

# LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

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

AÑO XII }

LIMA, ABRIL 30 DE 1895.

{ N.º 152

## ARTICULOS ORIGINALES

### LA ATAXIA AGUDA DE LEYDEN ó polineuritis y el tifus exantemático.

Han sido señalados por los clínicos casos de polineuritis consecutiva, ya á algunas intoxicaciones, como la alcohólica, mercurial, etc., ya á algunas enfermedades infecciosas, como la gripe, la fiebre tifoidea, el sarampión, el paludismo, etc.; pero entre los casos descritos no se ha consignado aún ninguno generado por el *tifus exantemático*, y esto no porque hayan dejado de presentarse, sino por que han pasado desapercibidos á la observación, en épocas en que la polineuritis era menos conocida que hoy, en que, merced á los importantísimos estudios de Dejerine, Leyden, Dreschfeld, Leval-Piquechef, Thomsen, etc., se tiene conocimiento perfecto de la enfermedad. En nuestra práctica hospitalaria hemos tenido ocasión de observar el caso siguiente.

Bernabé Rodríguez, indio, de 30 años de edad, soldado del batallón Ayacucho N.º 3, ingresó en el hospital Militar de San Bartolomé el

14 de diciembre de 1894, donde ocupó la cama N.º 4 de la sala de San Antonio.

Quince días antes llegó Rodríguez con su batallón, procedente de Puno; á los 9 días de su llegada enfermó con fiebre, habiendo permanecido en su cuartel durante 6 días, al cabo de los cuales fué traído al Hospital.

Examinado, presentó el siguiente cuadro de síntomas: decúbito supino, 39°6 de temperatura, pulso pequeño y frecuente, adinamia profunda, fisonomía estuporosa, conjuntivas oculares bastante congestionadas, lengua seca y fuliginosa lo mismo que las encías; vientre cerrado, algo timpánico, ausencia de dolor. Auscultado se percibían en el aparato respiratorio algunos estertores mucosos, roncantes y sibilantes.

Llamaba la atención un *rash* semejante al que precede á la erupción sarampionosa, extendido en la piel del tórax y de los miembros superiores é inferiores.

En vista de este cuadro de síntomas, no se vaciló en diagnosticar *tifus exantemático*; no siendo la bronquitis que tenía el paciente, sino una manifestación secundaria debida á la misma infección tífica.

No cabe duda alguna que Rodríguez adquirió esta enfermedad in-

fecciosa en Puno, en cuyo lugar, como en toda la sierra del Perú, el tífus es endémico; la enfermedad vino á estallar en Lima después de algunos días de incubación.

El paciente fué sometido al siguiente régimen:

Poción de Todd, por bebida.

Salol.....	4	gramos
Mucilágo gomoso....	120	„
Tintura de almizcle. } áá		
Mixtura alcanforada }	4	„

para tomar una cucharada cada 2 horas.

Naftalina.....	60	centígr.
Mucilágo gomoso....	200	gramos

para 2 enemas (noche y mañana).

Al siguiente día, 15 de diciembre, amaneció con 40°2, el exantema de la piel se hizo más generalizado y manifiesto, se extendía á todo el cuerpo, excepción hecha de la cara, y se presentaba bajo la forma de manchas más ó menos confluentes de color rojo claro. El paciente solía quejarse, y con más persistencia cada vez que se ejercía presión así en los músculos de los miembros superiores é inferiores, como en el trayecto de los nervios, especialmente en los puntos donde estos son más superficiales; sentado en el borde de la cama y excitado por medio de la percusión el reflejo rotuliano, se comprobó la ausencia de éste en ambos miembros.

La sensibilidad en los miembros superiores é inferiores estaba embotada, pues la impresión producida por la hincada de un alfiler, no era percibida sino algunos segundos después de verificada.

La pupila obedecía á la acción de la luz.

En cuanto á las síntomas suministrados por la marcha, era imposible investigarlos, pues nuestro enfermo no podía tenerse en pie á consecuencia del estado de adinamia.

En presencia de todos estos últi-

mos síntomas, no podía dudarse de que la infección tífica había determinado una ataxia aguda, ó polineuritis, como también la llaman algunos autores.

El régimen á que se sometió al paciente, fué el mismo del día anterior; habiéndose ordenado además se le hicieran fricciones con esencia de trementina, dos veces al día, en los miembros superiores é inferiores. En la tarde el termómetro marcó 40°3.

El 16 la temperatura de la mañana era de 39°4. La adinamia y el estupor eran más manifiestos; la lengua estaba aun más seca y fuliginosa, lo mismo que las encías; los otros síntomas se mantenían casi en el mismo estado. Continuó sometido al régimen del día anterior. En la tarde el termómetro marcó 39°8.

Desde el día 17 continuó decreciendo la temperatura paulatinamente, hasta el 22 de diciembre, en que amaneció apirético (37°1). La intensidad de los otros síntomas tíficos fué también disminuyendo progresivamente; pero los de la polineuritis aun no habían desaparecido; pues la sensación de dolor á la presión de los nervios y de los músculos, persistía aunque no con la intensidad del principio; lo mismo sucedía con la disminución de la sensibilidad y la ausencia del reflejo rotuliano,

Como en los últimos días la energía del músculo cardíaco hubiese disminuído, se reemplazó la poción de salol por la siguiente:

Bicloruro de quinina...	2	grms.
Agua destilada.....	120	„
Tintura de digital.....	2	„
Jarabe simple.....	30	„

para tomar una cucharada cada 2 horas.

Poción de Todd, por bebida.

Enemas de naftalina y fricciones estimulantes de esencia de trementina una vez al día.

El 22 continuó la apirexia, pero en el estado de depresión consiguiente á su grave enfermedad. Se le prescribió: 30 gramos de vino de quina con 90 gotas de tintura de nuez vómica, para tomar tres veces al día, y 30 centigramos de ioduro de amoniaco antes de los alimentos. En lugar de las fricciones de trementina se ordenó masaje seco en los miembros superiores é inferiores.

Con el régimen anterior continuó hasta el 15 de febrero, día en que Rodríguez se encontraba completamente curado de la polineuritis; pues el dolor que antes sentía cuando se le presionaban los nervios y músculos había desaparecido; el reflejo rotuliano y la sensibilidad habían vuelto al estado normal.

Lima, abril de 1895.

DR. M. GONZÁLEZ OLAECHEA.

## BREVE REVISTA TOCOLÓGICA

de la Maternidad de Lima

AÑO DE 1894

Los libros de la Maternidad del Hospital de Santa Ana registran en el año próximo pasado, 607 partos, distribuidos del modo siguiente: enero, 54; febrero, 50; marzo, 49; abril, 55; mayo, 57; junio, 48; julio, 46; agosto, 46; setiembre, 54; octubre, 49; noviembre, 50, y diciembre, 49.

*Nacionalidad.*— Las parturientes han sido: peruanas 593, ecuatorianas 5; colombianas 3; chilenas 2; japonesa 1; china 1; boliviana 1 y argentina 1.

*Raza.*— Han sido de raza blanca 38; india 282, con un *mínimum* (1) mensual de 16 y un *máximum*

de 28; negra 45. A fin de evitar una multiplicidad de castas he agrupado con la denominación de *mestizas*, los entrecruzamientos de la raza blanca é india con la negra. Su número llega á 242, con un *mínimum* mensual de 14 y un *máximum* de 27.

*Edad.*— Esta ha variado entre 14 y 42 años en el orden siguiente: de 14, 5; de 15, 8; de 16, 13; de 17, 30; de 18, 55; de 19, 52; de 20, 63; de 21, 42; de 22, 39; de 23, 35; de 24, 30; de 25, 42; de 26, 30; de 27, 22; de 28, 34; de 29, 15; de 30, 28; de 31, 8; de 32, 11; de 33, 6; de 34, 3; de 35, 12; de 36, 8; de 38, 5; de 39, 4; de 40, 2; de 42, 1.

*Estado civil.*— Han sido solteras 431 (*mínimum* mensual 11, *máximum* 42); casadas 160 (*mínimum* 7, *máximum* 18) y viudas 16.

*Frecuencia de los partos.*— Las primíparas han sido 189, con un *mínimum* mensual de 11 y un *máximum* de 21. Las múltiparas 418, con un *mínimum* de 31, y un *máximum* de 43.

*Nacimientos.*— En los 607 partos han habido 616 nacimientos, debiéndose esta diferencia á partos gemelares.

*Sexo de los recién nacidos.*— Han sido hombres 323, correspondiendo: á enero, 28; á febrero, 31; á marzo, 23; á abril, 30; á mayo, 26; á junio, 29; á julio, 21; á agosto, 24; á setiembre, 32; á octubre, 30; á noviembre, 27, y á diciembre, 22.

Han sido mujer 293, distribuidas así: á enero, 27; á febrero, 19; á marzo, 27; á abril, 26; á mayo, 33; á junio, 19; á julio, 26; á agosto, 25; á setiembre, 22; á octubre, 19; á noviembre, 23, y á diciembre, 28.

*Estado de los niños al nacer.*— Han nacido vivos 574 y muertos 42, de éstos, 22 fueron hombres y 20 mujeres.

*Término del embarazo.*— Han nacido á término 577; de 6 meses 5, (2 hombres nacidos muertos y 3 mujeres una de ellas muerta); de

(1) El *mínimum* y *máximum* se ha tomado entre los doce meses del año.

6 y medio meses 1 (hombre nacido muerto); de 7 meses 24 (entre éstos se cuentan 2 partos de gemelos). Fueron hombres 14 (de los que nacieron vivos 9 y muertos 5), y mujeres 10 (vivas 6 y muertas 4). Han nacido á los 8 meses 9, de los que han sido gemelos 8. El parto simple fué de un varón vivo. En los de gemelos fueron hombres 5 (todos vivos) y 11 mujeres (de las que 10 nacieron vivas y 1 muerta).

*Partos simples y gemelares*—Los partos simples han sido 598, y los gemelares 9 (primíparas 3 y múltiparas 6). De estos últimos 2 se han verificado á los 7 meses, los demás á los 8. Han sido de dos varones vivos, 2; de un varón y una mujer vivos, 1; de dos mujeres vivas, 4; de dos mujeres una viva y otra muerta, 1.

*Intervención durante el parto.*—De los 616 nacimientos, 591 se han realizado naturalmente, habiendo habido necesidad de intervención manual en 10, é instrumental en 15. Se intervino del primer modo en 2 presentaciones de nalgas, en 2 de vértice y en 6 de hombro.

Las extracciones en presentación de nalgas se han practicado en múltiparas cuyos fetos ocupaban la posición izquierda anterior. En una había hemorragia é imposibilidad de una expulsión natural (en este caso nació un niño de término, pero muerto); en la otra se trataba de un embarazo de gemelas. En dos casos de presentación de vértice se hizo la versión: en uno á causa de prolapsus del cordón, naciendo un niño vivo, pero antes de tiempo; en el otro por eclampsia. En éste se obtuvo la dilatación completa mediante duchas vaginales; era un embarazo gemelar; después de una aplicación de fórceps, se extrajo el segundo feto mediante la versión.

Las versiones por presentación de hombro se han practicado en múltiparas. Todas han sido de hombro izquierdo: 5 en posición derecha posterior, y 4 en izquierda

anterior. De los 6 nacimientos verificados en estas condiciones (5 varones y 1 mujer), vivieron 2 (1 hombre y 1 mujer) y murieron 4 (hombres).

En resumen, con las operaciones manuales se ha conseguido un éxito de 4 criaturas vivas por 6 muertas.

Las intervenciones instrumentales, en número de 15, han consistido en aplicaciones de fórceps y en una baciótricia; se distribuyen así: 2 en cada uno de los meses de enero, abril, junio y julio, y 1 en los de febrero, marzo, mayo, agosto, setiembre, noviembre y diciembre, faltando únicamente en el de octubre.

Eran primíparas 9 y múltiparas 6. Todas con embarazo de término. Sólo un parto fué de gemelos, y en éste se extrajo el primer feto mediante el fórceps y el segundo por extracción manual.

Las presentaciones han sido de vértice 13 y de cara 2. Las primeras han tenido por posiciones: izquierda anterior 9, derecha anterior 2 y derecha posterior 2. Las de cara han sido izquierda anterior.

Brevemente expondré las causas de la aplicación del fórceps: por imposibilidad natural, ya física ó moral (primíparas 6, múltiparas 4); y por eclampsia (una múltipara y tres primíparas, una de estas últimas estaba embarazada de gemelos); de los 5 nacimientos sólo se obtuvo una niña viva.

En una de las presentaciones de cara fué necesario aplicar la baciótricia, extrayéndose por este medio un varón de término, en una múltipara.

En resumen, mediante las 15 operaciones instrumentales se han conseguido 7 nacimientos vivos (hombres 4 y mujeres 3) y 8 muertos (hombres 4 y mujeres 4).

*Presentaciones.*—Han sido de vértices 591, de cara 3, de nalgas 16 y de hombro 6.

*Posiciones.*—En las presentaciones de vértice, han ocupado la po-

sición izquierda anterior 479; derecha posterior 72; derecha anterior 38; izquierda posterior 2. Las izquierda anterior han figurado con un *mínimum* mensual de 31 y un *máximum* de 49.

Respecto á las derecha anterior, que son muy raras, no se puede precisar las que realmente lo han sido, pues su crecido número es debido á que en algunos casos se ha determinado la posición del feto cuando el trabajo se había ya iniciado, siendo muy probable que más bien se haya tratado de derechas posteriores. No obstante, así está consignado en el libro de observaciones.

En las presentaciones de nalgas, han ocupado la posición izquierda anterior 11; derecha posterior 3; derecha anterior 1; izquierda posterior 1.

En las de cara, han sido izquierda anterior 1; derecha posterior 1.

En las de hombro, han sido izquierda anterior 1 y derecha posterior 5.

Las posiciones en los partos gemelares han sido las siguientes: Tratándose de las presentaciones de vértice (6), izquierda anterior y derecha posterior 3; izquierda anterior y derecha anterior 2; derecha posterior é izquierda anterior 1.—Tratándose de las de vértice y de nalgas (3), occípito iliaca derecha anterior y sacro iliaca izquierda anterior 1; occípito iliaca izquierda anterior y sacro iliaca derecha anterior 1; sacro iliaca izquierda anterior y occípito iliaca izquierda anterior 1.

*Longitud de los fetos.*—Esta ha variado entre 25 y 61 centímetros en el orden siguiente: de 25 centím. 1 (de 6 m.); de 28, 1 (de 7 m.); de 32, 2 (1 de 7 m.); de 33, 1 (de 7 m.); de 34, 5 (1 de 6 m. y 3 de 7.); de 35, 1 (de 7 m.); de 36, 2 (de 7 m.); de 37, 6 (2 de 7 m.); de 38, 1 (de 7 m.); de 39, 2 (1 de 6 m. y 1 de 7.); de 40, 12 (2 de 7 m.); de 41, 3; de 42, 11 (1 de 6 m. y 1 de 7.); de 43, 5; de 44, 7 (1 de 7 m.); de 45, 32; de 46, 22

(3 de 7 m.); de 47, 22 (1 de 7 m.); de 48, 67 (1 de 5 m.); de 49, 73; de 50, 99; de 51, 56 (1 de 7 m.); de 52, 76; de 53, 30; de 54, 41; de 55, 15; de 56, 13; de 57, 4; de 58, 1; de 59, 2; de 61, 1.

El *máximum* y *mínimum* mensual de las longitudes mayores han sido: de 48 centímetros mín. 2, máx. 10; de 49, mín. 3, máx. 11; de 50, mín. 1, máx. 14; de 51, mín. 1, máx. 8; de 52, mín. 1, máx. 12.

*Diámetro Bi-acromial.*—Este ha variado entre 8 y 21 centímetros en el orden siguiente, de 8 centímetros, 5 (1 de 6 meses y 3 de 7 m.); de 9, 10 (2 de 6 m. y 6 de 7.); de 10, 12 (7 de 7 m.); de 11, 17 (3 de 7 m.); de 12, 54 (1 de 6 m. y 4 de 7.); de 13, 107 (1 de 6 y medio m. y 1 de 6.); de 14, 158; de 15, 106; de 16, 72 (1 de 7 m.); de 17, 46; de 18, 21; de 19, 7; de 21, 1.

Las medidas mayores han tenido el *mínimum* y *máximum* mensual siguiente: de 13, mín. 3, máx. 19; de 14, mín. 8, máx. 21; de 15, mín. 3, máx. 16.

*Diámetro Bi-trocanteriano.*—Ha variado entre 5 y 17 centímetros en el orden siguiente: de 5, 2 (1 de 6 m.); de 6, 7 (2 de 6 m. y 5 de 7.); de 7, 11 (1 de 6 m. y 7 de 7.); de 8, 12 (1 de 6 m. y 2 de 7.); de 9, 39; de 10, 74 (1 de 6 m. y 1 de 7.); de 11, 115 (1 de 6 y medio m.); de 12, 183; de 13, 110; de 14, 50; de 15, 11; de 16, 1; de 17, 1.

Las medidas mayores han tenido un *mínimum* y *máximum* siguiente: de 10, mín. 1, máx. 13; de 11, mín. 4, máx. 16; de 12, mín. 10, máx. 24; de 13, mín. 2, máx. 18.

*Peso de los fetos.*—Este ha variado entre 400 y 5.400 gramos en el orden siguiente: de 400 gramos, 1 (de 6 m.); de 1000, 3 (1 de 6 m. y 2 de 7.); de 1100, 3 (1 de 6 m. y 2 de 7.); de 1200, 3 (2 de 7 m.); de 1300, 2 (1 de 6 m. y 1 de 6 y medio m.); de 1400, 3 (2 de 7 m.); de 1500, 4 (1 de 6 m. y 3 de 7.); de 1600, 1 (de 7 m.); de 1700, 1 (de 7 m.); de 1900, 2; de 2000, 7 (1 de 6 m. 1 de 7.);

de 2100, 3 (1 de 7 m.); de 2200, 9; de 2300, 10 (1 de 7 m.); de 2400, 5 (1 de 7 m.); de 2500, 9; de 2600, 9; de 2700, 8; de 2800, 17 (1 de 7 m.); de 2900, 28; de 3000, 69 (3 de 7 m.); de 3100, 28; de 3200, 49 (2 de 7 m.); de 3300, 51; de 3400, 53; de 3500, 75; de 3600, 43; de 3700, 33; de 3800, 24; de 3900, 16; de 4000, 24; de 4100, 4; de 4200, 7; de 4300, 2; de 4400, 3; de 4500, 3; de 4600, 1; de 4900, 1; de 5400, 1.

*Peso de las placentas.*—A pesar de que los partos han sido 607, la suma de las placentas es de 610, á consecuencia de 3 partos gemelos de placenta doble, dos de ellos con un embarazo de 7 meses; los otros 6 partos gemelos han tenido placenta común. El peso ha variado entre 40 y 1300 gramos. Se distribuye como sigue: de 40 gramos 1 (de 6 meses); de 100, 2 (de 7 m.); de 150, 2 (de 7 m.); de 200, 12 (1 de 6 m. y 4 de 7); de 300, 22 (2 de 7 m.); de 400, 70 (2 de 6 m. y 7 de 7); de 450, 1 (de 7 m.); de 500, 163 (3 de 7 m.); de 600, 182 (1 de 7 m.); de 700, 84 (1 de 6 m. y 1 de 7); de 800, 41 (1 de 6 meses y medio); de 900, 14; de 1000, 14; de 1100, 1; de 1300, 1.

Entre estos pesos está comprendido el de las placentas de embarazo de gemelos; pero para mayor precisión las expresaremos separadamente.

Embarazo de 7 meses, placenta común 1, peso 400 gramos; embarazo de 7 m., placenta doble 1, peso 500 y 450 gramos; embarazo de término, placenta común 5, peso 400, 1; 800, 2; 900, 1; 1060, 1; embarazo de término, placenta doble 2, peso 1<sup>a</sup> 700 y 600, 2<sup>a</sup> 500 c/u.

Para concluir esta ligera Revista me ocuparé suscitadamente de las Hemorragias de las Eclampsias y Septisemias.

*Hemorragias y taponamientos.*

N.º 1—India de 26 años, múltipara, con 8 meses de embarazo, hemorragia. Presentación de nalgas, posición izquierda anterior. No fué necesario taponarla, pues el cuello

uterino estaba suficientemente dilatado, permitiendo extraer un niño muerto.

N.º 2—Mestiza de 23 años, múltipara, con 7 meses de embarazo y hemorragia que le duró una noche y un día. Se taponó, conservando el tapón durante 9 horas, al cabo de las cuales expulsó naturalmente una niña muerta en presentación de vértice, posición izquierda anterior. Se trataba de una implantación viciosa de la placenta.

N.º 3—Mestiza de 29 años, múltipara, con embarazo de término; estuvo 2 días y una noche con dolores y hemorragia. Se le aplicó una irrigación vaginal seguida de un taponamiento por 12 horas, y no provocando el tapón las contracciones uterinas, se rompieron las membranas y se extrajo después mediante la versión un niño muerto en presentación de vértice, posición izquierda anterior.

N.º 4—Blanca de 19 años, primípara. Después de un parto natural (presentación de vértice, posición izquierda anterior) en el que dió á luz una mujer viva de término, sobrevino una hemorragia, que fué detenida mediante irrigaciones de agua caliente.

*Eclampsias.*—N.º 1.—India de 30 años, múltipara, atacada de eclampsia estando embarazada de término. La presentación era de cara, posición izquierda anterior. Se le extrajo una niña mediante una aplicación de fórceps, la que nació viva.

N.º 2.—Negra de 25 años, primípara. Le dió 14 ataques, estaba embarazada de gemelos de término (presentación de vértice, posición izquierda anterior). Se le extrajo con el fórceps un hombre muerto.

N.º 3—Negra de 19 años, embarazada de gemelos de término. Para provocar el parto se le aplica-

ron duchas vaginales, consiguiéndose la dilatación del cuello uterino. Se aplicó el fórceps, extrayéndose una mujer muerta (presentación de vértice, posición izquierda anterior); en seguida, mediante la versión, dió á luz otra mujer muerta (presentación de vértice, posición derecha posterior).

N.º 4— Mestiza de 15 años, primípara, con embarazo de término, expulsó naturalmente un niño vivo en presentación de vértice, posición izquierda anterior. Después del parto le sobrevino varios ataques de eclampsia.

N.º 5— Blanca de 14 años, primípara. Después de un parto natural en presentación de vértice, posición izquierda anterior, tuvo 5 eclampsia.

N.º 6— Mestiza, de 16 años, primípara, con embarazo de término, presentación de vértice y posición izquierda anterior. Debido á los ataques de eclampsia fué necesario una aplicación de fórceps, extrayéndose una niña muerta.

*Septisemias.*—En 607 partos, sólo se cuentan 62 casos de septisemia puerperal, lo que hace un 10 %. En 10 casos no ha sido posible obtener la curación del mal. Se distribuyen así: enero, 13 casos por 54 partos; febrero, 17 por 50 p.; marzo, 3 por 49 p.; abril, 6 por 55 p.; mayo, 5 por 57 p.; junio, 2 por 48 p.; en julio y agosto no hubo ningún caso de septisemia puerperal; setiembre, 5 por 54 p.; octubre, 4 por 49 p.; noviembre, 5 por 50 p.; diciembre, 2 por 49 p.

De las 10 defunciones corresponden 4 á febrero y 1 á cada uno de los meses de marzo, abril, mayo, setiembre, octubre y noviembre.

Lima, abril de 1895.

JOSÉ C. PATRÓN,

Interno del Hospital de Santa Ana.

## SECCION EXTRANJERA

### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

de las disneas

asmática, cardíaca, aórtica y urémica

POR D. EDUARDO XALABARDER. (1)

### II. - Tratamiento

Cuando el médico es llamado para curar á un disnéico, dos grandes puntos de vista principales se le ofrecen en el concepto terapéutico: calmar el acceso y combatir luego la enfermedad originaria del mismo. El objeto de estas líneas se limita al primero, es decir, calmar el acceso, y á esto vamos á concretarnos, siguiendo el mismo orden de exposición que en el diagnóstico.

I.—DISNEA ASMÁTICA Y PSEUDO-ASMÁTICA. — Varios son los medios empleables, pero entendemos que no deben usarse indistintamente. Dando por sentado que el asma es una manifestación de un estado patológico del sistema nervioso, cuya lesión no se ha determinado todavía ni se conoce su punto de residencia, y reconociendo que el hecho primordial de esta disnea consiste en un espasmo bronquial, es lo cierto que hay algunas afecciones, á las cuales se les puede asignar el carácter de determinantes del acceso, por vía refleja: nos referimos á las afecciones nasales, como el coriza crónico y los pólipos de la nariz.

En estos casos es maravilloso el efecto producido por los toques en la mucosa nasal con una solución de *clorhidrato de cocaína*. Al principio es suficiente la proporción de 5 por 100 (clorhidrato de cocaína, 1; agua, 20); pero á medida que se repiten los accesos, se hace necesario aumentar la cantidad del medicamento. Nosotros hemos llegado, sin inconveniente alguno, al 18 por 100, mas no aconsejamos

(1) Conclusión. — Véase el número anterior.

que se extremen tanto las proporciones, pues á veces aparecen síntomas de intoxicación, caracterizados por vértigos y con menos frecuencia síncope.

Sin embargo, el Dr. Fullarton, de Greenwich, cree, como consecuencia de sus experimentos, que la mucosa nasal absorbe más fácilmente las soluciones débiles de cocaína que las fuertes, siendo, por tanto, más peligrosas las primeras que las segundas. El autor se limita á citar el hecho sin dar su explicación; ¿será, tal vez, que las soluciones concentradas, por lo mismo que producen una isquemia local, rápida y pronunciada, dificultan la absorción en aquella parte, y en su consecuencia, la penetración de la cocaína en el organismo?

Como quiera que sea, bueno será no aventurarnos demasiado y limitarnos á las proporciones de 5 á 10 por 100.

La *antipirina* es en todos los casos un medio excelente. La vimos usar al Dr. Crespo, habiéndola nosotros empleado posteriormente en distintas ocasiones, y sólo en accesos de inusitada intensidad ha dejado de producir su efecto, pero no tanto que el enfermo no haya experimentado siquiera algún alivio. Es de resultados seguros en todos aquellos casos de mediana intensidad. Debe emplearse en inyecciones hipodérmicas, inyectando de una vez 75 centigramos, y mejor aún un gramo, y sólo cuando el corazón late muy débilmente, se acompaña de otra inyección de cafeína. Nosotros prescribimos una solución de antipirina al 50 por 100, y damos dos inyecciones; á los 10 minutos empieza la disnea á ceder paulatinamente y no tarda en desaparecer por completo. Debemos advertir que la antipirina administrada por la boca no produce ningún resultado, aunque se triplique la dosis.

La  *morfina* es sin duda el medicamento más eficaz contra el acceso asmático; se inyecta bajo la piel un centígramo de esta substancia, pudiendo repetir la inyección si á las tres ó cuatro horas no ha cedi-

do la disnea, bien que lo más común es que sobrevenga la calma á los pocos minutos.

Sin embargo, la administración de la morfina tiene sus limitaciones y sus peligros. Aparte de ciertas idiosincrasias y de la tan debatida morfínomanía, peligro remoto al fin, pero que debe inspirarnos siempre cierta cautela, existen otras circunstancias más importantes porque la contraindican en aquel preciso momento, y son éstas, la congestión pulmonar extensa y las alteraciones renales. La primera, porque la morfina es causa de hipotensión arterial y contribuye en consecuencia á aumentar la tensión venosa, haciéndose por este concepto más congestiva todavía; la segunda, porque siendo la morfina una substancia que se elimina por el riñón, todas las alteraciones de este órgano que comprometan su permeabilidad, favorecerán la acumulación de aquella en el organismo, en cuyo caso es inminente la intoxicación. En enero de 1893 fuí llamado en consulta para una señora asmática, á quien se le había administrado la morfina, sin tener en cuenta que la orina presentaba albúmina, y no tardó en aparecer un cuadro de intoxicación algo alarmante, que se prolongó durante 24 horas, á pesar de los medios empleados para desvanecerlo. Es, pues, la morfina un medicamento heróico contra el asma, pero precisa fijar bien sus indicaciones, si se quieren evitar contratiempos.

Háanse recomendado también muchos otros medicamentos (piridina en inhalaciones, papel nitrado, cigarrillos de estramonio), pero no tengo todavía experiencia suficiente para decir de ellos algo concreto. En ocasiones, cuando los accesos son poco intensos, bastan para calmarlos unos sinapismos en los brazos, ó un pediluvio caliente sinapizado (1).

(1) Aunque parezca fuera de lugar, permitaseme una observación. He visto casos de asma en mujeres jóvenes, cuyo punto de partida era una alteración de los ovarios, y que desaparecieron con la enfermedad originaria.

II.—DISNEA CARDÍACA.—Las indicaciones terapéuticas se deducen del siguiente concepto: hay, por una parte, defecto de potencia contráctil del corazón y sobra de resistencia por otra, representada por las congestiones y edemas. Es preciso, pues, aumentar rápidamente la primera y disminuir la segunda. A veces se logran ambos efectos disminuyendo sencillamente la resistencia, pero casi siempre se hace necesario cumplir ambas indicaciones á la vez,

Los medios que deben emplearse para conseguir el objeto propuesto, variarán según la intensidad de la disnea y según que su aparición sea rápida ó lenta. Supongámonos un individuo cuya lesión cardíaca está compensada, ó que habiéndose roto ya el equilibrio, se halla, no obstante, en las primeras fases del período hiposistólico, y se vé bruscamente acometido de uno de estos accesos llamados de asistolia; entonces, como la causa directa de la disnea viene representada por defecto de la potencia contráctil del corazón, el tratamiento ha de tener por objeto devolverle esta potencia, y esto se logra con las inyecciones hipodérmicas de cafeína, en solución al 25 por 100. Nosotros usamos la fórmula siguiente:

Agua.....	8 gramos.
Benzoato sódico.	3 „
Cafeína pura ....	2 „

La adición del benzoato hace soluble la cafeína. La inyección puede repetirse si es necesario. Naturalmente que á esto hay que añadir el más absoluto reposo moral y material, y el apartamiento de las causas productoras de la asistolia.

Pero hay otros casos en que no solamente no basta el simple aumento de la potencia cardíaca, sino que hasta podría ser perjudicial, si concretásemos la cuestión á este solo punto de vista. Sea por qué, como consecuencia de la asistolia, se hayan fraguado congestiones demasiado extensas, ó como es lo más frecuente, que por efecto de

la marcha lenta y progresiva de la cardiopatía, vayan apareciendo estancaciones sanguíneas viscerales y edemas más ó menos generalizados, verdaderas notas obligadas de este concierto patológico, encuéntrase el corazón en verdaderos apuros para vencer la resistencia que representa esta suma de cantidades, y no le basta para ello toda su fuerza cantráctil. En este estado de cosas, ya se comprenderá que limitarnos á estimular el corazón para calmar la disnea, sería contribuir al agotamiento de sus fuerzas, porque la fatiga no tardaría en aparecer. Más lógico es disminuir las resistencias, y en no pocos casos veremos con sólo esto, reaparecer aquella potencia, sin necesidad de tónicos que la despierten. A propósito de esta cuestión, decía el Dr. Pedro Esquerdo: “Si quereis obligar á un animal que lleva encima pesada carga, á subir por una cuesta inaccesible, ¿creereis lograrlo estimulándole y pegándole? Con esto no conseguireis más que agotar las fuerzas del ya cansado animal, y hacerle aún más imposible la subida. Pero allanadle el camino, y vereis como sigue su marcha sin necesidad de estímulo ninguno.”

Podrá ser esto, si se quiere, una verdad de Pero Grullo, pero no por eso deja de ser verdad y con perfecta aplicación al caso que se discute. ¡Ojalá se tuvieran siempre presentes tales verdades! ¡Cuántas veces nos perdemos en el terreno clínico por querer enredarnos en el laberinto de intrincadas filosofías!

No se crea, sin embargo, que pretendamos, en tales circunstancias, proscribir los tónicos del corazón, antes por el contrario, reconocemos su inmenso valor, cuando se administran en debida forma; es cierto también que las congestiones y los edemas son consecuencia de la disminución más ó menos lenta de la potencia cardíaca; pero tales pueden ser éstos y aquéllas, á tal grado pueden llegar las resistencias, que el funcionalismo cardíaco se vea por este sólo hecho seriamente comprometido, y se refle-

je este estado en el aparato circulatorio, en forma de intensa disnea. En una palabra, podríamos decir que el mismo corazón se vá creando lentamente los obstáculos que en un momento dado han de entorpecer su función. Y aquí des-cansa precisamente la indicación de disminuir resistencias, indicación que debe preceder, ó por lo menos acompañar, á la administración de los tónicos cardíacos. Por este *modus faciendi* es como alcanzaremos el resultado apetecido.

La *revulsión cutánea* puede emplearse en todos los casos, y en los de poca importancia puede bastarse ella sólo. Es ley de patología general que toda hiperemia en un punto del organismo vá seguida de una isquemia en otro, lo cual se designa con el nombre de ley de revulsión. Es natural, pues, que los revulsivos cutáneos, hipermiando la piel, han de libertar hasta cierto punto á los vasos pulmonares de la plenitud que les em-barga, y éste es el efecto que se busca.

Los *purgantes*, en particular los drásticos, son muy útiles en el tratamiento de la disnea cardiaca, y su modo de obrar es muy complejo. Producen una intensa congestión intestinal, verdadera revulsión interna, que disminuye un tanto la ocupación pulmonar; determinan un gran descarte de líquidos, y entonces la serosidad que infiltra el tegido celular sub-cutáneo, y hasta el visceral, si á tanto llega el edema, es absorbida en parte, para compensar á la sangre de la pérdida sufrida; mengua algo la compresión ejercida por el edema sobre los capilares, y el corazón puede comunicar con mayor libertad su impulso á la sangre, hecho que contribuye también á la descongestión de los pulmones; limpian el tubo digestivo de los materiales fermentescibles que pudiera contener, evitando por este medio posibles complicaciones; provocan una abundante eliminación de bilis, y, por último, descongestionando también los riñones, facilitan la diuresis. Véase, pues,

cuan grandes son los servicios que nos prestan tales agentes terapéuticos. Con ellos, con la revulsión cutánea y con las inyecciones de cafeína, se combaten las disneas de mediana intensidad. Entre todos los purgantes preferimos el aguardiente alemán.

Pero llega un momento en que la extensión de los edemas, la considerable ocupación pulmonar, la penosísima respiración, la intensa cianosis, la frialdad de la lengua, la pequeñez del pulso y la escasez de orina, indican el serio compromiso en que se halla la vida del enfermo. Entonces no hay que dudar: el único medio capaz de salvar el conflicto es la substracción de sangre, y es más rápido y seguro el efecto, si además se ponen en juego los otros agentes estudiados (revulsión, purgantes, tónicos). La manera de practicar la que nos merece la preferencia, es la sangría.

Tal vez no falta quien, con ribetes de exagerado modernismo, se horrorice ante tamaña proposición, ó la reciba por lo menos con des-deñosa sonrisa, pensando sin duda que éstos son sólo resabios de pasados tiempos, cuyo valor es puramente histórico. Entendámonos: los antiguos llegaron á abusar de este precioso medio, por haberlo empleado sin ton ni son, y es bien sabido que el abuso de las cosas es la aurora de su descrédito, lo cual explica el porqué hemos caído en el extremo opuesto, aunque, en nuestro concepto, sin justificación suficiente. Pues qué, ¿acaso una buena dietética no puede reparar tarde ó temprano aquella pérdida? Y aun suponiendo imposible esta reparación, ¿no es preferible que el enfermo viva con menos sangre, á que se muera con toda ella? De mí sé decir que en casos semejantes he sangrado, sin que haya tenido que arrepentirme.

Sángrese, pues, póngase revulsivos cutáneos, inyéctese cafeína, adminístrese, por fin, un purgante, y no tardará en desvanecerse todo aquel aparatoso cuadro y colocarse el enfermo en disposición de some-

terse al plan terapéutico general que reclame su enfermedad.

Entiéndase, sin embargo, que los efectos de los agentes estudiados serán tanto más seguros, cuanto más mecánicos sean los trastornos que los reclamen; pero cuando las alteraciones circulatorias han perturbado profundamente el funcionalismo de los órganos hematopoiéticos, y le faltan, por tanto, á la sangre suficientes materiales en cantidad y calidad con que atender á las necesidades de la nutrición general del organismo, de cuya circunstancia se resienten las funciones todas, cuando ya el miocardio está en plena degeneración, cuando, en una palabra, la cardiopatía ha traspasado su período mecánico, para convertirse en enfermedad general, entonces es más difícil alcanzar dichos efectos, y aquí sí que las substracciones sanguíneas pueden ser peligrosas. En este caso no queda otro recurso que apelar á los tónicos cardíacos, sin que por eso debamos esperar de ellos grandes resultados.

III.—DISNEA AÓRTICA.—Aquí el hecho dominante es el espasmo vascular, que se revela por hipertensión arterial, pudiendo en ciertos momentos llegar á producir la parálisis cardíaca. Veamos como. Un pequeño vaso espasmodizado (pues son los pequeños vasos los que sufren esta alteración), disminuye su luz, dificultando en consecuencia el libre curso de la sangre, y como quiera que este fenómeno se extiende á todas las pequeñas arterias y capilares, la suma total de tales reducciones de calibre ha de representar forzosamente una enorme resistencia para el centro circulatorio. He aquí porque la sangre, al apartarse de la periferia para reconcentrarse en las profundidades del organismo, deja en la piel una horrible palidez, en tanto que el corazón y sobre todo la aorta enferma, acusan una excesiva plenitud, causa inmediata, pero no única, de la disnea, según veremos luego. Hay más: este espasmo vascular, unido á la acción de la gravedad, hacen que el cerebro sufra

más inmediatamente las consecuencias de la isquemia, y más aún si la lesión aórtica es una insuficiencia de las sigmoideas correspondientes. De ahí se deduce que prestándole el cerebro al corazón menos influencia nerviosa que en estado normal, este órgano ha de latir con menos vigor, y mandarle al cerebro, en justa correspondencia, menor cantidad de sangre: el cerebro falta al corazón y el corazón al cerebro, como dice Huchard; lo cual explica el peligro de muerte súbita de que antes habíamos, por isquemia cerebral y parálisis cardíaca.

Por otra parte, las afecciones aórticas suelen ir acompañadas de neuritis de los plexos cardio-plmonares, que se exacerban en aquellos momentos, hecho que contribuye á la determinación de la disnea y causa directa del dolor que la acompaña.

Sentado lo precedente, las indicaciones que hay que llenar para tratar la disnea aórtica, son las siguientes: combatir el espasmo vascular y la isquemia que de ello resulta, particularmente la cerebral, y calmar el dolor. Estas indicaciones las cumplen los medicamentos vaso-dilatadores, á cuyo frente figura la  *morfina* , por ser narcótico á la vez.

El efecto terapéutico de este alcaloide es inmediato cuando se administra en inyección hipodérmica á la dosis de un centígramo. Los vasos periféricos se dilatan, el riego cerebral se acentúa, el rostro se enrojece, y como la sangre se reparte con más regularidad, cesa el agobio cardio-aórtico y el corazón late con mayor amplitud (1), lo cual unido á la acción narcótica de la morfina, hace calmar el dolor, y la disnea desaparece. Es un medicamento que no tiene rival contra la disnea aórtica. Puede repetirse la inyección si con una no basta.

El *nitrito de amilo* y el *ioduro de etilo* en inhalaciones disminu-

(1) ¿Será debida á este mecanismo la acción tónico-cardíaca que se atribuye á la morfina?

yen la tensión arterial y congestionan de una manera marcada el cerebro. Pueden emplearse con éxito contra esta disnea, y si bien su acción es fugaz, tienen la ventaja de que, encerrados en tubos de vidrio, puede el enfermo llevarlos constantemente encima, por si se vé acometido del acceso disnéico en sitios donde no sea posible la pronta asistencia facultativa, en cuyo caso basta romper el tubo en un pañuelo de bolsillo y hacer profundas inhalaciones con el lienzo impregnado del medicamento.

De acción no tan marcada quizás, pero más duradera, es la *trinitrina*. Se emplea al interior contra las afecciones de la aorta en general, pero como para calmar la disnea se necesita cierta rapidez en sus efectos, puede administrarse en inyecciones hipodérmicas, según la fórmula propuesta por el Dr. Dujardin-Beaumetz:

Solución alcohólica de trinitrina	}	m. s. a.
al centésimo. . . . . 30 gotas		
Agua destilada de laurel cerezo. . . . . 10 grms.	}	

Cada centímetro cúbico contiene tres gotas de solución alcohólica.

Estos son los principales medios de que dispone la terapéutica de la disnea aórtica, pero es la morfina la que preferimos. Puede añadirse para completar aquellas la revulsión preaórtica, salvo, no obstante, la aplicación del vejigatorio, en caso de que existá un gran aneurisma que forme abultado tumor en dicha región, para no facilitar la rotura, y por fin la dieta láctea.

Los tónicos del corazón los creemos contraindicados, porque aumentan la tensión arterial y aquí lo que conviene es disminuirla. Pero cuando la lesión aórtica trasciende al corazón, convirtiéndose la enfermedad en verdadera cardiopatía (dilatación de aquel órgano, con insuficiencias valvulares relativas, ó sea por ensanche de los orificios correspondientes), según dijimos al hablar del diagnóstico, hay que tratar al enfermo ni más

ni menos que como se trata á un cardíaco.

IV. - DISNEA URÉMICA. — Siendo la uremia una auto-intoxicación por ciertos elementos de la orina no excretados y que al eliminarse por el aparato respiratorio dificultan su función, lo cual ha dado pie para decir que los urémicos disnéicos orinan por el pulmón, es natural que la indicación capital para el tratamiento de esta disnea descansen en la eliminación de dichos productos tóxicos.

Para ello disponemos de varios medios, pudiendo valernos, en substitución de la alterada permeabilidad real, de la piel, del aparato digestivo y del circulatorio.

La provocación de una abundante diaforesis produce un enorme descarte de materiales tóxicos, y esto se logra con los baños de vapor ó con la inyección hipodérmica de un centígramo de *clorhidrato de pilocarpina*. Mas como quiera que la aplicación de los baños no siempre es fácil, y mucho menos cuando una fuerte disnea complica la situación, preferimos el empleo de la sal mencionada.

Diez minutos después de la inyección, se pone el rostro intensamente rojo, el enfermo es presa de una gran agitación, un copiosísimo sudor invade su cuerpo, las glándulas salivales segregan en abundancia, lo propio que las bronquiales, y de ahí la presencia de un ligero y fugaz edema pulmonar, pero todo este cuadro desaparece pronto, junto con la disnea, y el enfermo experimenta una agradable tranquilidad que le permite el reposo.

Este medio se halla indicado sólo en las dos primeras formas de disnea urémica descritas en el diagnóstico, es decir, cuando no hay edema pulmonar, ó que si lo hay, sea ligero y muy limitado. De lo contrario, como uno de los efectos de la pilocarpina, según hemos visto, es la hipersecreción bronquial, el resultado sería contraproducente, porque aumentaríamos el edema pulmonar que ya existía. Por otra parte, la pilocarpina posee una

acción debilitante sobre el corazón, por lo que, cuando este órgano late con escaso vigor, bueno será que á la inyección de aquel alcaloide le preceda una de cafeína, que al propio tiempo favorecerá la diuresis.

La vía intestinal nos ofrece otra puerta de escape para los tóxicos acumulados en la sangre, y como se comprenderá, los medicamentos empleables son los *purgantes*. Algo digimos de ellos al ocuparnos del tratamiento de la disnea cardíaca, todo lo cual es aplicable aquí, debiendo añadir solamente que con los líquidos expulsados se vá gran cantidad de materiales urinarios, y este es el principal efecto que se busca.

Pueden emplearse en todos los casos. Son poderosos coadyuvantes de la pilocarpina, administrándolos después de la inyección de este alcaloide. Solos, se bastan para nuestro objeto en aquellos casos en que habiendo un edema pulmonar poco extenso, es, no obstante, lo suficiente para contraindicar la pilocarpina, y por fin, cuando dicho edema está muy generalizado, sirven también como auxiliares potentes de otros medios que nos van á ocupar. Aquí, como en la disnea cardíaca, el purgante preferido por nosotros es el aguardiente alemán.

Por último, en aquellos casos en que la disnea es muy intensa y los pulmones están repletos de serosidad, amenazando impedir por completo la hematosis, hay que acudir al aparato circulatorio como medio de acción más rápida; en una palabra, se hace indispensable una substracción de sangre. Dice Bouchard que basta sacar 32 gramos de sangre para salvar la vida al enfermo, pero de todos modos, como quiera que la sangría sólo se emplea como supremo recurso, es preciso que sea más abundante. La cantidad de sangre extraída se sujetará á las circunstancias dependientes de la enfermedad y del individuo; indicaremos aquí como cantidad media los cien gramos.

Un caso típico de disnea urémi-

ca con edema pulmonar, que tuve ocasión de ver, tratado por el Dr. Crespo, en el Hospital de Santa Cruz de Barcelona, nos servirá de norma para la descripción de su tratamiento. Era un individuo adulto, de constitución bastante robusta y estaba afecto de nefritis de Bright. En el momento de la visita, la disnea era tan formidable, el edema pulmonar tan extenso, el aire respirado tan escaso, la piel fría, el pulso imperceptible y el latido cardíaco tan débil, que se temió justamente por su vida. Sin perder momento, mandó el doctor Crespo cubrirle de sinapismos y administrarle una inyección hipodérmica de éter y otra de cafeína, en tanto se preparaba lo necesario para practicar una sangría, como así se hizo, extrayéndole unos 300 gramos de sangre. Pasados algunos minutos el enfermo se sintió más aliviado, y al cabo de una hora el edema pulmonar había disminuído algo, percibiéndose el murmullo vesicular en lo alto de los pulmones. Seguidamente se prescribió el aguardiente alemán con jarabe de espino-cerval aa 30 gramos, tomados en dos veces y con media hora de intervalo, sometiéndolo, por fin, al enfermo al uso exclusivo de la leche. Al día siguiente la mejoría era notable, y á los tres ó cuatro días el edema pulmonar había desaparecido por completo junto con la disnea. Algún tiempo después el enfermo salía del Hospital, muy mejorado.

Con lo dicho queda ya explicado el tratamiento de la disnea urémica con edema pulmonar generalizado.

El empleo de la *morfina* está formalmente contraindicado en todas las formas de disnea urémica, por el peligro de la intoxicación, según hemos dicho al ocuparnos del tratamiento del asma.

Una advertencia á modo de disposición final. Ya se comprenderá que todo lo hasta aquí explicado sólo sirve para combatir la disnea, como síntoma de muchas enfermedades, pero en manera alguna ninguno de los tratamientos propues-

tos se dirige contra la lesión primitiva. En otros términos: el objeto del médico no es aquí otro que apartar un peligro y calmar un sufrimiento, para encauzar la enfermedad hacia su curso regular y poner al organismo en condiciones de someterse al tratamiento general de cada una de las lesiones primitivas productoras de la disnea.

(Gac. Méd. Catalana.)

## REVISTA DE LA PRENSA

### Semeiología del aparato urinario

Es sumamente útil al práctico, por presentar en forma sencilla los síntomas culminantes del aparato urinario con su significación diagnóstica.

#### 1.º Sangre en la orina:

Con epitelio y cilindros renales.....	Nefritis.
La sangre desaparece por el reposo en la cama...	Cálculo vexical.
Con cólicos nefríticos...	Litiasis renal.
La hemorragia aparece sin fatiga previa; no cesa por el reposo en la cama. La orina es roja durante toda la micción; hay dolores vexicales.....	Chancro de la vejiga. Tubérculos de la vejiga. Fungosidades benignas de la vejiga.
La sangre corre continuamente gota á gota.	Lesión de la uretra anterior.
La sangre sale en el principio de la micción en forma de flujo.....	Lesión de la uretra posterior. Cistitis subaguda
Pequeña cantidad en el fin de la micción.....	Prostatitis.
La sangre aparece después del fin de la micción.....	Lesión del cuello de la vejiga.

#### 2.º Pus en la orina:

Aparece antes del principio de la micción, habiendo flujo.....	Uretritis anterior.
Pus en el principio de la micción sin haber flujo	Uretritis posterior.
Pus en la primera porción de la orina.....	Prostatitis crónica.
Pus en la orina en cantidad considerable....	Cistitis aguda.

Orina turbia, depósito mucilaginoso en el fondo de la vejiga, molestias vexicales.....	Cistitis crónica.
La primera porción contiene menos pus que la segunda.....	Cálculos vexicales.
Pus en la orina con dificultad en la micción.....	Cistitis crónica consecutiva á estrecheces uretrales.
Pus en la orina con molestias renales.....	Pielitis.
Elementos morfológicos especiales.....	Nefritis supurada.

#### 3.º Frecuencia de la micción:

Mayor de noche que de día.....	Hipertrofia de la próstata.
En menor grado.....	Prostatitis crónica.
Retención parcial de la orina, micción incompleta.....	Estrecheces de la uretra.
Proporcional á los movimientos, disminución por el descanso.....	Afecciones calculosas.
Necesidad dolorosa é irresistible.....	Cistitis.
Aumento por el movimiento, que no se calma por el descanso...	Tumores benignos ó malignos y tuberculosis.
Con molestias renales...	Albuminuria. Mal de Bright.
Poliuria, azúcar en la orina.....	Diabetes.

#### 4.º Dolor:

En un punto limitado del canal.....	Estrecheces de la uretra.
En la base del glande al fin de la micción....	Prostatitis.
Antes de la micción....	Hipertrofia de la próstata.
Dolor vivo irradiando al periné.....	Cistitis aguda.
En la región pubiana, antes y en el principio de la micción.....	Cistitis crónica.
Dolor vivo al final de la micción, apareciendo especialmente en la base del glande, y desapareciendo cuando la vejiga encierra cantidad suficiente de orina, hasta el fin de la micción siguiente el dolor aumenta con los movimientos.....	Cálculo vexical.
Hematurias frecuentes, pus en la orina.....	Tumores vexicales.
Dolor al nivel del riñón y en la región inguinal, exacerbado por los movimientos.....	Cálculos renales

5.º Micción de chorro delgado:

Bifurcándose constantemente..... Estrechez de la uretra.

6.º La orina cae bruscamente al salir de la uretra:

Dolor antes de la micción, micción más frecuente de noche, micción retardada..... Hipertrofia de la próstata.

7.º El chorro se interrumpe bruscamente:

Dolor al fin de la micción, aumentando por el movimiento..... Cálculo vexical.  
(*Revista de Tisiología*).

FORMULARIO

Pociones contra los vómitos

1.ª—TINTURA DE YODO

El Sr. Láségne prescribía la tintura de yodo á la dosis de v á x gotas, en agua azucarada, contra los vómitos, y en especial contra los del embarazo. Se la puede prescribir asociada al cloroformo:

Tintura de yodo..... }  
Cloroformo ..... } áá 5 gramos

Cinco gotas mañana y tarde, en el momento de las comidas, en un poco de agua (Huchard).

Se la puede prescribir también sola:

Tintura de yodo..... xv gotas.  
Agua de menta..... 30 gramos.  
Quince gotas cada hora.

2.º—CREOSOTA

La creosota se puede prescribir así:

Creosota..... }  
Aceite de almendras }  
dulces ..... } áá 5 gramos

De v á x gotas tres ó cuatro veces al día en la leche.

Tratamiento del aborto inminente

En los abortos inevitables, el Dr. Marocco (de Roma) aconseja practicar el taponamiento vaginal con gasa glicerínada, y administrar al interior:

Fenacetina.....0'30 gramos.  
Clorhidrato de morfina... ....0'01 „  
Azúcar.....c. s. para un disco debiendo tomar uno cada hora.

CRONICA

**El Dr. Eduardo Wilde**, notable hombre público y médico argentino, Catedrático de la Facultad de Medicina de Buenos-Aires, ha permanecido unos cuantos días en esta ciudad. El Dr. Wilde es una personalidad culminante entre los prohombres de la República Argentina, tanto en el plácido y fructífero campo de la ciencia, como en el azaz escabroso de la política, en la que ha figurado varias veces como ministro de estado.

Al enviar al Dr. Wilde nuestro cordial saludo, deseamos que lleve gratos recuerdos de su corta permanencia en Lima, y que continúe con felicidad el viaje que ha emprendido.

**Apertura de la Universidad.**—Con el ceremonial de estilo, y asistencia del Sr. Ministro de Instrucción Dr. Luís F. Villarán, se efectuó el día 15 del presente, la solemne apertura del año universitario; habiendo pronunciado el discurso correspondiente, el Sr. Sub-Decano de la Facultad de Ciencias Dr. Federico Villarreal.

El Sr. Ministro declaró iniciadas las labores de la Universidad, con un bellísimo y oportuno discurso que fué muy aplaudido.

*La Administración suplica encarecidamente á los señores abonados de fuera de Lima que odeudan á LA CRÓNICA MÉDICA, se sirvan ponerse al corriente en sus pagos á la mayor brevedad posible.*

*El importe de las suscripciones se paga anticipadamente.*

## Publicaciones recibidas

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

**Le Sixième Congrès International de Géographie.**—Un folleto de 33 páginas conteniendo todas las disposiciones relativas á la organización del sexto Congreso Internacional de Geografía que funcionará en Londres en los meses de julio y agosto del año en curso. Todas las comunicaciones deben dirigirse á los secretarios señores J. SCOTT KELTIE, Esq. Y DR. H. R. MILL, 1, Savile Row, *Londres* (Inglaterra).

**Annual Report on the year 1894**, por E. MERCK.—Un folleto de 119 páginas, conteniendo la descripción de los nuevos medicamentos que han aparecido en el año 1894 y que fabrica la casa E. Merck de Darmstadt

**Las Nuevas Enfermedades Nerviosas**, por el Dr. G. ANDRÉ, profesor de Patología interna en la Facultad de Medicina de Tolosa, traducido por D. FEDERICO TOLEDO y CUEVA, licenciado en Medicina y Cirugía. Un volumen de 400 páginas lujosamente encuadrado en piel. *Madrid* (España), Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Practicas*, Preciados, 33, bajo.—Año 1894.

**Medicina Clínica**, por los profesores Germán Sée y Labadie-Lagrave.—LA TISIS BACLAR DE LOS PULMONES, por Germán Sée, traducida al castellano por don Antonio Espina y Capo. Constará de un tomo en 8.<sup>o</sup>, con dos láminas cromolitografiadas, al precio de 10 pesetas en rústica y 11,50 en pasta. Suscripción por entregas semanales de una peseta.—Se han puesto á la venta las entregas 1 á 4.—Librería editorial de Bailly-Bailliére é hijos, Plaza de Santa Ana, 10, *Madrid*, y en las principales librerías de Madrid, España y Ultramar.

**Traité de l'œil artificiel**, por el DR. P. PANSIER (d'Avignon), con figuras en el texto. Un volumen en 18, de 132 páginas, empastado. Precio. 4 frs. *Paris*, A. Maloine, editor, 91, boulevard Saint Germain.—Año de 1895.

**La Neurasthénie et son traitement**, vade—mecum del médico práctico, por el DR. EMILE LAURENT. Un volumen en 18, de 83 páginas, empastado. Precio 2 frs. 50. *Paris*, A. Maloine, editor, boulevard Saint Germain, 91.—Año de 1895.

**Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**, por el DR. ANTOINE COURTADE, antiguo interno de los hospitales de Paris, Miembro de la Sociedad de Terapéutica y de la de Medicina y Cirugía prácticas. Un volumen en 12, de 338 páginas.—Precio 4 frs. *Paris*, A. Maloine, editor, boulevard Saint Germain, 91.—Año 1895.

**La Médecine des ames**, por el DR. EMILE LAURENT. Un elegante volumen en 32, de 114 páginas, caracteres elzevierianos, tirado en dos colores, etc. Precio 2 frs. 50. *Paris*, A. Maloine, editor, boulevard Saint Germain, 91.—Año de 1895.

**Trabajos é Instrumentos** presentados en la Sección de Laringología del XI Congreso Médico Internacional de Roma, por el DR. RICARDO BOTFY. Un folleto de 68 páginas, con láminas. *Barcelona* (España), Tipografía de Simón Alcina y Clós, Calle Muntaner, 10.—Año 1894.—Dos ejemplares.

**Bibliographie scientifique.**—MM. J. B. BAILLIÈRE ET FILS, viennent de publier un nouveau *Catalogue général des livres de sciences* (Médecine.—Histoire naturelle.—Agriculture.—Physique.—Chimie.—Industrie), formant un volume de 112 pages gr. in-8 á 2 colonnes, contenant l'annonce détaillée de plus de 5000 volumes, et précédé d'une table alphabétique par ordre de matières.

Cette bibliographie sera adressée gratis á tous les lecteurs de ce journal qui en feront la demande á MM. J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, á Paris.