

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL
DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina".

AÑO XIII }
}

LIMA, JULIO 31 DE 1896.

{ N.º 182
}

TRABAJOS NACIONALES

Valor terapéutico del aceite esencial de trementina en la Bronco-Neumonía Gripal

POR EL DR. LEONARDO VARAS.

(Conclusión.)

Hemos tenido también ocasión de preconizar la poción trementinada en los casos de bronco-neumonía gripal en las mujeres durante el embarazo.

Por lo general ha sido bien tolerada, no se ha producido ni el aborto ni el parto prematuro y aún cuando la disnea se ha presentado con carácter alarmante, la terminación ha tenido lugar con éxito satisfactorio, no obstante de ser la marcha del proceso lenta é insidiosa.

Nos permitimos hacer notar aquí sin considerarlo extemporáneo, que la poción debe estar perfectamente bien emulsionada, pues hemos tenido más de una ocasión de palpar los desagradables inconvenientes de esta falta de prescripción farmacéutica.

IV

OBSERVACIONES CLÍNICAS.

Al ocuparnos de esta última parte, se hace menester clasificar los casos observados en grupos grada-

tivos y rememorar tan solo la historia del principal de cada uno de ellos.

1er. grupo— Bronco-neumonía en los *ancianos*.

2.º grupo— Bronco-neumonía en los *adultos*.

3er. grupo— Bronco-neumonía en los *niños*.

Del primer grupo, y entre los varios casos de observación, tomamos el siguiente:

OBSERVACIÓN N.º 1.

F. P., de 65 años de edad, de raza negra, constitución mediana, lavandera, y que residía en la calle de Monserrate, demanda mis servicios profesionales, como médico de turno de una sociedad á la que pertenece la enferma.

Como antecedentes, nos manifiesta haber sufrido de reumatismo articular, del que ha tenido varios ataques. Hacia tres días se encontraba enferma de un catarro nasal con quebrantamiento notable y postración de fuerzas. Al comenzar el cuarto día, experimentó con frecuencia escalofríos erráticos, se siente febril y maltratada por una tos tenáz.

A nuestro exámen, notamos temperatura elevada 39.5, gran postración, disnea intensa, tos quintosa, expectoración seropurulenta, fétida y poco abundante, embarazo gástrico manifiesto.

Se hace necesario sostener á la paciente para practicar la auscultación. Se percibe en ella esterto-

res mucosos finos y gruesos y estertores sibilantes, ocupando los dos tercios del pulmón derecho; poca matitez á la percusión. En la noche había presentado subdelirio.

En esta virtud, y hecho el diagnóstico, de *bronco-neumonía gripal*, instituímos el tratamiento antiséptico y expectorante por la trementina en poción y el tónico-estimulante con la pocion de Todd, anteriormente mencionada, remplazando en ella la tintura de nuez vómica por la tintura de digital á la dosis de 3 gramos. Preconizé como de ordinario el biclor. de quinina en las mañanas, tan recomendado por algunos patólogos, especialmente por FITUTOFF, y mantuve esta medicación por varios días, con un régimen dietético apropiado al caso.

Se dominó la disnea por la medicación revulsiva y, reanimada la enferma después de haber pasado su periodo de estado, entró en el de declinación, caracterizado por la remisión de la fiebre que había sido continua y por el cambio operado en la expectoración.

La curación terminó á los doce días de tratamiento, como siempre, por la cesación completa del movimiento febril y de la expectoración, coincidiendo con la desaparición de los síntomas estetoscópicos.

En este como en muchos casos que podía relataros, se ha hecho ostensible la acción antiséptica y estimulante de la trementina que, dominando el escenario, puso á la enferma en condiciones de impedir la propagación de la enfermedad al pulmón izquierdo.

En el segundo grupo, entre otros, tenemos el caso siguiente:

OBSERVACIÓN N.º 2.

E. Z. de 27 años de edad, constitución débil, temperamento linfático, empleado, y que habita en la calle de las Cruces, reclama mis servicios profesionales.

En sus antecedentes encontramos haber sufrido nuestro enfer-

mo varias afecciones graves, entre ellas la fiebre tifoidea, raquitismo anterior bien manifiesto y congestión pulmonar tenida quince días há, como consecuencia de una fuerte contusión recibida en el lado derecho de la caja torácica.

En su estado actual nos presenta: fiebre alta, temperatura 40°5, dolor retro-esternal agudísimo, tos quintosa, exigente y dolorosa, expectoración muco-purulenta en un principio con estrias sanguinolentas y verificándose como en una verdadera hemoptisis un poco más tarde, A la auscultación, percibimos estertores sibilantes radicados de vértice á base en ambos pulmones, al mismo tiempo que estertores subcrepitantes, finos y gruesos en grande escala.

A la percusión, matités bien manifiesta en el lado derecho, sitio donde había tenido lugar la congestión. Hicimos el diagnóstico de bronco-neumonía gripal, pues estábamos en plena epidemia y asistíamos hacían ya varios días á cuatro miembros de la misma familia de formas simples de la gripe.

Prescribimos la medicación antiséptica por la trementina y la tónica-estimulante, aumentando la dosis de esencia á 4 gramos y sosteniendo esta dosis, hasta la desaparición completa de la sangre. Dominamos el dolor retro-esternal por aplicaciones tópicas de colodion iodado, y en el régimen dietético insistimos mucho en el uso del extracto fluido de peptona que ha correspondido muy bien á su empleo.

Permaneció la bronco-neumonía seis días en su periodo de estado, modificándose la intensidad de la tos con el uso del elixir paregórico á dosis altas.

Tuvimos en seguida la ocasión de observar el periodo consecutivo de declinamiento con su cortejo de síntomas favorables. El enfermo curó á los 16 días de tratamiento, realizando la medicación por la trementina sus efectos positivos de antiseptia y sus propiedades hemostáticas coadyuvantes.

En el tercer grupo, relataremos el último caso, típico entre los suyos.

OBSERVACIÓN N.º 3.

Se trata de un caso que tuvo lugar en un niño de 10 meses de edad, temperamento linfático-nercioso, constitución débil, nacido de padres anémicos, pero sanos.

Como antecedentes, el enfermito no presentaba ninguno, se había conservado sano por completo hasta la edad indicada. La influenza había atacado á todos los miembros de la familia compuesta de 7 personas, pero en la forma simple, habiendo el niño peruanecido indenne hasta el último momento.

Al exámen notamos, temperatura elevadísima 41°, disnea intensa y ronquido tráqueo-bronquial que se percibía á distancia. Tos frecuente y quintosa, insomnio pertináz, agitación extrema.

A la auscultación, los síntomas estetoscópicos propios de la bronconeumonía radicados en el pulmón derecho. Sonoridad á la percusión.

Instituímos nuestro tratamiento por la trementina á la dosis de un gramo en poción, siendo bien tolerada. Dimos el bicloruro de quinina á la dosis de 80 centigramos en café, todas las mañanas.

En cuanto al régimen dietético, como la lactancia se verificaba al biberón, la dejamos en su forma establecida.

A los cuatro días de esta medicación la mejoría se acentuaba, observándose un síndrome por demás favorable; pero al quinto día, después de una remisión satisfactoria de los síntomas se presenta un enfriamiento notable y la temperatura se eleva á 41°2, postración extrema; no obstante, son tolerados los medicamentos y alimentos.

Examinando al niño se nota la propagación de la bronconeumonía al pulmón izquierdo y observamos nuevamente el mismo cuadro sintomatológico anterior.

Mantenemos nuestra poción trementinada, recurrimos á la medicación revulsiva por medio de los

sinapismos aplicados cada dos horas y preconizamos la poción tónica siguiente que los niños de pequeña edad soportan muy bien:

Glicerina pura..... 90 gramos
Ext. bl. quin..... 3 —
— kola..... 2 —
Cucharaditas.

que alternaba metódicamente con la primera.

Se aumentó la dosis del bicloruro de quinina y manteniendo esta medicación con gran extractez, se obtuvo el más feliz resultado; con la curación definitiva del enfermito, quien soportó perfectamente el extracto fluido de peptona y reanimó sus fuerzas en muy alto grado. Vemos, pues, una vez más el poder de la acción antiséptica de la esencia de trementina, en su forma medicamentosa empleada.

V

CONCLUSIONES.

Las conclusiones á que podemos llegar, en vista de los cuatro puntos desarrollados, son las siguientes:

1.ª Hemos proscrito en lo absoluto en el tratamiento de la bronconeumonía gripal, los preparados antimoniales y los eméticos, que consideramos como debilitantes, favoreciendo la depresión de fuerzas, estado que es menester evitar, bajo cualquier punto de vista en esta enfermedad.

2.ª En atención á la naturaleza infecciosa de la entidad mórbida que nos ocupa, creemos bien indicado en su tratamiento el uso del *aceite esencial de trementina*, admitiendo las propiedades antisépticas que le conceden en sus experiencias, los profesores MANQUAT, BINZ y DETHUL.

3.ª Teniendo en cuenta que el poder antiséptico de la esencia de trementina no es posible considerarlo en alto grado, aún cuando esta misma circunstancia facilita su empleo por su respectiva inocuidad, es muy probable que este antiséptico, por más que sea insufi-

ciente para destruir al schizomiceto específico de la influenza, al bacilo de Pfeiffer, es capaz de ejercer acción provechosa, impidiéndole actuar ya sea, modificando el terreno orgánico, ó produciendo una modificación en el microbio mismo que le imposibilite para ejercer su acción dañosa.

4.^a Podemos utilizar con ventaja los benéficos efectos excitantes de la esencia de trementina, así como los hemostáticos que se manifiestan de reconocida eficacia.

5.^a El valor terapéutico del aceite esencial de trementina en la bronco-neumonía gripal es de primera fuerza por sus propiedades especiales; y está llamado á producir, á medida que se extienda el radio de su acción en el estudio de las enfermedades de que nos ocupamos, los más proficuos resultados para el porvenir de la medicina clínica.

Lima, 1896.

TRABAJOS EXTRANJEROS

EL MAL DE LAS MONTAÑAS

se debe á perturbaciones circulatorias.
Ruina de la teoría de Jourdanet

POR EL DR.

DANIEL VERGARA LOPE

Socio de número de la Sociedad Científica "Antonio Alzate," Individuo del Instituto Médico Nacional de Méjico, Miembro Corresponsal de "La Crónica Médica de Lima."

(Conclusión)

Todo el cuadro clínico del mal de las montañas se explica perfectamente admitiendo esta etiología, conforme á la opinión de KRONCKER, que es la nuestra. A menor tensión debe corresponder forzosamente la aceleración en la marcha del fluido sanguíneo y el pulso se hace febril. La sangre que ocupa en mayor cantidad el sistema venoso en donde conserva por más tiempo el ácido carbónico resultado de las combustiones orgánicas, ex-cita con más energía el centro res-

piratorio en el bulbo, y de aquí que la respiración se haga igualmente acelerada hasta llegar á hacerse ansiosa; bien comprobado es este resultado, consecuencia directa del automatismo bulbar. El estancamiento venoso así como la mengua de sangre arterial en el cerebro produce el deseo de dormir, la apatía, los vértigos, los zumbidos de oídos; en la mucosa nasal predispone á las epistaxis; en la mucosa del pulmón provoca el edema, las flegmasías, las hemoptisis, verdaderas hemorragias á vacuo. En el caso desgraciado de Mr. Jacotlet, tanto la clínica como la necropsia determinaron como causa de su muerte la congestión pulmonar y del cerebro. El estancamiento en la vena porta produce inapetencia, vómitos, náuseas, y por último, el difícil desembarazo del ácido carbónico, á que ya hemos hecho referencia más arriba, aumentado como está en su producción por la contracción muscular inusitada; precipita el cansancio de estos mismos músculos tanto de los de la vida de relación como de los de la vida orgánica, que bien pronto se niegan á trabajar.

Tocamos con esto, otro de los grandes factores que hay que tener en cuenta para el que asciende á las montañas. No hay viajero que no haya observado la recrudescencia de sus males tan luego como los esfuerzos musculares que tiene que hacer llegan á cierto grado, muy variable ciertamente para cada individuo. LA CONDAMINE que se entretiene en hacer travesuras á su sabio compañero y que para fatigarlo escoge sus puntos trigonométricos en picos de difícil acceso y en alturas próximas á 5,000 metros, siente á su vez el mal de las montañas en el Chimborazo, cuando trata de trepar sobre el rápido declive de una nieve dura y resbaladiza; pero tan luego como se detiene haciendo uso de un reposo imprescindible, vé desapare-

cer *in situ* todas sus dolencias. El astrónomo JANSSEN que en sus ascensiones pasivas al Monte Blanco se jacta de haber tenido durante toda la ascensión sus facultades perfectamente intactas, y aún haber podido resolver en la cima de esta montaña problemas difíciles que no hubiera podido resolver en la llanura, se veía presa de accidentes tan luego como intentaba esforzarse para subir por su pié. Hé aquí cómo se expresa: "...pero me era indispensable no entregarme á ningún trabajo corporal porque en el momento me faltaba la respiración, y si hubiese insistido habría experimentado toda las perturbaciones propias de las estaciones elevadas. . . .", y más adelante: "...traté de ascender, pero á pesar de esfuerzos casi sobre-humanos, caí de cara sobre la nieve. Tomé aliento y quise continuar el ascenso; me fué imposible, y sobre este nuevo calvario volvía á caer á cada nueva intentona. . . ."

Esta acción de la fatiga muscular, es fácil de aislar con el objeto de poder estudiar sus efectos independientemente de los producidos por los otros factores que contribuyen á determinar el mal de las montañas, y que son la menor presión y el descenso de la temperatura. Personalmente, y en unión de mi estimado y distinguido compañero el Sr. Alfonso L. Herrera (h.) hice esta experiencia, ascendiendo repetidas veces una pequeña escalera del Instituto Médico Nacional, que tiene 4^m 14 de longitud y la forman 13 escalones de una altura de 17 centímetros y 31 centímetros de ancho.

Principió la experiencia á las 4^h 30^m p. m.; á las 4^h 44^m se interrumpió por causa imprevista durante 16^m y se continuó después hasta las 5^h 32^m p. m. El número total de subidas fué para Herrera de 59 y para Vergara 162.

Herrera. Vergara.

Antes Durante Después. Antes Durante Después.

El número de pulsaciones...100	130	160	74	108	196
El número de respiraciones.24	.....	.....	22	40	56
Temperatura axilar.....	.....	.....	.....	36°9	28°2

La temperatura de la axila fué disminuyendo en el descanso, hasta llegar á una cifra más baja que la normal 36°5, una hora después de terminada la experiencia. Casi en el mismo instante fué registrado nuevamente el número de respiraciones y se encontró igual á 28 por minuto.

Los síntomas observados fueron: dolor de cabeza muy intenso que persistió en Herrera durante cuatro horas, palpitations cardíacas muy molestas y fuertes latidos en las arterias temporales, desaliento notable para continuar el ejercicio, aún cuando había fuerzas para seguir por más tiempo, encías, párpados y pabellón auricular algo violáceos, debilidad muscular en los miembros inferiores, sudor profuso, sequedad en la faringe, sed. Un vértigo en Vergara después de 15 minutos del último descanso.

Todos estos fenómenos, incluyendo la elevación de la temperatura en la axila, son de los que predominan en el mal de las montañas; se comprende, pues, ahora, que si la fatiga muscular viene á colaborar con la causa que expusimos antes, la menor presión del aire ambiente, los padecimientos se exacerben con los esfuerzos físicos, y aún aparezcan cuando el enrarecimiento no ha bastado por sí para producirlos. En este caso, el enrarecimiento de la atmósfera no viene á ser sino la causa eficiente, el esfuerzo muscular será la causa determinante.

En las ascensiones en globo y á las altas montañas hay que tener en cuenta, al mismo tiempo, el decrecimiento de la temperatura. Si

el frío no es muy intenso, lejos de ser perjudicial viene á ser un amigo; los capilares cutáneos se estrechan bajo su acción, tanto cuanto la falta de presión tiende á dilatarlos, y necesariamente el éxtasis venoso es menor, el corazón se encuentra ayudado en su propio esfuerzo, y esto mismo contribuye para aumentar la tensión de la sangre arterial. Pero si el frío es muy intenso, entonces se convierte en el peor enemigo del viajero; hace entonces refluir toda la sangre de la superficie externa á las vísceras, y la congestión y el edema de los órganos y aparatos interiores, se hacen más inminentes y temibles, sobre todo en el cerebro y en el pulmón, el corazón ya no se encuentra ayudado en su acción, la difícil circulación de la sangre por los capilares del pulmón se oponen frente á frente de la contracción del ventrículo derecho, cuya válvula puede forzarse y hacerse insuficiente.

Por último, mencionaremos un factor poco atendido por los fisiólogos y que en algunos casos puede aún contribuir poderosamente á la determinación de accidentes funestos; me refiero á la dilatación de los gases contenidos en el interior del tubo intestinal. Algunos viajeros en sus ascensiones, y PAUL BERT en sus campanas neumáticas de la Sorbona, han podido observar un meteorismo notable del vientre, sobre todo cuando la ascensión se verifica después de una copiosa comida.

En los animales que hemos sometido á la depresión en campanas neumáticas, hemos observado siempre este meteorismo que se produce aún poniendo una cánula en el recto para facilitar la salida de los gases; si en vez de poner una cánula se cierra la abertura natural por medio de una pinza automática, el fenómeno es más exagerado; si antes de cerrar con la pinza se insufla aire al interior del ta-

bo intestinal, la dilatación de los gases se hace á tal grado (en una rana), que hemos visto al hacerse el enrarecimiento, salir por la boca, expulsado por los gases del intestino, el estómago del animal.

Esta dilatación puede examinarse con toda su magnitud, si se observa sobre una porción pequeña y enteramente aislada del intestino. Antes de hacer el enrarecimiento en el aire que rodea á esta porción, aparece fláxida, arrugada y enteramente vacía; pero tan luego como se empieza á efectuar la depresión, el tubo se va llenando más y más, hasta llegar á verse tenso, lustroso y aumentado extraordinariamente en su volúmen.

La presencia de materias alimenticias puede, pues, favoreciendo la formación de gases en el interior del intestino, acarrear necesariamente perturbaciones nocivas y que agravan la dolorosa afección que estamos estudiando. La inapetencia, las náuseas y los vómitos se exageran por esta causa; el diafragma repelido contra el pulmón disminuye la capacidad respiratoria, y esto último quita necesariamente uno de los grandes elementos que deben ayudar al bienestar del ascensionista, el aumento de la capacidad vital favorecida por el ensanche en todos sentidos de la caja torácica.

CONCLUSIONES.

En resúmen, lo expuesto nos pone en aptitud de establecer las conclusiones siguientes:

1.^a El mal de las montañas, los accidentes sufridos por los aeronautas, no se deben á la disminución del oxígeno atmosférico, sino á la decompresión. Esta acarrea trastornos graves en la circulación, congestiones en el pulmón y el cerebro, etc., que explican los accidentes observados también en las cámaras neumáticas.

2.^a Las diferencias muy grandes

en la resistencia al mal de las montañas, según los individuos, se deben á diferencias particulares en los aparatos circulatorios, siendo de notar que los viejos, por la menor elasticidad de sus vasos sanguíneos, soportan á menudo mejor que los jóvenes, decompresiones considerables.

4.^a La fatiga, el frío exagerado y cualquiera otra causa que con la depresión facilita las perturbaciones de la circulación y las congestiones viscerales, favorecen la aparición del mal de las montañas.

4.^a La teoría de la anoxihemia barométrica no puede apoyarse en el estudio del mal de las montañas; por el contrario, éste proporciona una prueba indirecta de la falsedad de la teoría.

5.^a Ascensiones repetidas en una misma escalera pueden producir accidentes análogos á los que constituyen el mal de las montañas.

6.^a La dilatación de los gases intestinales, producida por la decompresión es muy considerable y seguramente ayuda á los trastornos circulatorios, así como á la disminución del campo de la hematosis.

Méjico, julio de 1895.

APUNTES PRACTICOS SOBRE

el diagnóstico de la fiebre amarilla,

POR EL

DR. JOSÉ I. TORRALBOS

De la Real Academia de Ciencias Médicas
de la Habana.

(Conclusión)

TERCER PERIODO. Ya establecidas las hemorragias y la ictericia como también la albuminuria, el pulso se hace cada vez más lento y blando, la orina disminuye cada vez más hasta faltar por completo; entonces los fenómenos urémicos que ya venían esbozándose se determinan, y el enfermo sucumbe

en medio de síntomas ataxo-adinámicos; en otros casos, no llega á faltar por completo la secreción renal, los vómitos y deyecciones vienen acompañados de menor cantidad de materia oscura, y entonces aunque las hemorragias hayan sido abundantes y continúen por muchos días, van luego disminuyendo y la convalecencia no tarda en iniciarse.

Hé aquí los rasgos principales del cuadro, los que caracterizan su aspecto en la gran mayoría de los casos en que la enfermedad adquiere toda su gravedad y reviste la forma que más comunmente se vé, pues la observación nos ha enseñado que la fiebre amarilla reviste tres distintas formas, cada una de las cuales tiene diversa gravedad.

Todos los médicos que han ejercido en estos países intertropicales, en que el *vómito negro* reina endémicamente, tienen que convenir en que existe una fiebre que invade á los europeos y demás hijos de climas templados y fríos, que se presenta con los mismos síntomas que hemos asignado al primer periodo de la enfermedad, y que al segundo ó tercer día, al iniciarse el *estadio de calma*, cesa por completo la fiebre, los síntomas todos disminuyen hasta desaparecer y el enfermo se restablece; esta fiebre ha recibido desde hace mucho tiempo el nombre de *fiebre de aclimatación*, porque se ha observado que los individuos que la han sufrido han adquirido una inmunidad tan completa como los que han pasado la forma grave; así mismo tendrían que convenir en que han visto muchos casos de cierta gravedad en que no se han presentado síntomas de uremia y á pesar de los vómitos de *borras* y de las hemorragias se han curado; y por último, que han visto otros casos casi siempre mortales en que los fenómenos urémicos han terminado la escena y en los cuales esa materia oscura nom-

brada borra ha sido muy abundante.

La constante observación de estos hechos nos lleva á una deducción incontestable, que es la siguiente:

Existen tres formas de fiebre amarilla. Una benigna que parece no pasar del período inicial y en la que no se observa albumina en la orina. Otra que alcanza el segundo período y reviste cierta gravedad, presentando siempre albuminuria. Otra muy grave, frecuentemente mortal, en que predomina la borra, la cantidad de albumina perdida es muy considerable y la anuria consiguiente determina la uremia.

Estas tres formas clínicas señaladas por todos los prácticos de una manera vaga, es evidente que existen y que su distinto modo de ser no había escapado á los observadores, pero estaba reservado á los infatigables y estudiosos colegas doctores FINLAY y DELGADO el señalar la verdadera diferencia que entre ellas existe, y á la Real Academia de Ciencias de la Habana, de la cual son ambos distinguidos miembros, sancionar la clasificación que ellos propusieron y que es como sigue:

1.^a *Fiebre amarilla no albuminúrica*, que es la que presenta los síntomas descritos en el primer período que se ajustan al cuadro que con el nombre de fiebre biliosa inflamatoria de las Antillas francesas y de la Guayana nos dán á conocer BERENGER-FERAUD, BUROT y NIELLY.

2.^a *Fiebre amarilla albuminúrica*, cuyos síntomas corresponden al segundo período que hemos estudiado y se asemeja á la fiebre biliosa de DUTROULEAU, aunque recorre su ciclo con más rapidez; esta forma asume mayor gravedad.

3.^a *Fiebre amarilla melano-albuminúrica*, forma de alta gravedad, verdadero *vómito negro*, cuyos síntomas se desarrollan en el que hemos llamado tercer período

y cuyo cuadro recuerda el que nos presenta CORRE como la más genuina y elevada expresión del grupo de enfermedades infecciosas que él llama *amarillismo*.

Establecidos estos precedentes y aceptada la división puramente convencional que proponemos en tres diversos períodos, división que sólo tiene por objeto establecer la diferencia de gravedad de las distintas fases de la enfermedad, y dejar demostrados los fundamentos de la clasificación que acabamos de exponer, debida á nuestros apreciables colegas FINLAY y DELGADO, réstanos tratar de las ventajas prácticas que á nuestro entender resultan de esta manera de ver las cosas.

Consiste la primera en poder clasificar como *fiebre amarilla* el grupo de síntomas del primer período, sin esperar á que se presente el signo albuminuria, perdiendo por esperar un tiempo precioso é irreparable, pues debemos recordar que ni la intensidad de los fenómenos, ni su marcha más ó menos rápida, nos autorizan para poder asegurar de antemano si el caso será grave ó leve; por el contrario, debemos tener presente que multitud de veces que por la poca intensidad de los síntomas y lentitud de la marcha hemos creído habérmola con un caso benigno, hemos sufrido crueles decepciones que no se deben olvidar.

La segunda, evitar las vacilaciones que surgen cuando se supone que se trata de un enfermo de fiebre amarilla y no se fija el diagnóstico, ni se emprende el tratamiento correspondiente porque en la orina no se encuentre albumina, pues partiendo de los datos antes expuestos, el práctico está autorizado, desde el momento que en un individuo no inmune se presenta el grupo de síntomas objetivos indicado, á proceder en el sentido de combatir la infección, sin ponerse á rebusar los vestigios de albumi-

na, con reactivos especiales de extrema sensibilidad, que suelen aumentar la confusión: primero, porque ya sabe que en este primer periodo sólo se presenta la albumina en los casos de suma gravedad; segundo, porque la albuminuria de la fiebre amarilla es bastante abundante y manifiesta para que la ebullición, el ácido nítrico ó el reactivo Esbach basten á comprobarla; tercero, porque la alteración de la función renal indica un grado de infección ya avanzado; de aquí que se considere como signo de alta gravedad su existencia prematura.

La tercera, que para la profilaxis de la enfermedad y los efectos de cuarentenas y demás medidas sanitarias, puede el médico señalar como inmunes á los que hayan padecido la forma *no albuminúrica*, ó sea la fiebre de aclimatación, de la misma manera que elimina como inmunes para otros efectos semejantes, á los que han sufrido la viruela discreta, porque la albuminuria es á la fiebre amarilla lo que la confluencia es á la viruela, y de ninguna manera lo que la pústula es á la aludida enfermedad eruptiva, que es lo que sucedería si las cosas pasaran como muchos pretenden y no pudiera existir la fiebre amarilla sin el obligado signo albuminúrico.

El estudio de la etiología y patogenia, el de la terapéutica y el mismo de la sintomatología del vómito negro, nos permitirían fundar mejor nuestros asertos, pero entonces estas notas resultarían un libro, y nosotros sólo nos hemos propuesto despertar la atención de los profesores sobre esta manera de considerar las cosas, por creer que con esto prestamos un servicio, despejando una vía que en fuerza de haber sido explorada ha llegado á hacerse oscura.

Además, no escribimos este artículo, en que exponemos de una manera sucinta nuestras ideas, si-

no para aquellos profesores que llamados por razón de su destino á prestar sus auxilios en los hospitales del campo, en los barcos y en otros lugares en que no tienen tiempo ni oportunidad de consultar autores, tengan de antemano formado un juicio claro y preciso de la cuestión para que puedan proceder con toda seguridad y sin la más leve sombra de duda.

Si por nuestra fortuna este objeto se lograra, siquiera algunas veces, lo consideraríamos como el éxito más completo.

Habana, 20 de febrero de 1896.

REVISTA DE LA PRENSA.

Dr. C. Compaired.

CASO DE LARINGITIS HEMORRÁGICA
GRIPAL

Revista Clínica de Madrid, abril, 1896.
Año II, n.º 9.

El día 4 de febrero último, refiere el autor, vino á consultarnos en la POLICLÍNICA CERVERA Josefa Martínez, de 18 años de edad, soltera, sirvienta, la cual desde hacía *cinco días* aquejaba calor y picor constante en su garganta, dolor á ratos que se irradiaba á ambos oídos, tos con *expectoración sanguínea*, quebrantamiento general, lumbago, cefalalgia, decaimiento de fuerzas y somnolencia.

No hay antecedentes individuales ni de herencia, y menstruaba bien.

En la casa donde se halla sirviendo han tenido la *grippe* todos los individuos de la familia.

Presentóse á mi observación febril, anhelosa, con marcadas huellas de decaimiento físico y moral, afónica en absoluto y arrojando con bastante frecuencia, á los repetidos golpes de tos semi-quentosa, esputos mucosos con coágulos sanguíneos recientes y sangre en bas-

tante cantidad, y á seguida, en los nuevos accesos de tos, esputos de sangre pura, rutilante, roja, como recién salida del vaso que la contenía.

La tos; el anhelo respiratorio (verdadero ahogo); el picor intenso y creciente que la enferma aquejaba en la región laríngea, á cuyo punto llevaba instintivamente sus manos como para calmarlo, frotándose la parte anterior del cuello; el miedo que la producía ver expulsar sangre con la tos, creyéndose tísica... motivos eran para dificultar el reconocimiento laríngeocópico, el cual no pudo llevarse á cabo hasta que hubimos de tranquilizarla respecto de su gravedad, y la hicimos unas pulverizaciones de disolución de cocaína á la garganta.

Verificado aquél con algún detenimiento, apreciamos un estado altamente hiperémico de la mucosa faringo-laríngea, y lleno todo el espacio glótico de sangre, contrastando su color rojo vinoso con el rojo pálido de la mucosa traqueal. Estaba la sangre tan difusamente extendida por las cuerdas vocales, bandas ventriculares, espacio inter-aritenóideo, aritenóides, etc., que, ocultando en absoluto tales partes, no podíamos darnos cuenta del estado de su mucosa, y únicamente nos era factible comprobar su funcionalidad motriz.

Separado en parte este obstáculo, merced á repetidas pulverizaciones de solución fría de antipirina al 3 por 100, y de la tos frecuente, con la que expulsaba coágulos y sangre semilíquida, repetimos el reconocimiento varias veces, observando un estado congestivo en demasía de toda la mucosa glótica, con puntos de sufusiones hemorrágicas confluentes y arborizaciones vasculares gruesas en ambas cuerdas vocales, á las que daban el aspecto de dos cintas pintorrojeadas de encarnado en abigarrados brochazos; borrados los ventrículos de Morga-

gni por el estado de *infarto congestivo* en que se hallaban ambas bandas ventriculares, y éstas además surcadas por varicosidades y puntos hemorrágicos, al igual que lo que *debieran ser* espacios inter-aritenóides (por encontrarse f aisamente limitados) y regiones aritenóideas.

Como es natural, la funcionalidad de adducción y abducción de las cuerdas vocales resultaba alterada, por consecuencia del estado congestivo y semi-edematoso de las partes.

La auscultación bronco-pulmonar sólo nos acusó fenómenos catarrales de la porción gruesa del árbol aéreo, y no de mucha intensidad. El corazón, nada.

Diagnosticada la dolencia de *laringitis hemorrágica gripal aguda* sobrevenida durante el desenvolvimiento de la enfermedad infecciosa general, la dispusimos dos gramos de polvos de Dower en seis papeles, para tomar uno cada dos horas en una infusión templada de flor de malva, recomendándola se acostara inmediatamente y mantuviera la transpiración cutánea que se produjera con la medicación; dieta absoluta; pulverizaciones faringo-laríngeas cada tres horas con una disolución acuosa de antipirina al 6 por 100, y de cocaína al 1 por 100, alternándolas con otras de infusión de tanino, y pastillas de cloro-borato de sosa, mentol y cocaína para dejarlas disolver en la boca, casi constantemente.

El día 8 seguía mejor, tanto del estado general cuanto del local, pero todavía persistía *algo* la hemorragia y congestión laríngeas.

El día 11 había cesado la salida de sangre, y sólo quedaban síntomas locales de la flegmasia, infarto de las bandas ventriculares y algún tanto deslustrada la cuerda derecha. La afonía había ya desaparecido también, quedando, sin embargo, un poco velada la voz hablada.

Completamente curada, se la dió de alta el día 22, á los diez y ocho días de iniciada la afección.

* * *

Entre las complicaciones frecuentes de la *grippe*, citan los autores (Gottstein, Moure, Eichhorst, Lennox-Browne) el catarro intenso y más ó ménos localizado de la mucosa respiratoria; un estado particular de erosión de la mucosa ó ulceración superficial (Moure) que suele observarse en las cuerdas vocales; el edema de la glotis, y parálisis y espasmos musculares laríngeos.

Sólo LEYDEN (1) dice haber observado *propensión á hemorragias de la nariz, faringe, laringe, riñones y útero*.

Fuera de los casos referidos de *hemorragias laríngeas* por angio-ma de las cuerdas vocales (DUNDAS-GRANT) (2); por rotura de una venilla en la región inter-aritenoides, simulando una hemoptisis (M. FERRAS DE LUCHÓN) (1); las propias de la hidrohemía, hemofilia, etc., precedidas de catarro intenso agudo de la laringe (KRIEG) (2); las más conocidas de *hemorragias laríngeas catameniales* (COMPAIRD) (3); las originadas en algunos casos de insuficiencia mitral, por éxtasis venoso en el plexo de los repliegues glosio-epiglóticos (LENNOX-BROWNE) (4); por hiperemia pasiva en el enfisema; cuando existe compresión por un tumor vecino; y, finalmen-

te, por consecuencia del estado hemorroidal de las venillas de la base de la lengua, real y positivamente no he encontrado consignado en la literatura laringológica casos tan evidentes ó intensos de *laringitis hemorrágica* cual el que acabo de describir.

Así como en algunos de los citados (hemorragias laríngeas catameniales) no existe verdadera *hemorragia ni laringitis*, en cambio en la enferma objeto de esta nota clínica hubo ambos términos (inflamación y hemorragia), determinados de una manera rápida y aguda por el veneno de la *grippe*.

¿Cómo se verificaron estas hemorragias, sin traumatismo previo al parecer?

La mucosa laríngea, cual las demás del organismo, participa de diferencias en espesor y vascularidad. Por esto, según la región ó parte del espacio glótico atacada, así la hiperemia común y ordinaria de cualquiera clase que sea, presenta variación en sus matices, en relación con aquellas cualidades; tal sucede con los repliegues arí-epiglóticos, las bandas ventriculares y los ventrículos, puntos en que la hiperemia se fragua rápida y enérgicamente, mientras en la epiglotis y cuerdas vocales es siempre deficiente el enrojecimiento ó rubefacción, por intenso que sea el catarro laríngeo.

Que la exagerada dilatación vascular determine la rotura de los capilares, y aún de venillas de alguna importancia en las porciones á que hacemos referencia en primer término, no tiene nada de extraño ni de anormal; pero que en las cuerdas vocales se haya verificado la hemorragia, sí que lo tiene, y en nuestro sentir ha debido ser necesario: primero, que efecto de la hiperemia y de la congestión subsiguiente, perdiera su cualidad anatómica la mucosa cordal, de sarrollándose una más potente vascularización; y segundo, que

1 Hermann Eichhorst: *Trat. de Patol. interna*, etc., trad. por el Dr. Góngora, tomo IV, pág. 331.

2 Dundas-Grant: *Comunicación á la Sociedad laringológica de Londres*, en la sesión del 12 de abril de 1893.

1 Ferras: *Comunicación á la Sociedad francesa de oto-rino-laringología*, en la sesión de 1.º de mayo de 1895.

2 Robert-Krieg: *Atlas der Kehlkopkrankheiten* (Stuttgart, 1892. Tafel III.)

3 Compaired: *Dudas surgidas con motivo de dos casos de hemorragias laríngeas catameniales* (Revista de Laring. Otológ. y Rinol. Diciembre de 1891, y *Bollettino delle malat. dell'orechio*, etc. Aprile de 1891).

4 Lennox-Browne: *Traité des maladies du Larynx*, etc. (Paris, 1891, pág. 255.)

coincidiendo con esta modificación, se fraguase en ella la erosión, y hasta la ulceración gripal de que nos habla el Dr. MOURE, ulceración que todavía no he tenido ocasión de comprobar en toda su pureza.

Como en clínica *todo caso es nuevo*, y el que acabo de exponer muchísimo más, toda vez que no recuerdo haber leído otro semejante en los tratados de laringología ni en los periódicos de la especialidad (lo mismo afirma el Dr. Botella, quien también observó á la enferma en cuestión), me he creído en el deber de publicarlo, sometiendo á la consideración médica de mis distinguidos profesores, sean ó no especialistas.

MEDICINA PRÁCTICA

Tratamiento del acceso de gota articular aguda.

El que propone el Dr. OETTINGER puede resumirse así:

1.º—Evitar todo tratamiento activo en los gotosos que ofrecen alteraciones de los riñones y del corazón.

2.º—Evitar todo tratamiento activo en los casos leves, poco dolorosos, con fiebre moderada. Contentarse con el reposo, diuréticos ligeros, dosis moderadas de benzoato y de carbonato de litina en una infusión aromática.

3.º—En casos de ataque agudo con vivos dolores, fiebre intensa, fluxión articular pronunciada, insomnio completo, en un paciente robusto, sin lesiones viscerales, debe emplearse la triple série de medios dietéticos, medicamentosos y locales.

a) El *tratamiento dietético* comprenderá el reposo en la cama, el régimen lácteo más absoluto posible.

La leche será útilmente adi-

cionada con una agua mineral alcalina. Para aumentar la diuresis se podrá dar cada día un vaso de agua al cual se agregará:

Bicarb. potasio } aa.
Tint. de canela } 1 gramo.
Jbe. de 5 raíces. .50 —

ó de:

Acetato potasio..... 3 gramos.
Jbe. de 5 raíces..... 50 —

b) Como *tratamiento medicamentoso* ha de emplearse:

—El salicilato de sodio en dosis moderadas en un periodo poco adelantado de la enfermedad,

—El cólchico en los casos francamente agudos, con fluxión y dolores vivos. La dosis por día será de 40 á 60 gotas de tintura de semillas, ó de 5 á 6 gramos de vino de cólchico.

—La antipirina, cuando existe contraindicación para el uso del salicilato ó del cólchico. El enfermo tomará cada día 3 ó 4 de los siguientes papeles:

Antipirina..... 9 gramos.
Bicarb. sodio.... 3 —
D. en 12 papeles.

c) Como *tratamiento local* se envolverá la articulación con algodón hidrófilo, protegiéndola convenientemente. Entre los numerosos limimentos calmantes los que parecen menos infieles, son:

Aceite de membrillo } aa.
Aceite de belladona }
LL. Syd..... } 15 gms.
Sulfato de atropina.. 75 centg.
Clorhidrato morfina.. 75 —
Acido oleico..... 30 gms.

y principalmente el aceite siguiente:

Acido salicílico..... 20 gramos.
Alcohol absoluto...100 —
Ac. de ricino.....200 —

Revue Médico-Chirurgicale du Brésil, IV año, núm. 5, mayo de 1896. Rio de Janeiro.

El Bálsamo del Perú en la Sarna.

El método seguido en el Hospital de San Lázaro de París por el DR. DESCOLEURS, quien ha recogido 150 observaciones que le han servido de base para publicar un notable trabajo sobre la materia, es el que sigue, debiendo antes dejar advertencia de que de los 150 casos, más de la mitad curaron rápida y completamente después de aplicar una sola fricción; el resto exigió una segunda, y solo una tercera en los casos inveterados.

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO:

1. No se emplea baño preparatorio, puesto que el Bálsamo del Perú reblandece suficientemente la epidermis é impregna los surcos.

2. En la noche, ántes de acostarse, se dan fricciones durante 30' ó 40' por toda la superficie del cuerpo, salvo la cabeza, con una cantidad de Bálsamo variable de 30 á 50 gramos, según la intensidad de la dermatosis. Las fricciones se practican por medio de un paño ó de una brocha suave, insistiendo especialmente en aquellas partes más seriamente atacadas.

3. Llegada la mañana el enfermo toma un baño de almidón y cambia sus ropas por otras limpias. Todo lo perteneciente al lecho deberá igualmente cambiarse.

Después de emplear la primera fricción, los enfermos suelen curarse; de lo contrario y desde que se observen nuevos brotes de escabios, se recurre á una segunda fricción, practicándola de un modo análogo á la primera.

Es excepcional que haya necesidad de apelar á una tercera fricción. Del Journal de Med. et de Chirurgie.

Medicina y Farmacia. Año V, núm. 75, mayo 1896. Burgos.

Tratamiento de la orquitis por el gaiacol.

Hace aproximadamente dos años BALZER y LECOUR ensayaron las embrocaciones del gaiacol en el tratamiento de la orquitis con resultados muy satisfactorios (v. *Gac. San.* 1894, p. 185). Recientemente, JAMES TUFFLE ha referido algunos casos de orquitis aguda, en los que ha empleado este método con éxito. TUFFLE embadurna primero con 10 gotas de gaiacol la parte superior del escroto y todo el trayecto del cordón espermático, dejando el punto embadurnado al descubierto durante media hora, y aplicando luego hasta la noche compresas calientes. Al día siguiente, por la mañana renueva las compresas y por la noche la pomada. Cuando no se han calmado los dolores repite las aplicaciones de gaiacol, pero nunca antes de las 36 horas después de la primera aplicación.

El autor dice haber curado así 7 casos de orquitis aguda, sin que jamás haya tenido que aplicar el gaiacol más de dos veces. Los dolores disminuyeron siempre antes de las dos horas. El tratamiento ulterior consistía en aplicaciones, dos veces al día, de compresas calientes durante una hora, y en la administración de ligeros purgantes y pequeñas dosis de yoduro potásico.

Gaceta Sanitaria de Barcelona 1896.

FORMULARIO

Eczema de las manos.

Aconseja el PROF. UNNA (*Bull. Med.*) para el eczema de las manos la cura siguiente, que tiene la ventaja de ser poco costosa.

Se principia por curar el eczema de las otras partes del cuerpo, en particular del cuero cabelludo, sin lo cual no se evitará la recidiva.

Luego, todas las noches se limpiarán las manos y uñas, cubriendo la parte enferma con la siguiente pomada:

Oxido de zinc.....	40 gramos
Creta	20 —
Ag. végeto-mineral	20 —
Ac. de lino.....	20 —

El óxido de zinc puede substituirse por mitad con la flor de azufre.

(*Gazzetta Medica di Roma*).

* * *

Mezcla anti-odontálgica.

(M. S. VOTIOW).

Clorhidrato cocaína..	gr. 0.10
Alcanfor.....	aa.
Hidr. cloral....	{ 5 —

M.—Añádese algunas gotas de agua hasta que la mezcla se transforme en un líquido trasparente y homogéneo.—Uso ext.

Una bolita de algodón imbibida de este líquido se introduce en la cavidad dentaria, renovándose, si es necesario, hasta la definitiva cesación del dolor.

(*La Semaine Médicale*).

* * *

Pildoras hemostáticas.

(GUÉNEAU DE MUSSY).

Extracto ratania....	4 gramos
Centeno cornezuelo..	3 —
Polvos de digital....	0. 50
Extracto beleño....	0. 25

H. 20 píldoras, para tomar 4 ó 6 al día en las hemorragias de diverso origen, como las metrorragias, la epistaxis, la hemoptisis, etc.

(*Revista Balear de Ciencias Médicas*).

* * *

Vómitos repetidos de la apendicitis.

Mentol.....	gr. 0.50
Cognac	" 40 —
Tint. de opio.....	" 10 —

Tómese varias veces al día, diez á veinte gotas de esta mixtura en un poco de agua azucarada.

(*La Semaine Médicale*).

Anodina.

(MULLER, DE BERLÍN).

Principalmente contra el dolor reumático, dolor de muelas, etc.:

Esencia de romero.. XXX gotas
— — tomillo. X —

Alcanfor..... 5 gramos

Alcohol amoniacal. 12 —

Alcohol común..... 60 —

Mézclese.

(*Revista Balear de Ciencias Médicas*).

CRÓNICA

Bachiller en Medicina.—El distinguido alumno de esta Facultad, D. Benjamín de La Torre, ha obtenido el diploma de Bachiller en Medicina, después de haber leído y sostenido una importante tesis acerca del empleo de *La digitalina en la neumonia*.

Nuestros parabienes al joven graduando, á quien deseamos igual éxito en sus próximos exámenes doctorales.

Nuevos canjes.—Hemos tenido el placer de recibir la primera visita de las siguientes publicaciones profesionales y literarias, á las que saludamos, enviándoles con gusto el canje correspondiente:

GAZETA MÉDICA DA BAHÍA, cuyo Director es el Dr. Pacífico Pereira. Publicación mensual, año XXVII, N.º 10, correspondiente á abril de 1896.

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE LA HABANA. Revista de medicina práctica que se publica por entregas mensuales. Tomo VII, entrega 5.ª, que corresponde á mayo de 1896.

GACETA MÉDICA DE COSTA-RICA. Revista nacional de medicina, cirugía, farmacia é higiene, órgano de la Facultad de Medicina. Director: Dr. César Borja. Año I, Nos. 1 y 2.

LA JUVENTUD SALVADOREÑA. Revista mensual de la Sociedad Científico-literaria del mismo nombre. Tomo VI, números 11 y 12.

ANALES DEL INSTITUTO MÉDICO NACIONAL. Órgano de dicho cuerpo, que tiene por objeto el estudio de la fauna, flora, climatología y geografía médica nacionales y sus aplicaciones terapéuticas. Continuación de "El Estudio". Tomo I, N.º 8. México.

Rogamos á nuestros precitados colegas se sirvan enviarnos, si es posible, los números anteriores, a fin de poseer las colecciones anuales completas.

NECROLOGIA

El Profesor Germán Sée. (1)

Los primeros volúmenes de esta enciclopedia fueron consagrados al estudio de las enfermedades pulmonares, á la cabeza de las cuales colocó Sée la tisis bacilar, primera aplicación del descubrimiento de Koch á la clínica. En 1885 apareció el volumen consagrado en gran parte al estudio de la neumonía, considerándola entre las enfermedades virulentas, como consecuencia de sus trabajos en colaboración con Talamón. El consagrado al estudio del régimen alimenticio en el hombre sano y en el enfermo ha sido traducido á todos los idiomas.

Aparte de esta importantísima y trascendental obra, constantemente llamaba la atención de las sociedades sabias con interesantes temas clínicos y con sus experimentaciones terapéuticas.

Citaremos entre las primeras: *Hipertrofia cardiaca de crecimiento* (1883); *Neumonías infecciosas y parasitarias* (1884); *Dilatación atónica del estómago* en colaboración con Mathieu (1884); *Epilepsia y bromuros* (1884).

Los trabajos terapéuticos del profesor Sée no son menos numerosos é importantes.

Colocaremos en primer término la memoria presentada en 1877 á las Academias de Ciencias y Medicina de París sobre el *salicilato de soda en el reumatismo*, tratamiento que se conserva clásico.

(1) Véase el n.º 180 de LA CRÓNICA MÉDICA.

1878—En la Academia de Medicina: *tratamiento del asma por el yoduro de potasio y el yoduro de etilo*. Tratamiento clásico.

1882—Investigaciones sobre un nuevo medicamento cardiaco: la *Convallaria maialis*.

1883—En la Academia de Medicina: *tratamiento de la fiebre tifoidea* por el sulfato de quinina y el alcohol en altas dosis.

1880—En el Instituto: *tratamiento del asma por la piridina; el sulfato de esparteina como medicamento cardiaco y acción fisiológica del sulfato de cinchonamina*.

En la Academia de Medicina: investigaciones sobre el *tratamiento de todas las bronquitis por la terpina*.

1886—En este año dió sus lecciones magistrales sobre el *medicamento causal* y el *remedio biológico*, á la vez que traducía del alemán la importante obra sobre *Tisis bacilar*.

1887—En la Academia de Ciencias, dió lectura á un trabajo en colaboración con Gley sobre los *movimientos rítmicos del corazón*. Pero su más importante obra terapéutica se refiere al empleo de la *antipirina en el reumatismo, góta y cefaleas*, llevando su aplicación hasta la medicación subcutánea en colaboración con Capitán.

1888—Numerosos trabajos presentados á la Academia de Medicina sobre las enfermedades del estómago y el empleo de la *floroglucina vanilina* en el diagnóstico preciso de estas enfermedades. Estudio sobre una nueva forma clínica de las enfermedades de este órgano, denominada *Hiperclorhidria y atonía gástrica*.

En la misma Academia: *Aneurismas y tisis; tratamiento de los aneurismas*.

Finalmente, una importante memoria sobre la *estrofantina*, nuevo medicamento cardiaco, que originó una interesante discusión que se prolongó hasta 1889.

En este año: *tratamiento de la diabetes por la antipirina; la Lactosa*, nuevo medicamento diurético en las enfermedades del corazón.

En 1890: acción de la *Cafeína sobre las funciones motriz y respiratoria*, en colaboración con Lapicquer; *Poder antiséptico de algunos colores de anilina*; *el neumococo lanceolado en la neumonía gripal*; en la Academia de Medicina muchísimas comunicaciones en el curso de la discusión sobre la nuez de Kola, y últimamente, un notable trabajo sobre el *cannabis en el tratamiento de las neurosis y de las dipepsias gástricas*.

Con la colaboración de sabios eminentes publicaba al mismo tiempo su tratado de *Terapéutica Experimental* que ha quedado casi completo.

En los dos últimos años, después de dura lucha contra el dolor, la enfermedad obtuvo el triunfo sobre el coloso, cubriendo de luto a la ciencia universal y dejando un vacío en la medicina francesa, difícil de llenar.

Internado de los Hospitales.—La distribución hecha por el Sr. Decano de la Facultad de Medicina para proveer el internado de los Hospitales de Lima es la siguiente:

Hospital Dos de Mayo.

Servicio del DR. L. VILLAR.—Interno Enrique Vargas, externo Guillermo Gastañeta.

Servicio del DR. CASTILLO.—Int. Anibal Castañeda, ext. Abel S. Olaechea.

Servicio del DR. ODRIOZOLA.—Int. Pablo S. Mimbela, ext. Daniel Becerra.

Servicio del DR. FERNANDEZ CONCHA.—Int. José G. Cáceres, ext. Alberto Barton, ext. Manuel Tamayo.

Servicio del DR. R. QUIROGA Y MENA.—Int. Francisco Salazar y Alarco, ext. Osvaldo Herculles.

Hospital de Santa Ana.

Servicio del DR. MORALES.—Int. Carlos M. Vivanco, ext. Carlos A. García.

Servicio del DR. N. CORPANCHO.—Int. Enrique L. García, ext. Guillermo Valentini.

Servicio del D. GOMEZ SÁNCHEZ.—Int. Jorge M. Figueroa, ext. Daniel Lavoreraí.

Servicio del D. S. GARCÍA.—Int. Victor M. Figueroa, ext. Manuel Velaochaga.

Hospital de San Bartolomé.

Servicio del DR. M. R. GANOZA.—Int. Juan B. Gagliardo, ext. Guillermo Matos.

Servicio del DR. T. SALAZAR.—Int. Juan N. Lezameta, ext. José S. Pérez Sorogastúa.

Servicio del DR. J. M. QUIROGA.—Int. Elias Carrillo y Araujo, ext. Federico Huidobro.

Servicio del DR. F. de P. CAMINO.—Int. Rubén D. Castro, ext. Samuel Prieto y Risco.

Hospital Italiano.

Servicio del DR. AGNOLI.—Int. Maximiliano Zaldivar.

Servicio del DR. CAMPODÓNICO.—Int. Salomón Quiroz y Caballero.

Hospital Francés.

Servicio del DR. R. L. FLOREZ.—Int. Abel D. Matto.

Penitenciaria.

Servicio del DR. F. GALINDO.—Int. Pedro Moyano.

Manicomio.

Servicio del DR. MUÑIZ.—Int. Antenor del Pozo.

Servicio del DR. SANCHEZ CONCHA.—Int. Eleodoro Lama.

Hospital de Guadalupe (Callao).

Servicio del DR. ARNAIZ.—Int. César O. Villanueva.

Servicio del DR. CANTUARIAS LOPEZ.—Int. Maximiliano Barriga.

Servicio del DR. GIL CÁRDENAS.—Int. Eliseo Vargas.

Hospital de Bellavista.

Servicio del DR. F. VELEZ.—Int. Guillermo Olano.