

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina".

AÑO XIII }

LIMA, JUNIO 15 DE 1896.

{ N.º 179

TRABAJOS NACIONALES

LOS RAYOS ROENTGEN.

De propósito no hemos querido ocuparnos, hasta ahora, del descubrimiento del célebre profesor de Wurzburg, por que deseábamos que pasase el período de entusiasmo, el período sensacional que sucede á todo hecho de esta naturaleza; y que quedase la verdad científica en su lugar, para ser apreciada por la prensa sería. Además, queríamos saber hasta que grado podía, por el momento, desarrollarse en lo referente á la medicina, el famoso invento del físico alemán.

Ya la calma se ha restablecido, el entusiasmo de los primeros momentos ha pasado, los sabios de las diferentes naciones de Europa y América han estudiado bajo distintos aspectos el valor que tienen— en la actualidad los rayos X— y predicho lo que servirán en el porvenir. Es, pues, tiempo de que demos á conocer á nuestros lectores, el estado actual de la ciencia á este respecto, especialmente en lo tocante á la medicina.

I

El descubrimiento del Profesor W. CONRADO ROENTGEN de Wurzburg, tiene sus antecedentes en los célebres experimentos de CROOKES, llevados á cabo con el fin de demostrar el pretendido cuarto estado de la materia, el estado radiante.

En 1879 W. CROOKES, dirigió á la "Royal Society" una comunicación sobre los resultados obtenidos por la acción de descargas eléctricas en el vacío. Haciendo pasar chispas eléctricas por tubos semejantes á los de GEISSLER, conteniendo gases rarefactos, CROOKES comprobó que al rededor del polo negativo ó cátodo existe un espacio oscuro, donde existen rayos invisibles pero capaces de ponerse en evidencia por la introducción, en el tubo, de sustancias fluorescentes que se iluminan, sobre todo, al rededor del polo positivo. El los llamó rayos catódicos en atención al polo en que se presentan.

Cuando se hace el vacío casi completo—á un millonésimo de la presión atmosférica normal— en un tubo de CROOKES, las moléculas de materia que quedan en el tubo tienen y manifiestan propiedades nuevas, y muy sorprendentes. Así se ha visto que el diamante colocado en el interior de estos tubos, en el vacío casi absoluto, se volatiliza al paso de una chispa eléctrica. Otro tanto sucede con las moléculas de gas:—estas se separan, son impelidas con velocidades inusitadas, chocan, entre sí y con las paredes del tubo, se quiebran en pedazos, en iones, que son lanzados con velocidades grandes, produciendo la luz catódica.

Segun PERRIN la luz de GEISSLER es debida á las vibraciones del éter, como la luz común, mientras que la de CROOKES tiene su causa en una emisión de la materia. De aquí el

nombre de "estado radiante" de la materia con que CROOKES bautizó aquel fenómeno. La acción que ejerce el iman desviando estos rayos parece comprobar este aserto.

Imaginarse los átomos, dice un escritor francés, ya suponía un esfuerzo considerable de la inteligencia, pero concebir aquel polvo de átomos es algo que toca a los límites de lo increíble! Sea de esto lo que fuere lo cierto es que la luz producida en tales condiciones posee propiedades diferentes de la luz común, una de las que consiste en atravesar cuerpos denominados hasta hoy opacos, ser invisibles para la retina, (1) pero capaces de impresionar placas sensibilizadas.—En 1894 LENARD, discípulo de HERTZ, demostró esta última propiedad.

"El PROFESOR ROENTGEN, repitiendo los experimentos de LENARD en un tubo de CROOKES, provisto de una tapadera de carton negro, vió se hacia fluorescente que un papel cubierto de una solución de platino cianuro de bario; volteó la hoja de papel y se aseguró que la acción química de la luz se producía aún á través de la hoja de papel.

ROENTGEN repitió el experimento con diversas sustancias opacas, entre ellas con un libro de 1,000 páginas y obtuvo una silueta fotográfica, apesar de este obstáculo. Desde este momento quedó resuelto el problema de la fotografía á través de los cuerpos opacos.

Los rayos X como los llama el PROFESOR ROENTGEN, parece no ser los mismos rayos catódicos de CROOKES y LENARD, por que no se desvían por el imán ni son susceptibles de ser reflejados ni refractados como aquellos. La determinación de la naturaleza de estos rayos pertenece todavía al porvenir, y con mucha razón se les llama incógnitos, rayos X.

(1) Se ha anunciado últimamente el invento de SALVIOTTI que permite, merced á un aparato, (Iriptescopio) que dichos rayos impresionen la retina y que se pueda ver á través de los tejidos?

II

Para obtener fotografías por los rayos antedichos no se necesita un gran material: basta un tubo de CROOKES, una bobina de inducción que dé chispas de 7 á 8 centímetros, y una placa fotográfica vulgar.

Por este medio se ha podido hacer fotografías, de una cadena de metal encerrada en una caja de madera, del esqueleto de una mano, de cuerpos extraños situados en el espesor de los tejidos, etc., etc.; hechos que han dado lugar al entusiasmo con que ha sido recibido el descubrimiento de ROENTGEN.

Es indudable que los rayos X, cuyas vibraciones atraviesan cuerpos mirados como opacos hasta hoy; que son detenidos en cierto límite por los cuerpos denominados transparentes como el vidrio; y cuyas propiedades han hecho cambiar las ideas fundamentales sobre la teoría de la luz; son interesantísimos como descubrimiento puramente científico. Pero lo que nos interesa á nosotros como á médicos, es saber si el descubrimiento en cuestión y su aplicación inmediata á la fotografía, pueden servirnos para perfeccionar el diagnóstico de las lesiones internas. Queremos insistir sobre este punto, por que hemos oido á este respecto expresar ideas que están muy lejos de la verdad.

Basta considerar que la piel, el tejido celular, el tejido adiposo, los músculos, se dejan atravesar por los rayos X y que, solamente el tejido óseo juega el papel de verdadero cuerpo opaco. Por consiguiente, si se fotografiase una persona desnuda, se tendría puramente la silueta de un esqueleto deformado ó nó, según que la persona fotografiada tuviese ó no lesiones de los huesos.

Fotografiar el cerebro á través del cráneo sería muy difícil, puesto que la caja ósea es precisamente opaca; darse idea de los tumores situados en los órganos internos, tampoco sería fácil, por que siendo la mayor parte, de ellos constitui-

dos de células, de tejido muscular, adiposo, etc, no aparecerían á causa de ser dichos cuerpos transparentes para los rayos X.

No sucede lo mismo con las lesiones de los huesos y con los cuerpos estraños, especialmente metálicos, implantados en el espesor de los tejidos, cuyo sitio se puede determinar merced á las planchas fotográficas. Son ya bastante conocidos los casos aquellos de la lámina de un cuchillo encajada entre las vértebras de un parapléjico, y cuya presencia se descubrió por la fotografía, el de la aguja perdida en el interior de una mano, del proyectil enclavado en las masas musculares etc. para que nos ocupemos más de ellos.

Las observaciones del PROFESOR LANNELONGUE, relativas á las alteraciones de los huesos en la osteomielitis son más interesantes.—Las partes centrales, destruidas, cavernosas, se dejan atravesar por los rayos apareciendo en los clichés fotográficos como manchas blancas.

Quizá se podría también aplicar el nuevo procedimiento al diagnóstico de ciertos casos dudosos de embarazo. (1)

En resumen, pues, la fotografía por los rayos X en sus aplicaciones á la medicina, está, al menos por el momento, reducida á descubrir cuerpos estraños de cierta naturaleza en el espesor de los tejidos y á diagnosticar algunas lesiones del tejido óseo.—Lima, mayo de 1896.

D. Matto.

FISTULA VESICO-CUTANEA,

Absceso de la fosa iliaca derecha. Tuberculosis de la Próstata, cuello vesical y riñon derecho.

POR DON FRANCISCO SALAZAR Y ALARCO.

Interno de los Hospitales.

El 17 de noviembre del año pasado ingresó al hospital "Dos de

(1)—Varmir, Chapurru, etc han obtenido fotografías de un útero grávido conservado

Mayo," servicio de clínica quirúrgica, el enfermo Modesto Ordoñez, natural de Moquegua, de 16 años de edad, profesión jornalero, temperamento linfático, constitución débil y ocupó la cama número 13 de la sala de Santo Domingo.

Antecedentes. Refiere el enfermo haber sido hasta los 15 años completamente sano, pero siendo enroldado en uno de los batallones coalicionistas sufrió por la 1.^a vez del aparato digestivo, debido á las privaciones, mala alimentación y penalidades de la vida en campaña, viéndose á su ingreso en esta capital en la necesidad de solicitar su admisión en el Hospital Militar donde fué asistido, según refiere, de una peritífitis, palabra que se le gravó de tal manera, que la repetía con frecuencia cada vez que se trataba de su enfermedad.

Estado actual. Examinado atentamente el enfermo se nota por la simple inspección: decúbito lateral derecho, gran postración, palidez general, demacración, color terroso profundo de la superficie cutánea, conjuntivas anémicas y escleróticas de color azulado blanquizco.

Interrogado sobre cuales eran sus sufrimientos actuales, nos manifestó sentir dolor en el vientre y en particular en la fosa iliaca derecha. Notamos, desde luego, una gran tumefacción, pastosidad y fluctuación algo profunda; en relación esto con cefalalgia, calofríos cortos de rato en rato, temperatura un poco elevada (37° 6), síntomas que indicaban la presencia probable de una colección purulenta en la fosa iliaca derecha, que era necesario de todo punto dar salida, como lo efectuamos al día siguiente á traves de una incisión de dos centímetros. El pús que estaba detenido, tenía como caracteres: color amarillo verdoso, no muy concentrado, cantidad regular y un olor bastante desagradable seme-

en alcohol—Sobre un fondo claro que representa la cavidad uterina, se ve la silueta del feto pegado á la pared superior y hacia la derecha.

"Semaine Médicale," Marzo 11 de 1869.

jante al de los abscesos del hueso isquio-rectal.

En los días posteriores el enfermo se encuentra muy aliviado, ha recuperado su apetito, se levantan mucho las fuerzas, todo hace suponer su curación; cuando de la manera más inesperada aparece la temperatura de 38° acompañada de un síntoma de suyo alarmante, cuya presencia era de lo más desconsolador, tal fué: la impregnación con orinas del algodón y banda que cubría la herida del enfermo. Alarmado el médico del servicio con esta contingencia que venía á impedir la cicatrización de la herida y la curación total del enfermo, resolvió hacer el cateterismo de la uretra con el objeto de tener la vejiga vacía y dilatar, si era posible, dicho canal, con el fin de obliterar la fistula véstico-cutánea ya formada; pues someter al enfermo dadas sus condiciones actuales á una operación radical era empeorar más su situación, por lo demás bien crítica.

Andando el tiempo, el cateterismo se iba haciendo más y más insupportable y no modificaba en nada las condiciones de la herida, pues si bien á veces nos hacíamos la ilusión de que esta se iba á obliterar, dadas las intermitencias con que se presentaba el líquido urinoso, la realidad nos mostraba los pasos violentos con que marchaba la enfermedad, no cediendo en nada el indicado derrame anormal. Mientras tanto, la temperatura toma el tipo intermitente con remisiones matinales, la sed intensa, la sequedad de la lengua, las frecuentes indigestiones, la poca secreción urinaria y, por último, una diarrea caquéctica acabaron con esa pobre existencia en medio de grandes cólicos intestinales, acompañados de gran meteorismo.

Autopsia. Abierta la cavidad torácica notamos los pulmones isquémicos; el vértice del izquierdo invadido por algunas pequeñas granulaciones tuberculosas.

En la cavidad ventral, hígado normal, mesenterio con ligeros infartos ganglionares y degeneración caseosa de algunos, intestinos del-

gados congestionados, su mucosa íntegra, placas de Payer intactas. La vejiga, vacía, con su mucosa esfacelada, paredes de espesor normal y en el fondo vesical, hacia el lado derecho, la abertura interna de un trayecto fistuloso en el espesor de la porción muscular y que iba á terminar muy cerca de la herida cutánea; cuello vesical ulcerado; la próstata había desaparecido por completo, dejando una gran caverna en lugar de dicha glándula, cuyo fondo estaba constituido por la pared anterior del recto. La mucosa uretral hiperemiada y en la porción membranosa un pequeño absceso caseoso. Testículos sanos.

Buscando los riñones, notamos principalmente el derecho, que era el asiento de un proceso curioso y que merece describirse: se hallaba cubierto por una espesa capa grisácea, formando un todo íntimo entre la cápsula y el peritoneo parietal, aumentado de volumen inmensamente y una vez enucleado y dividido según la dirección de su eje mayor, apareció á nuestra vista en su interior una gran cantidad de materia caseosa, distribuida de una manera lo más regular, remplazando al parénquima y dejando el tejido conjuntivo intacto, un poco engrosado, con unas cuantas granulaciones que no habían llegado al período degenerativo.

De tal suerte que, una vez lavado el riñón y desprovisto de dicha sustancia anormal, presentaba un aspecto, si se me permite la comparación, semejante á un panal de abejas con una multitud de celdillas, resumen, encontramos el proceso tuberculoso en casi todos los órganos que desempeñan la función urinaria.

Reflexiones. En atención á la marcha curiosa de la enfermedad, á la cistitis que ha tenido este individuo, que pasó al principio muy oculta y que no había llamado la atención del enfermo; y por otra parte, la opinión de clínicos tan competentes como DOLBEAU y GUYON que se pronuncian en el sentido del origen ascendente de la tuberculosis, podemos sentar la

hipótesis muy fundada de su comienzo en la próstata; de allí siguió á la vejiga, en la que encontrando sitios más vulnerables, se han producido granulaciones tuberculosas que, siguiendo su evolución natural, han producido el trayecto que he indicado más arriba.

Ateniéndonos al antecedente del enfermo de haber sido asistido de una peritifítis, nada más natural que el admitir el flegmon de la fosa iliaca como una consecuencia muy lógica de la inflamación del tejido celular que rodea el ciego. Pero, despues de operado el enfermo, á los pocos días como ya he dicho anteriormente, notamos la salida de orina por la herida, causa que en realidad fué la que produjo el absceso de que venimos tratando.

En lo que se refiere al riñon, es indudable que su tuberculosis ha sido trasmitida por el uréter derecho por vía ascendente.

TRABAJOS EXTRANJEROS

PUNCION DE QUINCKE

en un caso de meningitis tuberculosa

POR EL DOCTOR G. LAZARD. (1)

La pequeña T. de 13 meses, es traída por su madre á mi consulta el 2 de abril porque tóse.

Hasta entonces había gozado de salud, pues yo había tenido ocasión de verla algún tiempo ántes.

Esta niña tosía desde hace dos ó tres días. Cuando la ví tenía un poco de fiebre, una disnea ligera y la auscultación hacía percibir estertóres sonoros de-bronquítis y algunos focos de estertóres subrepi-tantes.

La madre, desde esta primera visita llamó mi atención sobre un signo al cual no dí todo su valor: la niña dormía todo el día. Tomaba con avidéz el pecho de la madre, pero no tenía vómitos ni desórde-

(1) *Journal de Clinique et de Thérapeutique Infantiles*. Mayo, 1896.

nes intestinales de ninguna especie.

La creí atacada de bronquítis y de congestión pulmonar, y atribuía el torpor á la falta de reacción en un niño atacado ligeramente de raquitismo: la fontanela anterior no estaba cerrada y los puños eran un poco gruesos.

El 4 de abril, fuí llamado para ver á mi enfermita; ya casi no tose y su madre la encuentra mejor, pero está siempre inquieta de verla tan propensa al sueño. Y en efecto, se queda sobre el lecho, extendida sobre el dorso, los ojos cerrados, los miembros fláscos. Si se quiere levantarla, gruñe; si se la aproxima á la ventana, mira un instante la calle, pero vuelve á caer pronto en los brazos de su madre para dormir aún. Se alimenta regularmente, no vomita y hace varias deposiciones por día. Prescribo algunos estimulantes, fricciones, baños sinapisados.

El 7 de abril, vuelvo á ver á la niña siempre en el mismo estado. Compruebo, sin embargo, que la fontanela anterior está abultada ligeramente; ni constipación ni vómito; pulso del todo regular. Busco, entonces, los antecedentes de familia, pero mi investigación queda nula.

El padre es alcohólico, pero no se ha enfermado jamás; la madre es una mujer robusta; la hermana mayor, de 6 años, es nerviosa é indócil, pero goza de salud. A despecho de estos datos favorables, el diagnóstico de meningitis comienza á precisarse; es evidente que hay hidrocefalia, como lo indica la tensión de la fontanela anterior.

El 11 de abril, las convulsiones hacen su aparición. Los cuatro miembros son sacudidos por convulsiones repetidas, en particular el brazo izquierdo; los ojos son llevados hacia arriba bajo el párpado superior, la cabeza está desviada á la izquierda. En el intervalo de las crisis, la pequeña enferma lanza gritos característicos, las cejas están fruncidas, los movimientos respiratorios se detienen por momentos

para precipitarse en seguida y hacerse de nuevo débiles.

El 12 de abril, las convulsiones casi han cesado; el brazo izquierdo está contracturado; las piernas, paralizadas. La fontanela está todavía más saliente.

Pienso, entonces, que la sustracción de una cierta cantidad de líquido céfalo-raquídeo podría traer una sedación de los síntomas.

El DR. VARIOT informado al respecto, desea encargarse de la intervención.

Es el 13 de abril: en toda la noche la niña no ha cesado de gritar; esta mañana está en el coma. Se la transporta al dispensario de Belleville.

La punción es hecha por M. VARIOT quien, con auxilio del trocar pequeño del aparato de Potain, pasa muy fácilmente entre el sacro y la región lumbar, á 6 ó 7 milímetros por fuera de la línea media; el trocar es introducido oblicuamente adelante y adentro, á una profundidad de 3 centímetros.

Se espera algunos instantes, pero no sale líquido; se hace la aspiración muy suavemente, sin mejor suceso.

Se retira entonces la cánula y se punza con el mismo trocar en el espacio inter-espinoso inmediatamente por encima.

Después de algunos minutos, el derrame del líquido comienza, al principio muy coloreado de sangre, después claro y límpido: corre gota á gota, ya rápida ó bien lentamente.

La enfermita ha sentido muy bien la picadura del trocar.

Sin recobrar el conocimiento durante el curso de la operación, su rostro se colora sólo por momentos; los ojos se abren y se animan; la vida parece volver sobre este rostro de moribundo, luego la palidez lo recubre de nuevo y los párpados se bajan; la niña vuelve á caer en el coma.

En una hora, sacamos 42 gramos de líquido.

La niña se tranquiliza en seguida y parece dormir. El resultado inmediato de la intervención es la

depresión muy marcada de la fontanela; se sienten ahora claramente los bordes cortantes de los frontales y de los parietales.

Pero, no se puede decir que esta enfermita haya recobrado el conocimiento, á lo más hace algunos movimientos, cuando se la llama por su nombre.

Veo nuevamente á mi enferma en la tarde: evidentemente hay un *statu quo*, la tranquilidad ha continuado. Ha tomado un poco de leche; está acostada en decúbito lateral con los ojos abiertos y sigue los movimientos de las personas que la rodean. La madre vé ya salvada á su hija. "Ella talvez, dice se quedará bizca, pero eso me es igual." En efecto, el ojo izquierdo está desviado hacia adentro y hasta ahora este estrabismo no había sido constatado.

Hacemos, por nuestra parte, las más formales reservas sobre la terminación de la enfermedad, cerca de los padres que se encuentran allí.

La niña muere, en efecto, en la mañana del siguiente día; pero, hasta el último momento se ha mantenido tranquila.

* *

Lo que nos parece resaltar en nuestra primera experiencia de la *punción de QUINCKE*, es la sencillez de la operación, perfectamente médica, en el mismo título que la toracocentésis.

Nos parece también completamente desprovista de peligros y, como muy bien lo ha dicho M. CHIPAULT, la punción hecha entre el sacro y la última lumbar ó entre las dos últimas vértebras lumbares, no tiene el riesgo de herir la médula ni las raíces nerviosas.

Cuanto á la eficacia de la operación, se puede admitir que la decompresión cerebral podrá hacer cesar las convulsiones ó disipar el coma, pero la sustracción del líquido céfalo-raquídeo no puede seguramente tener la pretensión de dominar el proceso tuberculoso en evolución. Es, pues, únicamente un tratamiento paliativo y que, hasta ahora, ha logrado solo retar-

dar la muerte algunos días á lo más.

En nuestra enfermita, hemos obtenido la supresión de las convulsiones después de la punción, y su vida se ha extinguido 24 horas después, en la tranquilidad más completa. En el intervalo la madre adquirió alguna esperanza, y cuando comprendió más tarde que todo era inútil, nos ha agradecido el haber luchado hasta el fin. Es, efectivamente, bajo este punto de vista especial que yo apreciaría la utilidad de la *punción de QUINCKE*.

¿Qué hace el médico en presencia de una meningitis? Prescribe calomel y yoduro de potasio, vejigatorio sobre el cráneo ó sanguijuelas á la nuca; pero, desde que ha pronunciado la palabra fatal de meningitis, se confiesa desarmado y asiste impotente á la agonía de su enfermo.

¿Qué hacen los padres durante este tiempo? La inacción del médico y el exceso de dolor, los conducen á prácticas un poco diferentes, según el medio social.

Las personas ilustradas hacen beber agua de Lourdes al enfermo y van á encender cirios á Nuestra Señora de las Victorias; las gentes del pueblo abren el vientre de una paloma viva y cubren con ella la cabeza del pequeño agonizante.

En este momento psicológico, en que toda probabilidad de salud será aceptada con agradecimiento por la familia, se puede proponer la *punción de QUINCKE*, operación sencillísima, sin aparato aterrador y que no hace correr sangre. Se alivia al enfermo casi con seguridad y se salva la dignidad propia, combatiendo hasta el fin la terrible dolencia.

UN CASO DE TOS NERVIOSA,

rítmica y continua de causa faríngea

POR EL

DR. DON RICARDO BOTÉY (1)

Según consta en mis libros de historias clínicas, muy reciente-

mente vino á consultarme, por recomendación de mi amigo el distinguido médico don Jaime Petit, una enferma de 16 años domiciliada en San Gervasio de Casolas y llamada Francisca Mateu.

El 7 de marzo, día en que la visité por primera vez, aquejaba desde hacía 15 días una tos, fuerte, sonora, timbrada y metálica que no la dejaba durante el día un momento de reposo. Habíasele presentado esta tos, pero de timbre más ronco, hacía 4 meses, sin causa conocida y durante el espacio de tiempo de 3 ó 4 días, desapareciendo gradualmente con un tratamiento sedante y narcótico que se empleó.

Mas esta vez la rebeldía era manifiesta y no había, al parecer, medio de que desapareciera semejante síntoma, extraordinariamente molesto y penoso.

Los antecedentes de esta enferma eran buenos: Padre, que la acompañaba, lo propio que su hermana, sanos y robustos; madre algo nerviosa, más disfrutando de buena salud. La enferma menstruó por primera vez á los 12 años, no habiendo, desde entonces, sufrido la menor alteración en esta función. Únicamente puede encontrarse en ella algunos vestigios de neuroastenia, tales como alguna cefalalgia, falta de apetito, impresionabilidad ligera, algún vértigo ténue y cierta tendencia al abatimiento y á la tristeza.

Por lo demás, el corazón y los pulmones se encuentran en perfecto estado normal. A primera vista lo propio acontece con sus primeras vías aéreas. Pero no olvidemos que la tos es sumamente desagradable y molesta, tanto que constituye en este caso una enfermedad en lugar de un síntoma, enfermedad que la imposibilita para todo y llega hasta hacerle la vida insostenible, pues cada 5 ó 6 segundos en determinadas horas y cada 15 ó 20 en otras produce la enferma uno ó dos fuertes golpes de tos de timbre metálica, análoga al de la coqueluche, que acaba por fastidiar y aburrir hasta á los que la rodean.

Afortunadamente esta maldita

(1) *Revista Médica de Sevilla*, 30 de abril, 1896.

tos, que la persigue constantemente, la deja dormir. Persiste y continúa hasta en la cama como en todas partes, más desaparece enseguida que rendida por la fatiga concilia el sueño. De algunos días á esta parte la enferma ha enflaquecido algo porque la tos no la deja comer con tranquilidad.

Naturalmente el diagnóstico que se imponía en semejantes circunstancias era el de *tos nerviosa laríngea*, pues la paciente decía que la causa que la obligaba á toser era una especie de sensación de vapores acres en el inferior de este órgano, el que no obstante ofrecía el aspecto de la hígidez más acabada, tanto bajo el punto de vista anatómico como funcional, al espejillo laringoscópico. Esta tos, no acompañada de la menor alteración anatómica demostrable en todo el trayecto respiratorio, no podía depender de otra cosa que de una irritabilidad refleja acentuada ó de una enfermedad del sistema nervioso central.

GALSTEIN coloca en primera línea como causa de la tos nerviosa el *histerismo*, luego todas las afecciones ligadas á un aumento de la irritabilidad del sistema nervioso sensitivo ó central y las debidas al *neurosismo general*. No hay duda que existía algo de esto en esta enferma y tratándose de una púber del sexo femenino con más motivo, por ser causas predisponentes.

Mas tengo para mí, que prescindiendo de los casos en que la tos es provocada por la excitación de filletes sensitivos que en el estado normal no producen tos, como aconteció en una observación de EBSTEIN, en una histérica, en la cual el más ligero contacto de su cuerpo, el menor ruido provocaban accesos de tos patológica espantosas y en un caso de LEYDEN en un joven tan sensible, que no podía intentarse una exploración de su pecho sin que cayera en una terrible crisis de tos. Prescindiendo, pues, de estos casos, tengo para mí, repito, que en los demás, que forman su mayoría, la causa se halla casi siempre en las primeras

vías aéreas por sanas que aparecen á nuestra detenida inspección, debiendo, por lo tanto, el médico buscarla con paciencia y cautela. Mas por supuesto hay que admitir también una impresionabilidad refleja exagerada verdaderamente morbosa de los centros bulbares.

Por si el punto periférico del acto reflejo pudiese ser el oído examiné ambos meatos auditivos, tocándolos hasta el fondo con un estilete sin resultado, pues muchos autores y con ellos recientemente COMPAIRD, han observado casos de tos nerviosa de causa auricular. Toqué con el estilete los meatos de atrás adelante, los cornetes uno por uno y en toda su superficie el techo y el suelo nasales, lo propio que la cavidad naso-faríngea con resultado negativo.

Con el estilete laríngeo toqué la epiglótis, los aritenoides y las cuerdas vocales, lo propio que ambas amígdalas palatinas y la amígdala pre-epiglótica también sin efecto alguno, lo que me admiró pues aún en estado normal el contacto del interior del larinx provoca á todo individuo un golpe de tos.

Mas viendo que en el fondo de la laringe y al nivel de la base de la lengua existían 3 ó 4 granulaciones en las que al principio no me había fijado, las toqué y rocé en varios sentidos con el estilete, provocando cada vez instantáneamente el golpe de tos característica de la enfermedad. Poseía, pues, el punto de partida refleja de esta insupportable tos.

Quise hacer para mayor seguridad una contra-prueba, que tendría casi el valor de un experimento en el vivo. La enferma sintiéndose observada y emocionada como estaba, tosía á más y mejor; con una frecuencia extraordinaria y con la acústica especial de que he hecho mención más arriba, tanto que su familia que la presenciaba estaba verdaderamente alarmada. Razón de sobra, pues, para poner en ensayo mi plan. Este consistió sencillamente en ejecutar incontinenti dos ó tres toques de una so-

lución al 20 por 100 de clorhidrato de cocaína sobre las granulaciones. A los 2 minutos exactos la tos había desaparecido en absoluto.

Espéro la enferma 10 minutos, sin que volvieron á repetir los accesos para nada. Entonces volví á anestesiar la faringe y destruí enérgicamente las granulaciones con el galvano-cauterio, recomendando á la enferma hiciera 4 ó 5 veces al día pincelaciones faríngeas con la fórmula adjunta: Agua destilada 12 gramos. Clor. cocaína 60 centígr. Alcohol fénico al 50 por 100, 2 gotas.

A los 8 días acabé de destruir las granulaciones con el mismo procedimiento, por más que durante este intervalo de tiempo la tos no se hubiese presentado *ni una sola vez*, dando la enferma por curada.

Sólo una consideración seguirá al relato de esta historia clínica, y es que cuando se nos presenta un enfermo con tos pertinaz sin localización aparente en el árbol aéreo, hay que buscar con el estilote el punto de origen reflejo, sobre todo si se trata de un histérico, de un neuroasténico ó de un coréico; y por más que la causa predisponente y al parecer causante del síntoma, ó mejor dicho, de la enfermedad, sea el trastorno nervioso central, el *botafuego*, es con harta frecuencia una lesión insignificante de las primeras vías aéreas, que es menester revelar con precisión y tratar convenientemente, para lograr la curación en breve tiempo y á muy poca costa, si se tiene la suerte de encontrarla, pues en la mayoría de ocasiones este punto *tosógeno* existe.

REVISTA DE LA PRENSA

DR. A. ROMME

Tratamiento de la cistitis blenorragica aguda en el hombre

La Presse Médicale.—8 de abril de 1896.

El tratamiento de la cistitis blenorragica aguda en el hombre

no ha sufrido modificaciones sensibles desde que el PROFESOR GUYON estableció las bases de él. Se ha variado algo la gamma de los antisépticos usados localmente; se ha modificado muy ligeramente el tratamiento interno, dando mayor importancia al régimen lácteo é insistiendo sobre la antisepsia de las vías urinarias superiores; se ha perfeccionado la técnica de las inyecciones intravesicales; pero, en suma, estas modificaciones de importancia secundaria apenas han hecho variar el tratamiento preconizado por la escuela de NECKER. Si insistimos, pues, sobre esta cuestión que parece no ser de actualidad, es porque hemos encontrado ocasión de exponer la práctica de un maestro, M. BALZER, uno de cuyos alumnos, M. CHARALAMBIEFF, ha escogido el *tratamiento de la cistitis blenorragica* como objeto de su tesis inaugural. Tendremos presente, pues, sobre todo la práctica personal de M. BALZER, pero de paso indicaremos también la práctica de otros autores cuyas opiniones se hallan muy bien resumidas en el trabajo muy concienzudo de M. CHARALAMBIEFF.

* *

La terapéutica de la cistitis puede dividirse en tratamiento interno y tratamiento local. Según M. CHARALAMBIEFF, no se recurrirá al tratamiento local sino cuando el tratamiento interno no dá resultados, ó solo los dá medianos.

En presencia, pues, de un blenorragico que presenta los fenómenos de cistitis, lo que sucede ordinariamente en el curso de la 3.^a ó 4.^a semana, es necesario instituir un tratamiento interno, que á menudo conduce á la curación y en todo caso constituye siempre un adyuvante útil del tratamiento local ulterior.

El tratamiento interno comprende ante todo y en primer lugar el reposo absoluto, *el reposo en el lecho*. Bajo su sola influencia se vé

frecuentemente que la hematuria desaparece, haciéndose también las micciones menos frecuentes; aún en muchos casos es este el único medio de hacer desaparecer estos dos fenómenos.

Después del reposo, el *régimen alimenticio* que debe ser tan severo como sea posible, proscribiéndose las bebidas alcohólicas, el té, el café, los alimentos condimentados, etc. Como bebida se dá *tisanas* de uva-ursi, parietaria, cebada, pedúnculos de cerezas, etc. Puede darse también la tisana recomendada por FINGER:

Coc. de linazas.... 500 gramos
Tint. de opio..... XV gotas
Ag. de laurel cerezo 10 gramos
Una cucharada cada hora.

Pero no hay tisana mejor que la leche. Es la bebida que más conviene á los enfermos atacados de cistitis aguda: sustituye no solo á las bebidas propiamente dichas sino también al alimento, y en ciertos casos, el *régimen lácteo* constituye la mejor medicación de una cistitis. M. CHARALAMBIEFF relata tres casos curados por el reposo y el *régimen lácteo* exclusivamente y cita, á propósito de esto, la opinión de JACCOUD, según el cual, siempre que se pueda obtener de los enfermos que se sometan durante algunos días al *régimen lácteo* exclusivo, se comprobaría una disminución rápida y completa de los accidentes iniciales. Cita todavía á JOHNSTON, RONDOT de Bordeaux, SOULIER de Lyon, que han comprobado la acción notable del *régimen lácteo* en las cistitis.

Con las tisanas y la leche se prescribe también *alcalinos*. M. BALZER emplea con frecuencia el *biborato de soda* asociado al *bicarbonato de soda* en dosis de 6 gramos por día:

Biborato de soda.... 30 gramos
Bicarbonato de soda. 10 gramos
Dos cucharadas de café para un

litro de limonada (al limón) durante el día.

El *salicilato de soda*, preconizado por FURBRINGER, es empleado por M. BALZER en la cistitis complicada de reumatismo blenorragico. Lo asocia al *bicarbonato de soda*:

Bicarbonato de soda...30 gramos
Salicilato de soda....10 gramos

Si el *salicilato de soda* es prescrito solo, se le emplea de preferencia en solución:

Salicilato de soda...4 á 6 gramos
Jarabe de limón } aa.
Agua de menta } 60 gramos
Una cucharada cada hora.

Los *antisépticos internos*, y por orden de importancia, el salol, el ácido salicílico, el ácido bórico, el ácido oxálico (Marsh y Renaud), el ácido benzoico y el benzoato de soda, el clorato de potasa (Escherich), el clorato de soda (Balzer), la piperazina (Schémery y Diesenthal,) penden prestar servicios apreciables.

En cuanto á los *balsámicos*, deben reservarse para las cistitis que estallan en el curso de blenorragias antiguas, donde no pueden ejercer su acción sino sobre la mucosa vesical inflamada.

Al lado del reposo unido al *régimen lácteo*, á los alcalinos y á los *antisépticos internos*, vienen á colocarse una serie de medicaciones dirigidas principalmente contra algunos de los síntomas de la cistitis, el dolor en particular.

En este orden de ideas, se puede indicar las *cataplasmas* de harina de linaza rociadas de láudano ó aceite de hiosciammo y aplicadas sobre el hipogastrio. Vienen en seguida los *narcóticos* bajo forma de supositorios al extracto de hiosciammo ó de belladona asociados al extracto de tebaico, á la morfina, á la cocaína, al ictiol, etc. Las pequeñas lavativas laudanizadas prestan igualmente servicios (Ri-

cord). Las *aplicaciones frías* son útiles también; las lociones con abundante agua sobre el abdómen, el periné y las bolsas, la ducha anal, producen á veces un alivio inmediato, pero á menudo de poca duración. El *hielo* puede prestar positivos servicios en los casos sobre-agudos: se pueden hacer aplicaciones sobre el periné, el hipogastrio ó bien introducir un pedazo de hielo en el recto, después de haberlo dejado fundir un instante en la mano para hacer desaparecer sus asperezas.

* * *

En la mayor parte de los casos, las *cistitis blenorragicas*, aún aquellas que aparecen bruscamente con *hematuria* abundante, vivos dolores, etc., ceden el tratamiento interno que acaba de ser expuesto. Nunca debemos apresurarnos á recurrir á la medicación intravesical; es preferible por el contrario, esperar siempre durante algunos días los efectos del tratamiento interno.

De una manera general, podemos decir que el tratamiento intravesical está indicado especialmente en las *cistitis* que se prolongan y tienen tendencia á pasar al estado crónico. Este tratamiento comprende: los lavados de la vejiga é instilaciones de soluciones antisépticas ó cáusticas.

Los *lavados de la vejiga* se practican con sonda ó sin ella.

En el primer caso, la sonda que se emplea es una sonda de caucho de ancha luz, provista de dos ojos laterales. El aparato inyector se compone de una jeringa de anillos, de capacidad de 150 á 200 gramos, que ofrece la ventaja de transmitir á la mano la sensación de resistencia que el líquido puede encontrar. Se procede de la manera siguiente:

Desinfectado el meato, se introduce la sonda en la vejiga y se evacua el contenido vesical. La sonda es entonces dirigida hacia la uretra prostática, en donde uno de los ojos

debe colocarse de manera que quede asegurado el lavado de la uretra posterior; después, se ajusta á su extremidad libre la embocadura de la jeringa y se impele la inyección por pequeños golpes, es decir, por fracciones de 50 á 80 gramos. Vaciada la jeringa se la retira y se deja escurrir el líquido; en seguida, antes que la vejiga esté completamente evacuada, se renueva la inyección tomando las mismas precauciones, y se continúa así hasta que el líquido salga límpido: dos ó tres jeringas bastan generalmente para llegar á este resultado. Después del lavado vesical es bueno hacer un lavado de la uretra al retirar la sonda.

En los casos en que el lavado se hace sin sonda (*método de Lavaux*) se procede como vamos á indicarlo: El aparato no es otro que el lavador que se usa en los hospitales, sistema de sifón, que se llena por medio de una pera de caucho. El tubo, de una longitud de 1 metro 50 á 2 metros, termina por una embocadura de vidrio ó de caucho endurecido. Llenado el sifón, se pone el recipiente á una altura de 1 metro 50 más ó ménos; entonces, bajo la influencia de la presión atmosférica el líquido penetra en la uretra posterior y de allí en la vejiga. Se puede también emplear el aparato que sirve para hacer lavados de la uretra y que difiere del precedente por la ausencia de la pera de caucho y porque el tubo desemboca en la parte inferior del reservorio.

Que se emplee uno ú otro aparato, se comienza siempre por hacer orinar al enfermo; hecho esto, se lava cuidadosamente el glande y el prepucio con jabón y una solución de sublimado al 1 por 1000; después, fijando el reservorio á una altura de 50 á 75 centímetros se lava la uretra anterior. Cuando se juzga que esta parte está suficientemente lavada, se coloca el reservorio á la altura necesaria (1 metro 50 á 2

metros) y se aplica bien la cánula contra las paredes del meato, de manera que se impida la salida del líquido, el cual penetra entonces en la uretra posterior. Para facilitar su penetración se debe recomendar al enfermo el respirar libremente, no contraerse, relajar sus músculos como si quisiera orinar. Pronto llega el líquido á la vejiga y se deja sentir la necesidad de orinar; se permite al enfermo que expulse el líquido, y se comienza de nuevo la operación de la misma manera hasta que el lavador quede vacío. Durante el lavado el enfermo puede estar acostado ó sentado.

Los lavados de la vejiga se hacen para ayudar mecánicamente la expulsión de las secreciones mórbidas de las paredes vesicales ó para modificar las mucosas. En el primer caso, se emplean los lavados de agua hervida, suficientes para el objeto que uno se propone alcanzar. En el segundo caso, cuando se desea obtener una modificación favorable de la mucosa, se emplean los antisépticos. Entre éstos, el que es usado más á menudo es el ácido bórico. Los lavados se hacen con una solución saturada al 4 por 100. Se tiene seguridad de la concentración del líquido, agregando un poco de baborato de soda:

Acido bórico.....	50	gramos
Baborato de soda....	5	„
Agua det. hirviendo.	945	„

M. LAVAUX ha obtenido soluciones todavía más saturadas (á 15 por 100), agregando magnesia calcinada, á la dosis de 1 gramo 30 por 100. M. BALZER añade frecuentemente el ácido salicílico á la dosis de 1 por 2000.

Los lavados de la vejiga se practican también con nitrato de plata al 1 por 500 ó 1 por 200; con ictiol desde 5 centigramos á 1 gramo por 100; con antipirina en solución al 4 por 100, que además de sus propiedades antisépticas actúa como analgé-

sico y hemostático; con la creolina de 10 á 15 gotas por 250 gramos de agua tibia; con la microcidina, el clorato de potasa, etc., etc.

Los lavados de la vejiga pueden ser ventajosamente remplazados por las *instilaciones* preconizadas por M. GUYON.

Las instilaciones se hacen con la sonda de oliva perforada de M. GUYON, número 12 ó 14 para la uretra posterior, y la jeringuita de vidrio graduada del mismo autor. Antes de practicar una instilación, se hace orinar al enfermo y se desinfecta el meato y el prepucio. Se introduce en seguida la sonda olivar hasta la vejiga, y dando algunas vueltas al pistón de la jeringa, se deja caer en la vejiga otras tantas gotas de líquido. Es á menudo útil dejar caer también algunas gotas de la solución en la uretra posterior al retirar la sonda. Después de la instilación se recomienda al enfermo el reposo y no orinar durante algún tiempo.

Las instilaciones se hacen con una solución de nitrato de plata al 1 ó 5 por 100, ó con una solución de sublimado al 1 por 5000 sin alcohol.

Los efectos de las instilaciones de nitrato de plata son á veces maravillosos y muy á menudo dos ó tres instilaciones son suficientes para hacer desaparecer todos los síntomas. Otras veces, el tratamiento debe ser continuado por mucho tiempo; pero, M. BALZER ha visto siempre, que las cistitis más intensas ceden al empleo de estas tres prescripciones: *régimen lácteo, lavados boricados* ó boro-salicilados é *instilaciones de nitrato de plata*. En ciertas cistitis blenorragicas que se resisten á la acción del nitrato de plata, algunas instilaciones de sublimado determinan rápidamente la curación.

Las instilaciones no se hacen sino dos ó tres veces por semana. Habitualmente no deben practicarse sino cuando los síntomas más agudos de la cistitis hayan dismi-

nuido y siempre que la cistitis se prolongue ó tenga tendencia á hacerse crónica. Sin embargo, puede recurrirse á ellas, algunas veces, en los casos muy agudos acompañados de hematuria abundante, siendo estas instilaciones de urgencia, como las llama M. BALZER, las que se emplean inmediatamente después del tratamiento interno.

...
DR. MULLERHEIM.

Exámen externo de las parturientas.

(*Die Aussere Untersuchung der Gebarenden.*)

La Revue Médicale.—25 de abril, 1896.

Cree el DR. MULLERHEIM que, en la mayoría de los casos, el exámen externo puede dar los datos necesarios sobre la situación del feto y la marcha del trabajo; el tacto vaginal es siempre más ó menos peligroso, sobre todo en la clientela privada en donde difícilmente se obtiene una desinfección rigurosa.

El autor ha practicado más de mil exámenes externos sin haber recurrido al tacto vaginal, y ha podido casi siempre darse una cuenta exacta de las diferentes posiciones del feto. El exámen debe llevarse con especialidad sobre el sector inferior del útero. A medida que el trabajo avanza, la porción inferior del útero se adelgaza, y se puede perfectamente distinguir á través de la pared abdominal, no solamente la posición de la cabeza sino también la de la frente y de la nariz. Siendo la cabeza mucho más dura á la palpación, no se la confundirá con las nalgas. El autor habría distinguido aún, él lo afirma, las presentaciones de hombro; pero, en todo caso este método de exámen externo es aplicable sobre todo á las presentaciones de vértice que, como se sabe, son las más frecuentes.

Las indicaciones del exámen interno (vaginal) serían muy limitadas, según el autor, y no se debe-

ría recurrir á ellas sino en ciertos casos bien determinados, tales como: no encajamiento de la cabeza en las primíparas y en las múltiparas; cuando la cabeza permanece sobre el estrecho superior durante el trabajo; en las pélvis viciadas, hemorragias, eclampsias, presentaciones anormales; cuando los latidos del corazón fetal se debilitan; en la procidencia del cordón y en la ruptura prematura de las membranas.

MEDICINA PRÁCTICA

Miel contra la erisipela. — M. HAIWARD, conociendo el uso de la miel en la erisipela como remedio popular, la ha ensayado en muchos casos graves, quedando muy satisfecho.

Un lienzo empapado en una capa de miel se aplica sobre la parte invadida, debiendo renovarse este topico cada 3 ó 4 horas.

Este tratamiento dá excelentes resultados: los dolores lo mismo que las náuseas se calman y la enfermedad misma abrevia muchísimo su ciclo normal. Los remedios internos habituales, y para estimular el aparato secretor, deben ser administrados al mismo tiempo.

* * *

Sobre la Diuretina. — El doctor ASKANAZY de Koenisberg, resume así sus investigaciones sobre el salicilato de teobromina y de soda en la *Deutsch, Archiv für Klin. Med.*:

1.º La diuretina es un diurético precioso en las afecciones cardiovasculares; su acción es más constante en la *nefritis crónica*.

2.º La diuretina obra bien y rápidamente en los accesos de *asma cardiaca*, de *angina de pecho* ó en ambas juntas, así como en la *díscinesia cardiaca* crónica y en las *lesiones aórticas* con nefritis crónica. No se puede negar á este medicamento una acción primitiva sobre el corazón.

3.º Por la administración de 5 á 7 gramos de diuretina al día, se observa una que otra vez, fenómenos

graves de colapso, por lo que conviene usar solamente 3 á 4 GRAMOS como dosis máxima.

4.º El hecho de que la diuretina obra tanto sobre el asma como en la angina de pecho habla en favor de la teoría de PARRY modificada por TARNBE sobre la patogenia de la angina de pecho, distinguiéndose, por cierto, poco de la teoría de POTAIN bajo el punto de vista de la lesión aórtica ó del ateroma de las arterias coronarias.

* *

Vegigatorio sin cantáridas.—El siguiente tiene, además, la excelencia de ser indoloro:

Mentol	} a a
Cloral hidratado.....	
Manteca de cacao.....	
Espermaceti.....	

1 gramo
2 gramos
4 gramos

Esta pasta se extenderá sobre una tela ó sobre el emplasto diaquilon.

* *

Nuevo tratamiento del hipo.—El profesor LÉPINE de Lyon, relata el siguiente hecho: Una niña se vió acometida de un hipo pertinaz (30 respiraciones por minuto) que le duraba ya 4 días. Habiendo esta criatura — no histérica — acusado trastornos dispépticos, se le examinó la lengua; para el efecto, se la tuvo fuertemente atraída hacia afuera por cierto tiempo, durante el cual se notó que el hipo había cesado. LÉPINE hizo entonces mantener la lengua atraída hacia afuera, por muchos minutos y el hipo cesó definitivamente.

En 1894 VIAUD había curado ya 2 casos de hipo persistente, ámbos refractarios á todo tratamiento y que cedieron á las tracciones ritmadas de la lengua.

En estos casos se puede admitir que la excitación bulbar, determinada por la tracción continua de la lengua, provoca una inhibición de este centro si está excitado, en tanto que, la excitación por el mismo procedimiento lo excita si está previamente inhibido.

¿Una corta siesta después de las comidas es ó no necesaria á la digestión?—Los partidarios del sueño *post prandium* invocan en su apoyo el ejemplo de los animales, que duermen después de haber comido. Los adversarios alegan, que el sueño durante la digestión embota la mente y predispone á la apoplejía.

SCHULE de Friburgo, ha ensayado resolver la cuestión, analizando en dos individuos cuyo estómago estaba sano, el contenido de él extraído algunas horas después de la comida de prueba, seguida ó no de sueño ó de simple reposo en el decúbito horizontal.

Según sus experiencias, el sueño tiene por efecto constante debilitar la motilidad del estómago, al mismo tiempo que aumenta la acidez del jugo gástrico. El simple reposo en la posición horizontal, estimula, por el contrario, la función motriz del estómago, sin aumentar la acidez gástrica.

El doctor SCHULE concluye diciendo: que es bueno recostarse después de las comidas, pero *sin dormir*, sobre todo cuando se está atacado de dilatación estomacal ó de hiperclorhidria (*La Médecine Moderne*).

* *

El resedá como vermífugo.—Una decocción muy concentrada de flores de resedá fué administrada á una mujer atacada de ténia; se le propinó, en seguida, una fuerte dosis de aceite de ricino y tres horas más tarde el gusano intestinal fué arrojado en masa.

Parece que en Rusia el resedá ha gozado siempre de una gran reputación como tenífugo entre las gentes del pueblo, acción terapéutica que queda así confirmada experimentalmente.

* *

Indicaciones de la sangría.—Partidario convencido de la sangría, el DR. S. MICROLI, declara (*Gazz. degli Osped.*, 93) que, según sus observaciones la sangría disminuye notablemente la acuidad de todos los síntomas menos de la *pleure-*

sia á frigore, cuando hay dolores vivos y fiebre, que indican que el proceso inflamatorio es reciente é intenso. Aún en los casos dudosos en que puede tratarse de *neuralgia intercostal* simple, el autor practica la sangría.

En la *neumonía* la indicación puede ser urgente y útil: cuando la hepatización es extensa, los dolores violentos y la depresión considerable, la sangría es *urgente*. Si no hay fenómenos inmediatamente amenazantes la sangría es *útil* pudiendo hacer más favorable la marcha de la enfermedad.

En casos de *bronquitis* y de *bronco neumonías*, especialmente si se trata de individuos vigorosos y asmáticos, la sangría alivia rápidamente al enfermo, detiene los accesos y enraya el edema pulmonar que comienza.

Si se está en presencia de fenómenos *apoplectiformes*, la sangría puede algunas veces salvar al enfermo y detener una hemorragia cerebral que comenzaba.

Este procedimiento no es menos útil en ciertos casos de *uremia*. Y se sabe, en fin, que algunos autores tratan la *anemia* por la sangría. (*La Médecine Scientifique*, 1896.)

FORMULARIO

Polvos amargos digestivos.

Manzanilla.....16 gramos
 Ruibarbo.....8 —
 Gengibre.....8 —
 m. y d. en 16 papeles.

Uno diario, una hora ántes ó después de las comidas, para abrir el apetito y facilitar las digestiones. HOSPITAL DE LONDRES.

(*Revista Balear de Ciencias Médicas*. 15 de abril, 1896.)

Tratamiento de la hemoptisis.

Ext. fl. hydr. canadensis } a a
 Tint. hydr. canadensis.. } partes
 iguales

Para tomar de 20 á 50 gotas tres veces por día.—L. G. SCARPA. (*Brazil-Médico*, 1896.)

El hiposulfito doble de potasio y mercurio en inyecciones hipodérmicas en el tratamiento de la sífilis.

El DR. RILLE, de la Facultad de Medicina de Viena, recomienda esta preparación que tiene la ventaja de no producir reacción inflamatoria ni dolor.

Su fórmula:

Hiposulfito doble de potasio y mercurio.....gr. 0.50
 Agua destilada.....10 —

Dosis: 1 centímetro cúbico por día, sea: 5 centigramos de sal doble por inyección,

De las experiencias hechas sobre cierto número de enfermos resulta que 10 á 15 inyecciones, es decir, 10 á 15 días de tratamiento, bastan para hacer desaparecer las manifestaciones sífilíticas secundarias, tales como la roseola, pápulas ó pústulas.

(*Médecine Hypodermique*. IX año, 1896.)

Pulverizaciones en los aposentos de los tuberculosos.

(HUCHARD)

Gaiacol.....50 gramos
 Eucaliptol.....40 —
 Acido fénico.....30 —
 Mentol.....20 —
 Timol.....10 —
 Alcohol á 90°.....q. s.
 Para un litro.

(*La Revue Médicale*, 1896.)

Mixtura contra la incontinencia de orina.

Segun M. SCHUM, cuando la irritabilidad de la vejiga es debida sobre todo á un exceso de fosfatos en la orina, la poción siguiente calmará rápidamente los frecuentes deseos de orinar (incontinencias):

Acido bezoico.....8 gramos
 Bicarb. soda.....7. 50
 Agua.....200 —

Para tomar una cucharada cada seis horas.

(*La Semana Médica* de Buenos Aires. 2 Abril, 1896).

* *

Contra la tos tenáz.

(DR. JAMES K. CROOK, N. Y.)

Fenacetina.. 1 3 á 2, 6 gramos
Ext. glicirrizo..... 1. 3 gramos
Azr. blanca..... 8 —
h. XX obleas. Para tomar una cada 2 ó 3 horas.

Si la tos es de más obstinado carácter y se desea obtener un efecto expectorante:

Ext glicirrizo..... gr. 1. 30
Fenacetina....., id á 2. 60
Muriato amoniaco...., 4 á 8 —
Azr. blanca....., 8. —
M. Para XX papeles. Uno cada 2, 3 ó 4 horas, en un poco de agua.

(*The Universal Med. Journal*, Abril, 1896).

Crisis dolorosas de la úlcera del estómago.

(I. BOAS.)

Exalgina..... 3 gramos
Ext. de belladona..... 0. 30
Fosfato de codeína..... 0. 30
Azúcar de leche..... 5 —
m. y d. en 10 obleas.

Tómese una en el momento del acceso doloroso. — El fosfato de codeína puede reemplazarse por el clorhidrato ó por la codeína pura.

(*La Revue Médicale*, abril, 1896.)

CRÓNICA

Congreso Médico Pan-Americano.—En uso de las atribuciones 5.^a y 10.^a del Reglamento General, respectivo, el Señor DR. M. C. BARRIOS. Vocal permanente de la Comisión Ejecutiva Internacional del II Congreso Médico Pan-Americano que se reunirá en la ciudad de Méjico en los días 16, 17, 18 y 19 de noviembre próximo, ha procedido á nombrar una Comisión Auxiliar que deberá encargarse de organi-

zar los trabajos y reunir las Memorias que el Perú debe enviar al referido Congreso.

Dicha Comisión Auxiliar está constituida por los siguientes Doctores: *Leonardo Villar*, Presidente de la Academia Nacional de Medicina; *Antonio Pérez Roca*, Secretario del MONITOR MÉDICO; *David Matto*, Redactor en Jefe de LA CRÓNICA MÉDICA DE LIMA; *Alfredo I. León*, Presidente de la "Sociedad Médica Unión Fernandina"; *Luis Carranza*, Redactor de EL COMERCIO y *Nicolás B. Hermoza*, Redactor de LA FARMACIA PERUANA.

Internado de los Hospitales de Lima.—Según tuvimos oportunidad de anunciar á nuestros lectores, tuvieron lugar en los últimos días del mes pasado, las pruebas que el Reglamento de la Facultad preceptúa para la provisión del internado de los hospitales por concurso.

La prueba escrita que versó sobre *Asepsia y Antisepsia*, tuvo lugar en el salón de actuaciones de la Facultad, ante el jurado respectivo: la prueba práctica se realizó en el Hospital de Santa Ana.

Los candidatos aprobados, cuya nómina publicaremos en el siguiente número de LA CRÓNICA, se han hecho cargo de sus puestos desde el 1.^o del presente mes.

Transmisión de la fiebre tifoidea por el aliento.—En las actas de la reunión celebrada en Bristol por la "Asociación Médica Británica", el DR. WATSON (*Journal of Laryng., Rhinol. and Otol.*) refiere cinco observaciones de fiebre tifoidea de origen común en las cuales cree hubo contagio por medio del aliento ó de la expectoración de las personas infectas. Además, estos cinco casos se distinguieron por su gran virulencia: en el uno hubo otitis purulenta; en tres, intensas cefalalgias y raquialgias con muy grande postración, muriendo por sofocación; en dos se presentaron úlceras laringeas; en otro se formó un absceso en el brazo.—(*Boletín de la Academia de Higiene de Cataluña*, 1896.)