

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina".

AÑO XIII }

LIMA, SETIEMBRE 30 DE 1896.

{ N.º 186

TRABAJOS NACIONALES

UN CASO DE ESCLEROSIS

LATERAL AMIOTRÓFICA CURADO POR

LA GIMNÁSTICA EXPONTANEA

POR EL

DR. MAX. GONZALEZ OLAECHEA

Médico del Hospital Militar.

El síndrome clínico descrito por CHARCOT bajo el nombre de *esclerosis lateral amiotrófica* y cuyo cuadro sintomático está caracterizado por parálisis de los miembros, atrofia muscular, contracturas dolorosas, rigidez, exageración de los reflejos tendinosos é integridad de la sensibilidad, de la inteligencia y de las funciones vesical y rectal, es una entidad morbosa sobre cuya anatomía patológica hay divergencias; pues CHARCOT consideraba como característica de esta afección, una lesión de las astas anteriores de la médula, sobre todo, de sus células ganglionares, y una esclerosis de los cordones laterales, especialmente, del haz piramidal, con lesiones análogas en la médula oblongada. Para CHARCOT la esclerosis de los cordones laterales era la lesión primitiva, siendo las astas anteriores atacadas secundariamente; los síntomas esenciales del cuadro clínico, eran

así explicados por las lesiones anatómicas patológicas; la concordancia entre la anatomía patológica y la clínica contribuyó mucho á que las ideas de CHARCOT fuesen aceptadas por los clínicos, y la sola modificación que se llevó á esta teoría, fué que la lesión de las astas anteriores no siempre es secundaria, según lo manifestó posteriormente la clínica. LEYDEN no participa de las ideas de CHARCOT, no admite que la esclerosis lateral amiotrófica sea una enfermedad absolutamente distinta y pueda ser separada de las parálisis bulbares progresivas; los fenómenos espasmódicos considerados como uno de los síntomas predominantes no serían, según él, mas que secundarios é independientes de lesiones determinadas de ciertos haces blancos de la médula; de las mismas ideas participa GOWERS, y posteriormente SENATOR fundado en una necropsia, cree que las ideas del profesor LEYDEN son aceptables.

Sea de ello lo que fuere, hoy por hoy, tenemos que aceptar la *esclerosis lateral amiotrófica* como individualidad mórbida; nuestro objeto no es tampoco terciar en esta cuestión, sino presentar á la consideración de los clínicos un caso notable de la enfermedad, tanto por el modo de iniciarse, pues principiaron á manifestarse los síntomas por los miembros inferiores en lugar de los superiores, que es lo general,

cuanto por haber terminado por la curación, no obstante la marcha progresiva ascendente que siguió. La siguiente historia clínica claramente nos lo manifiesta.

* * *

El 25 de enero de 1889, ingresó al hospital "Dos de Mayo" y ocupó la cama número 37 de la sala de Santa Ana, perteneciente al servicio del doctor Leonardo VILLAR, el individuo José S. Salazar (alias *Zárate*), de 45 años de edad, de constitución regular y temperamento linfático.

Interrogado acerca de sus antecedentes morbosos, dijo haber padecido de congestiones hepáticas repetidas, sin duda de origen alcohólico, pues era muy afecto á las bebidas espirituosas; años atrás había cogido también una blenorragia y varios chancros que, por su multiplicidad y no haber tenido ninguna manifestación ulterior, no eran sin duda de naturaleza sífilítica.

Se resolvió á ingresar al hospital, porque desde hacía algún tiempo notaba falta de firmeza para andar en sus miembros inferiores, lo mismo que estando de pie; sentía además en ellos, dolores que lo hacían sufrir.

Examinado el paciente, se observó el siguiente cuadro de síntomas: estación de pie y marcha dificultosa por paresia de los músculos de los miembros inferiores; reflejos rotulianos exagerados; tremulación epileptoide del pie; se notaba atrofia en los músculos de los miembros inferiores, que hacían contraste con los de las otras partes del cuerpo; momentos después de principiado el exámen, los músculos de las pantorrillas entraron espontáneamente en contracción dolorosísima, haciéndolo lanzar quejidos; la sensibilidad de la piel se conservaba intacta; los demás aparatos y órganos nada presentaban de anormal.

La dificultad en la marcha iba

en progreso; las contracturas pasajeras de los músculos de las pantorrillas, que después se extendieron á los de los muslos, eran más frecuentes y dolorosas. A principios de febrero no podía ya levantarse de la cama.

A mediados de marzo, principió á sentir dificultad en los movimientos de los miembros superiores y contracturas dolorosas pasajeras en los músculos del brazo y antebrazo; pocas semanas después se notaba atrofia en los músculos del brazo y antebrazo, y algunos días más tarde, en los del hombro y mano. La dificultad en los movimientos de los miembros superiores iba en aumento; las contracturas se hacían más frecuentes y dolorosas; el paciente sufría horriblemente.

El 11 de abril fué presa por vez primera de un ataque convulsivo general que, se nos dijo, lo privó del conocimiento por dos ó tres minutos; desde entonces, principiamos á notar cierta dificultad en la expresión.

Los ataques convulsivos se repetían cada tres ó cuatro días, presenciábamos algunos de ellos; se manifestaban por convulsiones generales tónicas y clónicas; la cara se ponía vultuosa y cianosada; las convulsiones duraban uno ó dos minutos y, después de terminadas, quedaba privado del conocimiento por cinco ó diez.

Como el paciente conocía su estado por tener sus facultades intelectuales en perfecta condición, era presa del llanto más lastimero con harta frecuencia.

Los músculos de los miembros inferiores entraron ya en una contractura permanente, pues los muslos y piernas no cambiaban del estado de semiflexión en que se encontraban.

Los ataques epileptoides se repetían todos los días y hubo día que sufrió diez.

A los nueve meses de permanen-

cia en el hospital, principiaron á notarse las contracturas permanentes en los músculos de los miembros superiores; los brazos no podía llevarlos á una abducción completa; los antebrazos semiflexionados sobre los brazos, lo mismo que las manos y dedos.

La enfermedad iba en progreso, no obstante las diversas medicaciones á que fué sometido: ióduro de potasio, ergotina, cauterización puntuada al termocauterio á lo largo del ráquis, baños sulfurosos calientes, fricciones estimulantes, etc., etc.

Continuó en el hospital tres meses más, durante los cuales se presentaban de cuando en cuando los ataques epileptóides; las contracturas se hicieron más marcadas; los dolores eran sí menos intensos; la atrofia de los músculos se hizo general, exceptuados los de la cara; las funciones digestivas se efectuaban casi con regularidad, á no ser su constipación intestinal que era combatida por medio de enemas.

El paciente había llegado á un estado de *statu quo*, en el que creíamos se sostuviese por mucho tiempo, sin esperanza de modificación favorable, dada la marcha que la enfermedad había seguido y teniendo, sobre todo, en cuenta el pronóstico fatal que de ella hacen todos los clínicos.

El jefe del servicio Dr. VILLAR solicitó su traslación al Refugio, al que fué llevado el 25 de enero de 1890, casualmente un año después de su ingreso al hospital.

Durante seis meses continuó en cama en el Refugio, sin haber estado sujeto á ninguna medicación y sólo alimentándose bien. En este trascurso de tiempo sufrió solo cuatro ó cinco ataques epileptóides, habiendo desaparecido completamente los dolores.

Como manifestara deseo de que lo levantasen de la cama, accedieron á él, lo vistieron y colocaron

en un sillón *ad hoc*; esta operación era ejecutada diariamente.

Un día fué abandonado en el lugar excusado, á donde era conducido para satisfacer necesidades corporales, y como llegase la noche y no vinieran á trasladarlo los encargados de su asistencia, logró con mil esfuerzos resbalar del asiento y arrastrándose sobre las regiones glúteas dificultosamente, pudo llegar al salón; desde este día continuó arrastrándose sobre el suelo, medio que empleaba para trasladarse de un lugar á otro. Pocos días bastaron para que principiara á hacer uso de sus miembros superiores, pues se puso á cortar cuero para hacer zapatos, á los quince días de este ejercicio principiaba á estaquillar en la horma y un mes más tarde hacía zapatos con bastante perfección.

Cinco meses después de este ejercicio de zapatería, se trasladaba de un lugar á otro, andando sobre los pies y en la actitud llamada en *cuchillas*, apoyándose alternativamente en una y otra mano; en este estado logramos verlo una noche del mes de enero de 1892, en que estando de guardia en el hospital "Dos de Mayo", fuimos al Refugio acompañando al Dr. Irujo, médico auxiliar de dicho establecimiento, y cuyos servicios profesionales fueron solicitados en altas horas de la noche con el objeto de atender á un enfermo grave.

El paciente estuvo dedicado al oficio de zapatero hasta el 1.º de octubre de 1893 en que solicitó su alta, habiéndose trasladado á su casa todavía en *cuchillas*.

A los cuatro meses de permanencia en su casa, principió á ejercer sus funciones genésicas, después de ejecutadas las cuales, decía que experimentaba un bienestar notable. Pocos días después comenzó caminar ayudado de muletas, y á los tres meses de este ejercicio pudo abandonarlas, caminando solo apoyado en un bastón.

En el mes de enero de 1895 volvímos á ver á Salazar en el Hospital de San Bartolomé, en donde estuvo desempeñando durante algunas semanas el oficio de colchone-ro; lo examinamos detenidamente y no encontramos en él huella de su antigua enfermedad medular.

* * *

El caso cuya historia hemos trazado es notabilísimo, pues nos ha presentado la oportunidad de seguir el desarrollo progresivo de la *esclerosis lateral amiotrófica*, con la circunstancia especial de no haber principiado á evolucionar los síntomas por los miembros superiores, como es lo general, sino por los miembros inferiores; y el haber llegado hasta el período bulbar ó tercer período señalado por los nosografistas, y que en el presente caso se manifestó por dificultad en la palabra y ataques epileptiformes.

Pero, lo que sobre todo debe llamar notablemente la atención del clínico, es la terminación de este caso de *esclerosis lateral amiotrófica* innegable, por la curación, á pesar del pronóstico fatal que de ella hacen los prácticos y de haber llegado hasta el último período. El agente terapéutico de esta curación inesperada ha sido, sin duda ninguna, la gimnástica muscular espontánea á que el mismo paciente se sometió, desde aquel día en que por necesidad principió á arrastrarse sobre el suelo, medio de traslación que empleó por mucho tiempo, continuando después con el ejercicio muscular consiguiente á la fabricación de zapatos, á la locomoción en cuclillas, al ejercicio de sus funciones genitales, y por último, á la locomoción de pié ayudado de muletas. Esta gimnástica produjo indudablemente por vía refleja, una gran actividad circulatoria en la médula espinal, actividad que dió por resultado la desaparición de las lesiones de los elementos nerviosos, los que de seguro no

habían llegado á la degeneración completa, pues de lo contrario no hubiesen recuperado sus funciones.

No parece ser esta la única observación de afección medular crónica curada por la gimnástica, pues en el presente año WIENER ha referido el caso de una atrofia muscular progresiva, observado en el servicio del doctor SACHS, Profesor de Neurología y psiquiatría en el Hospital de policlínica de New York, curado bajo la influencia de ejercicios gimnásticos continuados sistemáticamente durante dos años.

Setiembre de 1896.

TRABAJOS EXTRANJEROS

LA FIEBRE AMARILLA

SU PATOGENIA Y TRATAMIENTO

POR EL

DR. MELLO BARRETO

(DE SAN PABLO, BRASIL)

(Conclusión)

El plexo renal, (gran simpático) tiene como se sabe, su origen en el plexo solar, se dirige directamente hacia el hileo del riñón, costeadando la arteria renal, se ramifica en la sustancia propia del riñón y también en el plexo supra-renal y acompaña á la arteria capsular inferior. Ese plexo, además de las ramas que recibe del plexo diafragmático inferior, está en contacto con los filamentos del nervio esplánico pequeño.

El plexo lumbar (par lumbar) de forma irregular, como se sabe, está colocado en el espesor y en la superficie del músculo psoas y emite ramas colaterales, que van á perderse en el músculo cuadrado de los lomos y sobre la faz anterior del muslo. Se distribuye por medio de sus extremidades termi-

nales en todos los músculos de las regiones anterior é interna de los muslos, á la parte anterior de las rodillas, á la parte interna de la pierna y del pié, presenta un gran número de ramas y de anastomosis, recibe en seguida una raíz de los dos ganglios simpáticos, los más próximos. Pues bien, este dolor que impropialemente se ha denominado *raquialgia*, no es más que una neuralgia de esos dos plexos principales. Perdóneseme esta digresión, y al hacer uso del tratamiento actual de la fiebre amarilla, debemos además en el primer período, favorecer la función renal comprometida por la enorme hiperemia del órgano, empleando grandes lavativas frías, el eucaliptus, las bebidas frescas en abundancia y se debe además añadir hielo con leche, á fin de que sea bien tolerada por el estómago.

Llamaremos la atención de los colegas acerca del peligro enorme que hay, en administrar digital, durante este período hiperémico del filtro renal, pues está turbado en el primer período de la fiebre amarilla. En esos enfermos, por lo tanto, es un medicamento extremadamente peligroso á causa de su acumulación durante el primer período y aún más en el segundo y tercero. En estos dos últimos períodos, durante los cuales los accidentes urémicos continúan y aumentan gradualmente, hacemos uso del régimen lácteo absoluto y añadimos á la leche agua de Vichy ó de Vals, lactosa y cafeína. Hacemos continuar las aplicaciones externas, principalmente los grandes baños fríos varias veces durante las veinte y cuatro horas y las fricciones secas sobre la piel, practicadas con cuidado.

El jaborandi y la pilocarpina son perjudiciales.

Cuando hay que luchar con los fenómenos cerebrales convulsivos ó ataxo-adinámicos, que como se sabe, indican un pronóstico casi fatal, recurrimos al hidrato de cloral, al bromuro de potasio y sobre todo á las sanguíjuelas aplicadas sobre las apófisis mastoi-

deas, cuya aplicación es de un gran valor para la forma comatosa.

Se puede observar, por lo que acabamos de decir, que según nuestra opinión, lo que aconsejamos es vencer á la uro-toxémia, hasta que dispongamos de una medicación causal, que suponemos ser el suero anti-estreptocócico.

III.

Si se quiere estudiar detalladamente, la uro-toxémia de los enfermos de fiebre amarilla, hay que hacer un parangón con otros estados mórbidos en que los fenómenos de la intoxicación del organismo se relacionen más ó menos directamente con los desarreglos funcionales y algunas veces con las alteraciones orgánicas de los riñones. ¡Qué seductora analogía entre las manifestaciones sintomatológicas que se observan en la eclampsia puerperal con el cuadro de los síntomas de la fiebre amarilla!

Y en la eclampsia, que se puede considerar como un estado de infección puerperal, según la alta concepción de mi ilustre colega el Dr. Oliveira Fausto, se puede ensayar el tratamiento por medio del suero anti-estreptocócico, puesto que los resultados brillantes obtenidos por la aplicación de ese agente terapéutico en la fiebre puerperal son conocidos hoy.

Veamos, de paso, lo que dice AUVARD relativamente á los síntomas de la eclampsia. Período prodrómico: Los prodrómos que faltan muy á menudo, existen con una frecuencia tanto mayor, cuanto que la enfermedad aparece más pronto en la puerperalidad; son, por lo tanto, más habituales en la eclampsia de la preñez, que en la del trabajo, y en la eclampsia del trabajo que en la del post-partum. Consisten en *cefalalgia frontal, con debilitamiento de la memoria y apatía intelectual, vómitos biliosos ó alimenticios, insomnios, agitación, malestar, vértigos, desva-*

necimientos pasajeros, á veces un lumbago prolongado.

Pero los tres principales prodromos que constituyen una especie de trinidad premonitoria son:

Las turbaciones de la vista (fatiga visual, velo, hemiopia, diplopia, ceguera completa.)

El dolor epigástrico (resultado de la dispnea.)

La dispnea (resultado de insuficiencia en el funcionamiento de los pulmones.)

"Oh! cómo sufro, qué es lo que me sucede, no veo: oh! cómo *sufro del estómago*, me ahogo!" exclamaba desde el principio de un acceso eclámptico, una enferma del Dr. CHARPENTIER, hasta ese momento en buena salud.

La *albuminuria*, puede igualmente ser considerada como uno de los prodromos más importantes de la eclámpsia, pero conviene separarla de los síntomas precedentes que son subjetivos, mientras que aquella es objetiva, y no puede ser constatada sino por el médico.

Auvard, estudia el período de estado, constituido por las *convulsiones* y en seguida el intervalo de los accesos, y afirma la existencia de tres tipos de la enfermedad.

1.º *Tipo ligero.* La enferma, después de haber vuelto en sí, queda en un estado de laxitud general y de indiferencia intelectual muy característica.

2.º *Tipo intermedio.* La vuelta en sí, es incompleta. Somnolencia que puede vencerse por medio de preguntas insistentes.

3.º *Tipo grave.* Coma completo.

Discurriendo acerca de algunos síntomas en particular, dice que lo más á menudo, la temperatura se eleva á 38 y 39 y que la albuminuria las más de las veces existe desde cierto tiempo, otras no se muestra sino durante el período de estado de la enfermedad, y por una excepción puede faltar completamente.

La muerte se produce unas ve-

ces, por el progreso de la intoxicación eclámptica, *la enferma muere envenenada*; otras veces y excepcionalmente durante el acceso mismo, por acceso y síncope; otras, por medio de una complicación, tal como la congestión, el edema pulmonar, el edema y la hemorragia cerebral, etc.

Entre las lesiones variadas se halla, la alteración frecuente, mas no constante de los riñones, presentando ya sea una simple hipermia, sea las diferentes lesiones de una nefritis reciente ó antigua. Y cuando AUWARD trata de las teorías patogénicas de la eclámpsia, se expresa del modo siguiente:

La teoría renal, que hace depender la eclámpsia, de un desarreglo en el funcionamiento del riñón, cuyo resultado sería la urinemia (retención de los productos que deben ser eliminados por la orina) expresa una gran parte de la verdad, pues que los síntomas que en la urinemia no puerperal se observan y la eclámpsia, presentan grandes analogías, sin embargo no satisface completamente el espíritu, por las tres razones siguientes:

1.º La apirexia es la regla en la urinemia y por el contrario la fiebre, en la eclámpsia.

2.º La secreción urinaria es á veces, aunque por excepción, normal en la eclámpsia, (eclámpsia sin albuminuria)

3.º Algunas veces la eclámpsia presenta una gran analogía con la ictericia grave (hepatitis parenquimatosa difusa) accidente cuyo origen no puede ser atribuido á la urinemia.

Entre las objeciones presentadas por AUWARD y que acaban de ser expuestas contra la teoría renal de la eclámpsia, la primera es la única que tenga alguna razón de ser y de alguna importancia.

Se le puede sin embargo destruir fácilmente y demostrar, que no está en manera alguna, en desacuerdo con la teoría renal, desde que sabemos que entre las formas va-

riadas de la urinemia, las hay, como la forma cerebral, la convulsiva, la torácica, que presentan entre sí la mayor diferencia, y que tienen sin embargo todas, la misma causa patogénica.

Uno tiene que reconocer que en la eclámpsia puerperal, la teoría renal es la sola que sea posible sostener.

El suero anti-estreptocócico debe tener una de sus aplicaciones más eficaces en la eclámpsia puerperal, desde que esa enfermedad es una de las modalidades de la infección puerperal (Doctor Oliveira Fausto), para la cual dicho suero es el agente terapéutico por excelencia.

IV.

En este momento podemos ya dar publicidad á los casos de curación de los dos primeros enfermos de fiebre amarilla que hemos atendido, sometiéndolos á la *medicación* actual, que aconsejamos en el curso de este trabajo, con el objeto de combatir la urotoxemia, hasta que dispongamos del suero anti-estreptocócico.

Son dos los enfermos atendidos y cuya curación hemos obtenido.

La terapéutica empleada, ha sido con el único objeto de combatir la infección úrica, consecutiva de la *nefritis infecciosa aguda*.

La cefalalgia supra-orbitaria intensa, la congestión de la cara, la mirada lánguida, el aspecto de un individuo ébrio, la inmensa sensibilidad á la luz, el marcado dolor epigástrico, los dolores lumbares que se extienden hasta los miembros inferiores, los dolores que se notaban en la nuca y en los miembros torácicos, la temperatura de 39,5 en uno de los enfermos y de 39 en el otro, la cantidad notable de albúmina en ambos, son los sín-

tomas que nos han impuesto el diagnóstico de fiebre amarilla.

Esos dos enfermos, fueron examinados también por nuestros ilustres colegas los Dres. Ribas y Moraes Dantas, inspectores sanitarios, que procedieron á la desinfección, con el mayor cuidado, y al aislamiento de los enfermos.

Hé aquí los agentes terapéuticos empleados en estos dos casos:

1.º En el caso de Noé, italiano, de cuarenta años, aplicación de doce sanguijuelas en la región de los lomos; en el caso de Pablo, italiano, de doce años, aplicación de doce sanguijuelas en la misma región.

2.º Grandes baños calientes, por espacio de diez minutos, cada dos horas.

3.º Administración de cincuenta centigramos de bi-sulfato de quinina, cada dos horas, y de una cucharada de una poción, conteniendo veinte gramos de tintura de eucaliptus, empleados alternativamente.

4.º Dieta láctea en absoluto, no tan sólo durante el período agudo de la enfermedad, sino también durante la convalecencia, hasta el completo restablecimiento de los enfermos, y procedemos así, porque la leche es el único alimento en condiciones de no perjudicar al estómago, *el noli me tangere*, de esos enfermos.

Mi muy ilustrado colega el Dr. Arturo Azevedo, me ha autorizado, dé publicidad á un resultado semejante que acaba de obtener sobre un turco José Hadedad, de 18 años, sometido por él al mismo tratamiento.

* * *

El gran interés que todo el mundo demuestra por esta cuestión, me ha inducido á publicar el resultado obtenido en esos dos enfermos de fiebre amarilla que acabamos de atender.

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES

por disminución de la nutrición, mediante las corrientes de alta frecuencia y la electricidad estática,

por el

DR. R. VIGOUROUX (1).

Con motivo de los hechos comunicados recientemente por el DR. ARSONVAL sobre este asunto, creo que debo precisar algunos de los puntos que se refieren á esta cuestión. Ante todo, es necesario recordar que la eficacia de la electricidad estática en el tratamiento de las enfermedades por disminución de la nutrición, es conocida hace largo tiempo. Por mi parte, desde muchos años atrás he insistido sobre la importancia capital de esta aplicación de la electricidad y he recomendado la electrización estática ó franklinización, como la medicación más apropiada y *aun específica* del artritisismo y de sus manifestaciones: reumatismo crónico, gota, diabetes, &c.

Cabalmente, he observado un caso de diabetes que presenta la mayor analogía con uno de los presentados por el DR. ARSONVAL. No se diferencia sino por una gravedad más acentuada y por cifras excepcionalmente elevadas. Se trata de un hombre de 38 años, atacado de paraplegia y de diabetes, á quien traté en 1888 en la Salpêtrière. El volumen de las orinas pasaba de 16 litros y la cantidad de azúcar de 16 20 gramos en 24 horas. Después de tres meses de tratamiento por la electrización estática, *sin ninguna otra medicación*, y con tres sesiones por semana, la paraplegia desapareció; el estado general y el aspecto del enfermo mejoraron notablemente, y las cifras de la orina y del azúcar se redujeron respectivamente á cuatro litros y trescientos gramos, es de

cir, la cuarta parte de su cantidad primitiva. Este hombre había sido tratado anteriormente por los métodos ordinarios sin resultado. Debo hacer notar que el número de las sesiones fué el mismo que en el caso del DR. ARSONVAL.

Lo que precede demuestra suficientemente que la aplicación de la electricidad al tratamiento de las enfermedades por disminución de la nutrición no es una novedad. Creo, pues, que no hay á este respecto una *nueva vía* abierta para la terapéutica, y que el empleo de las corrientes de Tesla no es sino una invocación de orden puramente técnico.

En cuanto á las propiedades físicas y fisiológicas de las corrientes de alta frecuencia, no poseemos aún sino hipótesis contradictorias, y según la expresión del DR. ARSONVAL, todo está aun por hacerse.

Hé aquí una razón para no admitir sin más amplio exámen las corrientes de Tesla en el arsenal terapéutico. Además, uno de los hechos observados por el DR. ARSONVAL suministra un motivo poderoso de reserva. En su enfermo obeso, en efecto, una enfermedad del corazón que había pasado desapercibida, se agravó bajo la influencia de las corrientes, á tal punto, que hubo necesidad de suspender el tratamiento primero, y de abandonarlo después del todo.

Este accidente prueba, sin duda, que la acción fisiológica de las corrientes de alta frecuencia es de las más enérgicas; pero, si quedara establecido que estas corrientes no pueden emplearse sin peligro cuando existe una afección orgánica del corazón, su utilidad en el tratamiento de las enfermedades por disminución de la nutrición se limitaría mucho; pues precisamente en estas afecciones es en donde son más frecuentes esas lesiones, ya comprobadas ó nó.

En este terreno, la comparación re-

(1) Traducido del periódico *La Revista Internacional de Electroterapia*

sulta completamente á favor de la electricidad estática, cuya acción inmediata sobre la circulación es apenas sensible, y por eso, las afecciones orgánicas del corazón no son una contraindicación para su empleo. No solo es bien tolerada la franklinización por los cardíacos sino que les es útil por la modificación que imprime al estado diaté-sico.

En resúmen, la electricidad estática se emplea desde hace tiempo con buen éxito en las enfermedades por disminución de la nutrición, y su inocuidad es absoluta.

No hay actualmente motivo alguno para reemplazarla por las corrientes de alta frecuencia, que obran en condiciones físicas y fisiológicas mal definidas y que no están libres de peligró.

REVISTA DE LA PRENSA

H. Morinaga.

EL ARTE DE LA MUERTE APARENTE
Y DE LA RESURRECCIÓN EN EL JAPÓN.

La France Médicale, 1896.

En un interesante artículo, el autor establece que existía en las edades feudales del Japón, un arte militar consistente en atacar y defenderse sin hacer uso de armas. Este arte podía ser introducido hoy como medio de excelentes ejercicios físicos. Comprende varias partes, de las cuales las más curiosas son: el arte de causar la muerte aparente y el arte de hacerla desaparecer. Sin disertar sobre la explicación fisiológica de la muerte, se puede decir que ella resulta de la suspensión completa de las funciones respiratorias y circulatorias. Si esta suspensión no es definitiva, se puede—por medios apropiados—volver al estado normal á la persona que la sufre.

Un capítulo del antiguo tratado del arte militar de que nos ocupamos, enseña medios variados para

producir la muerte aparente, según métodos bien definidos, y el arte de atacar el cuerpo de un adversario en las regiones donde se pueda—con más facilidad—suspender momentáneamente la vida por un simple puntapié, una fuerte compresión, un golpe ó la estrangulación. Como armas de ataque, se servían de la extremidad anterior ó de la planta del pié, del puño, del codo, de la rodilla, del borde de la mano para dar un golpe, de las dos manos para la compresión. El adversario se defendía con el puño, se resguardaba con la mano, cogía de improviso á su enemigo, cambiaba rápidamente de lado, etc. Los puntos especialmente atacados eran: la sutura cerebral en la unión de las suturas frontales y parietales, donde un golpe puede con facilidad determinar la pérdida del conocimiento; el séptum nasal; las regiones temporales; un punto situado debajo de la nariz; otro debajo de la oreja; la región anterior del cuello debajo de la laringe; el centro de la línea del esternón; los dos puntos situados inmediatamente debajo de las glándulas mamarias; un punto situado debajo del apéndice xifoides; un punto situado cerca de la extremidad de la duodécima costilla del lado derecho; además, otro situado debajo de la duodécima costilla izquierda, encima del bazo y del estómago; el tendón de Aquiles. En fin, golpes dados sobre los testículos, puñadas y puntapiés encima de los dedos gordos de los piés, pueden determinar la pérdida del conocimiento.

Para sacar al sujeto del estado de muerte aparente se empleaban varios métodos. El primero consistía en colocarse detrás del paciente y sentarle, sosteniéndole por las espaldas, al mismo tiempo que le colocaban sus manos de cada lado, del pecho, de manera que los dedos se juntaran al nivel del apéndice xifoides. En esta actitud el operador, por medio de movimientos de levantamiento, practicaba una especie de respiración artificial. Un segundo método, señalado

por MORINAGA, no es más que una variante del anterior. Un método llamado de GERI-KAPPO consistía, después de sentar al hombre privado de conocimiento, en percutir el lado derecho del pecho, en friccionar desde la cabeza hasta el abdomen, lo mismo que los dos lados de éste, y en hacer ejecutar algunos movimientos al tronco y a la nuca.

Un procedimiento original consistía, en extender al paciente en el suelo, ponerse á horcajadas sobre la parte inferior del abdomen y golpearle las paredes del pecho con la palma de la mano derecha. Si el paciente estaba muy privado de la cabeza, se le colocaba un cono de madera entre las mandíbulas para evitar las mordeduras de la punta de la lengua; se le colocaba la cabeza en una posición declive, en fin se hacían ejecutar á los miembros superiores movimientos adelante y atrás con oscilaciones circulares.

En el método de UVA-KATOU, el paciente inanimado era extendido con la cara contra la tierra, el operador se sentaba á horcajadas sobre él, golpeaba varias veces el dorso y después, ejercía fuertes presiones con los pulgares á cada lado de la quinta vértebra lumbar.

Quizá la indicación de estos procedimientos sea de alguna utilidad, dados los continuos progresos del Foot-Ball entre nosotros.

P. Le Damany.

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS INFANTILES.

La Presse Médicale. 1896.

Es un capítulo de Terapéutica muy complejo el de las diarreas infantiles. Muy variables en su causa, su naturaleza y sus formas clínicas, ellas son igualmente susceptibles de tratamientos diversos, de los cuales vamos á compendiar los más importantes.

Nada es tan cierto, como que una buena higiene es el tratamiento profiláctico por excelencia. "Yo he visto muchas veces, dice VARIOT, criaturas amamantadas regularmente, viviendo en piezas bien alumbradas, bien ventiladas, con una temperatura de 16° á 20°, que verifican paseos cotidianos al aire libre cuando el tiempo no es muy riguroso y tenidas con mucho aseo, llegar á la edad de siete ú ocho meses, hasta la dentición, sin presentar fenómenos intestinales que merezcan llamar la atención."

La lactancia por una buena nodriza tiene una importancia capital, pues, "criar niños con suceso sin el socorro del pecho es, como lo ha dicho GUENIOT, un verdadero arte, para el ejercicio del cual los buenos artistas hacen falta."

En el caso que la lactancia natural sea imposible, debe recurrirse á la leche esterilizada con ayuda de uno de los numerosos aparatos destinados á este uso, el de GENTILE por ejemplo, que es á la vez simple y práctico. El depósito para beber debe igualmente asearse con el mayor cuidado y, después de cada mamada, pasado al agua hirviendo. El depósito más simple es el mejor; el galactóforo presentado por M. BUDIN á la Sociedad de Obstetricia y de Ginecología, reúne todas las condiciones requeridas. Solamente al fin del segundo semestre la alimentación mixta es aconsejada, y, hacia los diez y ocho meses se podrá destetar al niño progresivamente.

Pero, á pesar de todas estas precauciones, y sobre todo cuando ellas no son observadas, se pueden ver sobrevenir al niño diarreas de intensidad variable y con frecuencia suficientes para determinar la debilidad general de su organismo.

Los medicamentos antidiarreicos más importantes, son: el opio, los astringentes, los antisépticos, los polvos inertes. El opio es en el niño excesivamente activo, por lo que debe cuidarse su acción. El Dr. J. SIMON, que tiene por este

agente terapéutico predilección muy marcada, aconseja dar en las 24 horas tantas gotas de láudano de Sydenham como años tiene el niño: media gota á los de seis meses, una gota á los de un año, etc. Parece particularmente indicado en las diarreas apiréticas, no infecciosas, y muy en especial, en la lienteria y las diarreas crónicas, tuberculosas por ejemplo. Disminuye las secreciones gastro-intestinales y provoca la paresia de los planos musculares del intestino.

Los astringentes y en particular, el tanino y los vegetales que le contienen, deberán ser administrados en las diarreas benignas ó en las formas graves, como adyuvantes de los otros medicamentos. El tanino (10 á 30 centigramos en pil-doras), el extracto de ratania (50 centigramos á 3 gramos), el cachunde (4 á 20 gramos en tintura), el colombo, el guarana, etc., constituyen, con el percloruro de fierro (que no debe jamás asociarse al tanino) los principales astringentes. El nitrato de plata se prescribe en lavativas (5 centigramos por 100 gramos de agua hervida) contra las lesiones del intestino grueso. Los polvos inertes juegan un gran papel en la terapéutica de las diarreas infantiles: su empleo es cómodo, exento de todo peligro y sobre todo, eficaz.

El bismuto, empleado especialmente bajo la forma de sub-nitrato y de salicilato, está en primera línea. Actúa á la vez como polvo inerte, como anti-ácido y como absorbente. Destruye la acidéz exagerada de las secreciones intestinales y estomacales, y absorbe los gases del intestino que favorecen, segun ciertos autores, la producción de la diarrea. El hidrógeno sulfurado le trasforma en sulfuro de bismuto, que produce la coloración negra de las deposiciones.

Los principales sucedáneos del bismuto, son la cal y sus sales. El agua de cal que se dá al interior á la dosis de 10 á 60 gramos, la creta preparada (1 gr. por día), los fosfatos de cal ácido y tribásico, son generalmente empleados.

Entre los antisépticos intestinales hay que colocar en primer rango al ácido láctico, aconsejado por HAYEM, que es especialmente eficaz en la diarrea verde de los niños: parece que actúa, haciendo al contenido del intestino impropio para el desarrollo del bacilo de esta diarrea. La solución al 2 por 100 es administrada á la dosis de diez á veinte cucharadas de café, dadas de media en media hora, en el intervalo de las mamadas.

El calomel en las diarreas infecciosas, acompañadas de fiebre, actúa á la vez como purgante y como antiséptico: evacua el contenido del intestino, rico en toxinas, y se opone al desarrollo de los microbios en el tubo intestinal. Los más importantes de los otros antisépticos son: el betol, el salol, el benzo-naftol, del cual se puede administrar 50 centigramos en los niños de un año. La naftalina ha sido preconizada por BOURGES y, á la dosis de 25 centigramos por día en un niño de un año, puede ser muy útil. Al lado de estos medicamentos, existen otros cuyo empleo juicioso puede ser de gran auxilio en los casos en que los precedentes no hayan producido los resultados deseados.

Asociado al lavado del recto, el lavado del estómago realizado con agua hervida, agua boricada, agua de Vichy, agua salada á 1 gr. por 200, ha dado excelentes resultados— notables en manos del Sr. profesor GRANCHER. Por este método, el tubo digestivo es mecánicamente desembarazado de las sustancias mal toleradas y de los productos tóxicos que contiene.

Pero, además de las perturbaciones intestinales, hay que tener en cuenta las perturbaciones del estado general.

Cuando la fiebre es viva, los baños fríos producen por resultado bajar notablemente la temperatura. Cuando, al contrario, hay tendencia al colápsus, los baños calientes sinapizados, las cataplasmas sinapisadas, las fricciones excitantes sobre el abdomen y sobre todo el cuerpo, son especialmente

indicadas. Al mismo tiempo, se emplearán las inhalaciones de oxígeno, las inyecciones de éter, de caféina por la vía hipodérmica, y se prescribirán bebidas alcohólicas.

Para remediar la deshidratación de los tejidos producida por la diarrea, se ha indicado practicar inyecciones sub-cutáneas de suero artificial de M. HAYEM:

R.

Agua esterilizada.... 1 litro

Sulfato de soda..... 10 gramos

Cloruro de sodio..... 5 —

Estas inyecciones serán practicadas de preferencia, en el tejido celular de la cara externa del muslo ó de la pared abdominal. El suero deberá ser calentado á la temperatura de 38 á 40 grados, y cada inyección deberá ser de 50 á 100 gramos. Añadiremos que en todos los casos de enteritis aguda, la dieta hídrica es un poderoso adyuvante de todos estos métodos de terapéutica antiséptica, porque ella suprime la introducción en el tubo digestivo de sustancias alimenticias fermentescibles, tales como la leche, etc.

Cuando la diarrea no es más que un síntoma más ó menos importante de un estado general infeccioso ó discrásico, es evidente que los esfuerzos del médico deben tender, ante todo, á combatir dicho estado general: sulfato de quinina contra el paludismo, preparaciones mercuriales y ioduro de potasio contra la sífilis hereditaria, etc.

Hay, en fin, diarreas en el niño, lo mismo que en el adulto, que se deben respetar, tal es la diarrea urémica, debida á la eliminación de las sustancias tóxicas que se acumulan en el organismo por consecuencia de la insuficiencia renal.

M. Crocq (fils).

LA ACROCIANÓSIS.

Revue de Psychiatrie et de Neurologie et Hypnologie. No. 8, agosto de 1896.

* Ante el Congreso de médicos alienistas y neurologistas reunido en

Nancy del 1.º al 6 de agosto del año actual, ha dado á conocer M. CROCC (fils), de Bruxelles, este notable síndrome clínico.

El síndrome á que doy, dice, el nombre de acrocianosis no es ni la enfermedad de Raynaud, ni el edema azul de Charcot, aun cuando se aproxima por algunas particularidades á estas dos afecciones. He observado dos casos típicos en dos jóvenes histéricas.

Mientras que la cianosis de Raynaud se manifiesta por un acceso seguido de un periodo de reacción, y se acompaña de dolores con frecuencia muy vivos, mientras que favorece también la producción de flictenas y de gangrenas, y produce la abolición de la sensibilidad cutánea de las partes atacadas, la acrocianosis es permanente, dá lugar á dolores poco intensos, no se acompaña de síncope local, no provoca la aparición de gangrena, ni de flictenas y no produce abolición ninguna de la sensibilidad.

Y en tanto que el edema azul de Charcot se caracteriza por una cianosis con edema que acompaña á una parálisis, una paresia ó una contractura, y dá lugar á dolores muy intensos, la acrocianosis al contrario se presenta sin edemas, sin parálisis, sin paresia, sin dolores bien intensos. La enfermedad de Raynaud, como el edema de Charcot y como la acrocianosis, reconocen todas tres por causa perturbaciones de los centros nerviosos, pero la última me parece que es más especialmente, un fenómeno histérico vaso-motor.

MEDICINA PRÁCTICA

Medio de hacer abortar el acceso de asma.

Se sabe que frecuentemente, el acceso de asma tiene por punto de partida una excitación cualquiera de origen nasal que repercute sobre el bulbo y produce así, por vía refleja, el espasmo de los músculos inspiradores. Inversamente,

una excitación un poco viva de la mucosa nasal puede determinar un efecto inhibitorio sobre los centros bulbares y hacer cesar así el acceso de asma. Sobre esta particularidad, están basados muchos métodos terapéuticos del acceso de asma, consistiendo uno de los últimos—de que nos hemos ocupado ya—en aspirar agua de Colonia.

Hé aquí una fórmula bien simple de un polvo recomendado con este objeto por el Dr. Raguít, de Châtellerault (Viena) que lo ha experimentado con éxito en sí mismo:

Tabaco de sorber.....	5 gramos
Alcanfor.....	5 —
Mentol.....	0.15

Estas dos últimas sustancias deben ser reducidas á polvo fino y se hace la mezcla de todas con cuidado.

En el momento que se experimentan los prodromos del acceso de asma, se aspiran por cada nariz una ó dos pizcas de este polvo de cuarto en cuarto de hora ó de media en media hora. Se produce ordinariamente una irritación bastante fuerte de la mucosa nasal, con estornudos y secreción abundante. Se vé, entonces, casi siempre abortar el acceso de asma. — *Revue de Thérap.*

(La Revue Médicale.)

* *

Nuevo tratamiento de las hemoptisis graves en la coqueluche infantil.

Entre los accidentes que pueden sobrevenir durante el curso de una coqueluche se encuentran, rara vez es verdad, las hemorragias.

Estas hemorragias, dice el Dr. Baratiers, Médico-Inspector de las escuelas primarias del Aube, pueden tener su origen en las fosas nasales, en la faringe, alguna vez en la región laríngea.

Acontece algunas veces estar en presencia de una hemorragia pulmonar; esta hemorragia es poco frecuente con relación á las mencionadas ántes.

Es en los sugetos débiles, linfáticos ó anémicos, predispuestos á la tuberculosis adquirida ó hereditaria, que se presentan estos casos anormales.

En la coqueluche, estas hemorragias pulmonares pueden causar la muerte del niño casi inmediatamente; sin embargo, no siempre sucede esto felizmente.

En una epidemia reciente de coqueluche he registrado 127 casos en los que he tenido algunos ejemplos de hemorragias pulmonares.

Como medio terapéutico, yo he empleado con éxito el alcohol bromoformado al milésimo. Este tribromuro de formila diluido en el alcohol es un antibacilar enérgico, al mismo tiempo que un anestésico activo; su acción sobre los bronquios es, pues, de una eficacia notable.

Estas inhalaciones bromofórmicas tienen por resultado no solamente detener casi súbitamente la hemorragia, sino también detener á continuación de una manera particular la evolución de la coqueluche; las inhalaciones han sido practicadas, algunas horas después de la hemorragia primitiva, durante cinco minutos cada dos horas, en el espacio de dos días. En once casos de hemorragias pulmonares tratados al mismo tiempo y por el mismo método, durante la epidemia indicada, he obtenido nueve curaciones inmediatas.

(*Journal de Clinique et de Thérapeutique Infantiles*).

* *

Posología infantil.

El *exagonium purga*, convolvulacea, trepadora de México, cuyo principio activo es una resina compuesta de jalapina y convolvulina, es un purgante hidragogo muy enérgico y hasta irritante, que actúa sobre todo después de su disolución en los principios de la bilis.

Se administra á los niños:

(1) *Extracto*. — Un centigramo por año de edad á partir de cinco años (*anasarca*).

(2) *Polvo*.—Cinco á diez centigramos por año de edad (crescendo)—en un biscuit.

Para atenuar el efecto se le asocia al crémor, á la magnesia, al calomel ó al sulfato de soda, 8 á 10 gramos:

a).

Jalapa pulv.	{	aa.
Escamonea	{	0. 20.
Crémor tártaro	{	aa.
Azúcar á la vainilla	{	0. 40.

b

Polvo de jalapa	{	aa.
Crémor tártaro	{	
Magnesia.	{	0. 25

para una dosis (de una á dos).

(3) *Tintura*.

—De uno á diez gramos, por término medio 1 á 2 gramos por año de edad:

a).

Tintura de jalapa.	2 á 4 gr.
Jbe. de nerprun.	10-
Limonada cítrica	80-

(Duj.-Beaumetz et Ivón).

En 4 partes por la mañana (anarsarca).

DR. H. DAUCHEZ.

FORMULARIO

Prostatitis.

Ictiol.....	0.60 á 0.75
Manteca de cacao..	2 gramos
Iodoformo.....	0.01 á 0.05
Supositorio n.º 1.	

Apliquense dos al día: uno en la mañana, despues que el enfermo haya defecado, el otro en la noche antes de acostarse.

Influenza.

Salicina.....	1.20
Salicil. soda.....	2 —
Fenacetina.....	1 —
Jbe. de goma.....	{ aa.
Agua dest.....	{ 30 —
Ac. de gualtheria	XV gotas
M. — Dos cucharaditas	cada 2 horas.

Rinítis catarral de los niños.

Mentol.....	{ aa.
Cocaína.....	{ 0.10
Acido bórico.....	3 —
Vaselina.....	30 —
M.	

Neuralgia ciática.

Tintura acónito ...	{ aa.
— de semillas	{
de colchico	{ p. ig.
Tintura acónito....	{
— actea race-	{
mosa.....	{

M. — Seis gotas cada seis horas.

Purgante salino.

Magnesia calcinada.....	6 gr.
Jbe. goma.....	{ aa.
Jbe. azahar.....	{ 15 gr.
Ag. dest. menta.....	30 —

Para tomar en dos veces con 15 minutos de intervalo.

Epístaxis rebelde al taponamiento.

Sublimado.....	0.06 gr.
Ac. clorhídrico medici-	{
nal.....	{ aa.
Tint.de cannabis indica	{ 8 gr.

Ergotina.....	2 —
Jbe. simple.....	30 —
Inf. de quassia amara...	225 —

Para tomar tres cucharadas diarias en un vaso de agua.

Hemorróides procidentes.

Ext. de Krameria.....	75 cg.
Ext. de belladona.....	40 —
Clorhidrato cocaína.....	15 —
Ungüento popúleum	40 gr.

(Tribune Médicale.)

Hemoptísis

(M. DEGUEY).

En las hemoptísis ligeras, á repetición, de los tuberculosos, puede

emplearse con ventaja y por algun tiempo:

Acido gálico. 0. 10.

Para una píldora. Tres á cinco por día, según las indicaciones.

Se puede usar la fórmula de GUBLER:

Ac. gálico — 2 gramos

Ergotina. — 1 —

Para 20 píldoras. Cinco por día, término medio.

O la formula de CAPITÁN:

Ergotina Bonjean — 2 gramos

Acido gálico — 0. 50

Jbe. de trementina— 120 —

Una cucharada cada hora.

En las hemoptísis graves, provenientes de la ruptura de un aneurisma de Rasmussen:

Acido gálico. — 0. 10

Ergotina } aa.

Polvos de ipéca. } 0. 05

— de digital. } 0. 01

Para una píldora. Cinco ó seis por día y aun más si fuese necesario.

O tambien:

Acido gálico. — 0. 10

Sulfato de quinina. } aa.

Ergotina. } 0. 05

Extr. de opio 0. 01

Para una píldora. Cinco por día. (*Journal des Praticiens.*)

Ioduro de potasio en píldoras.

(LANG).

Ioduro de potasio 10 gramos

Azúcar de leche. 5 —

Lanolina. 3 —

Para hacer 50 píldoras.

Estas píldoras son poco irritantes, pero vale más no tomarlas en ayunas y hacerlas seguir de la ingestión de una gran cantidad de líquido ó tomarlas en las comidas.

(*La France Médicale.*)

CRÓNICA

Concurso de Médicos.—Como teníamos ya anunciado, las pruebas á que debían sujetarse los opositores al puesto de Médico de los Hospitales, con motivo de la vacante ocurrida en un departamento del Hospital "Dos de Mayo", se llevaron á cabo en el referido hospital con la mayor estrictez.

El Jurado elegido por la Beneficencia por sorteo, fué constituido por los DD. Ganoza Manuel R. Barrios Manuel. C., Quiroga José M., Carranza Luis y García Samuel, verificando los opositores individualmente en presencia de él un exámen clínico á la cabecera del enfermo, disertando libremente sobre lo relativo al diagnóstico, pronóstico y tratamiento, es decir, que hacían la relación verbal del caso clínico que acababan de observar.

Después de tres días de labor, ante un auditorio numerosísimo formado no solo de médicos y de estudiantes de medicina sino también, de particulares atraídos naturalmente por la amistad ó por la novedad de la actuación, el Jurado después de la calificación y regulación de las pruebas de este concurso médico, declaró terminados sus trabajos, proclamando al Dr. D. Manuel A. Velásquez como Médico Titular del Hospital "Dos de Mayo", por haber obtenido el calificativo mayor.

Para nosotros es motivo de justa satisfacción el hecho de que nuestro joven compañero, Catedrático adjunto de la Facultad, miembro de la Sociedad Médica "Unión Ferdinandina" y Redactor de LA CRÓNICA MÉDICA, haya merecido el honor de tal nombramiento para el cual se encontraba ya preparado es verdad, por una asidua práctica en el hospital de Santa Ana, como médico auxiliar y por sus conocimientos profesionales.

Nuevos canges.—Agradecemos su primera visita á nuestros estimables colegas que enseguida

anunciamos, á la que correspondemos con el mayor placer y satisfacción:

ANALES MÉDICOS GABITANOS. Periódico de Medicina, Cirujía, Farmacia y Ciencias auxiliares, sucesor de la *Crónica Oftalmológica* y de la *Gaceta Médica*. Director: Excmo. é Ilmo. Sr. D. Cayetano del Toro y Quartiellers. Año XIV, No. 1.

REVISTA MÉDICA RURAL. Publicación científica y de intereses profesionales, compuesta y organizada por los licenciados E. Alabern y M. Balvey. Año I. No. 1.

LA TRIBUNA MÉDICA. Revista francesa de medicina. bi-mensual, edición española. Redactor en Jefe: J.-V. Laborde, de la Academia de Medicina, Director de los trabajos fisiológicos de la Facultad de Medicina de París.

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y FARMACIA de Panamá (Colombia.) Director propietario: Dr. José E. Calvo. Año I. Nos. 1 y 2.

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN. Año VIII, entrega 1.^a, setiembre 4 de 1896. Agente general, D. José Velásquez García.

EL RESÚMEN MÉDICO FARMACEUTICO de Barcelona. Año III, número 1, setiembre 1.^o de 1896. Revista quincenal dedicada á toda clase de asuntos relacionados con las ciencias médicas. Directores: Dr. Casallachs y José Cartagena.

REVUE DE PSYCHIATRIE, DE NEUROLOGIE ET D' HIPNOLOGIE de París. Recueil des travaux publiés en France et á l' étranger. Nos. 4, 5, 6, 7, y 8.

ARCHIVES DES SCIENCES BIOLOGIQUES publiées par l' Institut Impérial de Medicine Expérimentale á St.-Pétersbourg. Tome IV, número 4. Los ARCHIVOS se publican en dos lenguas: en ruso y en francés.

EL VALLE DE CHICAMA, publicación semanal político-noticiosa que se edita en Ascope (Trujillo).

Números 6, 7, 8 y 9.

Curso de Laringología y Rinología en la Facultad de París.—El Sr. Ministro de Instrucción Pública de Francia solicitó oportunamente del Congreso una partida en el presupuesto con el fin de atender á la creación de un curso anexo de *Clínica de las Enfermedades de la nariz y de la laringe* en la Facultad de París; dicho crédito acaba de ser votado por ambas Cámaras Legislativas y surtirá sus efectos á partir del 1.^o de noviembre próximo.

Catedrático de Clínica interna.

La Facultad de Medicina de París ha nombrado, á solicitud, del profesor del curso de Nosografía Médica Dr. DIEULAFOY, médico del hospital Necker. Catedrático de Clínica Médica á dicho señor Profesor.

Vino en tabletas.—Decididamente los inventores tienen una fertilidad de imaginación inconcebible. Un ingeniero acaba de encontrar el medio de preparar lo que él llama un *concentrado de plantas vinícolas, el mejor de todos los productos para obtener un vino exquisito.*

Basta tomar dos tabletas de 3 francos 50 céntimos cada una, para obtener 110 litros de lo que el prospecto presenta como vino natural, de aroma agradable y sin rival para refrescar los vinos ligeramente averiados.

Apenas necesitamos decir que esta invención está privilegiada, que su marca de fábrica está depositada y que ya ha obtenido, según anuncia el prospecto, dos medallas de oro de 1.^a clase.

AVISO.

Desde el 1.^o de enero de 1897, la Administración de LA CRÓNICA MÉDICA DE LIMA suspenderá el envío de la publicación á los SS. suscriptores y Agentes que no hayan satisfecho aun sus créditos pendientes.