

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina"

AÑO XIII }

LIMA, ABRIL 15 DE 1896.

{ N.º 175

TRABAJOS NACIONALES

UN CASO DE TETANO CRONICO

tratado con éxito por fuertes dosis de
Hidrato de cloral.

Pedro Espino, zambo-mestizo, natural de Lima, de 48 años de edad, de profesión zapatero, constitución regular, temperamento linfático-nervioso, ingresó al Hospital "Dos de Mayo" el 10 de julio de 1893, ocupando la cama N.º 10 en la sala de Santo Domingo, servicio de clínica quirúrgica del Dr. Lino Alarco.

Espino es delgado, de alta estatura y se hace reconocer á primera vista, por ostentar en la región látero-superior izquierda del cuello un hermoso tumor, casi esférico, de seis centímetros de diámetro próximamente, en extremo movable y que, por todos sus caractéres, atestigua ser de naturaleza adiposa. Moralmente, Espino es de índole perezosa y poco habituado al trabajo, por lo cual ha ingresado ya en varias otras ocasiones al hospital, simulando diversas enfermedades, hecho que lo ha desacreditado ante los médicos del establecimiento que tienen ya conocimiento de él.

Esta última circunstancia, unida á los hábitos alcohólicos del paciente obraron de consuno para hacer que en el primer momento no se die-

se entera fé á las aseveraciones que él hiciera y á que se dudara, por consiguiente, de la existencia real en él de un verdadero estado morboso y aún de la naturaleza legítima de éste, dado caso que existiera.

Los síntomas que el paciente aquejaba, por otra parte, consistían únicamente en alguna dificultad que experimentaba para mover su mandíbula inferior y á veces para verificar los movimientos de rotación de la cabeza, á la cual se unía cierta molestia que no se podía él explicar, pero que le daba algún trabajo para pasar del decúbito dorsal á la posición sentada, alteraciones todas que él refería á una mala noche pasada el día anterior, en el que había libado algunas copitas de licor y á consecuencia de las que le sobrevinieron en la madrugada del día 9, náuseas, vómitos y diarreas, viéndose obligado á satisfacer todas estas necesidades en plena corriente de aire, sintiéndose desde dicho momento indispuerto y apareciendo al día siguiente las alteraciones que hemos indicado y que le resolvieron á dirigirse al hospital en el mismo día, como queda ya expuesto.

Examinado minuciosamente, comprobamos en realidad en el paciente algo de contractura en los músculos masticadores y un poco de rigidez en los músculos de las regiones posterior del cuello y dorsal del tronco; pero, ello era tan poco marcado, que no bastaba, por un lado, para desechar por completo nues-

tras dudas de que se tratara de una enfermedad simulada y, por otra parte, era del todo insuficiente para sentar un diagnóstico definitivo; así, pues, nuestros juicios dudosos vagaban entre un pretendido engaño ó un verdadero proceso mórbido que se iniciaba y cuya naturaleza se prestaba á diversas interpretaciones, siendo sobre todo las que por el momento se presentaron á mi imaginación; á las cuales vino á unirse una tercera, debida á mi colega y amigo el Dr. Fernandez Concha que, habiendo visto al enfermo, se interesó vivamente en reconocer la naturaleza de su mal.

Por mi parte, atendiendo á los datos suministrados por el paciente (uso excesivo de licores, indudablemente de mala naturaleza, con desarreglos gastro-intestinales consecutivos y malestar general) pensé que las alteraciones funcionales señaladas, podían muy bien referirse á desórdenes creados en el sistema nervioso por el abuso de bebidas alcólicas tóxica (tétano tóxico); ó bien, y atendiendo al lugar en donde este individuo satisfizo sus necesidades y por un procedimiento que trataremos de dilucidar después, pero que no era fácil de admitir por el momento, podía haber sido infectado por el bacillus de Nicolaier, el cual comenzaba á dejar sentir sus terribles efectos con la contractura del maxilar y y demás síntomas indicados. El Dr. Fernandez Concha, observando que, por otra parte, el enfermo salibaba con alguna frecuencia y se negaba rotundamente á beber agua y todo otro líquido que se le exigía tomase, creyó encontrar en ello motivos suficientes para sospechar que se tratase de un caso de rabia, si bien no había ningún antecedente que confirmara tal sospecha.

Olvidábamos decir, que si se hace excepción de las alteraciones señaladas, no se halló en este individuo, ninguna otra cosa que fuera digna de ser notada: su pulso era regular, lo mismo que su respiración, la temperatura axilar normal (37°) y sus funciones diges-

tivas se verificaban bien, no obstante ser la alimentación escasa y difícil por los obstáculos que decía el paciente experimentaba para deglutir.

Con estos datos, procedimos á indagar los antecedentes personales y de familia de este individuo, interrogándole sobre el particular; y, aunque ellos me parezcan de poca utilidad para el caso, creo conveniente darlos á conocer en extracto: su padre, ya finado, padecía de fatiga; la madre, que aún vive, padece de reumatismo; enfermedad que le ha acometido también á él en varias ocasiones, sufriendo además en los tres últimos años, dos ataques de vómitos sanguíneos, de los cuales el último le fué curado en la sala de San José de este mismo hospital. Fueron estos los únicos antecedentes patológicos de que dió cuenta, gozando por lo demás, de salud perfecta.

Rennidos, de este modo, todos los síntomas y datos que pudieran darnos luz sobre el diagnóstico, y conforme con mi primera opinión, resolví prescribir al paciente, una posición anti-espasmódica, esperando ver el resultado al día siguiente y ordenando hubiera con el enfermo la mayor observación posible, á fin de descartar toda duda de simulación.

Al siguiente día, 11 de julio, encontramos á Espino en peores condiciones, según lo manifestaban él y sus vecinos de cama: después de un sueño tranquilo en la prima noche, despertó en la madrugada, dando fuertes quejidos que despertaron á la mayor parte de los enfermos de la sala y que habían sido motivados, según él lo afirmaba, por dolores y contracciones enérgicas que había sentido en todos los músculos de la espalda, determinando una rigidez tal en su cuerpo, que le impedía por completo poder sentarse y aún levantar ó mover ligeramente la cabeza y que, él comparaba con la rigidez de un palo, sintiendo además las mandíbulas completamente trabadas. Comprobamos nosotros mismos, un trismus más pronunciado,

aunque no completamente manifestado y alguna dificultad para sentarse en la cama, lo que pudo, sin embargo, realizar, por nuestra insistencia en que lo hiciera. Por lo demás, no había ninguna otra cosa de notable.

En estas condiciones, resolví insistir en que se administrara al paciente una poción de seis gramos de bromuro de potasio con dos de hidrato de cloral, para tomar por cucharadas, una cada dos horas y la misma vigilancia que el día anterior.

El día 13, es decir al día siguiente, el diagnóstico de la enfermedad se impuso, pues encontramos al enfermo con un trismus marcadísimo y en un estado verdadero de opistótonos, que aumentaba aún más con la más ligera excitación ó el más ligero esfuerzo que hiciera con el objeto de moverse.

Le era imposible tomar todo alimento, y el uso de la palabra le era de tal modo dificultoso que no pudo darnos dato alguno sobre su estado, teniendo que recurrir, en consecuencia, al testimonio de los enfermos vecinos, los que nos informaron que Espino se hallaba así desde la madrugada, hora en que, como la noche anterior, había despertado dando fuertes quejidos, siendo luego acometido de las contracciones que presenciábamos, las mismas que habían ido aumentando hasta ese momento.

En las expresadas condiciones no había ya que dudar, se trataba indefectiblemente de un caso de *Tétano* de una forma especial, cuyos ataques, repitiéndose con una intermitencia regular, iban adquiriendo cada vez más intensidad y duración; sentado así, definitivamente, el diagnóstico, entramos de lleno en el tratamiento considerado hasta hoy, como el más eficaz sino como verdadero específico de esta afección: el hidrato de cloral. Con tal objeto, ordené se hicieran al enfermo tres inyecciones diarias intravenosas de una solución del indicado remedio al 1/1, inyectando cada vez todo el contenido de una jeringuita

de Pravaz; tres enemas conteniendo cada uno 2 gramos del mismo y finalmente, una poción conteniendo 6 gramos de la misma sustancia para que tomara por cucharadas cada dos horas.

Con este activo tratamiento, logramos detener los progresos de la enfermedad, la cual sin embargo, continuó imperturbable en el mismo estado hasta el 31 de julio y solo el 1.º de agosto principió á manifestarse una ligera modificación favorable, que fué acentuándose muy lentamente hasta la curación completa del paciente, que se alcanzó á fines del mes de agosto; habiendo tenido lugar, ántes, una ligera recrudescencia por haberse disminuído la dosis del medicamento en tiempo todavía inoportuno.

Durante los días en que la enfermedad adquirió su mayor energía, del 20 al 31 de julio, la temperatura que antes había sido normal, se elevó ligeramente, oscilando entre 37.8 y 38.5, alcanzando su máximo 39.8, el último de los días indicados, y descendiendo luego á la normal.

Este enfermo salió del hospital el 12 de setiembre, á los dos meses y dos días de su ingreso, habiéndose empleado en su tratamiento la cantidad de gramos 509.60 de *hidrato de cloral*, lo que no deja de constituir una dosis bastante elevada y que se descompone así: en inyecciones gr. 119.60; en enemas gr. 150 y en poción gr. 240.

Por lo que respecta á la etiología de este caso, dada la naturaleza de la enfermedad tiene indudablemente que admitirse que este hombre ha sido inoculado por el *bacillus tetánicus* si bien sería muy difícil precisar el sitio de dicha inoculación, pues, el exámen más minucioso no permitió descubrir la más ligera solución de continuidad ó señal de ella. Cabe, sin embargo, en el terreno de las hipótesis fundadas, una explicación posible; en efecto, rememorando los antecedentes de este enfermo, hemos dicho que él atribuye su enfermedad á la circunstancia de haber salido á la calle con el objeto

de hacer una cámara después de haber tomado algunos alcohólicos; ahora bien, es costumbre no poco frecuente en nuestra gente proletaria, en especial cuando están bato la acción del alcohol, el echar mano en aquellas ocasiones de los primeros objetos que hallan (papeles ó trapos sucios, hojas de plantas, palos y aún piedras ó guijarros); y en tal caso, es más que probable que el paciente que nos ocupa, en las condiciones en que se hallaba, adoptara este procedimiento, haciendo uso de alguno de los objetos indicados y quizá si de los últimos, con los cuales, estando contaminados, se ha originado la inculcación del bacillus tetánico, cuyo medio habitual es la tierra, mediante la más leve lesión que han podido determinar ellos mismos, dejándose bien pronto sentir sus terribles efectos.

Las dificultades que ha presentado el diagnóstico del presente caso, dado el temor fundado de una simulación y la forma insidiosa é intermitente de la enfermedad en sus primeras manifestaciones, la rapidez con que estas habrían seguido á la inoculación y la enorme cantidad de hidrato de cloral que ha exigido su tratamiento y curación, son los motivos que me han inducido á darle publicidad.

DR. ALFREDO I. LEÓN.

Abril, 1896.

TRABAJOS EXTRANJEROS

SEROTERAPIA

Tratamiento de la erisipela por el sérum antiestreptocócico

por el DR. DELÉARDE

Preparador del Instituto Pasteur de Lille.

El tratamiento interno de la erisipela debe estar basado exclusivamente sobre el empleo del sérum antiestreptocócico.

En febrero y marzo de 1895, los señores ROGER y MARMOREK comunicaron á la Sociedad de Biología los resultados de sus investigaciones. Estos dos autores habían logrado hacer refractarios á la infección estreptocócica á los animales, inyectando: el primero, culturas de estreptococcus esterilizadas al calor; el segundo, culturas muy virulentas. El sérum de los animales así tratados, poseía igualmente propiedades curativas vis-á-vis de las afecciones causadas por el estreptococo; es decir, la erisipela y la fiebre puerperal.

Pero, la publicación de la memoria del Dr. MARMOREK en los *Anales del Instituto Pasteur*, en julio de 1895, demostró la superioridad del método puesto en uso por este sabio profesor para obtener un sérum curativo, y desde esa época, el nombre del Dr. MARMOREK ha quedado ligado al del sérum antiestreptocócico.

* *

Este se obtiene, inyectando á un caballo dosis progresivamente crecientes de culturas muy virulentas de estreptococcus. Cuando el animal ha seguido este tratamiento durante un año, su sérum ha adquirido propiedades antitóxicas, que son tanto más activas cuanto más elevada ha sido la cantidad de culturas inyectada, y cuanto más enérgica se ha manifestado la reacción presentada por el animal, después de cada inoculación.

La fuerza preventiva del sérum puede alcanzar la cifra de 30,000; es decir, que un gramo de sérum inyectado á un animal del peso de 30 kilogramos, doce horas antes de la inyección de una cultura mortal de estreptococcus, lo pone al abrigo de todo accidente mórbido causado por este microorganismo.

Siendo conocido el modo de preparación del sérum que nos ocupa, se trata ahora de determinar su empleo.

* *

Cualquiera que sea la localización de la erisipela: en la piel, las mucosas, ó que, por propagación haya invadido los tejidos subya-

centes, debe emplearse el sérum antiestreptocócico.

No se debe esperar la producción de las complicaciones para intervenir. Toda erisipela puede parecer benigna al comienzo de su evolución y adquirir súbitamente un carácter de gravedad inesperado. El estado general del enfermo, su pasado mórbido ó la concomitancia con otras afecciones, y sobre todo, la virulencia del estreptococo, causa primera del mal, son factores importantes de los que es preciso tener gran cuenta.

La edad del enfermo no debe detener al médico. La inocuidad del sérum es un hecho establecido; no hay que temer ningun accidente.

Mujeres atacadas de fiebre puerperal, asistidas en el servicio del Dr. Bar, en Paris, han recibido dosis que varían entre 60 y 280 cent. cúbicos de sérum, sin presentar ningun síntoma de intoxicación.

Los niños, aún de pocos días de nacidos, y atacados de erisipela del cordón, por ejemplo, pueden ser sometidos sin inconvenientes al tratamiento sero-terápico.

En presencia de un caso de erisipela, la conducta que se debe seguir en toda circunstancia será, pues, la siguiente: despues de lavado minucioso de la piel del flanco respectivo, hacer la inyección con una jeringa esterilizada, en el tejido celular subcutáneo, de cm^3 10 de sérum antiestreptocócico.

En los niños, esta cantidad es casi siempre suficiente; sucede lo mismo en el adulto, cuando la erisipela es benigna.

Pero, si la temperatura queda superior á $38^{\circ}5$, con aparición ó persistencia de la albúmina en la orina, si la lesión parece estenderse y el estado general agravarse, se impone una segunda inyección de cm^3 10, hecha veinte y cuatro horas despues de la primera.

Solo serán necesarias una tercera ó una cuarta inyección si los síntomas precedentemente enumerados conservan su acuidad.

Se ha referido casos, poco numerosos por lo demás, en que la dosis empleada llegó á 120 centímetros cúbicos.

Durante toda la duración del tratamiento, deberá seguir el médico atentamente la curva térmica del enfermo: es en vista de ella, así como del estado del pulso, que será preciso decidir una intervención. La acción del sérum se hace sentir entre la 5ª y la 12ª hora despues de la inyección. Si la dosis inyectada es suficiente, se vé mejorar el estado general: el dolor de cabeza y el quebrantamiento disminuyen, el sueño vuelve.

La temperatura cae brúscamente, descendiendo 1° ó $1^{\circ}5$, algunas veces más, ó vuelve progresivamente á la normal.

En las erisipelas ambulantes, la fiebre es con frecuencia tenáz y necesita, para conseguir su caída definitiva, dosis repetidas de sérum.

La frecuencia y los caracteres del pulso, siguen una marcha paralela á la de la temperatura.

La albúmina desaparece de las orinas en los enfermos inyectados tardiamente, y no se muestra del todo en aquellos tratados desde el principio de la afección.

El estado local cambia de aspecto bajo la influencia del sérum. El rubor y la tumefacción desaparecen, los gánglios linfáticos dejan de ser dolorosos y vuelven á tomar su magnitud normal.

La descamación se presenta más ó menos rápidamente, según el momento de la intervención.

La administración de pequeñas dosis de sérum inyectado preventivamente á intervalos regulares, impide las recaídas que se repiten en ciertos enfermos con una tenacidad desesperante.

INCONVENIENTES DEL SÉRUM: al nivel de la inyección aparece, doce ó veinte horas despues, una rubefacción que queda localizada, así como tambien, un poco de edema.

Si el sérum ha sido inyectado en el tejido celular sub-dérmico, la reabsorción es muy rápida y al si-

guiente día de la inyección ha desaparecido todo fenómeno local.

Si el dolor y la tumefacción se hiciesen demasiado molestos, la aplicación *loco dolenti* de compresas imbibidas de agua tibia traerían un alivio rápido.

Contra el *exantema* que se presenta cuatro ó cinco días después de la inyección y que puede revestir varias formas (urticaria, púrpura, eritema polimorfo) se evitará usar los baños fríos que, por lo general, exageran la erupción y provocan comezones insoportables. Un ligero purgante drástico, algunos centigramos de calomel, por ejemplo, hará desaparecer rápidamente estos accidentes cuyo pronóstico no es alarmante jamás.

Será bueno recomendar al enfermo durante toda la duración de este período, el régimen lácteo, más ó menos mitigado, según las circunstancias.

Las erupciones al nivel de la piel, que se observan en cierto número de enfermos, pueden depender: de una parte, del temperamento del individuo tratado, y de otra parte, provenir del sérum.

En las personas artríticas ó predispuestas á causa de su sensibilidad cutánea á las afecciones de la piel, los exantemas parecen ser más frecuentes. Pero, algunas veces, estos accidentes no son imputables sino al sérum.

Algunos sérums normales desarrollan siempre erupciones cuando se les inyecta bajo la piel: el sérum de carnero y el de cabra están en este caso. El sérum de caballo y el de mula las desarrollan con más rareza, 35 veces sobre 100 más ó menos.

La erupción no tiene ninguna relación con el grado de antitoxicidad ó con el modo de preparación del sérum. En todos los casos, es absolutamente benigna.

La formación de los abscesos en el sitio de las inoculaciones no se produce nunca, á menos que el médico haya descuidado tomar las precauciones asépticas necesarias en el momento de la inyección.

(De *Le Nord Médical* de 1.º de febrero de 1896.)

INCOMPATIBILIDADES QUIMICAS

por el Dr. Eberhard.

“La Crónica Médica de Concepción,” 29 de febrero de 1896.

(Tomado del *Mes Médico*.)

Al formular, uno se halla detenido con frecuencia por dudas acerca de la compatibilidad entre sí de los diversos medicamentos, por ello creemos ser útiles á nuestros lectores publicando este cuadro, cuyos elementos son tomados de autores conocidos, (Dorvault, Dujardin-Beaumetz é Yvon, Soubeyran, etc.) y de los trabajos científicos más recientes.

Acetato de amoniaco.—Alcalis, ácidos concentrados, sales de mercurio, nitrato de plata.

Acetato de plomo.—Ácidos sulfúrico, fosfórico, clorhídrico y sus sales solubles, tanino, yoduros alcalinos, bórax, áloe, agua común, leche, preparados opiáceos.

Acido salicílico.—Sales de hierro.

Acido arsenioso.—Hidrosulfatos, agua de cal, nitrato de plata, cocidos astringentes.

Alcanfor.—Resinas, gomas-resinas, almizcle, etc. Reblandece ó licua cierto número de sustancias: cloral, naftol, salol, etc.

Almizcle.—Almendras amargas, agua de tilo, agua de laurel cerezo, preparaciones cianhídricas, harina y esencia de mostaza que destruyen su olor, azufre dorado de antimonio, kermes, alcanfor, valeriana, que lo modifican. Esta modificación y destrucción del olor no prueban que el almizcle haya perdido sus propiedades, pero es prudente evitar la asociación del almizcle con esos productos.

Alumbre.—Alcalis y sus carbonatos; sales de cal, de mercurio, de plomo, emético, bórax, infundidos ó cocidos astringentes, leche.

Amoniaco.—Ácidos, sales metálicas ú orgánicas, alumbre.

Analgesina (ó antipirina).—Precipitada por ácido fénico, cloral-hidrato, en soluciones concentradas

por el tanino y las preparaciones que lo contienen, el sublimado, el salicilato de sosa, la resorcina. Es coloreada: de amarillo, por el ácido nítrico y el agua de laurel cerezo; de colorado encendido por el percloruro de hierro; de amarillo oscuro por el sulfato de hierro; de colorado oscuro por el yoduro de hierro. Se licua en trituración con el cloral, el salicilato de sosa y el naftol. Con el carbonato de sosa, dá lugar á la producción del éter acético.

Arseniato de sosa.—Aguas cal cáreas, óxidos de hierro y sus sales, sales de magnesia.

Bicarbonato de sosa.— Véase *Carbonato de potasa.*

Bismuto. (Sub-nitrato de).—Sulfuros solubles, kermes, azufre.

Borato de sosa.—Acidos fuertes, cloruros de cal, de magnesia, potasa, sulfatos, cocaina.

Bromuro de potasio.—Yoduro de potasio.

Cachunde.—Emético, sales de hierro, alcalóides, emulsiones, sustancias albuminosas.

Calomelanos.—Acidos, alcalis, cloruros, bromuros, yoduros.

Carbonato de potasa.—Acidos, sales ácidas, calomelanos, sublimados, sales de hierro, de zinc, de magnesia, de cal, de plata, sal amoniaco, emético, agua de cal, infundidos vegetales.

Cianuro de potasio.—Acidos, yoduros, sales de hierro y de mercurio.

Citrato de hierro amoniaco.—Acidos minerales, alcalis, astringentes vegetales. Muy higrométrico, no debe prescribirse en paquetes.

Cloral hidratado.—Alcalis y carbonatos alcalinos, hipnosa, antipirina (en paquetes).

Clorato de potasa.—Azufre, carbón, tanino, ácido salicílico, salol, timol, benzoato de sosa, sacarina, yoduro de hierro.

Clorhidrato de amoniaco.—Alcalis y sus carbonatos, ácidos sulfúrico y azoico, acetato de plomo, nitrato de plata.

Cloruro de sodio.—Acidos mine-

rales, calomelanos, nitrato de plata, acetato de plomo.

Cloruro fénico.—Alcalis y sus carbonatos, infundidos astringentes, tanino, goma, mucílagos, albumina, sales de mercurio y de plata, arseniados y arsenitos, kermes, emético.

Cloruro hierroso.—Alcalis, carbonatos alcalinos.

Codeína.—Véase *Morfina.*

Creosota.—Agua albuminosa.

Digital.—Sales de hierro, de plata, de plomo, infundidos astringentes.

Emético.—Acidos y sales ácidas, alcalis, carbonatos y sulfatos, astringentes, quina, ruibarbo, cachunde, tanino, jarabe de goma, agua calcárea. El opio disminuye su acción.

Esencia de trementina.—Tintura de yodo, con la cual forma, un explosible.

Fosfato de cal.—Sales alcalinas, bicarbonato de sosa, sulfatos solubles.

Fosfato de sosa.—Acidos, sales de cal, de plomo y todas las sales que puedan dar fosfatos insolubles.

Glicerina.—Acido crómico, bicromato y permanganato de potasa.

Goma arábiga.—Bórax, percloruro de hierro, alcohol, acetato de plomo.

Hierro.—Tanino, corteza de encina, canela, quina, cachunde, alcalis y sus carbonatos.

Kermes.—Acidos y sales ácidas, bismuto, crema de tártaro, sulfatos y cloruros solubles, tanino y cocidos astringentes.

Láudano.—V. *Opio.*

Morfina.—Tanino, yoduro de potasio yodurado é incompatibles generales de los alcaloides.

Naftol.—Alcanfor, antipirina.

Nitrato de plata.—Alcalis y sus carbonatos, cloruros, bromuros, yoduros, cianuros solubles, sulfatos, fosfatos, ácidos tártrico y clorhídrico, materias orgánicas.

Opio.—Alcalis y sus carbonatos, sales de plata, de mercurio, de hierro, de plomo, tanino y sustan-

cias que lo contienen, yodo, cloro, bromo.

Oxido blanco de antimonio.—Sulfuros y cloruros solubles, ácidos y sales ácidas, crema de tártaro.

Permanganato de potasa.—Todas las sustancias orgánicas: azúcar, alcohol, glicerina, todas las infusiones vegetales.

Quinas.—Ácidos, alcalis, sales de hierro, de mercurio, emético, sulfato de zinc, nitrato de plata, sublimado corrosivo; infundido de manzanilla, colombo, ruibarbo, cachunde y tanino.

Salicilato de sosa.—Jarabe de jugos ácidos, sales de hierro.

Sén.—Alcalis y sus carbonatos, sales ácidas, agua de cal, emético.

Sulfato de soda.—Alcalis, carbonatos, fosfatos solubles.

Sulfato de zinc.—Alcalis, carbonatos, sales de plomo, de barita y cal, tanino y sustancias curtientes.

Tanino.—Alcaloides, sales metálicas, principalmente de hierro, emético, albumina, emulsiones, agua de cal.

Tartrato de hierro y de potasa.—Ácidos minerales, agua de cal, preparaciones vegetales astringentes.

Yodo.—Goma, almidón y fécula, jabón, alcalis cáusticos y carbonatos alcalinos, alcaloides, metales, sales metálicas, preparados opiáceos.

Yoduro de hierro.—Yoduro de potasio, ácidos, alcalis, sulfatos, tanino y sustancias que lo contienen.

Yoduro de potasio.—Sales de plomo, de mercurio, de plata, ácidos y sales ácidas, cloro, bromo, gordura rancia, yoduros metálicos, clorato de potasa.

sentarse no sólo por la irritación provocada por un jugo gástrico muy ácido, sino también en ciertas neurósisis en que hay marcada intolerancia para los ácidos, bastando la simple introducción en el estómago de una solución normal ó aún sub-normal de ácido clorhídrico para producir, en personas nerviosas, contracciones espásticas del músculo píloro. Probablemente sucede así en la llamada *enfermedad de Reichman*, en la cual hay, como es bien conocido, una secreción continua de jugo gástrico conteniendo ácido clorhídrico en proporción normal ó excesiva.

En ciertas condiciones que no siempre pueden determinarse, las contracciones del píloro, ordinariamente no sentidas por el paciente, pueden acompañarse de violentos dolores. A estas contracciones espasmódicas del músculo píloro, asociadas con fuerte dolor, les aplico el término *piloralgia* ó espasmo del píloro.

Mi primer caso, que tuvo lugar hace tres años, fué en una mujer de mediana edad, un tanto nerviosa, pero sana por lo demás. Me manifestó que sufría desde años atrás de dolores en la región del estómago, que cesaban después de un vómito de materias fuertemente ácidas. Estos ataques se presentaban á intervalos irregulares, sintiéndose ella perfectamente en los tiempos intermedios. El día antes de consultarse, la enferma había tomado por comida, según sus propios informes, excesiva cantidad de alimento con excelente apetito; en la noche sintió una sensación desagradable en la región del estómago; en la mañana siguiente después del almuerzo, la sensación se acrecentó, transformándose en un dolor violento. A las 3 p. m., hora en que la ví, noté lo siguiente: la región del estómago manifiestamente distendida y sensible, el dolor era más violento en el hipocondrio derecho en un punto situado entre las líneas paraesternal y mamilar. El hígado parecía normal, no estaba sensible; pero, cuando

REVISTA DE LA PRENSA

M. Gross

Piloralgia-Espasmo del píloro.

(New York Medical Journal—Marzo, 1896.)

Se sabe que las contracciones espasmódicas del píloro pueden pre-

yo presionaba contra el antro del píloro el dolor se hacía intenso. El hueco del estómago no era sensible; la vesícula biliar no podía sentirse por la palpación. La irradiación del dolor á la espalda la encontré á la derecha de la columna espinal, correspondiendo el punto más sensible al nivel de la undécima y duodécima vértebras dorsales.

De tiempo en tiempo, la paciente arrojaba pequeñas cantidades de un líquido turbio, de olor ácido, que ponía ásperos los dientes; pero, no vomitaba. No orinaba desde la noche anterior. Después de introducirle el tubo de Fauchet, la mujer vomitó notable cantidad de un líquido turbio, de un olor fuerte de grasa y ácido acético y conteniendo evidentemente el alimento del día anterior, casi sin digerir. El líquido tenía una acidéz total de 130 y contenía ácido clorhídrico en exceso. Un lavado del estómago con agua tibia alivió pronto á la paciente.

*
**

La siguiente es mi interpretación de la piloralgia, pues no podría ser otra en este caso: el estómago hace supremos esfuerzos para impeler la cantidad anormalmente excesiva de alimentos hacia el píloro, al principio con feliz resultado. Sin embargo, pronto el exceso de actividad de la porción pilórica estimula demasiado el músculo píloro que, en lugar de abrirse á ciertos intervalos como en las condiciones normales, se contrae más y más. La contracción espástica dolorosa ó piloralgia, se acrecienta ó depende, en parte al ménos, de una exageración de la secreción del jugo gástrico, expresión de un estímulo exagerado de la mucosa del estómago por alimentos que permanecen demasiado tiempo en su cavidad.

En el caso de que hemos tratado no sólo hubo contracción espástica, sino también una de aquellas parálisis del estómago que se desarrollan en corto tiempo, como se ha manifestado por la anuria y la im-

posibilidad de vomitar espontáneamente. Esta parálisis fué causada por la distensión y exceso de trabajo de los músculos del estómago. La extraordinaria cantidad de líquido arrojado indica una transfusión realizada en la cavidad del órgano. Descargada la pared del estómago la mejoría es rápida en tales casos. Cuando volví á ver á esta paciente á las 8 de la noche, comenzaba á comer con apetencia, desafiando mis disposiciones.

El grupo de síntomas de espasmo del píloro ántes descrito es tan característico, al ménos en los casos típicos, que casi no necesita sino ser recordado, para diagnosticarlos. Sin embargo, frecuentemente podemos vernos obligados á excluir algunas enfermedades que presentan síntomas semejantes. Estas son: la *gastrocynsis* (ROSSBACH) que se presenta en los neuróticos y tabéticos y las llamadas *crisis gástricas*. En el primer caso, debemos buscar los síntomas iniciales de la tábes, teniendo presente, además, que el dolor se irradia hacia abajo y adentro del hipocondrio izquierdo y que hay vómitos copiosos por varios días. En las *cardialgias*, por otra parte, el dolor más violento se localiza á la izquierda, en el hueco del estómago y se irradia á la izquierda de la columna espinal, encontrándose los puntos más dolorosos posteriormente, á la izquierda y al nivel de las 9.^a y 10.^a vértebras dorsales.

La confusión con la *úlcera* típica es imposible. En ésta, el dolor coincide con la ingestión de los alimentos, y se presenta todos los días, durante semanas y meses. Un paciente afectado de úlcera del estómago no podría tomar impunemente alimento sólido alguno, pocas horas después del ataque.

En la *neuralgia intercostal* debe tenerse presente el curso de la enfermedad y eventualmente, presionar los puntos que deberían encontrarse.

En el *cólico renal* el dolor se irradia á lo largo del uréter, hasta el testículo y el glande. Debe buscar-

se en la orina mucus, sangre ó concreciones.

Los paroxísmos descritos como gastrálgias no son frecuentemente gastrálgias en el verdadero sentido de la palabra. En ocasiones son las ya mencionadas crisis gástricas, ó las gastroxynsis descritas por ROSSBACH, simples cardiálgias ó piloralgias. Hay otra serie de casos que, según mi opinión, se refieren á afecciones del ganglio solar; dolor persistente en la espalda irradiando hacia adelante. La gastralgia sólo se presenta en personas histéricas en quienes el sitio del dolor es muy variable é irradiá en todas direcciones. La presión externa calma el dolor en algunos casos. Los accesos están con frecuencia asociados con bulimia y globus histéricos.

Finalmente, con respecto á la *colecitiásis*, los ataques típicos serían siempre fácilmente distinguidos de la piloralgia. No obstante, se menciona una *colecitiásis* sin ictericia y sin pasaje de cálculos y se dice, que en tales casos la piedra que se mueve cae de nuevo en la vesícula biliar, etc. Se ha hecho también mención de contracciones espasmódicas de los canalículos y conductos biliares debida á su inflamación catarral; de otro lado, sabemos que con bastante frecuencia se encuentra en las autópsias la vesícula biliar llena de cálculos, sin que se haya presentado durante la vida ningún signo de *colecitiásis*. Más aún, se ha dicho que una secreción gástrica acrecentada en ácido clorhídrico se ha encontrado en la *colecitiásis*, siendo su causa refleja. En dos casos, he examinado las materias arrojadas inmediatamente después del ataque, con la vana esperanza de descubrir un exceso de ácido clorhídrico; existe la posibilidad, al ménos teóricamente.

Tomando todo esto en consideración, debemos observar que en ataques que se asemejan á los cólicos hepáticos, cuando se presentan sin ictericia y sin pasaje de cálculos, podría siempre pensarse en la piloralgia, y en tal caso la hiperclor-

hidria debería mirarse como el factor causal.

No solamente la cantidad y calidad anormal de los alimentos y sus consecuencias pueden dar nacimiento á la piloralgia, sino también las pasiones, sustos, cólera y excitaciones sexuales poco después de las comidas ó durante su digestión. Aún las fermentaciones anormales pueden actuar de la misma manera.

Con relación á esto, debo indicar que son precisamente las mencionadas contracciones del píloro, sean dolorosas ó no, las que pueden hacerse el punto de partida de las bien conocidas hipertrofias benignas de este músculo.

La indicación es sencilla: en casos que presenten el complejo sintomático anteriormente descrito, debe siempre tenerse presente la piloralgia y, en tal caso, saber conducirnos con respecto al pronóstico y al tratamiento.

TRAUMATISMO DE LA TIBIA.

Notable ingerto hecho con el húmero de un carnero.

(Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, enero de 1896).

Dá á conocer esta curiosa nota clínica, el Dr. D. Francisco Loredó, en la *Revista de Ciencias Médicas*, de la Habana:

Joven de quince años de edad que sufrió un fuerte golpe en la pierna derecha hacia la espina de la tibia; en el momento apenas hizo caso, pero á los pocos días quejábbase de violentos dolores en la región mencionada. Se le aplicaron remedios caseros, pero sin resultado, tomando la familia estos dolores como de origen reumático, diagnóstico que también hizo un comprofesor. Como el enfermo continuase mal, se llamó á otro profesor que descubrió un absceso al nivel de la tibia, diagnosticando el caso de osteomielitis, después de una exploración detenida, empleando varios tratamientos, resultando todos inútiles y necrosán-

dose gran parte del hueso. Llamado el Dr. Vischer, encontró una gran inflamación en la pierna y siete pequeñas brechas descargando pús, todas las cuales conducían al hueso necrosado. Tres días después de su ingreso en el hospital, se le hizo un raspado del hueso. La herida se dejó abierta con un desagüe de gasa antiséptica y cubierta con algodón y vendaje antiséptico, permaneciendo el enfermo una semana con dicha curación; al cabo de este tiempo fué encontrado el hueso en muy malas condiciones y sin esperanza alguna de restablecimiento. El Dr. Vischer juzgó que sólo la amputación salvaría al enfermo, mas después de un rato de observación, notó que la extremidad superior é inferior de la tibia estaban en buen estado y que las condiciones físicas del paciente habían mejorado desde su ingreso en el hospital, acudiendo á su mente en ese momento la feliz idea de tratar de salvar la pierna, haciendo el ingerto del hueso. Aceptada la operación se buscó un carnero grande y sano, el cual por dos días fué puesto á una dieta para asegurarse doblemente de su condición sana. El día antes de la operación la pierna del carnero fué afeitada y perfectamente lavada y se la envolvió en vendajes antisépticos.

OPERACIÓN.—Una vez anestesiado y colocado el enfermo en la mesa de operaciones, comenzó el Dr. Vischer por hacer una incisión de unas cuatro pulgadas debajo de la articulación fémoro-tibio-rotuliana hasta la articulación tibio-tarsiana.

Resecó siete pulgadas y media de la tibia, lavó perfectamente la cavidad y fué puesta en condiciones para recibir el nuevo hueso. El carnero entre tanto había sido cloroformizado. El Dr. Vischer extrájele el húmero con gran cuidado de que retuviera el periostio y comenzó á preparar el hueso de manera que se adaptara bien á la pierna del jóven. Ambas extremidades fueron cortadas rectas al través y entonces se colocó el hueso en lugar del pedazo de tibia resecada, estableciéndose una unión bastan-

te perfecta con ambos extremos del mismo. En seguida, procedió á practicar una incisión como de cinco pulgadas de largo en la parte posterior de la pierna del enfermo, con el objeto de que le permitiera unir los músculos en la parte superior donde entonces fué suturada; las heridas fueron cerradas, se las cubrió de gasa y algodón antiséptico, colocándosele la pierna en aparato de Scultet y quedando perfectamente inmovilizada toda la extremidad. Nueve días después de la operación se examinó la región operada, y se encontraron las heridas cicatrizadas en su mayor parte, procediendo de nuevo á la colocación de gasa, algodón y vendajes antisépticos; cinco días después se hizo otro exámen, notándose que estaba en mejores condiciones y sobre todo muy bien en ambas uniones de los huesos, particularmente en la parte inferior donde el Dr. Vischer tenía mayores dudas. El estado físico del enfermo se veía que cada día mejoraba notablemente, aumentando bastante su apetito. El Dr. Vischer, después de su exámen, lavó perfectamente la pierna y colocó menos vendajes antisépticos; diez días después hizo un nuevo examen encontrándola en excelentes condiciones y con todos los caracteres de un brillante éxito. En la actualidad, el operado está en un estado satisfactorio, con buen apetito y muy contento. El Dr. Vischer confía y casi asegura que el paciente, no sólo caminará bien, sino que podrá hasta correr después de algún tiempo como si nada hubiera tenido.

JULIO ULECIA.

LA PRACTICA Y ENSEÑANZA de la Medicina en París. (1)

(Revista de Ciencias Médicas -- Febrero de 1896.)

El incremento entre el número de médicos que ejercen en París,

(1) Correspondencia de París al Medical Record, de Nueva York, diciembre 15 de 1895.

ó pretenden hacerlo, ha sido tan grande en estos últimos años, que la Cámara de Diputados y el Senado, instigados sin duda por la Academia de Medicina y la profesión médica en general ha tomado medidas para disminuir esta afluencia de médicos extranjeros, entre los cuales figuran en una gran mayoría los norte-americanos.

Durante el segundo imperio, era esto fácil de arreglar, ya porque el Emperador Napoleón III, no lo tomase en consideración ó porque creía que era mejor dejar las cosas así, para conservar mejores relaciones amistosas con las demás potencias. Se aplicaba principalmente esto á los médicos de facultades extranjeras que solicitaban permiso para ejercer en París. Esto trajo á la capital hombres jóvenes que comenzaban entonces sus estudios y muchos de ellos, después de cuatro ó cinco años de cursos adquirirían su título de doctor en Medicina de la Facultad de París, que entonces, como ahora era considerado por todos los franceses y aún por otras naciones como el primero del mundo. También era probable que el Ministro del Interior que ejercía gran influencia sobre Napoleón, creyese que estos médicos y estudiantes extranjeros que llegaban por millares á París, beneficiaran al comercio y facilitarían la imposición de contribuciones, entre ellas, la de ejercer la profesión.

Este impuesto ó patente ha aumentado de uno ó dos años á esta fecha, desde que se puso en vigor la nueva ley para el ejercicio de la medicina. Así pasaron las cosas durante algunos años y sólo se necesitaba un poco de influencia con el Emperador, para obtener permiso para ejercer, concedido por el Ministro del Interior ó el de Instrucción pública. Este permiso raras veces se negaba en aquella época, porque siempre el peticionario era práctico distinguido ó gozaba

de una posición social y política eminente. El permiso se concedía para ejercer en el territorio francés ó solamente en el departamento del Sena y muchas veces se concedía sin tesis ó exámen de ninguna clase. En otras ocasiones era necesario presentar una tesis y sufrir un exámen clínico en uno de los grandes hospitales. El examinando, que generalmente era un médico de alguna práctica, no tenía dificultad alguna en hacer un diagnóstico y presentar una línea de tratamiento.

En 1888, comenzó á manifestarse la reacción y en 1890 el Profesor Brouardel, decano de la Facultad de Medicina nos informó que el número de peticiones de médicos extranjeros para ejercer la medicina en París alcanzaba un promedio de 250 al año; poco tiempo después, publicó su estadística demostrando que aunque el número de médicos que ejercen en Francia, correspondía á uno por cada mil doscientos habitantes, la vida se hacía imposible para los demás; esa proporción se ha alcanzado y más aún, Francia se ha hecho proteccionista. Se presentaron varios proyectos de ley á la Cámara de Diputados, y después de muchos preliminares y sesiones se adoptó la de 1892.

La ley del año II, redactada en tiempo de Napoleón I ha sido abolida y el poder para conceder permiso para ejercer en París ha sido prohibido definitivamente por el gobierno. Aquel artículo decía así: "En virtud del artículo 4.º de la ley del 19, *Ventose*, XI Año, el gobierno puede conceder á un médico extranjero la autorización para ejercer en Francia. Esta autorización puede conferirse para toda la Francia, una provincia, ó aún una ciudad en particular, y es siempre revocable." Tal era el permiso concedido á muchos para ejercer en París sin tener aptitud para ello, y raras veces era revocado.

La segunda parte de la ley se ha conservado y modificado en un sentido más estricto. Es como sigue: "A los médicos extranjeros que deseen adquirir un diploma francés podrá otorgárseles en algunos casos, sufriendo una parte de los exámenes para el Doctorado."

Hay una tendencia á derogar esta ley y se ha hecho público recientemente un decreto del Consejo Superior por el cual á ningún estudiante extranjero le será permitido estudiar en París, y sólo excepcionalmente podrán estudiar en una escuela de medicina de provincias. La presión es tan grande contra los extranjeros que estudian en París, que en algún día no lejano se prohibirá el ejercicio de la medicina en Francia al que no sea de naturalidad francesa ó naturalizado como ciudadano francés.

Si los franceses obran bien al tratar de excluir á los extranjeros de la práctica de una profesión liberal en su territorio, es una cuestión que más pertenece á la economía política, que á la medicina legal.

FORMULARIO.

Tratamiento de los vómitos gastrálgicos.

Mentol.....gr. 0.50
 Alcohol..... c. s.
 para disolver.
 Ag. cloroformizada.....gr. 250.00
 Clorhidrato de cocaína... ,, 0.10
 Jbe. simple..... ,, 40.00
 M.

Para tomar una cucharada en el momento del acceso.

(O *Brazil Médico*).

* *

La teobromina en las hidropesías de origen cardíaco y aún en el anasarca brightico.

MR. HUCHARD la prescribe á la dosis de 3 á 5 gramos durante cua-

tro días solamente, en sellos de 50 centigramos. Tómese 8 obleas el primer día, 6 el segundo y el tercero, y 4 el último.

Pueden utilizarse las propiedades tónicas de la *teobromina*, prescribiéndola á dosis pequeñas, de una manera continua, durante varias semanas y asociándola al fosfato de soda:

Teobromina..... } 10 á 20 gr.
 Fosfato neutro de soda }

Para 40 obleas: una al principio de cada comida.

(*Journal de Clinique et de Thérapeutique*).

* *

Antídoto del ácido fénico.

Para el Prof. E. CARLETON, de New York, es el *vinagre* un excelente contraveneno del fenol.

Así, aplicado sobre una superficie cutánea ó mucosa que acaba de ser quemada por el ácido fénico concentrado, haría desaparecer inmediatamente la blancura característica y la anestesia producidas por esta sustancia é impediría la formación de la escara consecutiva á la quemadura.

Neutralizaría, asimismo, la acción del ácido fénico ingerido ocasional ó criminalmente.

La primera medida que se debe tomar, pues, en un caso de envenenamiento por ingestión de fenol, consistiría en hacer tomar al paciente, *VINAGRE mezclado con agua en partes iguales*, después de lo cual se procedería al lavage del estómago.

(*Revue Médicale*).

* *

Tratamiento del prurito de la ictericia.

El DR. BOULAUD, fundándose en la teoría emitida acerca del prurito ictérico, indica la siguiente fórmula cuyo fin es disolver los cristales de colesteroína que irritan los canales excretores de las glándulas sudoríparas, después de impedir su recristalización.

La fórmula es:

Alcohol.....	} aa.
Eter sulfúrico.....	
Ictyol.....	
	„ 10.00

Para hacer fricciones sobre la piel.

(*Limousin Médical*).

* *

Empleo de la papaína en dermatoterapia.

El DR. VIDAL SOLARES, director del Hospital de Niños pobres de Barcelona, utiliza en su pediclínica la papaína asociada con el ácido salicílico en las dermatosis escamosas ó acompañadas de espesamiento de la piel: ictiósisis, psoriasis y eczema crónico inveterado.

En la ictiósisis formula:

Papaína.....	gr. 10.00
Acido salicílico.....	„ 3.00
Ictyol.....	„ 2.00
Glicerina.....	} aa.
Acete de ricino,.....	
	gr. 150.00

M.—Para friccionar las partes atacadas, previo lavado por medio de una solución de bicarbonato de soda y del jabón de azufre.

Contra la psoriasis emplea esta pomada:

Papaína.....	gr. 7.00
Ac. salicílico.....	„ 3.00
Glicerina.....	„ 20.00
Pom. de óx. de zinc ben- zoinado.....	„ 60.00

M.—Uso ext.

Tanto en la ictiósisis como en la psoriasis se obtiene un desprendimiento rápido de las escamas, al mismo tiempo que la piel recobra su aspecto normal.

Interiormente aconseja el uso del arsénico durante largo periodo de tiempo.

(*Arch. de Gin., Obst. y Pediatría*).

CRONICA

Círculo Médico Argentino.—CURSO INTERNACIONAL DE BACTERIOLOGÍA “PASTEUR”—El Círculo Médico Argentino, en homenaje á la memoria del ilustre sabio cuya muerte deplora la humanidad ente-

ra, y que fué su miembro honorario, resuelve:

Art. 1.º Celebrar un concurso internacional de bacteriología que llevará su nombre, en setiembre de 1897.

Art. 2.º Los trabajos que se presenten deberán ser investigaciones *originales é inéditas* de bacteriología, sea respecto de algún punto de técnica ó de etiología, profilaxia, diagnóstico y tratamiento bacteriológico de las enfermedades infecciosas del hombre ó de los animales, sea acerca de aplicaciones industriales de la microbiología.

Art. 3.º Las memorias, piezas ó preparaciones, culturas, fotografías microscópicas, etc., etc., deberán ser remitidas ántes del 31 de mayo de 1897, al presidente del Círculo Médico Argentino, y en condiciones tales que, en manera alguna pueda inferirse el nombre del autor. Llevarán un lema ó inscripción cualquiera que será fijado igualmente en un sobre cerrado y lacrado adjunto, conteniendo el nombre y domicilio del autor.

Las memorias pueden ser presentadas en idioma español ó francés.

Art. 4.º Los premios consistirán en:

1.º 400 \$ oro y el diploma de primer premio del concurso Pasteur.

2.º 200 \$ oro y el diploma de segundo premio.

3.º diploma de honor.

Art. 5.º El jurado nacional se designará oportunamente por la asamblea del Círculo Médico Argentino á propuesta de la comisión directiva, y se hará conocer públicamente el nombre de sus miembros. Su veredicto será comunicado al Círculo Médico ántes del 15 de agosto.

Art. 6.º El ejemplar de las memorias premiadas y las preparaciones ó piezas que las acompañen quedarán como propiedad de la asociación, sin que ello importe afectar en nada los derechos de propiedad literaria ó de privilegio industrial del autor.

Art. 7.º Los trabajos no premiados podrán ser devueltos á sus autores y los sobres que á ellos correspondan, serán destruidos sin abrirlos.

Art. 8.º La entrega de los premios se hará en sesión pública el 28 de setiembre de 1897.

Buenos Aires, octubre 9 de 1895.

GREGORIO ARAOZ ALFARO, Presidente.—LUCIO GORDILLO, AQUILES GAREISO, Secretarios.

Nuevo Médico.—El Sr. Don Pedro Teobaldo Barros ha prestado el juramento de ley ante la Facultad en sesión celebrada el 11 del mes último, para ejercer la profesión de Médico y Cirujano.

Nuevo reactivo de la albumina en la orina.—Para que un reactivo de la orina sea seguro, en el caso de albuminuria, dice M. Jolles que debe realizar las condiciones siguientes: debe ser incoloro, demasiado sensible para indicar la presencia de cantidades imponderables de albúmina y obrar independientemente de la reacción y composición de la orina. Un reactivo tal, según nuestros estudios hechos después de M. Jolles, sería una mezcla compuesta de 10 gramos de sublimado, 20 gramos de ácido succínico, 10 gramos de cloruro de sodio y 500 gramos de agua.

Para buscar la albúmina se procede de la manera siguiente: se echa en un tubo de 4 á 5 centímetros cúbicos de orina previamente filtrada, se agrega 1 centímetro cúbico de ácido acético, después 4 c. c. del reactivo y se agita fuertemente el líquido. Como medio de comparación, cuando la albúmina no se encuentra sino en cantidad mínima, se toma otro tubo que se llena de 4 ó 5 c. c. de orina, 1 centímetro cúbico de ácido acético y se pone en lugar del reactivo 4 á 5 c. c. de agua destilada.

La comparación de los tubos hará manifiesta la diferencia.

El reactivo es de tal manera sensible que obra aun cuando se halle en la orina en la proporción del 1 por 1,200.

Exploración del bazo hipertrofiado en los palúdicos, por el procedimiento del Doctor Catrin.—La exploración del bazo en los palúdicos, por la percusión, presenta numerosos inconvenientes; casi siempre es dolorosa fuera de que puede tener un verdadero peligro.

E. Collin, autor del mejor trabajo sobre las desgarraduras del bazo, ha señalado la posibilidad de ese accidente, demostrando que muchas veces los traumatismos más ligeros bastan para producir las desgarraduras del órgano esplénico. Por eso Collin aconseja abstenerse de la *percusión ortodoxa*, sobre todo en los palúdicos crónicos. Como se sabe, en esos enfermos la cápsula esplénica es desigualmente espesa y los puntos más delgados pueden romperse, aún espontáneamente, bajo la influencia de un acceso que traiga una congestión más ó menos intensa del órgano.

Por otra parte, es bien sabido que un simple esfuerzo muscular, tós, vómito, pueden jugar un papel importante en la patogenia de las desgarraduras. Se cuenta la historia de un hombre que en el curso de una discusión, bajo el influjo de una violenta cólera, murió repentinamente; la autopsia hizo ver una desgarradura esplénica.

Piorry piensa también que la contusión del bazo, es capaz de producir un acceso de fiebre. Hay, pues, que tener mucha prudencia al percutir el bazo de los palúdicos crónicos.

Además, la palpación del abdomen, aún hecha con delicadeza, produce una contracción de los músculos rectos y oblicuos que hace á menudo muy difícil la exploración, tanto más cuanto que en muchos palúdicos crónicos, existe una hiperestesia cutánea que exagera la tendencia á las contracturas musculares.

Siempre que el bazo traspasa las falsas costillas, prueba de que ha adquirido un volumén considerable, renunció á investigar los límites del órgano por la percusión.

Me coloco á la izquierda del enfermo, aplico de plano la mano sobre la parte inferior del abdómen, en la fosa iliaca izquierda, después, no apoyando más que la pulpa de los dedos sobre la piel, subo lentamente hacia el epigastrio y consigo así, evitando las contracciones musculares, sentir el borde inferior del bazo en la porción extra-costal.

Hasta hoy todos los practicantes de mi servicio á los que he hecho practicar este modo de exploración, han llegado á diseñar rápidamente los límites del bazo. Todos han podido ver que la percusión es muchas veces infiel, sobre todo, cuando se practica de la manera clásica, colocando al enfermo sobre el

flanco derecho, porque en esta situación, el bazo si no tiene adherencias puede caer, retirarse de la pared, y esto es suficiente para que una asa intestinal se interponga entre él y la pared, teniendo así la ilusión de una sonoridad que puede engañar hasta un oído ejercitado.

Encuentro, pues, al procedimiento de que preconizo dos ventajas: desde luego es muy fácil, muy simple y más exacto que la percusión; en segundo lugar, no tiene ninguno de los inconvenientes de la percusión, no es doloroso, ni expone al órgano á los traumatismos que por ligeros que sean pueden tener peligro.

(De la "Gazette Hebdomadaire.")

Publicaciones recibidas

CUYO ENVÍO AGRADECEMOS Á SUS AUTORES Ó EDITORES:

VI. **Dr. Henri Picard.**—*Traité des maladies de la prostate et des vésicules séminales.*—1 vol.—Georges Carré, éditeur—3, rue Racine—Paris, 1896.—Un ejemplar.

VII. **Dr. Samuel Bernheim.**—*Étude climatologique et thérapeutique*—LE SANATORIUM DES TUBERCULEUX.—Folleto de 34 pág.—A. Maloine, editor, 1896.—Dos ejemplares.

VIII. **Dr. José Ferrán.**—*Contribución al estudio clínico de las DIARREAS INFANTILES.* 1895.—Un ejemplar.

IX. **Dr. N. Rodríguez y Abaytúa.**—*LAS PALPITACIONES de origen dispeptico.* Folleto de 26 pág.—1896.—Dos ejemplares.

X. **E. Merck, de Darmstadt.** ANNALES de 1895 publiées en février, 1896.—Un ejemplar.

XI. **Dr. Enrique Acosta.**—*Ventajas positivas que la MICROBIOLOGÍA ha proporcionado al Diagnóstico y á la Terapéutica.* Discurso de recepción en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, foll. de 19 pág., 1896.—Un ejemplar.

XII. **Dr. Moncorvo Filho.** *Pesquisas científicas VII. Do valor terapêutico DOS VERNIZES ANTISEPTICOS.* (Steresol e suas modificações). Foll. de 53 pág.—Typ. Moraes, 35 rua de S. José—Río de Janeiro, 1896.—Un ejemplar.