

# 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, MAYO 31 DE 1895.

} N.º 154

## EDITORIAL

Dr. AURELIO ALARCO

El cable nos ha transmitido una sensible nueva: el fallecimiento del Dr. AURELIO ALARCO, que ha sucumbido víctima de la Influenza, lejos de los suyos, en la ciudad de París, á donde marchó hace tres años en busca de elementos con que incrementar el caudal de su ciencia y experiencia.

El Dr. Aurelio Alarco—catedrático principal titular de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Lima, cirujano del Hospital "Dos de Mayo" y antiguo miembro titular fundador de la Academia de Medicina—fué, primero un alumno distinguido y después, un práctico notable, que dejó luminosas huellas de su paso en el hospital, en los claustros de la Escuela de San Fernando, y en su práctica civil. Se dedicó de un modo preferente á la Oftalmología; y por sus especiales dotes como cirujano, era llamado á ser uno de los catedráticos de clínica quirúrgica.

Prestó á su país importantes servicios, como Jefe de un batallón de reserva, cuando la guerra del 79, y como Inspector de Higiene del H. Consejo Provincial.

Con la muerte del Dr. A. Alarco, se pierde un ciudadano modelo, un médico experimentado y un profesor notable.

La Redacción de LA CRÓNICA MÉDICA, de cuyos miembros fué maestro predilecto, lamenta la prematura desaparición del Dr. Aurelio Alarco.

Dr. ELESBAN FERNANDEZ PRADA

Este reputado facultativo ha fallecido en la ciudad de Arequipa, víctima de una violenta neumonía.

El Dr. Fernández Prada, que ejercía su profesión con admirable acierto en Iquique, ha figurado tanto en medicina como en política, habiendo sido nombrado últimamente para desempeñar la prefectura del departamento del Cuzco.

También fué colaborador de LA

CRÓNICA MÉDICA, y representante de ella en Iquique el año 92.

En la Asamblea Constituyente de 1884 hizo grandes esfuerzos para dotar de local propio á la Sociedad Médica "Unión Fernandina."

Reciba su estimable familia la expresión de nuestro pesar.

LA REDACCIÓN

## ARTICULOS ORIGINALES

### LA UTA DEL PERU ó LUPUS (1)

Definición é Historia del Lupus.—Descripción clínica—Concepto sobre su naturaleza—Geografía peruana de la Uta—Su tratamiento por la cauterización ígnea.—Observaciones clínicas—Conclusiones.

POR D. PEDRO T. BARRÓS

(Interno de los hospitaes)

Al Sr. Dr. RICARDO L. FLÓREZ. Miembro de la Academia Nacional de Medicina, etc., etc., dedica esta modesta Memoria su autor.

### I.—Definición é Historia del Lupus

El bacilo de Koch, actuando sobre la superficie tegumentaria, determina lesiones que en su mayoría fueron en otra época, incluídas en el cuadro clínico de la escrófula, constituyendo gran número de las escrófulides graves.

Este grupo de afecciones, que la Patología coloca hoy entre las dermatosis producidas por parásitos microbianos al lado de la *lepra* y el *impétigo*, presenta todo los caracteres que la medicina moderna exige para proclamarlas tuberculosas.

(1) Memoria de prueba para optar el grado de Bachiller en la Facultad de Medicina de Lima.

El escaso número de bacilos que encierian, á causa de las desfavorables condiciones que para su desarrollo ofrece la temperatura relativamente baja del tegumento externo, la lentitud y cronicidad del proceso y su débil infecciosidad, son caracteres que, distinguiéndolas de las tuberculosis viscerales, las asemejan por el contrario á las tuberculosis externas ó quirúrgicas, incluídas también durante largo tiempo entre las manifestaciones de la diátesis escrófulosa. (1).

No obstante su identidad de causa, las desemejanzas exteriores que ellas afectan, así como su distinta evolución mórbida, han hecho que este grupo de la "tuberculosis cutánea" sea dividido en las cinco clases siguientes:

- a) —tuberculosis ulcerosa,
- b) —tuberculosis verrucosa,
- c) —tuberculosis gomosa,
- d) —lupus eritematoso, y
- e) —lupus vulgar, asunto de este trabajo.

Los autores antiguos daban el nombre de "Lupus" (lobo) á toda lesión con tendencia á roer y destruir los tejidos, y más especialmente, á aquellas rebeldes ulceraciones que sobrevienen en las extremidades inferiores de los ancianos.

Pero la ciencia nosográfica actual define el lupus vulgar ó, por otros nombres, lupus de Willan ó lupus tuberculoso, "una afección crónica de la piel y las mucosas, caracterizada por la producción de pequeñas nudosidades intradérmicas, rojas, que terminan por ulceración ó atrofia cicatricial de la piel, y que es producida por el bacilo tuberculoso de Koch." (2).

La *historia* del lupus casi no es otra que la relativa á las discusiones y trabajos referentes á su na-

(1)—*The Journal of the American Medical Association*, Vol XVIII, número 16, abril 16 de 1892.

(2)—Charcot, Bouchard et Brissaud. *Traité de Médecine*, 1892.

turalaleza, hoy claramente establecida.

Afección conocida ya desde los tiempos de Hipócrates y Galeno, cuando no se poseían sino nociones muy vagas de etiología y cuando casi todas las enfermedades de la piel eran confundidas en la clase de las lepras, ha recibido desde entonces una variada sinonimia, para distinguirla, ya atendiendo á sus modalidades clínicas, ya teniendo en cuenta sus causas generadoras, pero considerando siempre la gravedad de su marcha y la acción destructiva que ejerce sobre la textura orgánica.

Los médicos griegos se ocupan del lupus en sus escritos, asignándole la denominación de "dartre rongeante," expresión que RAYER, en 1836, usaba igualmente al tratar de esta enfermedad.

Los médicos árabes, aludiendo sin duda á las extensas pérdidas de substancia que originaba, diéronle el nombre de "phormica corrosiva".

ALIBERT la designaba con el término "estiomene"; pero fué SAUVAGES el primero que aplicó la denominación de "lupus" á la enfermedad que ahora reconocemos por tal, quien la llamó *cáncer lupus*. (3).

Abandonada esta última denominación y caído en desuso, es introducida nuevamente en el lenguaje médico por algunos autores que se esfuerzan en precisar su sentido, habiendo sido sólo desde los trabajos de WILLAN, BATEMAN y SAMUEL PLUMBE que la expresión de lupus quedó definitivamente establecida en la ciencia, para "designar la mayor parte de las formas ulcerativas de la escrófula cutánea profunda." (4).

En el Perú es conocida esta afección

(3)—Dr. Walter G. Smith, *Transactions of the Academy of Medicine in Ireland*, tomo III, año 1885.—Dublín.

(4)—Dr. Bazin. *Affections génériques de la peau*, año 1865.

ción con el nombre indígena de "uta", palabra que se deriva de la raíz quichua *ut* que significa *roer*, *carcomer*, *deshacer* (5); y podemos decir, que es sólo á partir de los años 1856 á 1858 que nuestros maestros hubieron de fijar su atención sobre esta enfermedad endémica en los valles templados y húmedos de la sierra peruana.

Un viaje que hizo á la quebrada de Huarochirí en 1856, dió ocasión al malogrado catedrático de la Facultad DR. J. J. BRAVO, para conocer esta afección andina, cuya causa determinante fué atribuída, siguiendo la idea emitida por el DR. TOMÁS SALAZAR respecto de la "Verruga peruana," á un germen parasitario que se creía contenido por las aguas de ese lugar.

El médico inglés DR. ARCHIBALD SMITH publicaba entonces una interesante "Geografía de las enfermedades de los climas del Perú," haciendo mención de la Uta y señalando como un temible foco de la epidemia el pueblo de San Mateo de Utao (6), cuyo sentido etimológico expresaría "casa, morada, habitación del gusano roedor". (7).

El conocimiento de las regiones invadidas por la Uta era y es verdaderamente bien definido.

Nuestro ilustrado profesor el DR. LEONARDO VILLAR, con motivo de su elección de Presidente de la Academia Nacional de Medicina en 1892, declaraba en la sesión anual: que esa Institución "tenía, ante todo, en perspectiva el estudio de la geografía médica del país, que comprende la fijación territorial de las endemias," y al llamar la atención de la Academia sobre el estudio del lupus, enunciaba va-

(5)—Dr. S. Barranca. *La Gaceta Científica de Lima*, tomo IV, n. 6, 1888.

(6)—*Gaceta médica de Lima*, tomo II, año 1858.

(7)—Opinión del naturalista peruano profesor S. Barranca.

rias localidades, asiento endémico de la enfermedad. (8).

Debo señalar como una publicación útil al respecto, la bien escrita tesis que sostuvo ante la Facultad de Medicina el DR. JUAN C. UGAZ, acerca de la "Etiología, topografía y tratamiento de la Uta en el Perú." (9).

Hoy, no se halla tan limitado el campo de las investigaciones personales, fuente de estudios y de aplicaciones médicas, y aunque se trata de una epidemia de nuestras serranías, cuya manifestación en las regiones de la costa es difícil y rara, no obstante, los pocos casos que progresivamente han venido presentándose han permitido á nuestros profesores verificar sus observaciones y establecer que nuestra UTA es la dermatosis universalmente conocida con la denominación de LUPUS.

## II.—Descripción clínica del Lupus.

Invasión de la piel, primitiva ó secundariamente por el agente patógeno, la lesión anatómica, el elemento clínico inicial de la afección consiste en un nódulo, tubérculo luposo ó lupoma, que se presenta ya aisladamente ó bien bajo la forma de pequeños conglomerados nodulares.

Este nódulo primitivo, de color rojo obscuro ó amarillento, implantado en las capas superficiales del dermis, es indoloro, más blando que el tejido vecino, redondeado, translúcido y apreciable á la simple vista y mejor á la palpación. Sus dimensiones son variables: desde el grosor de una pequeña cabeza de alfiler hasta el de una avellana, excediendo de estos límites en algunos casos.

(8)—Dr. L. Villar. *El Monitor Médico* de Lima, Discurso académico, tomo VIII, n. 169, año 1892.

(9)—Dr. Juan C. Ugaz. *La Crónica Médica* de Lima, año III, n. 30, 1836.

Cuando se agrupan varios tubérculos, una sensación lisa y blanda, perfectamente semejante á las fungosidades, sustituye á la anterior, presentándose dichos tubérculos en disposiciones varias.

Constituído así el nódulo tuberculoso, la afección evoluciona de una de estas dos maneras: unas veces, estos nódulos experimentan un cambio regresivo, una tendencia á la transformación fibrosa, á la reabsorción intersticial cuyo término es la atrofia y la formación de un tejido deprimido de aspecto cicatricial; otras, hay un proceso degenerativo que concluye en ulceración, el nódulo llega á ulcerarse, se cubre de una costra amarillenta ó grisácea, negruzca y más ó menos espesa y adherente.

Si se desprende esta costra, la superficie ulcerada, roja, desigual y tomentosa que se presenta á la vista, segrega un líquido seroso que solidificándose vuelve á producirla.

El lupus no ulceroso, *non exedens*, puede quedar circunscrito á la región primitivamente invadida durante años enteros, aun cuando no es raro que después de un período de latencia se realice una nueva invasión al nivel de la cicatriz ó en su proximidad.

El lupus ulceroso, *exedens*, manifiesta su tendencia ulcerativa de varios modos.

1.—La ulceración puede extenderse progresivamente y recorrer grandes superficies de la envoltura cutánea, es el "lupus serpiginoso."

2.—O puede destruir en profundidad, invadiendo únicamente áreas poco considerables de la superficie, es el "lupus terebrante", que comienza por un típico nódulo que en un momento dado degenera, se hace caseoso y se ulcera, ó, con más frecuencia, por una lesión de apariencias húmedas, como en el caso de la observación que presento bajo el número III.

3.—Finalmente, destruye superficial y profundamente vastas extensiones de tejidos, provocando verdaderas mutilaciones, es el “lupus vorax.”

Gracias á los actuales perfeccionamientos en la terapéutica del lupus, estos últimos casos son bastante raros; y los individuos luposos, nuestros indígenas atacados de la Uta, si solicitan la asistencia profesional con la oportunidad que el tratamiento reclama, no deberán temer ya las horribles deformidades que les desfiguran á perpetuidad (10), v. g., la destrucción parcial ó total de la nariz, la perforación de la bóveda palatina, la atresia más ó menos pronunciada de los orificios bucal y nasal, el ectropion que deja á descubierto y sin protección el globo ocular, la amputación de los dedos cuando el lupus se sitúa en las extremidades, y otros tantos desórdenes que pocas veces logra suplir la protectora acción de la naturaleza. (11).

El lupus invade las mucosas, por propagación desde el tegumento externo, con los mismos caracteres.

Se observa con frecuencia en las mucosas nasal, labial, en las encías limitado comunmente á la región de los dientes incisivos de la mandíbula superior (12), sobre el paladar, en la laringe, donde es muy grave por los destrozos que determina y el peligro inminente de asfixia á causa de la estenosis de la glotis (13).

También se ha observado, aunque raras veces, en la vulva y sobre la conjuntiva que puede ser asiento de un lupus primitivo.

Como afección esencialmente local, el lupus puede evolucionar du-

raute más ó menos tiempo sin que la economía presente ninguna otra alteración patológica: el hábito exterior del individuo revela una excelente salud general y apenas si se nota el infarto ganglionar de la región correspondiente.

Sin embargo, en muchas ocasiones se producen en el curso de la evolución del lupus, complicaciones graves que han sido descritas por diferentes observadores.

MM. BESNIER y O. LESPINNE han relatado casos de infección tuberculosa rápida, á causa de la absorción al nivel de la ulceración lúpica, de toxinas microbianas: tuberculosis visceral que hace continuación á una tuberculosis local. (14).

En el Tercer Congreso para el estudio de la Tuberculosis celebrado en París en julio y agosto de 1893, los doctores ARLOING y COURMONT dieron á conocer sus primeros estudios sobre las variedades del lupus, desde el punto de vista de la virulencia de sus lesiones. (15).

Al lado de casos de tuberculosis pulmonar que sa han observado (16), el profesor LELOIR señala adenopatías secundarias en relación directa con el foco lúpico, por invasión del ganglio. (17).

También en el Congreso de Berlín se ha insistido sobre el rol de las asociaciones microbianas particularmente en el lupus; y el profesor LELOIR, sabio dermatólogo de Lille, ha determinado la gran parte que corresponde á los microbios piógenos en ciertas alteraciones y accidentales sépticos, que no son solamente imputables al bacilo de Koch. (18).

Hay aún otras complicaciones, que revelan una infección secunda-

(10)—Dr. R. du Castel. Tuberculoses cutanées, 1894.

(11)—Charcot, Bouchard et Brissaud. *loc. cit.*

(12)—Dr. W. G. Smith. On Lupus and its treatment, *loc. cit.*

(13)—Dr. R. de la Sota y Lastra. *El Siglo Médico* de Madrid, artículo Laringitis lúpica, año 1893.

(14)—*L' Union Médicale*, n. 37, año 1891.

(15)—*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* de Madrid, vol. XVII, n. 415, año 1893.

(16)—*The Universal Medical Journal* de Filadelfia, número de marzo de 1893.

(17)—*L' Union Médicale*, n. 63, año 1889.

(18)—*La Presse Médicale Belge*, XLII annee, n. 50, año 1890.

ria originada por un micro-organismo que se insinúa sobre los tejimientos invadidos por el lupus, tales son: la erisipela, cuyo agente patógeno específico sabemos que es el *estreptococo de Fehleisen*, y el cáncer, observado por W. G. SMITH de Dublín, KAPOSÍ de Viena, BALL, etc.

(Continúa)

## BIBLIOGRAFIA

### RINOLOGIA y LARINGOLOGIA

I.—De la operación de Rouge, por el DR. RICARDO BOTEY.—Folleto de 28 páginas con láminas. *Barcelona*, año de 1894.

La operación de Rouge, por otro nombre, labio-gingiviotomía, ejecutada, por su autor, en 1873, no obstante su poca gravedad y haber obtenido un brillante resultado en la mayoría de los casos en que se la ha practicado, para combatir dolencias radicadas principalmente en la porción respiratoria de las cavidades nasales, aquella que está formada por el cornete inferior, el meato inferior, el suelo de las fosas nasales y la porción de séptum correspondiente, esta operación, repito, no ha sido adoptada con mucho entusiasmo, en la práctica rinológica.

No tenemos noticia, que en ninguna sección sud americana se haya practicado hasta el día de hoy. En España era totalmente desconocida hasta que el Sr. Dr. Botey la practicó, previos algunos ensayos en el cadáver, el 18 de octubre de 1893 en un enfermo afecto de un sarcoma del tabique y suelo nasal.

Entre nosotros se encuentran bastante desatendidas las enfermedades de la nariz. No tenemos noticia que ninguno de nuestros más distinguidos cirujanos, Dr. L.

Alarco, Dr. J. Azzali, Dr. Néstor Corpancho, hayan practicado, por ejemplo, la osteotomía vertical, lineal de Ollier, ni la labio-gingiviotomía de Rouge; á ellos nos permitimos, recomendarles la lectura de este folleto, en que se describe, con prolijos detalles, la técnica de esta hermosa operación, verdadero triunfo de la Cirugía contemporánea.

El Sr. Dr. Botey, no sólo enseña, con sumo cuidado y sencillez, el manual operatorio, nos informa también de las indicaciones y contraindicaciones, sino lo que es más dános á conocer las modificaciones aportadas por él á la técnica de esta extraordinaria operación.

Dos casos, operados por el Sr. Dr. Botey bien seguidos, completan su magistral exposición.

No concluiremos sin recomendar una vez más la lectura de este folletito, á aquellos de nuestros colegas que se ocupan más especialmente de Cirugía general.

II.—Trabajos é Instrumentos presentados en la Sección de Laringología del XI Congreso Médico Internacional de Roma, por el DR. RICARDO BOTEY.—Un folleto de 68 páginas con láminas. *Barcelona*, año de 1894.

Este folleto comprende cinco capítulos á cual más importante: 1.º *De la sífilis hereditaria tardía de la laringe*; 2.º *Parálisis sífilíticas de la laringe*; 3.º *Parestesia faringo-laríngea y nasal*; 4.º *Tratamiento de las desviaciones verticales del tabique nasal, sin espesamiento, y* 5.º *Instrumentos*: Galvano-cauterios nasales para los cornetes inferiores.—Galvano-cauterios laríngeos para las cuerdas vocales.—Gancho-tornillo auxiliar del asa de Blake para los pólipos nasales.—Cuchilletes para la sección unilateral y perpendicular del séptum.—Trócar protegido para la perforación alveolar.—Tornillos y cilin-

dros de aluminio para mantener cerrada la abertura.—Pequeños conos de goma blanda, para aplicarlos al iniciarse la curación.—Espéculum nasal fijo para operar con ambas manos en el interior de la nariz.—Porta-algodón nasal para los cornetes inferiores y medios.—Porta-algodones laríngeos y faríngeos.—Pequeño porta-algodón nasal para el infundíbulo.

Todos estos puntos se encuentran tratados, con la ilustración y elevado criterio que distinguen al Sr. Dr. Botey, que le han dado fama europea.

Llamamos muy particularmente la atención, respecto del capítulo tercero, en que estudia prolijamente la parestesia faringo-laríngea y nasal.

Nosotros, como el Sr. Dr. Botey, hemos tenido ocasión de asistir muchos enfermos que acusaban molestas sensaciones, de carácter indefinido, localizadas al nivel del hueso hioides, en la base de la lengua, en las fosas nasales, ó al nivel del tabique ó de los cornetes medios; sensaciones incómodas, que preocupan mucho á los enfermos, á pesar de su completa inocuidad.

Como el Sr. Dr. Botey, hemos incriminado muchas veces la dolencia, á granulaciones faríngeas concomitantes, otras, á amigdalitis hipertróficas, ó laconarias, sin obtener gran alivio, dirigiendo la terapéutica contra estos males.

Cuántas veces no hemos estatuído un régimen antirreumático que ha dañado en ocasiones mejores resultados que los medios locales más enérgicos.

Estamos perfectamente de acuerdo con el Sr. Dr. Botey respecto de la naturaleza íntima de la enfermedad: es un síntoma de neurastenia las más veces, que no implica un trastorno vaso-motor ó trófico, siendo más bien un desorden funcional de la inervación de las mucosas donde se presenta, en suma, es un fenómeno subjetivo,

que no responde á ninguna lesión local.

Todos los medios propuestos por el Dr. Botey, contra esta rebelde incomodidad los hemos puesto sucesivamente en práctica, hecha excepción de las inyecciones hipodérmicas de suero artificial, según el método de Cheron.

En los casos en que el Sr. Dr. Botey aplica el galvano-cauterio, nos ha ido muy bien con el raspado de la mucosa de la faringe, con la cucharilla adoptada para esta operación, y mejor que el valerianato de amoniaco, como tónico del sistema nervioso, las píldoras siguientes:

Valerianato de zinc.....	1 grm.
Valerianato de quinina....	1 „
Extracto de belladona....	0 „ 20
Arseniato de estricnina...	0 „ 01
Extracto de genciana.....	c. s.

M.—Para 20 píldoras; una tres veces al día.

Ponemos término á esta brevísima reseña, recomendando muy mucho la lectura de los dos folletos, con que el eminente cirujano Dr. Ricardo Botey ha enriquecido la literatura médica.

Lima, mayo de 1895.

DR. IGNACIO LA PUENTE

## SECCION EXTRANJERA

### TRATAMIENTO

#### DE LAS PNEUMONIAS GRIPPALES (1)

POR EL DR. ENRIQUE HUCHARD

Médico del Hospital Bichat, de París,

### III.—Indicaciones terapéuticas

Muchísimas son las veces que he dicho y repetido que en la *pneumonia la enfermedad está en el pulmón y el peligro en el corazón*. He de agregar que en la pneumo-

(1) Conclusión, véase el número anterior.

nia grippal el peligro está además en el sistema nervioso.

En toda manifestación grippal, se hará muy mal no viendo otra cosa que el órgano enfermo y dirigiendo contra él solo todos los esfuerzos de la terapéutica.

De tales conocimientos deben dimanar las indicaciones terapéuticas.

Para que me comprendais mejor voy á citaros un ejemplo en apoyo del concepto:

Trátase de un simple catarro gástrico que dura algunas semanas y que resiste á todos los medios medicamentosos. Si en este *embarazo* gástrico — embarazo de diagnóstico se ha dicho — no veis más que un estómago enfermo ó un intestino en el cual pululan las toxinas y los microbios, haceis mala terapéutica. Detrás de esta afección, tan sencilla en apariencia, se esconde un importante trastorno que afecta á todo el sistema nervioso, una astenia, difícilísima de combatir muchas veces y contra la cual se debe luchar sin tregua. Esta neuro-astenia es tan notoria que en tiempo de epidemia, sin fiebre, sin ninguna manifestación local, la enfermedad puede estar constituida sólo por ella, debiendo llamársela *estado grippal*. Deberéis pensar en combatir esta astenia sin ocupación gástrica, cuando esté libre de toda complicación. ¿Por qué olvidarlo, si el catarro gástrico es sólo un elemento morbozo agregado á la astenia nerviosa?

Análogo es el hecho que se presenta en las pneumopatías grippales. Mas aquí, es tal la intensidad del proceso inflamatorio, que absorbe muchas veces la atención en pro del pulmón solo, no dejando ver así más que un órgano enfermo, cuando todo el organismo lo está.

Por esto pregunto, ¿qué podemos contra el proceso pneumónico de evolución precisa y cíclica? Nada ó muy poco, pues no se puede recomendar los expectorantes, el kermes, el antimonio, el tártaro emético, medicamentos todos cuya acción es debilitar el corazón, ni la

sangría que deprime las fuerzas y que únicamente debe hacerse en casos bien determinados (congestión peri-pneumónica, asfixia mecánica, etc.), ni los vejigatorios, cuya principal indicación consiste ... en no estar indicados jamás. Aceptando todos estos medios medicamentosos de un modo sistemático y á ojos cerrados, seríais cómplices con la enfermedad y añadiríais al *malum-medicum* de Stahl el *malum-morbicum*.

Hay un órgano casi compensador en el curso de la pulmonía ó congestión pulmonar intensa, que obligado por el tiempo y circunstancias, lucha sin cesar contra el agobio circulatorio del pulmón: me refiero al corazón.

Al centro circulatorio es al que hay que entonar y fortalecer, desde el principio de la enfermedad, de un modo casi sistemático y sin esperar jamás que sea alterado en su funcionalismo y contractilidad, porque es necesario recordar que en los grippos el influjo nervioso del corazón está más amenazado que su elemento muscular. ¡Cuántas veces he visto cometer el error siguiente: se ha desarrollado una pneumonía, de mayor ó menor extensión; el corazón, impasible en los primeros días, acelera y acentúa sus latidos; el sistole es potente, el pulso vibrante, y en tales datos sindrómicos se hace hincapié para considerar inútil toda intervención cardíaca. No se advierte que el corazón se contrae violentamente para luchar ó porque lucha y que bien pronto, agotadas sus fuerzas, no se levantará más; no se advierte que esta fuerza aparente del órgano es ya un indicio de su debilidad. Esto es lo que he observado en crecido número de casos. Tras este período de excitación, se debilita el miocardio y entonces es cuando se piensa en administrar la digital, precisamente cuando este medicamento nada puede sobre la contractilidad agotada y cuando ni puede determinar la diuresis en razón de la impermeabilidad renal sobrevenida en

período tan adelantado de la enfermedad.

La digital debe prescribirse al principio de la pneumonía. Hé ahí lo que distingue el método del tratamiento que preconizo del seguido por otros autores, partidarios de esta medicación, como son Traube, Hirtz, Coblenz, Saucerotte, Jurgensen, etc.

Para combatir á tiempo los efectos de la pneumonía, y aun prevenirlos, precisa, pues, dirigirse al corazón, y esta fórmula envuelve un gran principio terapéutico al que doy el nombre de *terapéutica compensadora*. Me explicaré:

Asistí un icterico grave. Cada vez se pronuncian y agravan más los síntomas, la adinamia es profunda, amenazadoras las hemorragias é inminente el peligro; y sin saber cómo ni cuándo ni por qué se presenta una abundante crisis urinaria que salva el enfermo. ¿Qué nos enseña la clínica en este caso? Nos pone de relieve que no es al órgano enfermo, el hígado, á donde debemos dirigirnos, sino á su órgano compensador, al riñón, que sirve para eliminar todas las toxinas que la célula hepática profundamente alterada no puede ya destruir ni neutralizar. Porque sabéis perfectamente que para el buen régimen funcional del organismo es necesario que se cumpla aquella frase que dice: Debe estar una puerta cerrada y la otra siempre abierta. Es, pues, necesario que el hígado esté cerrado para la destrucción de las numerosas toxinas que le atraviesan y que el riñón esté abierto para la eliminación de los venenos. Luego al riñón es á donde debemos dirigir nuestras medicaciones en las enfermedades del hígado, como al corazón en la pneumonía. En una palabra, como decía recientemente uno de mis antiguos internos, Weber, inspirándose en las ideas que os he expuesto: "Cuando un órgano está enfermo, es conveniente y necesario hacer obrar los órganos sanos y compensadores." Así ejecutaréis en terapéutica una especie de movimientos giratorio y bien sabéis que tales

movimientos aseguran en muchas ocasiones la victoria.

La indicación de la digital se presenta en casi todas las pneumonías fibrinosas, no tan sólo con el objeto de combatir el elemento febril y para obrar directamente sobre el proceso pneumónico, cosa imposible, sino para dar al corazón una fuerza de reserva para cuando tenga que luchar, y al propio tiempo para asegurar la diuresis y con ella la depuración del organismo. Es más aún: para continuar esta depuración, debéis obrar sobre el riñón y además sobre el tubo digestivo, moderando las fermentaciones por medio de la antisepsis intestinal.

Por último, la clínica os ha enseñado que es altamente conveniente sostener y entonar el sistema nervioso. La administración de la digital es obligada, sobre todo en las pneumonías grippales, en las que os he probado el ataque mayor ó menor que sufre el funcionalismo de los nervios pneumogástricos y de los centros bulbares, como también los órganos cuya misión protectora es ampararlos contra las auto-intoxicaciones. Por cuanto llevo dicho, se comprende la necesidad de prescribir la digital desde el principio de la enfermedad, en el primer ó segundo día, sin demora, en virtud de las razones que sobradamente os he hecho conocer.

#### IV.—Tratamiento

¿De qué manera, bajo qué forma y á qué dosis debe prescribirse la digital? Porque no se trata solo de establecer la indicación de un medicamento: es preciso, además, saberlo usar, pues, de lo contrario, pasaría lo que á un obrero inexperto con un buen instrumento, que siempre le resultaría mala herramienta.

Debo recordaros, que hace ya mucho tiempo, he renunciado al uso de todas las tisanas de digital (infusión y maceración) y que, por consiguiente, no admito en manera alguna la opinión de Bernheim (de

Nancy), que á propósito del tratamiento de la pneumonía se expresa así: "Jamás he visto obrar la digitalina donde la infusión de digital ha fracasado, y en cambio, he visto buenos efectos de la digital cuando la digitalina nada había conseguido." Empleo hace más de cuatro años la digitalina cristalizada en solución al milésimo. Esta preparación es la más bien tolerada por los enfermos, tiene una acción constante y positiva y es fácil de dosificar. Ordeno de una sola vez y durante un sólo día 30, 40 y aún 50 gotas de esta solución al milésimo, lo que equivale, para esta última dosis, á la cantidad de un miligramo de digitalina cristalizada, esto es, cuatro miligramos de digitalina amorfa aproximadamente. Esta dosis sin duda parecerá exagerada, y, no obstante, jamás ha determinado accidente alguno, porque la administro según ciertos preceptos, que hace mucho tiempo os he enseñado, pues siempre procuro antes de usar este alcaloide ó juntamente con él someter al enfermo al régimen lácteo exclusivo, que abre el camino á la acción del referido medicamento. Ordinariamente se imputa á la dedalera y sus derivados efectos de acumulación, fundándose en la lentitud de su absorción y eliminación, sustituyéndose sin cesar los remedios cardíacos por otros nuevos. He de confesaros que no he podido hallar el sustituto ó equivalente de la digital, remedio precioso, sin el cual la terapéutica del corazón sería imposible.

Es hora ya de levantar la voz contra los temores exagerados que hasta hoy han dominado, y proclamar muy resueltamente que los efectos de acumulación, así como la lentitud de acción ó eliminación de la digital son cualidades ventajosas que hay que agregar á sus muchas virtudes medicinales. Conviene repetirlo una y mil veces: la digital tiene su correctivo en la diuresis que provoca, constituyendo, además, esta una verdadera salvaguardia para el organismo. Precisamente porque se acumula y obra

lentamente conviene prescribirla á dosis masiva.

Cuando quereis hacer dormir un enfermo le dais una inyección de morfina que de una sola vez hace penetrar en el organismo un centígramo de morfina, y en manera alguna se la administráis en cuatro veces. Cuando quereis actuar sobre la fiebre, bien recetais para tomar de una sola vez un gramo ó gramo y medio de quinina, y no fraccionáis en varias dosis estas cantidades. Para la quinina, como para la digital y, en fin, para los medicamentos de acción lenta, no es necesario fraccionar las dosis, pues estas se fraccionan en el organismo en razón de la lentitud de su acción y eliminación. En cambio, nuestra conducta debe ser diferente para los medicamentos de acción rápida, como los bromuros y ioduros, en los que hay que fraccionar las dosis para que el organismo sea frecuente y por mucho tiempo impresionado por el medicamento; á este propósito os citaré el ejemplo de aquel epiléptico atacado de accesos nocturnos que tomaba inútilmente 8 gramos de bromuro en dos veces durante el día, y quedó libre de ellos en el momento que tomó dos dosis de 2'50 gramos, una á la tarde y otra al principio de la noche.

También la digital debe administrarse á dosis fuerte y masiva, si se quiere lograr efectos rápidos y positivos. Mi respetable maestro Potain hace mucho tiempo la usa de este modo, y yo, como el referido profesor, prescribo en las afecciones cardíacas la digitalina cristalizada á la dosis de un miligramo de una sola vez. Pero esta dosis, especialmente en las pneumonías, resulta máxima, por lo que aconsejaría no la aumentarais, y, por lo que á mí respecta, os aseguro que jamás seguiría el ejemplo de un médico de Bucarest, el Dr. Pétescu, que emplea sin temor infusiones que contienen 6 y 8 gramos de digital. No se explica la inocuidad de estas grandes dosis sino admitiendo la calidad inferior en la planta empleada.

Al siguiente día de la prescrip-

ción, y aún al que le sigue, de haber tomado las 40 ó 50 gotas de digitalina cristalizada al milésimo, nada receto, ni siquiera las inyecciones hipodérmicas de cafeína, porque siempre temo administrar un remedio cuyos efectos pudieran aminorar y tal vez contrariar los de la digital.

Sin embargo, cuando la adinamia es profunda y la astenia nerviosa muy manifiesta, no titubeo en practicar *inyecciones de éter* y también *alcanforadas*. Estas últimas son de real eficacia contra las amenazas del colapso cardíaco.

Ved la fórmula de estas últimas inyecciones:

Aceite de olivas esterilizado..... 100 gramos  
Alcanfor..... 10 „

Para inyectar una jeringuilla de las de Pravaz llena, dos ó cuatro veces al día. Estas inyecciones no son dolorosas, sobre todo si se tiene la precaución de hacer penetrar profundamente el líquido en la hipodermis.

Bajo el influjo de la digitalina, los sístoles ventriculares se verifican con mayor energía, el pulso se hace fuerte, la disnea disminuye, se disipan los conatos de coestión edematosa del pulmón y la temperatura disminuye; pronto se establece la diuresis, contribuyendo durante cuatro ó cinco días á eliminar todas las toxinas producidas por la enfermedad infecciosa. Su acción hace que la tensión arterial aumente, fenómeno que dista mucho de ser indiferente en una enfermedad como la gripe, caracterizada, según mis propias investigaciones han demostrado, por la tendencia á la hipotensión vascular. Os añadiré que si en el curso de la enfermedad vuelve á presentarse la indicación para el empleo de la digitalina, no vacilo en prescribirla de nuevo pasados algunos días, pero á dosis algo menor (20 á 30 gotas aproximadamente), sin que la albuminuria constituya una contraindicación absoluta como generalmente se cree sin razón. En algunos casos hasta la digital hace disminuir con-

siderablemente la cifra de la albúmina, y en las enfermedades infecciosas determina por la diuresis la eliminación de las toxinas, cuya retención en el organismo pudiera ser causa de auto-intoxicaciones graves.

Con las ideas científicas imperantes en la actualidad, es preciso tener sumamente presente un factor importante en todas las enfermedades infecciosas: me refiero á la *insuficiencia hepática*, de la cual ya os he hablado anteriormente.

Realmente el hígado se halla más ó menos alterado. la célula hepática cumple imperfectamente sus funciones de retención y neutralización de los venenos, y estos penetran acumulándose en el líquido sanguíneo. Pero la intoxicación del organismo puede evitarla aún el riñón, convirtiéndose en órgano compensador del hígado y logrando eliminar una gran parte de las toxinas que la glándula hepática no ha podido destruir. Esto es lo que explica porqué, en este período compensador, pero ya amenazante de la insuficiencia hepática, las orinas se vuelven muy tóxicas, y cómo esta hipertoxia urinaria es, como ha dicho Bouchardat "una de las salvaguardias del organismo". Pero llega un momento en que la excesiva actividad del emuntorio renal tiene un límite como también sus peligros: el paso incesante de estas sustancias tóxicas é irritantes inflama el riñón y las orinas se cargan de albúmina. Por esto á la insuficiencia del riñón se agrega la del hígado y sobreviene una albuminuria de origen hepático. muy diferente de la albuminuria producida por la glomérulo-nefritis de origen infeccioso. Ya veis que aquí el cometido del terapeuta es provocar la depuración urinaria por la diuresis, y que la indicación de la digital se impone nuevamente.

El importante papel que desempeña esta insuficiencia hepática, frecuentemente poco tenido en cuenta en las enfermedades generales y piréticas, debe ser combatido por dos medicaciones: una que tenga por objeto favorecer el funcionalis-

mo del hígado y del riñón; otra que depure todos los orígenes de intoxicación y en especial los del intestino. La prescripción de la dieta láctea cumple la primera indicación, puesto que la leche es diurética, disminuye la toxicidad urinaria y contiene azúcar capaz de transformarse en glicógeno; y obedece á la segunda, puesto que es pobre en sales de potasio generalmente tóxicas para el organismo. Por esta razón es necesario suprimir todos los alimentos que contengan mucha potasa como la carne y sobre todo el caldo, y practicar la antisepsis intestinal por todos los medios terapéuticos de que dispongamos (salicilato de bismuto, naftol, salol, betol ó benzonaftol). Prefiero este último medicamento á la dosis de 0'50 gramos por cada selto, tomando diariamente cinco ó seis; es preferible, como digo, por su insipidez, su débil poder tóxico y también por sus propiedades ligeramente diuréticas.

La *antisepsis intestinal* debe practicarse con el mayor cuidado en todas las enfermedades infecciosas y sobre todo en la gripe, enfermedad "pestilencial", como decían los antiguos.

No menos importante es la *antisepsis bucal*, no sólo en el curso de las pneumonias grippales, si no también en las manifestaciones aparentemente benignas de la enfermedad.

La bacteriología enseña que la gripe constituye el punto de reunión de inmenso número de microorganismos; además nos demuestra que esta enfermedad aumenta de una manera notable las propiedades virulentas de los microbios y que las infecciones secundarias son muy frecuentes. Poco podemos contra la infección primitiva; en cambio, somos en cierto modo potentes para combatir las infecciones secundarias. En un individuo enfermo de un sencillo catarro gástrico se desarrolla al cabo de algunos días una pneumonia que no esperabais, pues no teníais razón para temerla. En tal pneumónico la afección pulmonar sigue su mar-

cha ordinaria, cuando de repente los síntomas aumentan de intensidad, la expectoración se hace saniosa y abundante, y veis con espanto todos los signos de una pneumonia llegada á su período de hepaticización gris. ¿Qué ha ocurrido en este caso? La adición de una infección secundaria á la infección primitiva. En el enfermo del catarro gástrico los pneumococos contenidos normalmente en la cavidad bucal han adquirido una virulencia extraordinaria; y en el pneumónico una infección secundaria se ha agregado á la enfermedad primitiva, habiendo los microbios de la supuración verificado con rapidez su cometido.

Ya lo veis, en tiempo de epidemia, en el curso y aún en el comienzo de una pneumonia grippal, la antisepsis de la boca se impone; por eso no hago más que repetiros aquí lo que tantas veces os he dicho. A vuestros pneumónicos y en especial á los atacados de gripe, enfermedad que como sabeis disminuye cuantiosamente la resistencia vital del organismo á la acción de los microbios patógenos y cuya acción nociva aumenta extraordinariamente, ordenadles cada día y con la mayor frecuencia posible, lavados bucales y toques en las partes profundas con soluciones de sublimado, pues el cometido del terapeuta no es sólo curar—y ¡desgraciadamente no cura siempre!—debe sobre todo preveer....preveer y prevenir todas las complicaciones que puedan sobrevenir con sus infecciones secundarias siempre amenazantes.

De otro medicamento debo hablaros, la *quinina*, cuyo empleo está indicado en algunas ocasiones, tratándose de pneumonias grippales; pero disto mucho de admitir su acción profiláctica, señalada por algunos autores. La receto en estado de bromhidrato porque contiene más substancia activa que el sulfato y su acción es más sedante; la dosis oscila de un gramo á gramo y medio, dado todas las mañanas en tres veces y con el intervalo de media hora continuando así por espa-

cio de tres ó cuatro días á lo más. Anteriormente quedan expuestas las razones en virtud de las cuales deben prescribirse á dosis masivas la digital y quinina.

Recomendados por algunos autores los *baños fríos*, los he empleado tres veces, consiguiendo un resultado poco favorable. Sin embargo, debo manifestaros que se trataba de enfermos casi desesperados, en los cuales no me atrevería á seguir mi habitual norma de conducta con esta medicación, enérgica indudablemente, pero por modo seguro peligrosa en una enfermedad en la que el corazón está amenazado casi constantemente.

Por fin, en los casos en que las inyecciones de alcanfor, éter y cafeína resultan ineficaces contra el estado adinámico y la astenia nerviosa, recorro al uso del *sulfato de estriquina*, á la dosis de dos ó tres miligramos por día, ya sea por la vía gástrica, ya por la hipodérmica con arreglo á esta fórmula:

Agua destilada..... 10 gramos  
Sulfato de estriquina. 1 centígrmo

Para inyectar dos ó cuatro medias jeringuitas de Pravaz al día.

Es utilísimo agregar á estas medicaciones los tónicos, entre ellos la *poción de Todd* (de la cual se abusa bastante). Prefiero hacer uso en mis enfermos de las preparaciones de *kola*, cuyas propiedades tónicas y excitantes he indicado en la tesis de Monnet en 1884.

La fórmula que recomiendo es esta:

Tintura de kola... }  
Tintura de coca... } aa 60 gramos.

Para tomar una cucharada de las de café, dos ó tres veces al día, en una taza de leche caliente y azucarada ó también en un poco de curacao, diluído en una corta cantidad de agua, mezcla que da por resultado una grata preparación.

Estos son medios auxiliares; la digital, la quinina, las inyecciones de alcanfor, el éter ó la cafeína, la antisepsis bucal é intestinal deben

constituir las bases del tratamiento de toda neumonía grippal.

Aquí me detengo en la enumeración de los medios terapéuticos, sin olvidar que disto mucho de haber desarrollado este asunto, pues bien sé no he hablado de las complicaciones.

He querido demostraros desde el punto de vista clínico así como del terapéutico, que cometería un solemne error el que viera en las neumonías grippales como entraña enferma al pulmón; además, os he demostrado que no existe medicación anti-pneumónica y que es necesario valerse de la terapéutica que llamo compensadora, sirviéndose de los órganos sanos y compensadores para actuar sobre el órgano enfermo. He querido, en una palabra, manifestaros la práctica de esta proposición.

*En casi todas las pneumonias, y especialmente en las grippales, la enfermedad está en el pulmón y el peligro en el corazón, asentando también éste en el sistema nervioso.*

(Gac. Méd. Catalana.)

## NOTAS TERAPEUTICAS

### Nuevos medicamentos

**El nosofeno.** — Se trata de un compuesto iodado, obtenido por los doctores A. Classen y W. Löb, haciendo reaccionar el iodo sobre soluciones de fenolftaleína. Es una substancia pulverulenta amarilla, inodora é insípida, insoluble en el agua, soluble en el éter, el cloroformo y los líquidos alcalinos. El nosofeno es un ácido que forma con el sodio, mercurio y algunos otros metales sales solubles.

Los experimentos instituídos primero sobre animales y después en el hombre, han demostrado que este cuerpo no es tóxico y que atraviesa el organismo sin descomponerse. En efecto, administrándolo ya por la vía gástrica, ya en inyecciones subcutáneas, no se encuentra jamás iodo en las orinas.

Estando dotado el nosofeno de propiedades secantes enérgicas, el doctor O. Seifert lo ha empleado con ventaja, bajo forma de insuflaciones, en el tratamiento del coriza agudo, de la rinitis crónica con hipersecreción, así como en diversos casos de balanitis, de chancro blando y de eczema.

### Tratamiento del cólico hepático por los enemas oleosos.

El tratamiento de la colelitiasis por la ingestión de aceite de olivas á alta dosis, recomendado en estos últimos años, es, á menudo, difícil de practicar, por que la mayoría de los enfermos sienten por el aceite una repugnancia invencible. Además, aun en los individuos capaces de tragar sin repugnancia grandes cantidades de aceite, este modo de tratamiento no podría prolongarse mucho tiempo, porque la ingestión continuada de sustancias oleosas no tarda en provocar trastornos dispépsicos más ó menos acentuados.

Ahora bien, el doctor F. Blum, de Francfort-sur-le-Mein, ha descubierto que las lavativas oleosas frecuentemente repetidas son casi tan activas contra el cólico hepático como la ingestión de aceite de olivas á alta dosis. Por otra parte, como estas lavativas son muy fáciles de emplear y siempre son bien toleradas por los enfermos, puede continuarse su uso indefinidamente, hasta que se obtenga un resultado satisfactorio y durable.

Los enemas oleosos actuarían, no sólo estimulando el peristaltismo intestinal y favoreciendo las evacuaciones alvinas, sino que ejercerían también, según el Dr. Blum, una acción colagoga manifiesta que favorecería la expulsión de los cálculos situados en las vías biliares é impediría la formación de nuevos coelitos.

Pero sea lo que fuere, el hecho es que en los casos de cólico hepático en que dicho médico ha tenido ocasión de emplear el tratamiento en cuestión, ha quedado muy sa-

tisfecho de los resultados obtenidos. En efecto, bajo la influencia de los enemas—administrados primero cuotidianamente, después (al cabo de una ó dos semanas) cada dos días, en seguida cada tres y en fin á intervalos mayores—ha visto los accesos de cólico hepático disminuir poco á poco de frecuencia y de intensidad hasta el punto de desaparecer; igual cosa ha ocurrido respecto de la sensibilidad dolorosa á la presión que muchos enfermos sufren, aun entre los accesos, en la región de la vesícula biliar. Este tratamiento no ha tenido nunca inconvenientes; la acción evacuante de las lavativas no se agota jamás y, por otra parte, lejos de debilitar el peristaltismo espontáneo del intestino lo estimula.

Los enemas se administran del modo siguiente: estando acostado el enfermo en decúbito dorsal con la pelvis elevada por medio de un cojín, se le inyecta lentamente en el recto 400 ó 500 gramos de aceite de olivas de buena calidad, calentado á 30.°

Si se viera manifestarse los prodromos de un acceso inminente de cólico hepático, se aumenta inmediatamente la frecuencia de los enemas oleosos.

### Sueroterapia en la sífilis

Hé aquí lo que al respecto dice nuestro apreciado colega *Rev. de Ciencias médicas* de la Habana:

Los señores J. Hericourt y Ch. Richet hicieron la interesante comunicación siguiente á la Sociedad de Biología de París, en su sesión del 12 de enero último. Queremos decir algunas palabras sobre un ensayo de sueroterapia antisifilítica, basado en las mismas consideraciones, y al cual nos han conducido tentativas alentadas ejecutadas, hace ya cuatro años en el servicio del Profesor Fournier, quien se prestó á emplear el suero de perro que le suministramos para tratar á unos lúpicos, y también á unos sífilíticos graves, rebeldes á la medicación clásica.

Los resultados de dichas observaciones han sido publicados por Feulard, que las tomó en el servicio del Profesor Fournier. De un modo notable, en dos de estos enfermos atacados de sífilis garve y rebeldes al tratamiento específico, el suero transformó rápidamente el estado general, y permitió entonces una acción eficaz del tratamiento ordinario, anteriormente impotente.

A fin de obtener un suero más activo, y más específico sobre todo, hemos vuelto á nuestro principio, que es reforzar la inmunidad natural, en el animal, por medio de la inyección experimental. Pero como en la especie no puede ser cuestión de microbios, puesto que no se conoce el de la sífilis, ha sido con la sangre sífilítica, en plena erupción roseólica y jamás sometida á tratamiento, que hemos inyectado á los animales, perros y asnos, y sólo algunos días después de la inoculación hemos tomado la sangre de estos animales.

Aquí, no había materia para experimentos de laboratorio, y no teníamos sino que probar en sífilíticos el influjo del suero así obtenido. Para dar una idea de tal influjo relataremos la siguiente observación:

Una mujer de cincuenta años contrajo la sífilis de su marido hace unos veinte años. La enfermedad siguió desde luego la evolución normal durante los primeros años. Después, ahora unos diez años, aparecieron trastornos nerviosos (crisis gastrálgicas, cefaleas nocturnas y dolores osteócopos.) Al mismo tiempo se declaró un estado general neurasténico.

Hace dos años la enferma presentó una iritis, y notó que á los trastornos precedentes se agregaron los de la incoordinación.

El tratamiento específico se empleó sin resultado apreciable. También se le hicieron, ahora dos años, una serie de inyecciones de líquido de Brown Séquard sin éxito alguno.

Se prueba el tratamiento suero-terápico, y en ocho días la enferma recibe, en tres inyecciones, seis

centímetros cúbicos de suero preparado según expusimos anteriormente.

Á continuación de estas primeras inyecciones, que van á ser continuadas, la cefalea nocturna, los dolores gastrálgicos, los vómitos y los dolores de los miembros inferiores desaparecieron, los dolores occipitales, así como los dolores fulgurantes de los miembros inferiores se apasiguaron hasta el extremo de no atraer á penas la atención de la enferma.

Hemos juzgado que esta rápida mejoría era demasiado patente para no ser digna de mención, en el sentido sobre todo que marca una indicación para el tratamiento suero-terápico de la sífilis, en los casos de tabes ocurrida en terreno sífilítico.

En otro caso, una joven de 25 años, observada por el Dr. Friboulet, contrajo la sífilis á la edad de veinte y dos. Luego tuvo una serie de accidentes graves, y cuando entró en el servicio del Dr. Tenensson la enferma tenía lesiones ulcerosas, cuyo aspecto se asemejaba absolutamente á gomas en vía de cicatrización.

Estas lesiones persistían tales cual existían hacía cerca de seis meses.

La enferma acogió con prontitud la idea de las inyecciones de suero.

Este suero es el que acabamos de describir: es decir, que proviene del perro matado al sexto día después de sufrir la inyección intravenosa de 20 centímetros cúbicos de suero de un hombre sífilítico (portador de un chancro y en plena erupción de roseola).

Se le hacen á la enferma, durante una semana, inyecciones de 1 á 3 centímetros de suero, cuya dosis total es de 22 centímetros.

Estas inyecciones produjeron algunos accidentes (vértigo, fiebre, exantemas) por demás ligeros, pero los accidentes sífilíticos se han mejorado.

Las superficies ulceradas, hasta entonces inertes bajo el Vigo, se volvieron granujientas: había en

ellas un ribete de cicatrización manifiesta.

Al cabo de un mes la cicatriz es casi completa.

Agreguemos que el estado general de la joven es excelente, y si no fuese por temor de recargar el cuadro, podríamos decir que la enferma que ha engordado, declara sentir una notable mejoría en su estado general.

En resumen; ulceraciones consecutivas á unos gomas, sin ninguna tendencia á la cicatrización espontánea; influjo nulo del tratamiento específico, *statu quo*, á lo menos por seis meses.

Seis inyecciones de suero (número 6.)

10 de diciembre, una inyección de un centímetro cúbico.

11    "    "    "    "    "    "  
12    "    "    "    "    "    " de dos centímetros cúbicos.

13    "    "    "    "    "    "  
14    "    "    "    "    "    " de tres centímetros cúbicos.

15    "    "    "    "    "    "  
El 16 urticaria febril, con síntomas generales.

Desde el 14, tendencia á la cicatrización, que el 18 de enero de 1895 es casi completa.

Mejoría notable del estado general (robustez, desaparición de un estado anterior de anemia pronunciada.)

### Las cataplasmas frías como antitérmicas

Un colega de los Estados Unidos, el Dr. Sr. Bedford Brown (de Alejandría), ha podido convencerse de los excelentes efectos antitérmicos de las grandes cataplasmas frías en ciertas enfermedades febriles graves, tales como la dotinenteria, la neumonía fibrinosa y el paludismo agudo. Estas cataplasmas ofrecen sobre los baños fríos la ventaja de estar exentas de todo peligro de colapso, y sobre las lociones frías, de una acción antitérmica más eficaz. Además, jamás dejan de ser aceptadas por el enfermo y su familia, lo cual no deja de representar un recurso precioso en la práctica

corriente.

Para preparar la cataplasma fría se echa mano de harina de linaza ó de fécula, que se mezcla con agua hirviendo, á fin de obtener una pasta homogénea, que se extiende entre dos trapos finos y se enfría remojándola con agua helada hasta que su temperatura haya descendido á 20° próximamente. La cataplasma debe ser suficientemente grande para cubrir el abdomen hasta el pubis, así como la mitad inferior y los dos lados del tórax; la región cardiaca se encuentra de este modo á cubierto, en lo cual debe ponerse mucho cuidado. Cuando la cataplasma se ha calentado con el contacto del cuerpo, se retira para enfriarla de nuevo, luego se vuelve á aplicar, y así se continúa hasta que la temperatura del enfermo haya descendido próximamente á la normal, cosa que no tarda en producirse. Obtenido este resultado, se suspende la aplicación de las cataplasmas para recurrir nuevamente al mismo medio tan luego como se observa que la calentura alcanza un grado elevado.

En las hipertermias excesivas acompañadas de delirio, insomnio, agitación continua y estrechez de las pupilas, será bueno, además de la cataplasma fría colocada sobre la parte anterior del cuerpo, aplicar otra cataplasma por el estilo sobre la espalda, á partir de la nuca hasta el coxis.

### CRONICA

**Turno de las boticas.**—Llamamos la atención de quien corresponda, para que los señores farmacéuticos tengan las garantías suficientes, que les acuerda la respectiva Ordenanza municipal, en el servicio extraordinario que prestan á la población con el turno que les impone la citado Ordenanza; á fin de evitar vejámenes como el que sufrió el Sr. Boggiano, por haberse negado á despachar una copa de bitter, quien fué insultado por el sujeto que tuvo tal pretensión en horas avanzadas de la noche.