican la albumina coagulada del huevo y la transforman en peptonas (1).

(La sem. med.)

*
* *

Fiebre tifoidea: Vacunación profiláctica.—Los Doctores Chantemesse y Widal han estudiado la inmunidad contra el virus de la fiebre tifoidea conferida por las sustancias solubles, y concluyen:

- 1.º Los ratones son sensibles al virus tífico.
- 2.º Los ratones que anteriormente han sido inoculados con el caldo privado de bacilos, pero en el cual han vivido colonias tíficas, resisten al virus virulento.
- 3.º Los que han recibido caldo esterilizado en el cual han vivido microbios indiferentes, no resisten al virus de la fiebre tifoidea.

(La Indep. méd.)

*
* *

Hidrato de amileno.—Este medicamento es un hipnótico que tiene la ventaja de no debilitar el corazón, por cuyo motivo está indicado, sobre todo en los cardiacos, los tísicos, anémicos y convalecientes. Puede usarse á la dosis de tres y hasta de cinco gramos, y el Doctor Fischer recomienda las fórmulas siguientes:

Hidrato de amileno.	7 gramos	} (ó 6 gramos, y 2 centigramos de clorhidrato mórfico.)
Agua destilada.	60 »	
Extracto de regaliz.	10 »	

(Para tomar la mitad al acostarse.)

del tratamiento recomendado por Harlés. Véase *Trousseau y Pidoux*; tomo 1.º, página 476.—(N. de la R.)

(1) Si lo que sucede en Vichy no ha exigido *patente*, es de esperar que á las estaciones balnearias sucederán los laboratorios en que se preparen cultivos de los cocos y bacilos que permitan limitar á la inyección de una jeringuilla de Praváz las molestias y los gastos que hoy proporciona el uso del tratamiento hidromineral; demostrando, al mismo tiempo, que la preparación de aguas minerales artificiales, ha sido un entretenimiento pueril, comparable tan solo al de perseguir el descubrimiento de la piedra filosofal.—(N. de la R.)

Hidrato de amileno	6 gramos	} (ó 4 gramos, y 15 miligramos de clorhidrato de morfina.)
Agua destilada	50 »	
Mucílago de goma arábica	20 »	

(Para una enema.)

(Bull. gen. de ther.)

* * *

Análisis de la orina: Reactivo de Tanret.—De una curiosa nota publicada por el Doctor en Ciencias D. Edmundo Lozano en la *Gaceta de enfermedades de los órganos génito-urinarios*, tomamos los siguientes párrafos, cuyo interés é importancia clínica, son manifiestos:

«Preconízase el reactivo de Tanret—ioduro doble de mercurio y potasio, en solución acética—como muy eficaz, no solamente para caracterizar la albúmina, sino también para discernir la albúmina discrásica de la procedente del riñón. La sensibilidad de este reactivo es tal que, según Capitán, acusa la presencia de la albúmina diluida en la orina en la proporción de 0,0035 por 1.000.»

Desconfiando el autor de la exactitud de las indicaciones del líquido de Tanret en un caso clínico, cuyo diagnóstico no ofrecía dudas (cistitis crónica y úlceras en el cuello), emprendió—para salir de ellas—la siguiente serie de experimentos de comprobación:

«Una disolución acuosa de albúmina de la sangre produce con el reactivo Tanret opalinidad ó coágulo que se reúne en el fondo al cabo de cierto tiempo, según el grado de concentración de la solución.

»Idénticos resultados se obtienen con una disolución de albúmina de huevo.

»La orina normal da constantemente opalinidad más ó menos perceptible según la concentración.

»Por último, sospechando si la urea, á la temperatura de ebullición, formaba algún compuesto insoluble con el mercurio, hizo una disolución acuosa de cloruro de sodio y urea pura y agregó unas gotas de reactivo: la opalinidad se manifestó claramente y aumentó por la ebullición.

Sin perjuicio de proceder á nuevas comprobaciones más completas, el Sr. Lozano cree poder afirmar, según lo expuesto, «que el reactivo Tanret podrá dar excelentes resultados en manos de Bouchard, pero que no es prudente tomar al pie de la letra sus indicaciones, sobre todo si se trata de investigar la procedencia de la albúmina.»

* * *

Período asfíxico del cólera: Gimnasia.—En la epidemia de cólera que diezmó en 1859 el ejército francés, notó el Doctor Pauly que algunos enfermos que, libremente ó contra su voluntad se paseaban, conseguían con relativa facilidad la curación. Recordando este hecho ha recurrido el autor á la gimnasia en su Ambulancia y ha conseguido los más brillantes resultados aun en los casos más graves.

Este método no es aplicable á los casos en que se contrae el cólera en el curso de una enfermedad grave, ni conviene á los enfermos de edad avanzada y, por el contrario, está indicado en los demás coléricos si no se teme esté muy avanzado el período asfíxico.

Según el Doctor Pauly, este método da excelentes resultados de día, y

los da mejores aun de noche por la menor temperatura del aire. La lluvia, cuando no es violenta no perjudica, sino que por el contrario, obra hidrotéricamente y acentúa y acelera el efecto que se desea, *restablecimiento de la hematosiis*.

Como medio auxiliar conviene friccionar la cara y las manos durante la marcha, con un paño empapado en agua fria.

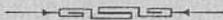
(*La sem. med.*)

*
* * *

Otorrea: Aseptol.—En la clínica de Masini, se ha logrado detener varias otorreas con solo tres ó cuatro aplicaciones de aseptol, modificando además muy rápidamente la otitis causante del flujo.

Se ha usado en soluciones acuosas al 1 y al 2 por 100, y puede llegarse la 4 por 100, instilando algunas gotas sobre el tímpano, ó á través de sus perforaciones, después de un perfecto lavado con inyecciones de agua simple ó débilmente salada.

(*Rev. de Laring, etc.*)



BIBLIOGRAFÍA

J. Michel.—*Manual práctico de Oftalmología, traducción española, por el Dr. D. Gaspar Sentiñón.*

Los rápidos progresos de la Oftalmología, propagados incesantemente ora en folletos y publicaciones periódicas, ora en gruesos volúmenes leídos casi exclusivamente por los especialistas, no serían conocidos ni podrían ser utilizados por la generalidad de los médicos si de cuando en cuando no apareciesen compendiados en Manuales esencialmente prácticos á tenor de los publicados sucesivamente por Wecker, Dagnenet, Meyer, Nettleship, Camuset y tantos otros.

En tal supuesto, y comprendiendo desde luego que el objeto de esos Manuales no ha sido nunca competir con las clásicas obras de la especialidad, que por necesidad tienen que ser muy extensas, vemos con satisfacción la aparición de aquéllos y no vacilamos en recomendarlos á nuestros lectores.

La obra del Dr. Michel es bastante completa en su género: como escrita por un laborioso profesor y reputado clínico reúne la verdad, la sencillez y el método indispensables para que resulte provechosa hasta su más ligera lectura; contiene todo lo más necesario para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones oculares; da á conocer los más interesantes detalles anatómicos, fisiológicos y clínicos que se refieren al aparato de la visión y es por lo tanto un fidelísimo guía para el médico que, sin ha-

ber llegado á profundizar la especialidad, se ve obligado á emitir juicios y plantear tratamientos acerca de cualquiera enfermedad oftálmica.

La traducción está bien hecha; la edición española, como propia del Dr. Ulecia, nada absolutamente deja que desear, pues si es cierto que nos agradaría más verla materialmente llena de grabados perfectos — porque en estos libros precisamente tienen excepcional utilidad — es menester convenir también en que la adición hubiera impedido ofrecer el libro en condiciones ventajosas bajo el punto de vista económico.

*
*
*

Littré.—*Diccionario de Medicina, Cirugía, Farmacia, Veterinaria y ciencias auxiliares.*—*Versión española por los Dres. Aguilar Lara y Carreras Sanchis.*

Aunque se halla todavía en publicación, y por lo tanto no es posible formar un juicio acabado de este libro, basta conocer el nombre del autor y saber que la edición española es traducción de la 15.^a edición francesa para presumir que será de verdadera importancia y reconocida utilidad. Los cuadernos que hemos tenido el gusto de ver demuestran claramente el fundamento de tales esperanzas.

La casa Aguilar y Lara que lo publica, está prestando un señalado servicio á las clases médicas, al poner al alcance de todos un libro que por sus condiciones científicas puede ser considerado verdadera obra de consulta, en la cual se encuentra con economía de tiempo y trabajo cuanto en un momento dado pueda ser necesario.

Si se añade á esto el lujo de la edición, en la cual nada se ha escaseado para hacerla espléndida, se comprenderá la razón de la gran aceptación que ha merecido el *Diccionario* de Littré entre las clases médicas.

*
*
*

Braithwaite.—*Anuario de Medicina y Cirugía, traducido por los Dres. Reboles y Campos y García Molinas.*

Esta importante publicación inglesa viene dando cuenta, en períodos regulares, de los artículos más notables que la prensa científica da á conocer. Su lectura basta al médico práctico para ponerse al corriente de todo lo nuevo y útil, que de otro modo sería imposible recoger, por hallarse todos ellos esparcidos en diversas publicaciones. La traducción española forma un elegante tomo de 556 páginas, muy bien impreso y mejor traducido.

Contiene los siguientes capítulos: Parte 1.^a Medicina: Enfermedades que afectan al organismo en general; del sistema nervioso; de los órga-

nos de la respiración; de los órganos digestivos y de los órganos urinarios. Parte 2.^a Cirugía: Amputaciones, fracturas, dislocaciones y enfermedades de los huesos; cerebro y sistema nervioso; órganos de la respiración; conducto alimenticio; órganos génito-urinarios; afecciones de la piel; enfermedades venéreas; obstetricia y enfermedades de mujeres.

El tomo VI, lo mismo que los anteriores, está editado por la antigua y conocida casa de B. Bailliére.

VARIEDADES

En el tren correo del sábado salió con dirección á Barcelona el excelentísimo señor Teniente General Weyler, nombrado Gobernador general de las islas Filipinas.

Fueron á despedirle á la estación comisiones oficiales de algunos cuerpos y muchos generales, jefes y hombres políticos de importancia. Todo el personal del Cuerpo de Sanidad Militar residente en Madrid, se apiñó en el andén en torno de su ex-director general, para ofrecerle sus respetos y el testimonio más elocuente de la gratitud que le profesa todo el Cuerpo por la paternal solicitud con que ha velado por sus intereses.

La manifestación que por este acto, verdaderamente espontáneo, se hizo en honor del general Weyler, fué á la vez tan solemne y cariñosa, que el ilustre viajero se mostró vivamente emocionado todo el tiempo que duró la despedida.

* * *

Le Temps, de París, en su número de 15 del pasado anuncia que el Consejo de Higiene pública y de Sanidad, de aquella capital, en vista del reciente fallecimiento, debido á la rabia, de un albeitar de la calle de *Carrières* y del soldado Marinot, ocurrido en 1.^o de este mes en el Hospital Militar de Val de Grace, á pesar de haberse sometido ambos al tratamiento preventivo, ha informado al prefecto de policía, sería conveniente el esterminio de los perros vagabundos.

En su consecuencia se ha dictado el siguiente bando por la autoridad correspondiente:

«Es indispensable desembarazar la vía pública, inmediatamente, de todos los perros sin dueño conocido, por cuanto los referidos animales son los verdaderos propagadores de la rabia, á cuyo efecto la policía se incautará de cuantos perros se hallen en la vía pública sin collar y bozal, para sacrificarlos inmediatamente.

Los perros extraviados, aunque tengan bozal, se sacrificarán también, si al tercer día de recogidos no se presentan sus dueños á recogerlos.»

Esta medida, aconsejada por los Dres. Dujardin-Beaumetz, Colin y otros eminentes prácticos, ardientes partidarios de M. Pasteur dos años há, revela el desencanto sobrevenido hasta en los más resueltos defensores del célebre jefe del laboratorio de la calle de Ulm; demostrando asimismo que los dos millones de francos invertidos en la creación del Instituto Pasteur hubieran tenido más fecunda aplicación si se hubiesen destinado oportunamente á estudios prácticos de utilidad más notoria que la inoculación de la rabia del conejo para preservar de la del perro, procedimiento con el cual ha aumentado

el número de los casos de forma paralítica, descritos elocuentemente por Jacoud en la Academia de Ciencias y de los cuales el más reciente es el de Puy de Dome terminado también por la muerte el 12 de abril según el *Moniteur* de dicha fecha.

* *

Correspondiendo á la especial invitación del Doctor Cerezo, tuvimos el gusto de asistir el día 21 del pasado, á los exámenes de los alumnos de la Clínica libre de enfermedades sifilíticas que tiene á su cargo dicho profesor en el hospital de San Juan de Dios.

Después de un discurso preliminar en el cual demostró el Doctor Cerezo la necesidad de la enseñanza libre é hizo algunas apreciaciones—no del todo exactas por lo que toca á nuestro país—sobre la bibliografía de la especialidad, fueron explanando los alumnos sucesivamente los puntos ó temas que formaban el programa para el examen, respondiendo todos ellos con gran suma de conocimientos y patentizando el aprovechamiento de la enseñanza que habían recibido.

El examen debió satisfacer indudablemente al Doctor Cerezo; los profesores que lo presenciaron, aunque muy satisfechos también de los resultados obtenidos en beneficio de la enseñanza, por la constancia y la iniciativa de un particular, lamentaron únicamente que el aislamiento en que éste se vió al ultimar su obra se opusiera á la lucidez y solemnidad que con justicia reclamaba aquel acto laudable que quisiéramos se repitiese todos los días en honor de la ciencia y de nuestros profesores.

* *

Desde la impresión del número anterior, hemos recibido las siguientes publicaciones, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

Epidemia de sarampión en Palma durante el año 1887; por *D. Enrique Fajarnés y Tur*. (Dos ejemplares.)

Archivos de Medicina y Cirugía de los niños, órgano de las clínicas del Hospital del Niño Jesús, Inclusa y Colegio de la Paz de esta corte, fundado y dirigido por el *Dr. D. Baldomero Gonzalez y Alvarez*. Se publica el último día de cada mes.

Revista bibliográfica internacional, periódico quincenal, dedicado al examen y propaganda de obras científicas y literarias, dirigido por *D. Antonio Agustín Garcia*, abogado del ilustre Colegio de Madrid.

Anuario de Medicina y Cirugía, 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 doctor Braithwaite, completado con artículos de publicaciones de otros países, por los doctores G. Reboles y Campos y F. García Molinas, ilustrado con 26 grabados intercalados en el texto.

El Dictamen, periódico decenal de Medicina y Farmacia, publicado en esta corte bajo la dirección de *D. Julián López Ocaña*.

El Restaurador Farmacéutico, revista quincenal, fundada en 1844 y dirigida en la actualidad por *D. Francisco Puigpiqué*. Barcelona.

Progresul Medical Roman, semanario de Medicina, Farmacia y Veterinaria, publicado en Bucharest bajo la dirección de los Dres. *Stefanescu y Chabudianu*.