



# BOLETIN MENSUAL

## NOTAS SOBRE ALGUNOS MEDICAMENTOS

MUY USADOS EN TERAPÉUTICA OFTALMOLÓGICA  
POR EL MÉDICO NO ESPECIALISTA

El sulfato de cobre, el nitrato de plata, la solución de subacetato de plomo (agua blanca) y la atropina, son los cuatro puntos cardinales de la terapéutica oftalmológica del médico general. Su empleo des-  
acertado acarrea desagradables consecuencias. Es por esto que no conviene abusar de estos medicamentos, que debe emplearlos única-  
mente el que conozca de un modo detallado no solo sus efectos y ma-  
nera de aplicarlos si que también la enfermedad que motiva sus indi-  
caciones.

Los medicamentos *astringentes* disminuyen el calibre de los vasos. Los *cáusticos* forman una escara y una ligera mortificación de los tejidos.

Es astringente la solución de sub-acetato de plomo (agua blanca). El nitrato de plata y el sulfato de cobre son cáusticos ligeros.

<i>Astringentes</i>	{	Sulfato de zinc	<i>Causticos de acción</i>	{	<i>ligera</i>	{	Sulfato de cobre
		Adrenalina			Nitrato de plata		
<i>Astringentes</i>	{	Alumnol	<i>Causticos de acción</i>	{	<i>enérgica</i>	{	Galvanocauterio
		Borato sódico			<i>ó fuerte</i>		Termocauterio
		Cuprol					
<i>Astringentes</i>	{	Sub-acetato de plomo, etc.					

Ni el sulfato de cobre ni de su compañero, el nitrato de plata he de mencionar sus caracteres; todo el mundo los conoce, aún los profanos en medicina. El primero se usa, por todos ó casi todos los médicos, bajo la forma de solución acuosa y en crisfales, que se encuentran muy lisos y no menos bien presentados en todas las farmacias y en algunas droguerías adelantadas (valga la palabra).

Del nitrato, la clásica solución del 1 % y los no menos populares lápices ó cilindros mitigados ó sin mitigar que también se despachan á porrillo en todas partes.

La solución de sub-acetato de plomo, muy popular tiene también sus inconvenientes como veremos después.

¿Cuándo y de que manera emplea el médico general los mencionados agentes terapéuticos?

¿Cuándo?..... Siempre que el ojo está hiperhemiado; que presenta secreción (legaña); en las granulaciones, catarros, traumatismos, etcétera, etc.

¿De qué manera?..... Al enfermo se le prescribe la solución. El médico se reserva el derecho de practicar los toques con los lápices ó barritas.

En el ojo sano, la esclerótica, presenta un color blanco azulado con algunos vasos poco marcados; la mucosa de los párpados (conjuntiva) es lisa sonrosada y véñse en ella las glándulas de Meibomio. Las pestañas están libres, no aglutinadas por secreción purulenta, y el borde del párpado en donde asientan, no difiere de la coloración normal de la piel vecina.

¿Que enfermedades son las que hiperhemian el globo ocular, hasta volverlo rojo como una cereza; aumentan la coloración de la conjuntiva que pierde su lisura y segrega un líquido purulento que aglutina las pestañas en forma de pincelitos é irrita el borde libre de los párpados?

Larga es la lista que es preciso transcribir. Héla aquí en forma de cuadro sinóptico:

<i>Enfermedades de los párpados</i>	<i>piel y borde libre</i>	{ Blefaritis, orzuelo Chalación, triquiiasis, etc.
	<i>conjuntiva</i>	{ Conjuntivitis catarral aguda y cronica; id. folicular, granulosa, purulenta, blenorragica, flictenular; traumatismos, cuerpos extraños, etc.

<i>Enfermedades de la córnea</i>	{	Úlceras: inflamatoria, serpigínea, abscesos; queratitis flictenular, traumática; cuerpos extraños, quemaduras, etc., etc.
<i>Id. de la esclerótica</i>	{	Episcleritis, escleritis lesiones violentas, etc.
<i>Id. del iris y región ciliar</i>	{	Iritis irido-ciclitis, etc.
<i>Id. de las vías lagrimales</i>	{	Dacriocistitis aguda Id. crónica, etc.

El glaucoma, panoftalmía, absceso retro-bulbar, etc., etc.

¡Cuántas indicaciones no hay que cumplir en todas ellas poniendo en práctica una terapéutica tan variada como precisa!

Pues bien, el sulfato cuprico, el nitrato argéntico y el agua blanca, aplicados sin un profundo conocimiento de la enfermedad que hace necesario su empleo son altamente perjudiciales y rara vez encuentra el médico, usándolos, franca mejoría. Con ellos se eternizan los conjuntivitis (catarro, granulaciones, etc.), se agravan las queratitis (úlceras, abscesos, flictenas, etc.) y viendo el enfermo que nada adelanta, se cansa y abandona todo tratamiento quedando con ello desacreditado el médico. Entonces no es raro que se presente la curación, sin poner en práctica remedio alguno ó tan solo los inocentes lavados con agua *boricada* que saben los enfermos ir á buscar á la botica sin receta ni consejo de médico.

El *agua blanca* de la que tanto se abusa, tiene una propiedad que presentan también en mayor ó menor grado los colirios metálicos (sulfato de zinc, de cadmio, etc.) Cuando existe en la córnea una pérdida de substancia (úlceras) se deposita y se incrusta en ella la sal metálica de la solución, formando una mancha blanca, opaca y persistente que puede dificultar la agudeza visual, si está en el centro de la pupila.

Despréndese de ello una consecuencia práctica: *en todos los casos de úlceras de la córnea* (traumatismos, cuerpos extraños, quemaduras) *está contraindicado el empleo de colirios metálicos.*

*Cauterización con el nitrato de plata.* —¿Que sucede cuando tocamos la conjuntiva palpebral con un preparado de dicha substancia?

La acción es diferente según se trate de la solución débil (2 ó 4%) ó de cilindro ó lapiz.

a) *Solución al 1, 2 ó 4%:* En el fondo de saco conjuntival existe substancia orgánica que resulta de la destrucción de las células (principios inmediatos, entre ellos la mucina) y cloruro sódico de las lá-

grimas. Al ponerse en contacto con el nitrato, se coagulan los principios inmediatos y el cloruro sódico neutraliza parte de dicha sal formándose cloruro de plata inerte... Resulta de todo ello que buena parte del nitrato queda neutralizado antes de tocar la mucosa y aún la pequeña cantidad que logra ponerse en contacto con ella es igualmente neutralizado por el cloruro sódico y la albumina de los tejidos, siendo la capa más superficial de la mucosa la única interesada. La porción de conjuntiva cauterizada se cubre de una fina película semi-transparente en cuyo alrededor se establece viva hiperhemia.

Siente entonces el enfermo sensación de cuerpos extraños, debido á que la mucosa se arruga; cesando las molestias cuando se desprende la escara que arrasta la mucosa y los agentes tóxicos que en ella se encontraban, produciendo el efecto de un lavado. Más tarde vuelve á regenerarse la fina película de conjuntiva desprendida y se establece la normalidad sin quedar señal alguna.

b) Cuando las cauterizaciones se practican con el lapiz mitigado, los efectos son análogos aunque algo más marcados.

Los *cilindros ó barritas*, puros, producen una escara profunda, muchos dolores y al desprenderse aquella, queda una extensa úlcera, roja, muy dolorosa y que sangra con facilidad ocasionando, si se descuida la limpieza consecuencias desagradables.

El nitrato de plata ofrece, pues, un inconveniente cual es el de su impenetrabilidad en la mucosa.

Se ha procurado remediarlo, juntando la plata á substancias orgánicas, lográndose con ello que no precipite con los albuminoides ni con el cloruro sódico y por lo tanto que no se forme la escara que impide la acción del medicamento en las capas más profundas.

Tenemos compuestos de plata que penetran en los intersticios de la mucosa sin causar molestias al enfermo y sin producir consecuencias desagradables aún abusando de ellos. Los más usados son, el *protargol* (proteinato de Ag.); el *argirol* (vitelinato de Ag) y el *collargol* (plata coloidal). Este último usado en medicina general en fricción; en algunas enfermedades infecciosas, ha producido excelentes resultados.

Después de usar durante mucho tiempo el nitrato de plata, la conjuntiva palpebral se torna oscura á consecuencia de las partículas metálicas que quedan entre la mucosa (*argirosis*). Parece que con los compuestos orgánicos esto no tiene lugar lo cual no deja de ser una ventaja digna de ser tenida en cuenta.

*Conviene pues, que el médico general abandone el uso del nitrato de*

plata en casos de afecciones oculares, sustituyéndolo por los preparados orgánicos que no presentan ningún peligro y cuyos efectos son notables.

En muchos Hospitales y casas de Maternidad (la de Madrid, etcétera, etc.) usan exclusivamente el *argirol* (10 ó 20 %) en la profilaxia de la oftalmia del recién nacido.

El *sulfato de cobre* (la piedra ó aygua blava del vulgo) es el único agente usado por los curanderos para tratar la *granulación* (conjuntivitis granulosa) resistente á veces á todo tratamiento aún siendo éste muy enérgico y no menos bien dirigido.

Las funestas consecuencias que acarrea el abuso de esta sustancia en manos de gente ignorante y aún en la de muchos médicos las vemos todos los días los que nos dedicamos á la especialidad.

Yo que me encuentro ahora en la provincia de Valencia en donde son tan abundantes las granulaciones como los curanderos que ofrecen su curación radical (?), he tenido ocasión de observar multitud de desgraciados, ciegos ó candidatos á la ceguera, á consecuencia de la *cupromanía curanderil* (permítaseme la palabreja).

Granulosos he visto en los cuales el único tratamiento seguido durante meses y aún años ha sido el toque cotidiano con la *pedreta blava* que si no ha producido el menor alivio, ha ocasionado en cambio el estrechamiento de la abertura palpebral (Blefarofimosis), la incurvación del párpado hacia el globo ocular (entropión) y por ello el roce de las pestañas en la córnea (triquiasis) con todas sus consecuencias que por ser muchas no puedo citar.

El sulfato de cobre usado tan solo en ciertas ocasiones (granulaciones en el período crónico) y por oculistas muy experimentados no tiene peligro alguno y produce excelentes efectos.

Por lo demás, el médico general *hará bien, en abandonar de su repertorio semejante medicamento.*

Y... vamos á la *atropina* cuyos efectos en el ojo son los siguientes: 1.º *dilata la pupila*; 2.º *calma la sensibilidad de la córnea*; 3.º *anemia el iris* (es pues un isquemante ó descongestionante del mismo); 4.º *augmentu la tensión del ojo*; y 5.º *paraliza la acomodación* por su acción especial sobre el músculo de Müller (de la acomodación).

Creo conveniente no mentar sus indicaciones y contraindicaciones porque desconociendo la mayoría de los que esto han de leer el tecnicismo oftalmológico no reportaría consecuencia práctica alguna.

Conviene saber tan solo que en los niños ha de irse con mucho cuidado por el peligro de una intoxicación, y que usada durante mucho tiempo produce una conjuntivitis catarral (atropínica) con eczema y edema de los párpados.

La acción de este agente dura de 1 á 2 semanas.

Es pues un medicamento también peligroso y que no hay que pro-  
digarlo sin conocer á fondo la afección ocular que motiva su empleo.

De lo dicho se deduce que en terapéutica ocular hay medicamen-  
tos que no debe usar el médico general por ser peligrosos y otros que  
pueden servirle sin exponer al paciente á contingencias, sino funestas  
á veces muy desagradables.

Hagamos pues, para terminar, un cuadro sinóptico de ellos:

<i>Medicamentos que no debe usar</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nitrato de plata</li> <li>Sulfato de cobre</li> <li>Sub-acetato de plomo</li> <li>Sublimado corrosivo</li> <li>Acido fénico</li> <li>Sulfato de zinc, entre los más corrientes.</li> </ul>
<i>Medicamentos que puede emplear</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Argirol (0'50 × 5 agua dest.)</li> <li>Protargol (id.)</li> <li>Solución de cianuro mercurio (0'20 por 2 cloruro só- dico y 300 agua)</li> <li>Solución bórica, agua hervida, suero fisiológico</li> <li>Cloruro cocaina (2 %)</li> <li>Solución de adrenalina al milésimo</li> <li>Xeroformo y yodoformo en polvo y en pomada (0'50 × 5 vaselina americana) fomentos calientes de alcohol (20 g.) glicerina (20 g.) y ácido bórico (20 g.) con 500 g. de agua.</li> </ul>

Con esta terapéutica sencilla, eficaz y nada peligrosa tiene bastan-  
te el médico para cumplir indicaciones de momento ya que una cura  
larga y bien conducida solo puede ponerla en práctica el especialista.

F. BORDÁS

## RESUMEN DE PATOGENIA Y NOTAS AL TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA PUERPERAL

(Continuación)

Afortunadamente la misma naturaleza en casi todos los casos, nos releva el compromiso de tomar la iniciativa pues por lo menos en lo que yo he visto es muy frecuente que desde los primeros ataques la mujer se ponga en trabajo de parto, hasta de un modo inconciente, ya que los dolores suelen no ser de mucho tan intensos como en los casos ordinarios, de tal manera es esto cierto, que se hace á veces difícil dilucidar, si la eclampsia provocó el parto, ó si este hizo estallar aquella, sobre todo si no ha podido examinarse á la mujer desde un principio; en muchas ocasiones encontramos el cuello uterino ya borrado ó en formal camino del parto, con fuertes contracciones de aquél órgano y ni los circunstantes, ni la misma mujer, cuando conserva lucidez mental, habíanse dado cuenta de ello, pues ni antes de los ataques ni en los intervalos de los mismos había dado señales de sufrimiento, único signo evidente del parto para el vulgo; tengo la observación de una primipara, que en parte cito al hablar del regimen lácteo que encontrándose casi á término hizo toda la dilatación sin un quejido que indicará se contragera su útero de tal modo que á mi llegada al lado de la enferma, preguntando si estaba muy adelantado el parto, se me contestó que no lo habían mirado creyendo no se trataba de ello, y efectivamente al reconocer á la enferma encontré la cabeza de la criatura en el estrecho inferior, luchando ya con las partes blandas, y venciendo su resistencia en pocos minutos, gracias á tres ó cuatro contracciones muy vivas con las que verificó la expulsión; había sufrido hasta aquel instante la mujer tres accesos de eclampsia y tengo por probable que á no haber estado en la clínica, sino en nna casa particular hubiere terminado el parto, con el mayor asombro ó sorpresa de todos los presentes.

Esa benéfica influencia que ejerce el parto para la madre y desarrollo de la eclampsia es difícil de interpretar, ó por lo menos las explicaciones dadas hasta el presente no satisfacen del todo. ¿Es por la sangre perdida en el acto del parto y consiguientemente descarga del organismo de productos tóxicos contenidos en aquel líquido, como quieren muchos autores? Es difícil probar como único efecto del parto aquel aserto; indudablemente es más complejo y por mi parte no desdeñaría en admitir á mas de dicha acción, que es innegable un cierto efecto probablemente de fondo nervioso ó reflejo que para darle un nombre podría llamarse de *schock* sin que ello signifique identidad con el *schok* quirúrgico, y del que hablamos en la patogenia; este efecto nervioso podría tener dos modalidades; unas veces sería la evacuación uterina el motivo para dar término al estado especial de reflejismo que antes supusimos en la mujer y que contribuiría á la producción de los accidentes eclámpticos, en otras ocasiones aquella misma evacuación produciría un efecto totalmente inverso ó sea el despertamiento de un reflejismo que antes no había existido; naturalmente que esas distintas acciones, antitecas si se quiere, no son muy claras ni pueden apoyarse por ahora en hechos de experimentación aunque bien sabidos son los fenómenos al parecer contradictorios que se admiten en materia de reflejismos nerviosos, en multiples estados del organismo normales y patológicos sobre todo; Varnier señala en la mujer eclámptica un estado tan inestable del sistema nervioso que lo compara á un tetánico, en los que la más pequeña excitación exterior puede determinar un paroxismo (Chanbrelet et Cathala).

Por otra parte si la descarga tóxica por la evacuación sanguínea abona como muy racional la práctica de la sangría, esa acción nerviosa explicaría tal vez, los casos raros á la verdad, de eclampsia en pleno puerperio y además nada se pierde en admitirlo ya que la terapeutica á veces por modesta que sea de ciertos trastornos de aquellos centros y sobre todo del tramo genital, no puede más que beneficiar á la enferma y tal vez sea la ocasión del cese de todo reflejismo, como se ve muy amenudo en la clínica para otra multitud de estados morbosos mas ó menos relacionados con afecciones ginecológicas por pequeñas que sean,

Las causas de que la eclampsia de una manera general, según antes apuntamos provoque el parto aunque no sea llegado el momento fisiológico y que el mismo sea más rápido y mucho menos doloroso que en estado normal, nos son totalmente desconocidas y solo es dable levantar hipótesis basadas en puntos de vista mas ó menos ciertos. ¿Será por ejemplo que la grande intoxicación general que domina á la mujer, tiene alguna in-

fluencia local en el reblandecimiento de los tejidos del cuello uterino, ó bién que las contracciones generales propias de la eclampsia provocan las especiales uterinas y como estas no van refrenadas, por ser casi indoloras, por la volición mas ó menos efectiva de la mujer; son mas intensas y por tanto corre el parto más rápidamente? ¿O tal vez la dicha intoxicación, por una acción hoy por hoy inesplicable, al llegar á cierto límite ó adquirir cierta modalidad indefectiblemente provoca el parto? ¿En ello se encontraría la razón de ciertos partos prematuros, que escapan á la etiología comun y ordinaria y que vienen á ser bajo este punto de vista, verdaderamente salvadores ó profilanticos, pues revelarían que la intoxicación pasó inadvertidamente y que tal vez más tarde hubiese hecho su demostración con ataques de aquella enfermedad. Estos casos como hemos visto en la patogenia, es decir sin signos, ó por lo menos con carencia de los más comunes desgraciadamente existen en la realidad; sin embargo este razonamiento más ó menos lógico, como antes decimos es puramente hipotético.

Por el iudiscutible beneficio que reporta la mujer, por el que prodigamos á la criatura, aunque no haya llegado por completo al término de su desarrollo, pues bien calculado es mejor correr los peligros inherentes á esta última causa, en las circunstancias que nos colocamos, que no los que derivan de la prolongación de la enfermedad materna, queda justificada nuestra intervención para sacar el mejor partido posible; pero volvemos á encontrar ciertas discrepancias al tratar de dilucidar la clase ó forma de nuestra intervención; ésta de una manera general puede decirse será tanto más preferible cuanto más rápidamente nos conduzca á nuestro fin, pues bien puede decirse que los riesgos que corren madre é hijo, aparte otras consideraciones son tanto mayores, cuanto más se tarde en terminar el parto; es natural además que cuanto menor sea el peligro que hagamos susceptible á ambos seres con nuestra operación será esta la preferible; la afición y aptitud del médico y hasta el medio en que este se encuentre, entran como factores hasta cierto punto en el escogimiento de aquella intervención.

Esto establecido digamos enseguida que tenemos á nuestra disposición dos caminos para llevar á término la intervención; uno mediante la laparatomía y consecutiva abertura del útero; otro por medio de maniobras puramente obstétricas ó sea por la vía genital. Después de lo que llevamos apuntado poco hemos de añadir para dilucidar la conveniencia de un método ó de otro; para nosotros sin ninguna clase de dudas es preferible la vía genital; es indudable que la cirugía moderna ofrece en las

operaciones abdominales inesperadas garantías de éxito, pero así y todo los riesgos de semejantes intervenciones son de mucho mayores para la madre, que los inherentes á las maniobras puramente tocológicas; en cuanto á la rapidez de terminar el parto hay que reconocer que una laparotomía sin incidentes operatorios es el ideal, pues es cortísimo el tiempo que ella precisa pero ya hemos anteriormente manifestado que en la eclampsia el parto generalmente se declara de una manera espontánea y ahora añadiré que aún en los casos que aquél no se establece, es preferible la intervención tocológica, porque es sumamente fácil el provocarlo y terminarlo rápidamente; esto no puede comprobarse por razonamiento alguno pero la clínica así lo ofrece ó por lo menos así he tenido ocasión de observarlo, hasta tal punto es especial la enfermedad que historiamos bajo este punto de vista, que las maniobras aconsejadas para el parto provocado y empleadas en otras afecciones y accidentes del embarazo y aún del parto han estado en mis manos muy lejos de dar el brillante resultado que en estas circunstancias me han proporcionado; ello ha contribuido á darme cierta convicción de que la tal enfermedad por razones que no me son conocidas ejercen alguna acción especial en la facilidad del parto según yo anteriormente establecí.

No entra en mi ánimo excluir ni mucho menos, la laparotomía del tratamiento en el caso que nos ocupa, pero sí que la encuentro una indicación excepcional y extrema, por lo menos me he pasado sin ella en todos mis casos teniendo la fortuna de llevar á término mi propósito, por la intervención genital solamente. Sin embargo aconsejaría su práctica cuando hubiera la seguridad de que no había tiempo con otra intervención cualquiera de salvar la vida de la criatura, sea por derrame de meconio sea por mal estado ó no percepción del latido cardiaco después de muy poco tiempo pues la de la madre queda en estado muy problemático al llegar á ese extremo y es lógico que de dos existencias salvemos una con seguridad; también puede indicarse, cuando, sea por falta de medios, ó no saberlos usar convenientemente, y fallar estos en su resultado la laparotomía que para la generalidad de los médicos modernos es seguramente más factible que la serie de maniobras puramente obstréticas precisas para tales casos. Este criterio puede decirse fué el dominante en el Congreso de Lisboa, al tratarse incidentalmente la cuestión á propósito de una comunicación del Doctor Maia Méndez. Los D. D. Costa Sacadura, da Costa, Mattos, Recasens, Pinho y el que tiene el honor de hablar en este instante reconocieron y aceptaron como muy excepcional la indicación de la laparotomía en tales circunstancias. Cuan

do el feto está muerto la cosa puede tomarse bajo otro aspecto, pues entonces si el parto se ha iniciado ó sea facil el provocarlo dadas las condiciones de reblandecimiento ó dilatabilidad del cuello uterino, es mucho más preferible una embriotomía que una cesárea, si por el contrario el cuello es rígido, inextensible y sobre todo el estado de la madre sea de mucha gravedad juzgando nosotros pueda serle útil una rápida evacuación uterina entonces puede practicarse la abertura del útero por el abdomen que nos llevará á nuestro fin mucho más rápidamente. De modo que viva la criatura encontramos una indicación de la laparotomía para salvarle de la muerte; por el contrario muerta la encontramos para salvar á la madre por supuesto como medio extremo; pues aunque desde Halberstein que practicó en 1878 por primera vez esta operación son varios los autores que la han repetido (Dührssen, Ahlfeld, etc.) los resultados obtenidos son muy poco satisfactorios; dos criaturas muertas y tres mujeres, en tres operaciones recientemente publicadas (Lœwenstein).

Dejando pues á un lado la laparotomía vamos á exponer la manera de realizar el parto en las circunstancias expuestas, ó sea estando la mujer en los últimos de su embarazo ó ya en el comienzo del parto, cuando sobrevienen los ataques; tenemos que distinguir dos casos; uno, el más frecuente en la práctica, en el que junto con los primeros accidentes se inicia el parto, entendiéndose que la tal iniciación puede consistir en presentar el cuello uterino más ó menos borrado solamente, ó una muy ligera dilatación del mismo, ó ser simplemente de los llamados facilmente dilatables, dado su reblandecimiento, ó que presente la mujer contracciones uterinas más ó menos fuertes pero verdaderas, que al fin y al cabo son estos los signos del verdadero comienzo del parto; el otro caso que mucho más raramente nos ofrece la clinica lo caracterizamos por la ausencia completa de las anteriores manifestaciones ó á lo menos de una manera apreciable; para la primera categoría el asunto es bastante sencillo llegándose al fin deseado con una rapidez que deja muy satisfecho, puede decirse que no ofrece dudas, ni peligros, ni discusión, no sucede lo mismo para la segunda oportunidad en que para cumplir nuestro propósito puede costarnos bastante, teniendo ya ciertos peligros más ó menos grandes y es en el que caben las discusiones y preferencias entre las intervenciones; empezaremos por este último caso pues bien se comprende que una vez logremos iniciar el parto nos colocamos en la primera categoría, por tanto la segunda parte del mismo podríamos decir es idéntica en ambos casos.

(Concluirá)

DR. JUAN SAU

## Apuntes para la Flora de La Sella y su comarca

(Continuación)

**Sorbus torminalis.** CRANTZ. Bastante común en torrentes de San Martín Sapresa, Sta. Creu de Horta y alguna que otra mata en S. Julián del Llor, si bien que hay pocos pies bien desarrollados no pasando en su mayoría de la categoría de matas. Mayo.

**S. aria.** CRANTZ. *N. v.* MUXERA. Frecuente en los castaños de Santa Creu de Horta, no tanto en S. Martín Sapresa. Junio. Las flores son utilizadas para combatir algunas enfermedades del ganado de cerda.

Especies cultivadas: Lo son por sus frutos el **MESPILUS GERMANICA.** L. (NESPLER.) **ERIOBOTRYA JAPONICA.** (NÍSPERO.) tiene buen porte y sus frutos muy precoces; **CYDONIA VULGARIS.** PERS. (CODONYER); con sus frutos se preparan confituras y jarabes; tanto el fruto como las hojas son utilizados como astringentes para cortar las diarreas. **PYRUS COMMUNIS.** L. (PARÉ.) Muchas son las variedades y razas de esta especie que se cultivan por sus sabrosos frutos: **MALUS COMMUNIS.** Lam. (POMERA.) Lo mismo cabe afirmar referente á esta especie; la carne de sus frutos es más tolerada por estómagos delicados que la de la anterior especie; **SORBUS DOMESTICA.** L. (SERVÉ.) Algún pie hacia el manso Colobran de Susqueda.

### PUNICACEAS

**Punica granatum.** L.—*N. v.* MAGRANÉ. Subespontáneo en bordes de caminos hacia Amer y S. Clemente. Mayo. Es cultivado por sus frutos á pesar de madurar poco en esta localidad; con ellos se preparan zumos y jarabes; su corteza es utilizada como astringente.

### MIRTACEAS

**Myrtus communis.** L.—*N. v.* MURTRA. Frecuente hacia el Pastoral y S. Clemente de Amer. Mayo-Junio.

## FILADELFAS

Solo hay cultivado por sus flores el *Philadelphus coronarius*. L. (XERINGUILLA.)

## CUCURBITACEAS

*Bryonia dioica*. Sq. — *N. v.* CARBASINA. En márgenes, setos y matorrales. Mayo. Con los tubérculos de la raíz se prepara un aceite con el cual untan el vientre de los tifóidicos, no librándose la camisa, sábanas y demás envoltorios, así como las manos y aún los vestidos del médico si no pone sumo cuidado al inspeccionar el enfermo; dicese que combate el timpanismo.

*Ecballium elaterium*. Rich. — *N. v.* COGOMBRILLO. Subespontáneo y cultivado en Contestins, Amer, etc. Verano. Es purgante y sus frutos, muy diuréticos

Especies cultivadas: Casi todas prestan grandes servicios en Agricultura; el *CUCUMIS SATIVUS*. L. (COGOMBRA) sirve para ensalada así como para el ganado de cerda; *C. MELO*. L. (MELÓ) produce perfumados frutos; *C. CITRULLUS*. L. (XINDRIA) frutos muy refrescantes; *C. COLOCYNTHIS*. L. (CARBASETAS) sirven de adorno; *LAGENARIA VULGARIS*. Ser. (CARBASA VINATERA) es la calabaza de cuello ó de peregrino; *L. CLAVATA*, variedad de la anterior, tiene los mismos usos; *CUCURBITA PEPO*. L. (CARBASA) (1) fruto voluminoso para alimento del hombre y ganado de cerda; *C. MELOPEPO*. L. para adorno; *TRICHOSANTHE CULEBRINA*. id.; los pétalos son muy laciniados y sus frutos parecen culebras; *LUFACYLINDRICA*, el armazón de la pulpa es usado como esponja ó estropajo.

## CIRCEACEAS

*Circaë Lutetiana*. L. Torrentes y sitios umbrosos. Junio.

## MIRIOFILACEAS

*Myriophyllum verticillatum*. L. Frecuente en acequias de ésta, Anglés y S. Julián del Llor. Mayo-Junio.

(1) No es prudente pronunciar siquiera esta palabra delante de estudiantes ó de enamorados... con seguridad se provocarían síncope, lipotimias, ataques histero-nerviosos, etc., con lo cual se causaría grave daño al prójimo.

## E N O T E R A C E A S

*Ænothera biennis*, L. Muy rara en esta, algo frecuente hacia Billauna y abundante en la Dehesa de Gerona. Mayo-Junio.

*Epilobium hirsutum*, L. Común en regueros y lugares húmedos. Junio-Julio.

*E. molle*, Lam, En los mismos lugares que el anterior. Julio.

*E. lanceolatum*, Sebast. En rocales y bordes de caminos hacia Osor. Junio.

## C A L I T R I C H A C E A S

*Callitriche stagnalis*, Scop. En charcas de agua corriente ó limpia de S. Julián del Llor y también cerca el manso Fanera de esta. Junio.

## L I T R A C E A S

*Lythrum salicaria*, L. Bordes de regueros y lugares húmedos de esta. Junio-Julio.

*L. hyssopifolia*, L. Hace un par de años que ví crecer abundante esta especie en una viña de esta no habiéndola visto más en ninguna otra parte hasta el mes de Mayo último en reducida localidad de un bosque del manso Fanera. Mayo.

## T A M A R I S C I N E A S

*Tamarix Hispanica*, Bois. Como tal fué clasificada por el Dr. Cadevall un arbusto que crece en las orillas del Ter en esta y Contestins. El no haberlo visto mencionado en la «Flora fanerogámica de la península Ibérica» por Mariano del Amo y Mora, ni en la «Nouvelle Flore Française» de Gillet, ha sido causa de que confundiese esta planta con el *T. GALLICA*, L. con la cual debe parecerse mucho. Tampoco hacen mención de ella el Sr. Costa ni el Sr. Vayreda en su «Catálogo de plantas notables de Cataluña.»

## P O R T U L A C E A S

*Portulaca oleracea*, L. — *N. v.* VERDOLAGA. En huertos y campos. Verano. Es comestible. Se cultivan algunas variedades por sus flores.

## PARONIQUIACEAS

*Herniaria glabra*. L. Frecuente hacia Osor, La Sellera, etc., en bordes de caminos. Julio.

*H. hirsuta*. L. No tan común como la anterior y en los mismos lugares. Julio.

*Seleranthus annuus*. L. Común entre las mieses. Mayo.

*Polycarpon tetraphyllum*. L. Abunda en bordes de caminos y lugares incultos. Junio.

Nota. En Rosas cogí abundante la *PARONYCHIA ARGENTEA*. Lam. Mayo.

## CRASULACEAS

*Sedum fabaria*. K. — *N. v.* BALSAM? Frecuente en los rocales del camino de Osor. y en esta hacia Palou. Verano-Otoño.

*S. cepOa*. Hacia Osor; raro. Verano.

*S. acre*. L. Arenales del Ter y en Osor. Mayo-Junio.

*S. altissimum* Poir. Frecuente en bordes de caminos, muros viejos, etc. Junio.

*S. album*. L. No tan abundante como el anterior. Verano. Estas tres especies son vulgarmente conocidas por CRESPINELL.

*Sempervivum tectorum*. L. — *N. v.* MATIFOCH. Alguna que otra vez en muros viejos; algo abundante en los rocales del Pasteral y hacia Susqueda. Otoño.

*Umbilicus pendulinus*. D. C. — *N. v.* TASAS DE JUEU; BARRATETS. Frecuente en márgenes y muros antiguos. Mayo.

Es cultivada en macetas para adorno de habitaciones el *SEDUM SIEBOLDII*.

## CACTACEAS

*Cactus opuntia*. L. — *N. v.* FIGUERA DE MORO. Poco cultivado; en márgenes secos y terrenos incultos cerca de algunas casas de campo. Primavera. Los frutos son comestibles.

## PASIFLOREAS

Se cultiva por sus flores algo extravagantes y como enredadera

la *PASSIFLORA CÆRULEA*. (PASIONERA.) Los diversos órganos de esta planta se han comparado á los instrumentos de la Pasión. Junio.

### SAXIFRAGACEAS

*Saxifraga tridactylites*. L. Muy escaso; hállase hácia el manso Riera de Plantadís. Primavera.

*S. granulata*. L. En márgenes y lugares húmedos de esta; muy frecuente en S. Hilario Sacalm. Mayo.

*S. geranioides*. L. S. TREMOLSII. Pau. — *N. v.* HERBA DE SAN SEGIMON. Hácia Plantadís, en las rendijas de los peñascos. Verano. Es muy aromática y usada en infusión como calmante de los dolores abdominales, cólicos, etc., al par que muy solicitada por los herbolarios.

*Chrysosplenium oppositifolium*. L. Font del Coral y lugares muy húmedos de Osor y Sta. Creu de Horta. Abril.

Nota: Poseo de Platraver un pie de *SAXIFRAGA LONGIFOLIA*. Lap. (HERBA DE TALL; CORONA DE REY.) yerba misteriosa á la cual se atribuyen propiedades emenagogas y abortivas. Es cultivada la *SAXIFRAGA ROSEA*. (HORTENSIA D' HIVERN.)

### GROSULARIACEAS

Son cultivados con poco éxito, por sus frutos que se destinan á la preparación del jarabe de grosellas el *RIBES RUBRUM*. L. y el *R. NIGRUM*. L. (RIBAS.)

JOAQUIN CODINA.

(Continuará)

La Sellera 2 Julio 1908.