

# 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, DICIEMBRE 15 DE 1895. { N.º 167

## EDITORIAL

### CLINICA GINECOLOGICA

Por ley del Congreso, del presente año, se ha creado en la Facultad de Medicina de Lima, esta nueva cátedra, reclamada urjentemente por los adelantos á que hemos llegado en estos últimos tiempos.

La Facultad no debe perder la oportunidad que se le ofrece para integrar su personal docente con una verdadera notabilidad médica como lo es el distinguido facultativo Dr. Néstor J. Corpancho. Competencia, laboriosidad, anhelo de propaganda, cuantas dotes pueden exigirse tantas posee el ilustrado ginecólogo peruano.

Sabemos que el Sr. Dr. Corpancho se ha presentado al Supremo Gobierno pidiendo la posesión de dicha cátedra; y que el Sr. Ministro de Instrucción ha pedido informe á la Facultad.

Sin exagerar nada de nuestra parte se puede asegurar que la cátedra de ginecología estaba ya fundada en Lima; que el Dr. Corpan-

cho la desempeñaba; pues otra cosa no significa su clínica del Hospital de Santa Ana, á donde concurren, no sólo estudiantes y médicos, sino altas personalidades de la prensa, de las letras ó del mundo político curiosas de verlo ejecutar sus prodigios quirúrgicos.

Nombrar profesor de Ginecología clínica al Dr. Corpancho no será, pues, otra cosa que dar autorización legal á lo que de hecho existe y está consagrado por el uso.

He aquí la solicitud á que aludimos:

Excmo. Señor.

Néstor J. Corpancho, Médico y Cirujano de la Facultad de Medicina de Lima, ante V.E. respetuosamente y con el debido acatamiento me presento y expongo: que habiendo aprobado la H. Cámara de Diputados un proyecto de ley para la creación, en la Facultad de Medicina, de la importante cátedra de Clínica Ginecológica; cuyo proyecto de ley ha pasado en revisión á la H. Cámara de Senadores, donde merecerá, sin duda, ser aprobado; ocurro oportunamente por ante V.E. para solicitar, á mi favor, el nombramiento para regentar la

referida Clínica, de conformidad con el artículo 255 del Reglamento General de Instrucción Pública, cuyo texto dice: "En los casos de creación de nuevas cátedras se proveerán por el Gobierno."

Para justificar mi solicitud, permítame V.E. que aduzca las razones que la abonan.

Hace catorce años que tengo á mi cargo, en el Hospital de Santa Ana, un departamento de Cirugía para mujeres. Durante este lapso de tiempo he tenido ocasión de practicar las más difíciles operaciones de la Ginecología moderna, muchísimas de ellas con éxito satisfactorio, á punto que han llamado notablemente la atención pública, insertándose en los periódicos de la Capital juicios muy halagadores referentes á ellas.

No contento con los resultados que alcancé en mi práctica operatoria emprendí un viaje al extranjero para estudiar en E.E. UU. de Norte América, Inglaterra y Francia, al lado de los más hábiles y notables ginecólogos del mundo científico, este difícil ramo de la Cirugía y ponerme al corriente de los recientes descubrimientos. Separado de mi familia por tal motivo, interrumpidos los cuidados de una clientela numerosa, durante más de un año no he tenido otra aspiración, ni otro objetivo, que perfeccionarme en la práctica de la cirugía abdominal para difundirla en mi país, estimulado por un sentimiento patriótico y por los positivos servicios que con ellos se presta á la humanidad.

A mi regreso á la Capital, he importado todos los instrumentos y material de antisepsis que he creído indispensable para que las operaciones obtuvieran el éxito más satisfactorio, en relación con los medios que deben emplearse.

Desde mi vuelta del extranjero he practicado numerosas y muy difíciles operaciones, las que uni-

das á las de época anterior alcanzan á 30 entre laparotomías é hysterotomías vaginales, para extirpar *fibromas* y *miomas* implantados en el útero y sus anexos; como igualmente *ovariotomías* para extraer *quistes* de muy diversa naturaleza.

Tanto en mi clientela de la ciudad, como en los enfermos del Hospital he sido secundado por un cuerpo de cuatro ayudantes-médicos que, desde hace algún tiempo, he preparado esmeradamente y cuya disciplina, consagración asidua y competencia profesional considero de un valor inestimable, difícil de improvisarse sin previa preparación.

Con los elementos que poseo y la práctica que ha sido siempre mi más vehemente empeño, por orgullo nacional y sin la jactancia que pudiera desvirtuar mi obligada é ingénita modestia, puedo decir á V.E. que soy el único Cirujano en el Perú que cuenta con lo primero, y en cuanto á lo segundo, hasta hoy nadie puede presentar la estadística operatoria que abona, y es la más elocuente prueba, los merecimientos que me estimulan para solicitar de V.E. la Cátedra de Ginecología en la Facultad de Medicina.

Tan pronto como quede terminada la estadística detallada y explicativa de mi clínica ginecológica, la que estoy preparando para su publicación, acompañada de láminas pertinentes, la elevaré al superior conocimiento de V.E.

Por lo expuesto:

Á V.E., interesado siempre por todo lo que significa adelanto y beneficio públicos, pido y suplico: no desatienda la solicitud que deajo formulada para que se me nombre Catedrático de Clínica Ginecológica en la Facultad de Medicina, comprometiéndome desde ahora, si no se llegara á aplicar la correspon-

diente partida para su sostenimiento, á servirla sin remuneración.

Es gracia que espero alcanzar.

Lima, 25 de noviembre de 1895.

Excmo. Señor.

## ARTICULOS ORIGINALES

### ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS

desde un día hasta dos años  
de edad

(Colaboración)

#### I

#### DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE UN DÍA Á SEIS MESES

Durante los seis primeros meses la alimentación del recién nacido debe ser, según lo que acabamos de establecer, enteramente líquida. La leche es el único líquido que, como alimento completo, satisface esa condición; ella contiene substancias grasas emulsionadas, elementos azoados en disolución, azúcar y sales; y es alimento de digestión fácil, pues las substancias azoadas apenas sufren en el estómago ó en los intestinos ligeras modificaciones para ser asimilables.

Los experimentos de Richet demuestran que la leche permanece muy poco en el estómago, aún en el adulto y la digestión se termina en el intestino, donde se emulsionan las substancias grasas antes de la absorción.

No hay para qué decir que la leche que más conviene al niño es la leche de mujer, porque además de esa especie de idiosincracia de raza, la composición de la leche en las diversas especies no es exactamente la misma. Es, pues, la leche de mujer la que debe preferirse en la lactancia.

Pero como se presentan casos especiales en que no es posible alimentar al niño con leche de mujer, necesario es recurrir entonces á

uno de los tres animales que dan leche más asimilable: la burra, la cabra y la vaca. Veamos cual merece la preferencia.

*Leche de burra.* — La composición media de la leche de burra se aproxima mucho á la de la mujer; la caseína que contiene, como en la leche de mujer, se coagula en menudas partículas que la hacen más asimilable y más apropiada al estómago del recién nacido; se puede recurrir á ella en esos casos de diarrea infantil, en que la leche de vaca no es digerida. Tiene el inconveniente de ser escasa, cara y rápidamente alterable, por lo cual debe ser consumida tan luego como ha sido ordeñada.

*Leche de cabra.* — La leche de cabra, tan elogiada en algunas partes, contiene la misma cantidad de extracto seco que la leche de mujer y la misma cantidad de grasa; pero tiene 20 gramos de lactosa menos y 15 gramos de caseína más; de todas las leches es la más rica en caseína, al coagularse, reclama por su densidad, mayor trabajo de parte del estómago. Esta consideración debe hacer rechazar la leche de cabra en la lactancia de los recién nacidos y reaccionar contra la preocupación que tiende á considerarla como la más propia para ser sustituida á la leche de mujer. (1)

(1) Esta aserción nos parece bastante exagerada y nada justa. En cambio nosotros contamos con observaciones de niños que se han criado muy bien, con sólo leche de cabra, por lo cual no hemos vacilado en aconsejarlo aún á miembros de nuestra familia. Otra razón que tenemos para preferir la leche de cabra, en muchos casos, es la resistencia de ese animal á la tuberculosis, lo que indudablemente es una garantía contra la infección; y no es ilógico suponer que esta especie de lactancia confiera al organismo cierto grado de inmunidad, comunicando á las células las fuerzas bioquímicas y dinamogénicas del elemento asimilado.

Los únicos inconvenientes que tiene para nosotros la leche de cabra es el ser escasa y el que no siempre es posible hacer que el niño mame directamente del animal, lo que sería preferible para evitar las consecuencias del transvase de la leche.

*Leche de vaca.*—Esta y la de cabra difieren poco, pero debe darse preferencia á la primera, porque el coágulo es menos denso que el de la segunda. Tiene, además, la ventaja de ser de producción constante y de un precio accesible á todos.

En resumen, tratándose de reemplazar la leche de mujer debiera preferirse la de burra, pero teniendo ésta los inconvenientes ya dichos, queda la de vaca como más adecuada para la lactancia mixta y artificial. Hay que notar, sin embargo, que toda lactancia que no sea la natural es defectuosa y sólo por una dura necesidad debe renunciarse á esta última.

La composición de la leche varía á cada momento por los motivos y causas más variados. Aun la leche de mujer no escapa á esta variación que para explicarla es necesario tener en cuenta:

a) *La raza.*—La leche de las rubias es más rica en azúcar y grasa y más pobre en albúmina que la de las morenas.

b) *La edad.*—La leche es más substanciosa á los 20 años, fija de 20 á 30 y menos después de 30. Johanssen dice que la leche de las mujeres de 20 á 25 años es rica en grasa, de 25 á 30 en albúmina y de 30 en adelante en azúcar.

c) *La menstruación,* que disminuye ligeramente la cantidad de leche y la proporción del azúcar y aumenta las materias sólidas.

Aparte de esto, influyen las condiciones individuales, la edad de la leche, la duración en el seno, el momento de la mamada y aún la leche de los dos pechos. Lourdat observó una mujer, en la cual el pecho derecho en tres lactancias sucesivas, fué preferido por el niño: el análisis demostró que ese pecho, además de dar dos veces más leche que el izquierdo, daba también una leche dos veces más rica en materias azoadas, y nueve más en grasa. Brunner ha observado hechos análogos.

Todavía puede contarse como agentes que hacen variar la composición de la leche: el estado de salud ó de enfermedad, la naturaleza del régimen alimenticio é higiénico, las variaciones de temperatura, la estación, etc., etc.

La leche de vaca está sujeta á las mismas variaciones y esto demuestra el error de los que creen que para el niño es ventajoso tomar siempre la leche de una misma vaca.

Para atenuar esta variación, tratándose de la lactancia mixta ó artificial, sería mejor tomar la leche mezclada de varias vacas, como la leche de la venta ordinaria, ó asemejar en tanto que sea posible, la leche de vaca á la leche de mujer. Este resultado se obtiene teóricamente disminuyendo la crema y la caseína, aumentando la cantidad de azúcar y aminorando la tendencia á la fermentación. Reuniendo las opiniones de Artemieff, Tarnier, J. Guerin y Coulier, el objeto se conseguiría en lo práctico descremando la leche, cortándola con agua, agregándole azúcar de caña ó mejor lactosa, y añadiéndole carbonato de soda hasta una reacción francamente alcalina. (2)

Parrot, Boudin y algunos otros creen inútil el anterior procedimiento y lleno de muchos inconvenientes, entre los cuales cuentan la disminución del valor nutritivo de la leche y la necesidad de hacer ingerir al niño mayor cantidad de líquido para sostener su alimentación.

Entre estas exageraciones extremas sucede, como de ordinario, que la verdad ocupa el término medio; y la mejor guía en estos

(2) En caso que se nos ofreciera una composición semejante, la haríamos así:

Leche descremada.....	80 gramos
Agua hirviendo.....	20 „
Carbonato de soda....	0,25 centgs.

Pero convenimos en que esto no tiene grande importancia, porque la leche así preparada está muy lejos de parecerse á la de la mujer.

casos no es la calidad, ni la cantidad, ni la preparación de la leche, sino la salud del niño y el estado de sus vías digestivas.

También influye mucho la buena dirección de la lactancia; una mala dirección es desastrosa aun en la lactancia materna.

A esto nada más no se reducen los inconvenientes de la lactancia artificial, los cuales son mayores por parte de las *condiciones extrínsecas* de la lactación.

En la lactancia maternal el niño tomando el pezón entre los labios, hace pasar directamente la leche del pecho al sistema digestivo y así no corre riesgo de contagiarse, para lo cual sería necesario que los surcos del pezón tuviesen gérmenes patógenos, hecho por lo demás muy raro.

En la lactancia artificial la absorción de la leche es muy distinta, pues antes de ser tomada por el niño, sufre una serie de manipulaciones que tienden todas á alterarla.

En efecto, el individuo que ordeña, pone los dedos,—rara vez limpios,—en contacto con la ubre que á menudo está sucia; de aquí un peligro de contaminación por los dedos del ordeñador y por la ubre de la vaca, máxime si está atacada de ulceraciones tuberculosas. La leche así exprimida cae en un primer recipiente, luego á otro, de aquí á las vasijas que la llevan al expendio y de aquí á otros muchos hasta quedar en fin en un vaso que está casi siempre al descubierto en una cocina recalentada y siempre mal aireada. Estos múltiples pasos ponen la leche en contacto con el aire y con recipientes más ó menos limpios con agua caliente, pero nunca desinfectados en el verdadero sentido de la palabra. La consecuencia de esto es que la *lactosa* se transforma en ácido láctico bajo la influencia del fermento láctico que está en el aire; la leche se acidifi-

ca, y la caseína se coagula, porque le falta, para estar disuelta, un medio alcalino.

La leche así contaminada contiene infinidad de microbios; Bitter ha encontrado hasta 250,000 por milímetro cúbico. Varios autores, especialmente los ingleses, han demostrado de una manera inconcusa que ella engendra la difteria, la diarrea infantil, la fiebre tifoidea, la escarlatina y sobre todo la tuberculosis.

Para evitar tales peligros basta destruir los gérmenes antes que la leche sea ingerida por el niño. Ordinariamente se apela á la ebullición, que, efectuándose á 101° para la leche, destruye todos los microbios. Tiene este procedimiento la desventaja de hacer perder las cualidades de la leche, haciéndola indigesta y provista de vapor de agua, principios rápidos volátiles y gases útiles.

Desde este punto de vista sería preferible usar la leche cruda, la que á no dudarlo, es de más fácil digestión; pero en este caso se tropezaría nuevamente con los inconvenientes ya apuntados.

Para resolver esta especie de círculo vicioso se ha recurrido á la *pastorización*, la cual consiste en calentar rápidamente la leche á 70° ó 75° y enfriarla inmediatamente á 10° ó 12°. Por este procedimiento se detiene la fermentación; pero el efecto es inestable y por esta razón se ha pensado en la *esterilización*; es decir, en un procedimiento tal que sin hervir la leche, sin cambiar notablemente sus propiedades y su constitución molecular, y sin los inconvenientes de la leche cruda y hervida, tenga las ventajas de una y otra. Ya hoy se ha obtenido este resultado con gran beneficio para el mundo y se conocen dos clases de esterilización: una que podría llamarse *casera* y otra *industrial*. De esta no hablemos.

La primera, mucho más sencilla,

se facilita por los aparatos de Soxhlet y Gentile-Budin entre otros. La operación es como sigue: se divide la leche en tantos frascos cuantas mamadas deba hacer el niño: se sumergen esos frascos en una marmita llena de agua tibia que se lleva á la ebullición; desde este momento se continúa la operación unos cuarenta ó cuarenta y cinco minutos más, y así se mantiene la leche sin hervir á 80° ó 90° de temperatura. Las botellas se cubren con un tapón de algodón ó mejor con un disco de caucho que, al enfriarse, obtura completamente la botella hasta el momento de usarla. Después de enfriarlas se las coloca en lugar fresco y cuando quiera usarse alguna para el niño, se le quita el tapón y se le adapta un tetero bien limpio.

Desgraciadamente esta operación, por sencilla que parezca, no está al alcance de todos y exige cuidados minuciosos, especialmente de aseo y desinfección so pena de constituir el método en peligro.

“Criar un niño por lactancia artificial—dice Gueniot—es un verdadero arte, para el cual son escasos los buenos artistas.” Así, pues, terminaremos diciendo que la lactancia artificial sólo debe usarse cuando sea absolutamente necesaria, y que el único medio de hacerla lo menos peligrosa posible es emplear la leche esterilizada.

#### DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE SEIS MESES Á UN AÑO

Hasta los seis meses, el niño debe ser alimentado exclusivamente con leche; leche de nodriza á falta de leche materna, siempre preferible; leche de vaca cortada ó no, esterilizada, á falta de leche de mujer.

La aparición de los primeros dientes marca el límite de la alimentación láctea exclusiva; á esa edad se pueden agregar otros ali-

mentos, lo que tiene la ventaja de preparar al niño para el cambio de régimen alimenticio que tendrá que sufrir más tarde, y para el destete. El alimento que mejor se presta para esta innovación es la leche de vaca, que por ser más rica en caseína que la leche de mujer, aumenta los materiales nutritivos del niño, que es el objeto que se desea.

Mas para obtener semejante resultado, sin perjuicios graves para la salud, se requiere que los dientes hayan aparecido por completo, pues las perturbaciones digestivas y otros accidentes que acompañan la salida de los dientes colocan al niño en estado de oportunidad mórbida.

Aparte de la leche de vaca hay otras substancias, á las cuales puede apelarse y son el caldo y las harinas de orígenes diversos.

El caldo se utiliza no por su poder nutritivo, que es poco, según resulta del análisis de Liebig y de los experimentos de Rubner, sino por sus propiedades estimulantes y peptógenas (Schiff) que le hacen desempeñar importante papel en la alimentación.

Las diversas harinas pueden darse asociadas al caldo ó á la leche bajo la forma de puches ó papillas, cuya densidad se irá aumentando á medida que el niño se habitúe á ellas. En todo caso, debe tenerse en cuenta el estado de las vías digestivas y el efecto que produzcan en el niño estos nuevos alimentos.

Varias son las harinas que se emplean; pero de todas merece preferencia la de avena, que posee el equivalente nutritivo y calórico más elevado y la mayor cantidad de hierro.

Puede emplearse también la costra del pan y los bizcochos tostados y reducidos á polvo.

En resumen: leche, caldo, y harina, tales deben ser los alimentos del niño durante el primer año; á lo sumo podría permitirse agregar,

incorporada á esos alimentos, la yema de un huevo entero pasado por agua, sólo conviene en el curso del segundo año.

DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE UNO Á DOS AÑOS

Hasta que el niño no tenga un año, no puede pensarse en destetarlo; sólo en el caso de que la madre sufra por la lactancia puede hacerse destete prematuro; pero si es nodriza la que lacta, vale más buscar otra aun cuando el niño tenga once meses.

El destete debe ser progresivo y no repentino. La mayor parte de las dificultades que presenta se debe á que por destete se entiende *supresión* de la leche en la alimentación del niño. Para mejor hacerlo, debe irse por grados, tratando de reemplazar la leche materna por la de vaca y ésta por la nueva alimentación.

No es posible dar fecha fija para el destete, supuesto que este depende de multitud de causas relacionadas unas con la madre y otras con el niño; pero en todo caso nunca debe hacerse antes de un año ni después de diez y ocho meses. Por regla general, el trabajo de la dentición está terminando de los catorce á los quince meses y es entonces cuando el niño está apto para una nueva alimentación.

Esta alimentación consistirá en huevos, papas, carne cocida y algunos peces. Al fin del segundo año pueden darse caldos grasos, sopas de pastas, salsas (siempre que no tenga muchas especias) bizcochos, etc., teniendo cuidado de que la leche entre siempre en la alimentación.

Sólo en el curso del tercer año podrá darse poco á poco al niño la alimentación del adulto.

DR. M. F. OBREGÓN.

(De Caracas.) Nacional de San Marcos  
Universidad del Perú. Decana de América

BIBLIOGRAFIA

PEDIATRIA

**Les Misères de l'enfance**, por el Dr. JOHN LEMOINE, Oficial de Academia. Un volumen de 100 páginas. *Paris* (Francia).—Año 1895.

En esta obrita, con ser tan pequeña, ha logrado su autor compendiar una multitud de nociones relativas á la patología de la infancia que pueden ser particularmente útiles no sólo á las madres de familia sino también á directoras de colegio y guardadoras de estos tiernos seres víctimas de numerosos accidentes, que cuando son bien atendidos y desde el principio se les combate con una terapéutica racional se logra conjurarlos. Los médicos mismos podrán sacar un partido útil leyendo este librito.

Una clasificación artificial, pero muy práctica ha permitido al Sr. Dr. Lemoine agrupar todas las dolencias de los niños en tres categorías que él denomina miserias.

Las miserias accidentales comprenden las quemaduras, sabayones, contusiones, cuerpos extraños, flujos de las orejas, lombrices, indigestiones, enteritis, diarreas, constipación, caída del recto y vulvovaginitis.

Las miserias usuales ó corrientes comprenden el sarampión, escarlatina, coqueluche, paperas, anginas, aftas, paco, difteria, tuberculosis, impétigo y costras de leche.

Las miserias del crecimiento las subdivide en dos grupos, á saber, transtornos físicos y transtornos cerebrales; entre los primeros considera las enfermedades del sistema ganglionar y glandular; el raquitismo, la escrófula y atrepsia; diversas deformaciones del cuerpo; dolores musculares y articulares; y entre los segundos incluye la jaqueca, terrores nocturnos y nervosismo.

Todas estas cuestiones están brevemente expuestas, sin teorías que ofusquen el entendimiento y con gran abundancia de consejos útiles y de indicaciones prácticas.

**Antisepsie Médicale. Cure rapide d'une infection générale chronique d'origine puerpérale datant de quatorze ans.** por el DR. J. ROUSSEL (de Genève). Folleto de 20 páginas.—*Sceaux* (Francia). Año 1895.

Esta pequeña Memoria nos informa de una rápida curación, obtenida por el autor, en un caso curioso de infección crónica, generalizada, de origen puerperal, datando de 14 años.

Es una historia clínica muy edificante: los antecedentes, examen de la paciente, diagnóstico y tratamiento son otros tantos artículos de sumo interés, como que envuelven una verdadera revelación de todos los recursos con que cuenta hoy la medicina hipodérmica cuando se la sabe manejar con la seguridad de criterio médico que distingue al Sr. Dr. Roussel. Este folleto vale la pena de ser leído cuidadosamente y aplicar la doctrina que entraña á la curación de casos análogos.

DR. IGNACIO LA PUENTE

## SECCION EXTRANJERA

LA SUEROTERAPIA ESPECIFICA  
en la tuberculosis pulmonar (1)

POR EL DR. MARAGLIANO

(De Génova)

Señores:

Extranjero desde el punto de vista geográfico, no me considero extranjero entre vosotros como sabio.

(1) Conferencia dada á los miembros del Congreso de Medicina interna celebrado en Burdeos este año.

Francia es y ha sido siempre la patria de los sabios de todos los países; pues les ha hecho sacar los beneficios de la potencia de su autoridad, de sus grandes órganos de difusión y siempre con la mayor benevolencia, con la mayor cortesía.

Así que, como trabajador, vengo con la mayor confianza y vengo al seno de trabajadores á comunicar los resultados de mis investigaciones sobre una cuestión antigua por sí misma, pero enteramente nueva por los medios con que la ciencia de hoy se propone resolverla. Ya sé que siempre se acoje con desconfianza todo anuncio de un nuevo tratamiento de la tuberculosis, y que siempre se debe estar presto á disipar los prejuicios del auditorio cuando de ello se habla. Y esta es una desconfianza bien legítima por cierto, porque ¡cuántas desiluciones se han sufrido con este motivo! ¡cuán dolorosos engaños sufridos aún por sabios eminentes, demasiado presurosos en prestar un gran servicio á la humanidad doliente!

Sin embargo, se puede curar esta tuberculosis, y desde ahora la ciencia ha reducido á la nada la afirmación de un gran poeta italiano, cuando llama á esta enfermedad *il male che non perdona*.

¡Cuántos ejemplos hay de focos tuberculosos desarrollados en los pulmones y que pasaron desapercibidos, siendo dominados por el organismo sin el concurso del médico ni de la medicina, y que se pudieron observar después de la muerte, sobrevenida más tarde por la vejez ó una causa fortuita!

El organismo, por consiguiente, combate y cura por sus solos esfuerzos esta enfermedad, tan bien como á tantas otras afecciones. Pero ¿de qué naturaleza son estas fuerzas? ¿Se podrán producir artificialmente su manifestación y desarrollo? Ciertamente que sí: la vacunación, las inmunizaciones y la sueroterapia tienen su origen en esta sencilla y clarísima idea, viniendo así á imitar á la naturaleza en sus procedimientos defensi-

vos contra las infecciones, á hacer *terapéutica naturista*, como dijo nuestro eminente Presidente en su brillante discurso de apertura.

¿Se podra razonablemente esperar hacer aplicación de la misma, pero con éxito, al tratamiento de la tuberculosis? La idea de esta aplicación ha tenido su origen en Francia en las inyecciones de sangre de cabra y de perro, es decir, cuando se ha ensayado llevar al organismo humano los medios genéricos y naturales que los animales, casi siempre exentos, emplean para su defensa, ó, mejor aún, cuando se ha excitado en los mismos la producción de medios específicos de defensa mediante las vacunaciones tuberculosas, para transmitirlos en seguida al organismo de otros animales y al del hombre. Con todo, hasta la hora presente, y á pesar de todos los esfuerzos tentados en este terreno, no se había llegado á ningún resultado definitivo desde el punto de vista clínico. Richet, Héricourt y Babès han recogido sin duda materiales preciosos para el estudio de este problema; pero no se poseían aún elementos suficientes para hablar de una suero-terapia en la tuberculosis. Permittedme, pues, exponeros en el día de hoy lo que he hecho en este terreno desde hace tres años de trabajo; y decíroslo sin pretensión ninguna, sin entusiasmo y con toda la severidad que exige una cuestión tan discutida.

Mis estudios se refieren á un suero específico, esto es, á un suero que se supone contiene antitoxinas tuberculosas. La primera de las dificultades que se presentan consiste en el modo de obtenerlo; y tanto es así, que creo que esta dificultad ha paralizado todos los esfuerzos de los que se han ocupado hasta hoy de esta cuestión.

En las investigaciones que hasta la fecha se han hecho sobre este asunto, se ha seguido el método de la vacunación de los animales por medio de cultivos de tuberculosis de las aves ó del hombre para conseguir la inmunización. Pero tal punto de partida, aunque perfecta-

mente lógico y escrupulosamente científico, no conduce sino á resultados muy dudosos.

Aparte de la repugnancia que siempre se tiene en servirse con un objeto terapéutico de un suero extraído de animales infectados por la tuberculosis, es cierto que no se ha obtenido ningún resultado positivo, ni en el hombre ni en los animales. Únicamente Babès, á juzgar por lo que suscitadamente dice en su comunicación al Congreso de la tuberculosis, habría obtenido algún resultado mejor; pero después ya no ha publicado, que yo sepa, nada decisivo.

Paquin, de Nueva York, solamente ha asegurado hace poco que había preparado por la vacunación, mediante el cultivo de la tuberculosis en los caballos, un suero que había dado buenos resultados; pero su comunicación al último Congreso de médicos americanos no permite atribuir un valor real á los mismos.

#### EL SUERO ANTI-TISICO

He sacado mi suero de los perros, asnos y caballos. He prescindido en absoluto de cultivos con bacilos vivos, y me he servido exclusivamente de substancias muy tóxicas extraídas de cultivos muy virulentos de tuberculosis humana y capaces de matar los conejitos de Indias en dos ó tres días. Nadie, á lo que se vé ha empleado jamás para la vacunación de los animales substancia dotada de tan gran potencia tóxica como la mía.

Por ahora no creo oportuno hablaros de la modalidad de las vacunaciones: únicamente diré que toda la potencia antituberculosa del suero depende de estas modalidades.

La cualidad de los materiales empleados en la vacunación y la duración de ésta son los factores esenciales de la potencia del suero; concurrendo también al mismo fin las condiciones individuales de los animales vacunados. Las vacunaciones progresivas, hechas según el método que he seguido, inmunizan á los perros contra las inyecciones

que se les hacen en las venas con tuberculosis humana muy activa. Sin embargo, no doy gran importancia á este hecho, porque se pueden tener animales no inmunizados y capaces de suministrar, no obstante, un suero dotado de propiedades terapéuticas. Este hecho notado ya en otras infecciones es verdadero también en la tuberculosis. Por otra parte, la inmunización de los animales habitualmente refractarios, tales como los perros, caballos y asnos, deja siempre ancho campo á objeciones serias.

Me he ocupado también en establecer los puntos de partida fundamentales para determinar la potencia antituberculosa de un suero, problema que es muy difícil de resolver. La gran diferencia que existe entre los productos tóxicos del bacilo tuberculoso y los de otros micro-organismos (del tétanos y de la difteria por ejemplo), hace difícil el poder fijar exactamente para el suero antituberculosos, como punto de partida, la neutralización de una cantidad de materiales tóxicos con una cantidad de aquél, y el establecer así numéricamente la potencia inmunizable del mismo suero. Me he ocupado mucho en esta determinación, pero hasta hoy no he encontrado nada positivo. Y, por otra parte, estoy convencido que tales determinaciones no pueden tener jamás la exactitud que se ha querido atribuirles, en Alemania para otras infecciones, porque no puede admitirse ni la acción constante de las substancias tóxicas, ni la constancia del suero; lo mismo que tampoco puede concederse que la influencia del organismo del animal que sirve de comprobante sea siempre la misma; y tal influencia no es despreciable. Y después el gran hábito que tengo de estos estudios, ha producido en mí otra convicción, y es que no se pueden aplicar en esta materia á otra especie animal los resultados obtenidos en una distinta de aquélla; pues se sabe, por ejemplo, que el suero antitétnico, que preserva del envenena-

miento tetanógeno al hombre, no preserva á los conejitos de Indias.

A pesar de todo esto, he tratado de ver si era posible encontrar en el hombre un punto de mira para determinar la potencia del suero, y afortunadamente he llegado á resultados más positivos que los obtenidos hasta hoy por el estudio de la acción combinada del suero y de la tuberculina. Haciendo inyecciones de tuberculina y de suero en cantidad suficiente en un sujeto tuberculoso, no se obtiene ninguna reacción, ni local, ni general, mientras que la misma cantidad de tuberculina produce reacciones generales y locales. Esta capacidad de aniquilar la acción tóxica de la tuberculina hasta el punto á que he llegado en mis investigaciones, es el medio más eficaz para juzgar de la potencia terapéutica de un suero antituberculoso. Los datos suministrados por estas investigaciones no son absolutos, sino relativos, porque la manera de reaccionar contra la tuberculina es diferente en los distintos tuberculosos.

#### ACCIÓN BIOLÓGICA DEL SUERO

También he estudiado la acción biológica del suero. He aquí los resultados de mis investigaciones:

A.—*Influencia sobre la temperatura.*—El suero no tiene ninguna propiedad pirógena específica: no tiene más que las propiedades pirógenas inherentes á la cantidad empleada, pues no debe olvidarse que el suero normal de un animal sano, inyectado hipodérmicamente en cierta cantidad, produce elevaciones térmicas, que son también capaces de producir los sueros artificiales.

Las cantidades terapéuticas habituales (1 ó 2 centímetros cúbicos), no producen ninguna elevación de la temperatura. Las dosis superiores pueden causar elevaciones térmicas pasajeras, que algunas veces llegan á cifras considerables, pero variando la reacción de uno á otro sujeto. El mismo suero, que á la dosis de 25 c. c. no produce ninguna modificación térmica en

un individuo, en otro determina elevación de temperatura á la dosis de 5 c. c. Estos aumentos son mucho más fáciles en los tuberculosos que en la gente sana, y pueden durar dos ó tres días, pero no van acompañados de ninguna manifestación local en los focos pulmonares. Los enfermos no experimentan ningún malestar, exceptuando el producido por la elevación térmica. La diversa influencia que un mismo suero ejerce sobre los ascensos termométricos en sujetos diferentes, no depende de la gravedad de la enfermedad. Hay tuberculosos sin fiebre y aun con cavernas que no presentan este efecto térmico, mientras que otros con focos poco extensos sienten dichos ascensos. Las condiciones individuales de que dependen estos diversos efectos de un mismo suero, deben considerarse como independientes directamente de los focos tuberculosos, pero inherentes á otros factores, entre los que el sistema nervioso debe jugar un papel preponderante.

B.—*Influencia sobre la circulación.*—El aparato circulatorio no experimenta la influencia de la acción del suero. Naturalmente, en aquellos que hacen habitualmente uso de las inyecciones y que están mejorados, se nota con la mejoría una disminución en la frecuencia del pulso y un aumento de la presión intra arterial.

C.—*Influencia sobre la sangre.*—Por lo que hace á la sangre, las inyecciones producen siempre un aumento en los leucocitos; aumento más ó menos marcado y que llega á cifras considerables: 25,000 glóbulos blancos por mm. c., con una media de 3 á 4 millones de glóbulos rojos. Estos y la hemoglobina aumentan en proporción de la mejoría.

D.—*Modificaciones de la orina.*—Las orinas no presentan modificaciones notables. En algunos casos en que se han inyectado 10 c. c. de suero, se ha producido al cabo de 4 ó 5 horas una ligera peptonuria. Jamás se ha presentado ni albuminuria, ni glucosuria. La toxi-

cidad de las orinas tampoco aumenta.

E.—*Influencia sobre la nutrición.*—La nutrición general obtiene ordinariamente un efecto benéfico de las inyecciones. Aumenta el apetito, y por consiguiente, también el peso del cuerpo. Se comprende que los aumentos son proporcionales al estado de enflaquecimiento. Así, en sujetos con focos tuberculosos limitados y en los que aun no era apreciable el enflaquecimiento, se han obtenido aumentos poco marcados; pero en aquellos en quienes el enflaquecimiento era grande, se han alcanzado aumentos bien notables. Por ejemplo, uno de mis enfermos llegó á ganar hasta 14 kilogramos de peso.

#### ACCIÓN DEL SUERO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE LA TUBERCULOSIS

A.—*Fiebre.*—En los tuberculosos febricitantes las inyecciones á pequeñas dosis no cifran nada por el momento la cifra de la temperatura; y si ejercen alguna influencia, la manifiestan ciertamente en un sentido deprimente, determinando un ligero descenso. Pero, después, á menudo se ve desaparecer la fiebre cuando ésta es poco elevada.

Las inyecciones de fuertes dosis determinan inmediatamente un aumento de la temperatura, y esto, durante uno ó dos días; pues sucesivamente la elevación provocada disminuye y se consiguen descensos. Pueden verse enfermos que tenían fiebre y aun elevada desde mucho tiempo, hacerse apiréticos.

B.—*Focos morbosos.*—Las inyecciones ejercen una influencia evidente sobre los focos de broncopneumonía tuberculosa. Con una rapidez, algunas veces inesperada, pero, en general, al cabo de un mes, si no se trata de focos muy extensos, se les ve desecarse, desapareciendo los estertores y no quedando sino una respiración ruda. La maticidez, si existía, persiste. Y obteniéndose estos resultados beneficios cuando no hay, ó si las hay, son poco numerosas, las asociacio-

nes micróbicas activas. Las modificaciones de percusión que persisten, constituyen un *caput mortuum*. Se atenúan poco á poco por la formación de focos de los alveolos pulmonares. La tos cesa á medida que los focos morbosos se modifican; la expectoración disminuye y aun desaparece y los bacilos dejan de existir poco á poco en los esputos. Los enfermos, después de las inyecciones, acusan un bienestar, que aumenta siempre, y aseguran que están más fuertes y que poseen una energía á la que no estaban antes acostumbrados.

#### EFFECTOS TERAPÉUTICOS EN CONJUNTO

He tratado por el suero 83 enfermos, que presentaban todas las formas de la tuberculosis pulmonar, desde las más graves hasta las más ligeras.

He aquí lo que he podido deducir:

1.º Los tuberculosos con focos poco extensos, sin fiebre ó aun ligeramente febricitantes, sin ó con pocos microbios activos, asociados al bacilo tuberculoso, obtienen un beneficio real. He tratado 45 enfermos en estas condiciones, y de ellos á todos los que han seguido el tratamiento metódico y completo, al fin se les podía considerar como curados. En 29 ha sucedido esto. Los 16 restantes, hasta completar el número 49, que no siguieron completamente el tratamiento, y entre los cuales había algunos febricitantes, se mejoraron considerablemente. De estos 16, unos creyéndose curados, quisieron abandonar á todo trance la clínica, mientras que otros aun siguen tratándose.

2.º Las bronco-pneumonias tuberculosas con focos extensos, apiréticas y aun con fiebre, pero con pocos microbios activos asociados al tuberculoso, pueden obtener resultados positivos; y los éxitos alcanzados, en algunos de estos casos, nos hacen esperar que se puede llegar en estas formas á la curación, perseverando en el trata-

miento. He tratado catorce casos en estas condiciones, algunos con fiebre, habiendo mejorado todos, y varios de ellos notablemente. Uno de éstos, que tenía una fiebre persistente desde hacía varios meses, volvió á la temperatura normal, y se aprecia ya en él una mejoría considerable. Sin embargo, ninguno de ellos ha acabado el tratamiento y algunos creyéndose curados, lo abandonaron.

3.º Las bronco-pneumonias extensas con asociaciones micróbicas en gran cantidad, obtienen mejoras poco importantes.

4.º Las bronco-pneumonias destructivas con cavernas, pueden sacar del tratamiento solamente pequeñas ventajas. Enfermos en estas condiciones he tratado nueve: dos se mejoraron por el momento y eso que tenían fiebre desde hacía varios meses, pues volviéronse apiréticos, aumentaron de peso, el uno 4 kilogramos y el otro 2, y creyéndose fuera de peligro, salieron del hospital, muriendo uno después de un año é ignorando lo que haya sucedido al otro. Un tercero mejoró mucho, pues desapareció la fiebre y ganó un kilo de peso, encontrándose aun en tratamiento. Y por último, cuatro quedaron estacionarios y dos murieron.

He ahí, pues, el índice sumario de los 83 casos que he tratado con el suero y de algunos de los cuales os presento los esquemas que les conciernen, en los que podréis de un vistazo apreciar los resultados obtenidos. El tratamiento de varios de ellos ha sido completado hace ya dos años y los efectos benéficos aun continúan. Notad que se obtienen estos resultados aunque los enfermos sean tratados en un hospital. En aquellos en quien se continuaron las inyecciones durante todo el tiempo necesario, se ha mantenido la mejoría y en aquellos que quisieron suspenderlo demasiado pronto, he visto muy frecuentemente reaparecer los focos morbosos.

(Concluirá)

## REVISTA DE LA PRENSA

## La incontinencia de orina en los niños

Con el Dr. Paul Cheron vamos á pasar rápidamente en revista los medios de que dispone la terapéutica contra la incontinencia esencial de la orina en los niños:

A. *Los métodos mecánicos* son:

Los *compresores* y los *obturadores*, medios brutales y absurdos.

La obturación del prepucio por medio del colodión, la pera elástica rectal ó vaginal, la ligadura de la verga, el levantamiento de los pies del lecho para impedir que la orina descienda á la uretra, son casi siempre medios ilusorios.

B. *Los métodos higiénicos* son:

La *disminución de la ración de las bebidas*, sobre todo en la comida de la tarde y antes de acostarse.

Los baños de asiento fríos y las duchas en columnas horizontales, son excelentes medios aconsejados por Le Gendre y Broca.

Durante la noche—si es posible—no se debe descuidar el despertar con frecuencia al niño, una vez poco tiempo después de acostado, y otra, á la hora más próxima á levantarse.

Durante el día se debe constreñir al niño para que esté el mayor tiempo sin orinar.

C. *Tratamiento moral*: a) Sugestivo y psíquico. No castigarle sino al contrario manifestarle confianza por algunas noches secas, sea dándole en la tarde un poco de té ó de café y haciéndole acostar sobre un lecho duro, sea despertándole de tiempo en tiempo para hacerle orinar.

El método de sugestión hipnótica, empleado por Liébault, ha producido 23 curaciones después de una ó dos sesiones, 10 por tratamiento. Se comienza por sugerirle órdenes simples, después,—estando educado—se ordena al enfermo levantarse á una hora fija para orinar y se aleja poco á poco la hora

para impedir al niño orinar en el lecho.

D. *Tratamiento medicamentoso*:

a) Atropina: una píldora de medio milígramo á los niños de tres á cuatro años, dos de 7 á 8 años; no se debe jamás pasar de dos miligramos por día encima de ocho años. Una sola dosis antes de acostarse, en la incontinencia nocturna. Con tinuar el tratamiento un mes después de la desaparición de la incontinencia. (Trousseau).

b) Estricnina: una píldora de medio milígramo en la mañana, el medio día y la noche durante dos días, á los niños de cinco á diez años, después de dos días de reposo; una en la mañana y el medio día, dos en la noche durante dos días, y así en seguida hasta ocho píldoras por día, convenientemente distribuidas.

c) Estricnina asociada á atropina: se puede añadir al mismo tiempo—ergotina y tónicos.

d) Salicilato de soda asociado á la belladona. (Blakewhite).

e) Ergotina á alta dosis. (Swaney).

f) Antipirina. Ella ha producido buenos efectos: 14 curaciones, 12 mejorías en 29 enfermos (Gandez). Se prescribe de 1 gr. 50 á 4 gramos, según la edad del niño, en obleas de 0gr. 50. Si se dan 2 gramos en dos veces, hay que dar 1 gramo á las 9 ú 11 horas de la noche para suprimir completamente la incontinencia y prolongar completamente el tratamiento por lo menos 15 días.

g) *Rhus aromaticus*: 20 á 50 gotas por día; de una tintura preparada por maceración con 200 gramos de corteza de *Rhus* y 800 gramos de alcohol (Max de Bruselas, y Burweash). 9 curaciones sobre 11 casos.

Cinco gotas mañana y tarde, en agua azucarada, de un alcoholaturo de hojas secas, preparado con una parte de hojas y cinco partes de alcohol de 21°, después de macerado 15 días, exprimido y filtrado, en los niños de dos á seis años, y cuarenta gotas á los de mayor edad en los casos rebeldes (Saint—Philippe).

La administración de este reme-

dio que ha producido varias curaciones, es absolutamente empírica.

h) Cloral á la dosis de 30 centigramos á 1 gramo, según la edad, en la noche (d'Espine y Picot) Resultados favorables.

i) Bromuro de potasio, 1 gr. á los de edad de menos de seis años, y 2 gramos á los de mayor edad; durante uno ó dos meses.

#### E. Tratamiento eléctrico.

a) *Método Guyon.*—Da buenos resultados en los casos de incontinencia por atonía esfinteriana y en otras incontinencias por contractura. Lleva la excitación directamente sobre las fibras esfinterianas, por medio de un aparato especial que ha producido buenos resultados. Olivier ha obtenido sobre 20 enfermos, 7 curaciones completas; 9 mejorías marcadas, y Pousson, 7 curaciones en casos que habían resistido á todos los otros tratamientos médicos. Algunas veces la mejoría no se inicia, sino después de seis semanas, pudiendo haber recaídas.

b) *Método de Steavenson.*—Difere del de Guyon en que pasa un electrodo por la uretra. Ha dado éxito en las manos de su autor.

#### F. Tratamiento por el masaje.

Este procedimiento preconizado por Caillg reposa sobre el estado de debilidad del esfínter de la vejiga, que se observa en la mayor parte de los casos de incontinencia. Aunque en apariencia es muy complicado, es de una aplicación fácil y no ocasiona ningún dolor á los niños, que se someten á él voluntariamente. Ravicovith ha obtenido 8 curaciones completas en 8 casos.

Relativamente á la conducción del tratamiento. M. Paul Chéron aconseja que después del empleo de los medios higiénicos se ordene el tratamiento por la antipirina y en caso de desgracia, recurrir al método de Guyon. Si éste no acierta, acudir á la belladona, á la estriknina, á la ergotina, al rhus aromaticus.

*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales, de Burdeos.*

### Cáncer del riñón en el niño.

De las cifras reunidas por Lebert, Marc d'Espine, Moore y el *British Méd. Journal*, resulta que no se observa el cáncer en el niño sino en la proporción de 0'75 0/0. El sarcoma parece ser la forma anatómica más frecuentemente encontrada. Bajo el punto de vista de los órganos atacados, las estadísticas demuestran que el riñón y el ojo se hallan en primer lugar.

M. Haushalter relata la observación de un epiteloma, en un niño de nueve años, propagado á la vena cava inferior por la vena renal; núcleo secundario en el pulmón derecho: nefritis parenquimatosa á la derecha. La historia clínica de este caso es de las más simples, dice M. Haushalter; después de dos ó tres años en los que había padecido de diarrea, presentó, en el estío de 1894, varias veces edema generalizado; su vientre se abultó después de algún tiempo. Cuando ingresó en la clínica de los niños, con su cara pálida, descarnada, su piel seca, su abdomen voluminoso tenía el aspecto de un pequeño tuberculoso portador de una peritonitis tuberculosa. Hematuria no había tenido; ella falta por lo demás en los tres cuartos de los casos de tumor renal en el niño.

El dolor no parecía haber sido muy vivo hasta entonces; estaba difundido en todo el abdomen. La palpación abdominal era lo único que podía hacer sospechar el neoplasma. Después de algunos días de duda sobre el sitio del tumor, que creímos al principio fuese un voluminoso bazo sintomático de cirrosis del hígado, en razón del contacto íntimo que parecía tener con la pared abdominal, concluimos por localizarlo en el riñón, cuando nos pareció bien evidente que el colon descendente se en contraba interpuesto entre la pared abdominal y el neoplasma y que este se perdía en la región lumbar.

Durante las tres semanas que el niño estuvo sometido á nuestro examen no presentó otros síntomas que los ligados al mal de

Bright de que estaba atacado su riñón derecho, el sólo capaz de funcionar por estar abolida la secreción en el riñón izquierdo por el hecho de su transformación total en tejido neoplásico; la excreción además era imposible en el riñón canceroso por el aplastamiento y la impermeabilidad de la uretra. En las tres semanas la albuminuria creció, é igualmente el edema y la bronquitis; aparecieron crisis de disnea, el pequeño enfermo cayó en un estado semi-comatoso y succumbió, por fin, en medio de los síntomas de una caquexia profunda.

El examen histológico de este tumor, del peso de 1.200 gr., adherente por su cara anterior á la parte posterior del colon descendente, y desarrollado á expensas del riñón izquierdo, demuestra que se trata no de sarcoma, sino de un epiteloma muy abundante en tejido fibroso.

El neoplasma se había propagado por la vena renal izquierda hasta la vena cava, cuya luz estaba obstruida en una parte de su extensión, por tejido canceroso.

Esta propagación se había hecho por brotes intra-venosos. Por la vía linfática, el neoplasma se había propagado á los ganglios vecinos. En fin, un foco metastático debido á una embolia cancerosa partida del botón de la vena cava se había desarrollado en el pulmón derecho. Este foco pulmonar estaba histológicamente compuesto de los mismos elementos que el tumor primitivo del riñón.

La patogenia de este tumor propuesto por M. Haushalter es de las más interesantes.

Histológicamente el autor no encuentra diferencia marcada entre la estructura de este neoplasma renal y la que se atribuye al adenoma; el epiteloma no difiere en realidad del adenoma más que por su evolución.

Sabourin y Altinger, han adelantado que una inflamación crónica del riñón, sería capaz de transformar en epiteloma un adenoma silencioso. En el niño en cuestión, existía una nefritis crónica paren-

quimatosa del riñón derecho que continuaba permeable; esta nefritis fué posterior en el riñón derecho al desarrollo del neoplasma en el riñón izquierdo?; existía ella, al contrario, en los dos riñones antes que el tumor se desarrollara en el riñón izquierdo. Siendo conocido el aspecto de las lesiones del riñón derecho, que son las del grueso riñón blanco, lo mismo que la aparición de un edema generalizado desde 1894, se puede suponer que la nefritis, ya antigua, ocupó primitivamente los dos riñones y que bajo la influencia de la nefritis epitelial, es posible que un adenoma preexistente en el riñón izquierdo sufriera la transformación maligna.

(*Revue Médicale de l'Est.*)

### Uso exterior del guayacol como antitérmico

Un artículo interesante sobre guayacol, empleado al exterior como antitérmico, y que publica nuestro ilustrado amigo el Dr. Larra y Cerezo en su *Revista de Clínica Terapéutica y Farmacia*, contiene las siguientes conclusiones acerca del empleo de este nuevo y curioso remedio:

“De todo lo dicho sintetizo lo que sé hasta hoy del guayacol usado por la vía endérmica é hipodérmica, y lo poco que he observado en mi experiencia personal en las siguientes cuatro conclusiones:

1.<sup>a</sup> Al exterior, el guayacol puede aplicarse suspendido en tintura de iodo, como revulsivo al tórax, contra los procesos bronco-pulmonares crónicos, principalmente para facilitar la reabsorción de los derrames pleuríticos (3 gramos de aquél por 20 añ de tintura de iodo y glicerina), aplicándole todos los días al pecho con un pincel, y á la región lumbar en los anasarcas por anuria debida á la nefritis escarlatinosas (Cassarories y Sigalea).

2.<sup>a</sup> Como anestésico local puede sustituir á la cocaína, con menores peligros que ésta, bien disuelto en agua al 20 por 100, ó en suspensión

en aceite común esterilizado al 1/10, ó 1/20, inyectando 5 á 10 centigramos de esas fórmulas bajo la piel ó mucosas, lográndose el efecto á los ocho ó diez minutos, efecto utilizable en pequeñas operaciones (André y Championnière) y aún en algunas de mayor importancia (Bazy).

3ª. En embrocaciones sobre la piel constituye un medio eficaz de rebajar la fiebre aplicándole puro en cantidad de 1/2 á 2 gramos al nivel de la rodilla, cadera ó lomos, tanto en los tuberculosos (Sciolla) como en los tifoideos (Mac Cormick, etc.)

4ª. He comprobado en dos casos la indudable acción hipopirética del guayacol por la vía endérmica, medio comodísimo de rebajar la fiebre; mas los fenómenos alarmantes de colapso notados en uno de ellos aconsejan mucha prudencia en su uso, aguardar á prolijas y razonables estadísticas, y sobre todo tener muy bien en cuenta, al seguir dicha experimentación, tanto la idiosincrasia terapéutica del enfermo, como su estado cardio-vascular, sin olvidarse de asegurar la pureza del medicamento."

## Publicaciones recibidas.

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

**Galinós.** Revista Médica semanal, dirigida por el Dr PASSARE. *Atenas* (Grecia).

**L'Indépendance Médicale.** Revista semanal publicada bajo la dirección de los doctores S. BERNHEIM y EMILE LAURENT. *Paris* (Francia).

**La Escuela Médico-Dental.** Revista quincenal de Medicina y Cirugía dentaria, dirigida por el Dr. IGNACIO ROJAS. *Habana* (Isla de Cuba).

**La Escuela de Medicina.** Organó de los intereses de la Facultad de Medicina y Farmacia del Centro. Publicación mensual, dirigida por el Dr. JUAN J. ORTEGA (*Guatemala*).

**Gazzetta Medica di Roma** Aparece el 1.º y 15 de cada mes bajo la dirección del Dr. FELIPE cav. CERASI, y es Organó Oficial de la R. Clínica Médica dirigida por el profesor Guido Baccelli. *Roma* (Italia).

**La Farmacia Moderna.** Revista decenal, profesional y científica. Se publica los días 5, 15 y 25 de cada mes, dirigida por los Doctores LUÍS SIVORI Y ANGEL BELLOGÍN. *Madrid* (España).

**Anales de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana.** Revista científica mensual, dirigida por los doctores D. TAMAYO Y GONZALO ARÓSTEGUI. *Habana* (Isla de Cuba).

**Archivio Italiano di Clinica Medica** (Revista Clínica), publicado por el profesor E. MARAGLIANO, director de la Clínica Médica de Génova. *Milán* (Italia).

**A series of clinical cases,** by CHARLES A. OLIVER, M. D.—Un folleto de 12 páginas.—1507, Locus Street. *Filadelfia* (E. U. de A.).

**Anuario de la Clínica Privada del Doctor Fargas,** Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Un volumen de 127 páginas ilustradas con 39 grabados. *Barcelona* (España).—Año 1895.