

LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina".

AÑO XIV }

LIMA, ABRIL 30 DE 1897.

{ N.º 200

TRABAJOS NACIONALES

REVISTA DE ENFERMEDADES

MENTALES Y NERVIOSAS.

SUMARIO.—Responsabilidad de los Directores de los Manicomios.—Abusos en el empleo del Bromuro de potasio.—La reeducación de los movimientos en el tratamiento de la ataxia tabética.—La reeducación del lenguaje en la afasia.—Valor diagnóstico y terapéutico de la punción lumbar.—La nevada de Arequipa y las neurosis atmosféricas.

Los Tribunales de Roma acaban de resolver favorablemente un curioso caso de responsabilidad profesional, iniciado contra uno de los más notables siquiátras de Italia, el Profesor Bonfigli, director del Manicomio de Roma, al que se le imputaba la responsabilidad de la muerte del marqués Berardi, Presidente del Consejo Provincial de la ciudad eterna, asesinado por un loco que trabajaba en la dependencia agrícola del establecimiento, valiéndose de un instrumento de trabajo.

Accidentes tan deplorables como este, que se repiten en todos los asilos del mundo, no pueden ser materia de responsabilidad criminal por parte de los directores y aún empleados de un manicomio, que obedecen los preceptos científicos al tratar á los enagenados por el *no-restraint* más ó menos atenuado.

Tampoco pueden invocarse como argumento decisivo contra este sistema de tratamiento moderno, los accidentes debidos más bien á la imprudencia ó al descuido.

Mucho se ha abusado y se abusa de los bromuros. Se emplean á ciegas, obedeciendo á las indicaciones más opuestas y absurdas, sin tener en cuenta la dosis, ni cuidar de la pureza del producto. Este agente farmacéutico se ha convertido en una *panacea* nerviosa, de cómodo empleo, y con su aplicación empírica se cree ocultar los más lamentables y crasos errores de diagnóstico.

Años ha que Maudsley sostenía que, en el tratamiento de las enfermedades mentales y nerviosas, los bromuros y el cloral habían causado más daños que beneficios. Y cuanto más se conoce su acción menos se comprende su creciente consumo.

Por razones que no son del resorte del médico es lo cierto que, en la actualidad, es casi imposible conseguir en el comercio un bromuro químicamente puro. Los accidentes del bromismo son más precoces y muchas veces la desinfección intestinal, propuesta por Feré y otros, es insuficiente para contrabalancear los efectos tóxicos del bromuro impuro. Para poder mantener en toda su intensidad un tratamiento bromurado es necesario consumir bromuros quí-

micamente puros, como se hace en nuestro Manicomio, pues no solo se busca la pureza química de ese producto, sino también la de los yoduros, etc. Las mismas especialidades tan caras, no siempre ó mejor dicho casi nunca son intachables.

Esta impureza de los bromuros que se emplean, quizá explica la timidez en las dosis, generalmente empleada.

Si se pasa á otro orden de hechos, nunca se puede lamentar suficientemente la aplicación ciega que, de este producto, por ejemplo, se hace en la Neurastenia, la enfermedad del siglo, tan común entre nosotros y cada día más frecuente. Se consigue así agravar el estado del paciente, aumentando la intensidad y grado de su anemia, y provocando la pérdida de memoria, debilidad del oído y de la vista, somnolencia, erupciones cutáneas, incertidumbre en la marcha, trastornos gastro intestinales, etc. No puede, pues, ser mas nociva esta influencia.

El uso de los bromuros debe ser muy limitado en los enfermos de los aparatos digestivo y respiratorio y más especialmente en los casos, como por ejemplo en las afecciones renales, en los cuales hay un obstáculo mecánico para su eliminación.

En las enfermedades de las vías urinarias es también contraindicado el uso de los bromuros, debiendo siempre tenerse muy presente su lenta eliminación, pues hasta tres semanas después de suspendido el uso de los bromuros se encuentran aún trazos en la saliva y en la orina.

Por regla general, son bien limitadas las indicaciones de los bromuros en las afecciones mentales y en las afecciones nerviosas.

Su uso caprichoso explica los sucesos diarios.

—

Los accidentes debidos á la Tabes dorsalis son tan frecuentes que justifican el interés creciente por conocer el vastísimo número de

medios terapéuticos empleados para combatirlos. Después del tratamiento mercurial, el primero en importancia según Erb, como habrán visto los lectores de "La Crónica Médica." entre tantos sistemas terapéuticos; después del tratamiento por los extractos orgánicos, del tratamiento termal, del hidro-terapéutico y entre estos el de Kneip(!), del electro-terapéutico, del masaje, del de Laugenbach (distensión del nervio), del de Mutschkocowski (suspensión), del ortopédico, etc. ninguno parece más racional y más halagador que el de Fraenkael, ó sea el de la reeducación de los movimientos por medio del ejercicio, cuyo fundamento científico bien lo enuncia su autor, cuando dice "una de las propiedades fundamentales del tejido nervioso es retener las impresiones que recibe y cuando estas impresiones son recibidas frecuentemente se efectúa un cambio permanente en el aparato nervioso."

El Dr. Bettman, realizando un viaje médico en la Suiza, tuvo ocasión, en Heiden, de encontrar y acompañar por varias semanas á Fraenkael mismo, observando diariamente la aplicación de su método para tratar la ataxia locomotriz debida á la tabes dorsalis, y ha publicado los resultados en "The Journal", de Chicago.

El descubrimiento del método fué casual. Trataba de enseñar á un tabético la práctica de un movimiento y por *propia* iniciativa el enfermo lo repitió en su casa. Sorprendido del alivio en su segundo examen Fraenkael se convenció de que era debido á la repetición de los movimientos. Así se explica la sorpresa de un conocido profesor de enfermedades nerviosas, hace algunos años, que inadvertidamente se valió de un tabético para demostrar la práctica de un movimiento en una lección público; y este, poco después, en un momento dado, por causa de la práctica constante á que se dedicó, pudo repetirlo y realizarlo perfectamente, como no lo esperaba el conferenciante.

La coordinación solo se adquiere después de largo tiempo de práctica. Todos los movimientos del cuerpo son aprendidos. La armónica acción de los músculos es regularizada por los sentidos, especialmente el de la vista y el llamado sentido muscular.

Según Fraenkael para la realización de un movimiento coordinado es necesaria la idea clara del acto, el esfuerzo voluntario para cumplirlo y la conciencia de haberlo efectuado. Por una serie de ejercicios graduados, poniendo en juego ciertos grupos de músculos, se pueden estimular los centros nerviosos en los que se originan estos movimientos, haciéndose así la verdadera *gimnástica cerebral*. En la gran mayoría de los casos cuando no hay entera destrucción de las fibras corticales de asociación motriz y existen algunas fibras intactas, su gimnástica metódica puede hacer revivir la intensidad de su acción.

Fraenkael distingue tres clases de movimientos: 1.º contracciones simples de los músculos ó sea extensión y flexión de los dedos, etc.; 2.º movimientos coordinados simples, más complicados que los anteriores, como por ejemplo los distintos cambios de posición y relación de los dedos de las manos y los pies; y 3.º movimientos coordinados complejos, como por ejemplo escribir, dibujar, etc.

Los ejercicios se hacen en la cama ó fuera de ella.

En la cama se obliga al paciente, teniendo en cuenta su fuerza, sin exigirle un exceso de trabajo, á flexionar y extender cada miembro, así como á verificar los movimientos de adducción y abducción. Este ejercicio puede repetirse con los dos miembros á la vez. En seguida el paciente debe colocar el talon de un pié sobre el dedo grueso del otro y viceversa; ó el mismo pié, sobre la rodilla del otro miembro inferior, etc. Estos movimientos deben practicarse lentamente, alternativamente con uno y otro miembro ó con ambos, con

los ojos abiertos ó cerrados, sin prolongarlo; más de media hora. Se levanta la moral del enfermo y así puede sobreponerse á los síntomas neurasténicos y á la desconfianza que complica la ataxia de la tabes. Una vez que el paciente ha recobrado la fe en su propia fuerza es necesario ayudarlo en el combate manteniéndole viva su esperanza en el éxito favorable.

Los ejercicios fuera de la cama pueden repetirse dos veces en el día, con media hora de duración cada vez, y son:

1.º Colocado el paciente de pié, delante de una silleta, con los talones unidos, se le obliga á sentarse lentamente y á ponerse en seguida de pié, lentamente y sin apoyarse en un bastón, pero manteniéndose á su lado dos personas para inspirarle confianza.

2.º Una vez parado el paciente, con un pié medianamente separado del otro, se le ordena que vuelva á su posición natural primitiva, pudiendo hacer uso, en los primeros ensayos, de un bastón. Este mismo ejercicio se hace colocando el otro pié adelante.

3.º El paciente caminará lentamente y con mesura tres pasos hacia delante, procurando hacerlos iguales.

4.º El paciente parado, un pié delante de otro, con los brazos cruzados, debe flexionar sus rodillas é inclinarse lentamente hacia adelante.

5.º El paciente en la posición número dos debe avanzar un paso y retornar á su original postura, poniendo el pié un paso delante del otro. Este ejercicio usualmente es muy dificultoso, pues requiere gran equilibrio.

6.º El paciente debe caminar lentamente, con mesura, veinte pasos hacia adelante, procurando hacerlos iguales.

7.º El paciente debe realizar el ejercicio número dos sin el auxilio del bastón.

8.º El paciente de pié, sin bastón, con los pies unidos, debe permanecer con las manos en *las caderas*,

por algun tiempo cerrando los ojos.

9.º El paciente, sin bastón y con los pies separados, debe practicar varios movimientos con los brazos, asir objetos, atraer con fuerza la mano del médico, etc.

10.º El paciente en la misma posición que en el ejercicio anterior, debe flexionar el tronco hacia adelante, hacia atras, á la derecha ó á la izquierda.

11.º El paciente debe practicar el ejercicio número nueve, con los pies juntos.

12.º El paciente debe practicar el ejercicio número diez, con los pies juntos.

13.º El paciente debe caminar á lo largo y sobre una linea pintada en el piso, ayudado por un bastón.

14.º El paciente debe practicar el ejercicio anterior sin bastón.

Los ejercicios de los dedos de la mano y los de los brazos estan también basados en los principios anteriores.

Fraenkael ha ideado distintos y sencillos aparatos para que el atáxico pueda ejercitarse en cojer los cuerpos puestos en movimiento (pelotas resistentes suspendidas de un hilo, etc.) y que se le designen, ó transportar pequeños objetos de un lado á otro, etc.

El paciente debe subir y bajar escaleras y manejar sus manos según la voz de mando, tocándose la cabeza, nariz, orejas, etc. Se les debe hacer marchar acumulándole obstáculos (silletas, cajones, etc.) en el camino, etc., procurando que el enfermo practique estos movimientos con regularidad, presicion y lentitud.

Leyden, el notable clínico de Berlín, crée que solo así se han "obtenido los mejores resultados en la terapéutica de la tabes."

Hay que tener en cuenta la influencia de la sujestión. Ensayado este método en personas de la mejor clase, que han visto escollar los tratamientos empleados antes, y que han estado inmóviles por largos meses ó años en sillas, etc., estos brillantes resultados rápida-

mente obtenidos han influido notablemente en su energía, despertando su confianza en la curación, si no definitiva, siquiera de uno de los accidentes más tristes de su afección.

El tiempo necesario para hacerse visible la mejoría varía mucho, dependiendo de la condición del enfermo, de la forma de la afección, etc; y bien puede explicarse el crédito que tiene este sistema, cuando se piensa que merced á él, enfermos confinados al retiro, incapaces de vestirse, etc., han podido recobrar todos los movimientos necesarios para sus necesidades personales, habiendo llegado el caso de poder bailar, algunos de ellos.

Otra ventaja de este método de tratamiento es su sencillez y la facilidad de su aplicación, de tal modo que puede continuarse su aplicación por el paciente mismo.

Para Fraenkael hay dos causas principales de insuceso. La primera depende de una mala selección de los ejercicios según la individualidad de cada paciente. Es indispensable empear con los ejercicios más simples y no precipitarse en pos de un éxito rápido. Otra causa sería la pérdida de la sensación de fatiga, que debe experimentar el enfermo, después de cada ejercicio. Perdida la sensación por el enfermo, puede exigírsele muchas veces un exceso de ejercicio, del todo perjudicial. Hay que desconfiar de la resistencia excesiva como también de la facilidad con que los tabéticos realizan movimientos completamente anormales, alterando las comunes relaciones musculares y tendinosas.

La relajación de los músculos y tendones puede ser modificada por el masaje previo.

La atrofia de los músculos, las enfermedades ó deformidades de las articulaciones, son verdaderas contra indicaciones del método, del que también poco se puede esperar en las formas rápidas de la tabes.

Sea que el éxito de la cura de Fraenkael se deba á un refinamiento

to de la sensibilidad músculo-articular, perdida en las tabes, ó sea á la acción favorable del ejercicio en la mejor y mayor permeabilidad cerebro espinal, por decirlo así, pero hay un límite, un estado de la enfermedad, en el que es impotente y perjudicial el tratamiento.

Son, pues, contraindicaciones precisas, además de las indicadas, la ceguera, la debilidad mental, los vicios cardiacos, el excesivo desgaste orgánico, la fragilidad de los huesos, y aunque un alto grado de incoordinación no contra indica el tratamiento, su éxito depende en gran parte de la rapidez de la evolución morbosa.

Este método está formalmente contra indicado en el periodo pre-atáxico de la tabes, porque entónces las maniobras musculares, impotentes para prevenir el desarrollo de la incoordinación motriz, podrán aumentar la parestesia dolorosa y la hiperestesia muscular, tan frecuentes en este periodo.

Roncoroni, en el "Archivio de psichiatria," propone la reeducación del lenguaje y de la escritura en los enfermos de parálisis progresiva, habiendo llegado después de grandes dificultades, ha obtenido resultados satisfactorios, siempre que el decaimiento mental no hubiera hecho grandes progresos.

Hay que aceptar con reservas este entusiasmo. No hay duda que la reeducación de los movimientos en algunos casos mejorará las alteraciones del lenguaje y de la escritura, pero nunca cuando exista destrucción de la materia cerebral, *sine quæ non* condición de su funcionamiento.

En nuestro Manicomio ha existido un enfermo que, tratado por largos años, bajo la dirección de Charcot, por la reeducación de los movimientos de la palabra, perdida á causa de una sordera verbal consecutiva á una hemorragia cerebral, aprendió nuevamente á leer; pero, desgraciadamente, estaba a-

fectado de una demencia incipiente que hizo inútiles todos los esfuerzos hechos para mejorarlo.

Chiozzi es muy escéptico de las esperanzas de Roncoroni y cree que la terapia de la reeducación en las alteraciones de la palabra, no tiene base racional fisio-patológica, como la reeducación de los movimientos atáxicos de la tabes. Para corregir los movimientos de la parálisis progresiva no se puede apelar al mecanismo de compensación fisiológica que se admite para la corrección de la ataxia de la tabes. Por otra parte, la simple posibilidad de la mejoría de los atáxicos, es ya un argumento contra el origen cerebral de la tabes. Hay diferencia entre la destrucción de los centros cerebrales y la de los centros corticales; y, podría admitirse la influencia favorable de la reeducación de los movimientos de la palabra, siempre que la atención, la memoria y la voluntad, no hayan sufrido alteración mayor.

Muy divididas han estado las opiniones respecto al valor diagnóstico y terapéutico de la *punción lumbar*.

No obstante algunas tentativas anteriores le toca á Quincke el mérito de haber descrito primero y practicado la punción lumbar, para llegar al saco meníngeo, con el intento de curar la hidrocefalia, disminuyendo la presión endocránica, mediante la sustracción del líquido céfalo-raquídeo.

Grandes esperanzas se habían cifrado, en un principio, en los resultados de la punción y drenaje ventricular, atravesando el cráneo, pues se conseguía con gran facilidad y extraordinaria simplicidad un verdadero progreso curativo. Y estas esperanzas crecieron cuando Quincke, persiguiendo sus experimentos para combatir el aumento de la presión céfalo-raquídea, demostró en un congreso científico alemán, en 1891, no sólo la posibilidad y sencillez de la punción lumbar

sino su valor terapéutico así como su precisión diagnóstica.

En los años subsiguientes muy contados cirujanos se ocupan del asunto, hasta hace muy poco tiempo en que este método circunscrito antes á la Alemania, se extendió en Francia, Italia, América, etc., convirtiéndose en tema de actualidad y argumento de vivas discusiones respecto á los resultados de su práctica, en los congresos científicos, en las sociedades médicas, etc.

Los doctores Jemma y Bruno, de Génova, en el *Archivio italiano de Clínica Médica*, han publicado una importante monografía sobre el asunto, de la que daremos una ligera idea, teniendo á la vista algunos otros artículos de la prensa profesional inglesa, italiana y francesa.

Existen razones anatómicas que hacen la punción lumbar fácil para el médico é inócua para el paciente.

El canal vertebral es cómodamente accesible por su parte posterior; de tal modo que la introducción de un instrumento, en los niños sobre todo, al nivel del cuarto espacio intervertebral lumbar, es muy fácil, y mas si la columna está en flexión adelante. Si se tiene en cuenta que el saco meningeo no termina cuando termina la médula, sino que se prolonga y forma una dilatación ó reservorio inferior en el cual se reúne el líquido céfalo-raquídeo, se comprenderá con cuanta facilidad una cánula llega al líquido, entre la cuarta y quinta vértebra lumbar, sin peligro de lesionar ningún elemento indispensable de la médula espinal. El sitio de elección de la punción de Quinke es el espacio entre dichas vértebras lumbares, aunque también él acepta que no debe temer al entrar entre la tercera y la cuarta y aún entre la segunda y tercera.

El punto de mira será la apófisis espinosa de la cuarta vértebra lumbar, que fácilmente se nota bajo la piel y que se encuentra, ó con-

tando las apófisis que existen después de la prominente, ó tirando una línea transversal entre las dos crestas iliacas, línea que pasa muy cerca de esta apófisis.

La posición del paciente varía según los autores. Unos buscan la de flanco con flexión de la columna hacia adelante; otros la posición sentada con flexión adelante, pero todo dependerá de las condiciones del enfermo procurando hacer más proeminente la región y más fácil y abundante la salida del líquido.

Todo el instrumental puede reducirse á una cánula simple de 8 á 10 centímetros, con cerca de un mm. de luz, provista de un mandril de acero de punta acuminata.

Como la punción no es dolorosa la cloronarcosis sólo es necesaria para asegurar la inmovilidad absoluta del enfermo. Puede apelarse á la anestesia local.

El modus operandi varía. Elegido el sitio de la punción y practicada la más rigurosa antisepsia se introduce el trocar bajo la apófisis espinosa señalada, á un centímetro de la línea media, lateralmente. Vencida la resistencia cutánea y reconocida con la punta el cuerpo oseo, se baja el extremo externo del trocar para elevar el interno y se franquea el ligamento inter-articular, llegándose así al saco meningeo, á una profundidad que varía entre dos centímetros en los niños y ocho centímetros en los individuos gordos, derramándose entonces el líquido al exterior, sea á gotas, sea ya en chorro, según sea su presión interna. La salida del líquido se favorece por medio de algunas inspiraciones profundas, evitando la aspiración contraindicada por todos los autores.

La cantidad del líquido que debe extraerse varía según los casos y según las condiciones y edad del paciente, desde unos pocos centímetros cúbicos hasta treinta ó cuarenta, sin llegar hasta los ciento diez centímetros cúbicos que extrajo Pürbringer sin inconveniente.

Extraída la cánula la hemorragia es mínima y queda sólo una herida insignificante, para la cual basta la aplicación de algunas gotas de colodion.

Se han señalado casos en los que ha sido imposible la extracción del líquido, por razones diversas; otros en los que la operación ha sido seguida de complicaciones dolorosas y aún la muerte imprevista del paciente, pero estos son casos muy especiales y accidentales, en los cuales no hay el derecho de atribuir el éxito fatal á la punción.

La punción de Quinke, considerada generalmente como absolutamente inócua, se practica con un fin diagnóstico y en este caso es indispensable el más completo examen del líquido extraído.

Las indagaciones que deben hacerse en este caso son de orden físico, químico, microscópico y bacteriológico.

En el orden físico ocupa la presión el primer lugar. En general, puede decirse que el mayor aumento de presión se encuentra en la meningitis tuberculosa. Vienen en seguida el hidrocéfalo crónico, los tumores cerebrales y ciertas formas de meningitis aguda, en las que el rápido aumento de la presión determina graves síntomas.

El peso específico no tiene gran valor.

El aspecto exterior del líquido tiene á veces gran valor, cuando se pretende decidir si se trata de una meningitis tuberculosa, líquido límpido ó apenas opalescente, ó de una meningitis infecciosa ó epidémica, líquido turbio y á veces purulento.

El color, ó sea la presencia de la sangre en el líquido, puede depender de varias causas, y no tiene por sí solo un riguroso valor diagnóstico.

La coagulabilidad del líquido es evidente muestra de la meningitis tuberculosa ó purulenta, faltando en los tumores cerebrales.

Entre los caracteres químicos el más importante depende de la presencia de la albumina, en cantidad

superior á la normal. Según Freyhan la meningitis tuberculosa provocaría un aumento de la albumina superior al uno por ciento. Quinke cree que el porcentaje de la albumina crece según la forma de la meningitis, aguda ó crónica, pero que es notable sobre todo en los casos de tumores cerebrales, llegando hasta tres ó cuatro por ciento.

Respecto á la presencia de la azúcar hay desacuerdo entre los clínicos.

El examen microscópico puede demostrar la presencia de leucocitos. Empleando diversos medios de coloración se han podido encontrar diversos microorganismos patógenos, causa de las variadas formas de meningitis; el neumococo de la meningitis cerebro espinal epidémica; el diplococo y aún el estafilococo de algunas otras formas especiales de meningitis cerebral, etc. Pero el mayor número de autores se han dedicado á investigar la presencia del bacilo de Koch en la meningitis que se suponía específica, y el resultado ha sido positivo en la mayoría de los casos, lo que hace crecer el valor de la punción lumbar como medio seguro de diagnóstico.

Por último, hay casos en los que deben completarse y ratificarse las investigaciones bacterioscópicas con las bacteriológicas, sea mediante cultivos del líquido extraído, sea mediante inoculaciones en animales.

Se vé, pues, que la punción lumbar, simple é inocua, es útil no solo para el diagnóstico de las diversas especies de meningitis, sino también puede ser aplicada con provecho en los casos de apoplejía cerebral, demostrado el derrame sanguíneo en los ventrículos cerebrales; y, aún para justificar el tratamiento quirúrgico, en los casos de traumatismo de la cabeza, revelando las hemorragias latentes endomeníngeas ó aclarando la oportunidad de una intervención precoz.

Los beneficios terapéuticos de la

punción lumbar han sido y son discutidos vivamente.

Quinke, en su primera comunicación, afirmó que este medio de tratamiento era útil en todos los casos en los que había aumento de la presión del líquido céfalo raquídeo. En 1895, ocupándose de cincuenta casos de tumores cerebrales, hipercéfalo, meningitis, insistió en los buenos éxitos obtenidos en el hidrocéfalo y meningitis aguda; y, con respecto á otras formas de meningitis, creía útil la intervención, especialmente en aquellas en las cuales la gravedad de los síntomas depende más que de la inflamación difusa de la pía madre, del aumento del exudado y de la presión de los centros nerviosos. En estos casos disminuyendo la presión no solo se dominan los peligros inmediatos, sino que colocándose las vías sanguínea y linfática en aptitud de funcionar, se activa así y provoca la reabsorción del exudado.

Otros clínicos, con más ó menos casos prácticos en su apoyo, han puesto en duda aún los beneficios de la raquiocentesis en los casos de aumento de presión endocránica.

Lenhartz ha empleado muchísimo la punción lumbar, en las más variadas formas morbosas (hematomas, tetania, eclampsia, encefalitis, mielitis, meningitis, etc.), declarando que ningún resultado ha obtenido en los casos de enfermedades infecciosas (tifo, bronco-neumonía, influenza) complicada con fenómenos meníngeos, pero si positivo beneficio en los casos de cefalea rebelde de los cloróticos, etc.

Gracias al genial descubrimiento de Quinke la doctrina de la meningitis ha entrado, pues, en un periodo de transformación, dados los modernos descubrimientos bacteriológicos.

En resumen, y sin tratar de enunciar las distintas opiniones, más ó menos autorizadas, en pró y en contra de la práctica de la punción lumbar, hay que convenir no solo en su simplicidad é inocuidad, en su importantísimo é indiscutible

valor diagnóstico, sino en su evidente valor terapéutico no solo en la meningitis serosa aguda, sino también en todos los casos en que se busca la manera de atenuar ó combatir los síntomas de excitación cerebral (cefalea, delirio, hiperestesia, etc.), en el hidrocéfalo, etc.

Estas indicaciones son suficientes para insistir en la utilidad de la punción lumbar, cuyo porvenir tiene que ser brillante, pues no tardará en ser considerada como una operación usual y de práctica corriente.

La frecuencia é intensidad de los síntomas de casi todas las enfermedades mentales y nerviosas se acentúa notablemente según los cambios atmosféricos. Los dolores lancinantes de los tabéticos se exacerban cuando las tempestades son frecuentes ó la atmósfera está impregnada de humedad.

No hay duda que la gran altura sobre el nivel del mar y las condiciones climatológicas propias á un gran número de ciudades sud americanas, elementos aún no estudiados, influyen considerablemente en las modificaciones sintomatológicas de las neurosis. Bien conocida es la *Nevada*, de Arequipa, respecto á la que se han dado tantas explicaciones.

En la meningo melitis, en la neuritis múltiple, en casi todas las neuralgias, crece el dolor con relación á los cambios atmosféricos.

El Profesor Lowenfeld, en una elocuente lección, después de hacer notar que es la neurastenia, entre todas las neurósisis, la que es más influenciada por los cambios atmosféricos, describe una neuropatía, bien caracterizada, y que denomina la *neurosis de la intemperie*, la *neurosis atmosférica*.

La neurastenia es pues la neurosis en la que se aprecia con mayor evidencia la influencia atmosférica. La mayor parte de los neurasténicos experimentan las propiedades barométricas de sus nervios. Cual-

quiera cambio brusco aumenta la presión a la cabeza y la pesantes *plumbea* de sus miembros.

Los histéricos, los epilépticos, también sufren la influencia de los meteoros atmosféricos. Hasta los suicidios aumentan en correlación con los cambios del tiempo y estaciones.

Pero, hay neurastenias que solo se revelan bajo la influencia de ciertas condiciones atmosféricas, sin las cuales no se experimentan los trastornos sintomáticos ó ellos son bien transitorios. Este estado bien definido constituye la neurosis de la intemperie ó *neurósís atmosférica*.

En esta neurosis, periódica por decirlo así, predominan dos grupos de trastornos: fenómenos irritativos de la esfera sensorial (dolores y parestesia) y debilidad notoria.

Los dolores presentan gran variedad en su duración, localización, extensión, intensidad, etc. Unas veces quedan limitados á algunas partes del cuerpo, las articulaciones, etc; y en estos casos cambian constantemente de sitio, sin respetar región alguna. Los dolores son á veces lancinantes, á veces lacerantes, etc.

Más raras son las parestesias.

La sensación de peso y debilidad de las articulaciones, algunas veces es tan marcada que puede impedir las ocupaciones habituales del paciente.

Estas neurosis son más frecuentes en el sexo femenino y son comunes á todas las edades, á excepción de la infancia.

En ciertos casos un temperamento nervioso, la herencia, ciertos diátesis, las fiebres infecciosas, etc. predisponen á esta neurosis, indiferente por otra parte de la constitución y nutrición del individuo.

No es clara la acción de los factores meteorológicos. Hay casos que la neurosis es provocada por un simple aumento de temperatura. Pero, son más frecuentes en los cambios bruscos y bajo la acción combinada de varios factores (presión, temperatura, movimien-

to, humedad, cantidad de ozono, electricidad y luz solar.)

La electricidad atmosférica influye notablemente en los neuropáticos. Cuando el tiempo es sereno la electricidad de la atmósfera es casi siempre positiva (*Wislicenus*) y es negativa en tiempo de lluvia, nieve, tempestades, etc., dependiendo de esto sin duda la exacerbación de los dolores y las alteraciones del estado general. Según *Schliep* el aire impregnado de electricidad negativa tiene muy desfavorable acción sobre el organismo, especialmente sobre el sistema nervioso vaso-motriz, provocando la incapacidad para el trabajo, debilidad, inapetencia, etc.

La disminución repentina y notable de la cantidad de ozono del aire, aumenta la debilidad del sistema nervioso, mientras el aire rico en ozono provoca la aparición de los estados irritativos ó aumenta los existentes.

Estas alteraciones diversas, más ó menos intensas, provocan modificaciones variadas en las funciones síquicas.

El pronóstico de la neurosis atmosférica, en los jóvenes ó de edad media sin tara hereditaria alguna, es favorable.

Para instituir el tratamiento se debe tener presente el estado general del sistema nervioso, vigorizándolo y haciéndolo así menos sensible. Están, pues indicados los tónicos, los reconstituyentes nerviosas, etc. En las crisis dolorosas se recurrirá á los calmantes. El masaje produce buenos efectos.

El cambio de clima es el gran recurso como se comprenderá fácilmente.

DR. MANUEL A. MUÑIZ.

La peste

(Continuación)

Siglos y siglos trascurrieron desde las primeras irrupciones de la Peste; las epidemias sucedieron á

las epidemias; los pueblos azotados por la *muerte negra*, la *plaga*, no encontraban remedio que oponer al flajelo; y buscaban, en vano, las causas generadoras de la terrible enfermedad: todo permanecía misterioso en esta materia. Apenas se sabía que el mal era contagioso y trasportable á grandes distancias por los enfermos y los objetos contaminados por ellos.

La superstición y la ignorancia, se encargaron también de mantener en el secreto el origen de la enfermedad, atribuyéndole siempre causas divinas, y sobrenaturales. Como los temblores, las tempestades y los eclipses, las epidemias de Peste eran la manifestación de la cólera divina, de la ira de Dios, el castigo del cielo, el enojo de la Providencia.

Apesar de tantas epidemias, de tantos hechos observados, la patogenia de la Peste no había dado un paso y sólo uno que otro espíritu superior sospechaba la virulencia del mal.

La ciencia moderna, la bacteriología, ha levantado el velo que ocultaba la verdadera causa de la enfermedad, al descubrir el microorganismo generador de la Peste; y ha sentado las bases de la terapéutica racional, aplicando, con brillante éxito, el método seroterápico descubierto por Behring y Kitasato. La ciencia de Pasteur y Koch, por medio de uno de sus ilustres cultivadores, Yersin, ha conseguido, en corto tiempo, lo que no pudieron sorprender las generaciones que se han sucedido durante dos mil años sobre la tierra.

La etiología, la patogenia, el diagnóstico, el tratamiento y la profilaxia de la Peste, se han revelado de golpe, como por encanto, merced á la luz vivá irradiada por la bacteriología sobre el oscuro campo de la *plaga*.

De hoy en adelante la falta de diagnóstico no dejará penetrar impunemente la *peste* en las poblaciones, como sucedió en la epidemia de Marsella, en 1720, por que el microscópio reconocerá al baci-

lo aún en los casos más benignos; las víctimas no se contarán ya por millares, por que el suero de Yersin limitará los estragos del flajelo; la enfermedad no se trasportará fácilmente á lugares lejanos, por los objetos contaminados, por que la desinfección, aplicada con conocimiento de causa, opondrá valla segura á la *plaga* invasora; y por último la inmunización preventiva esterilizará el campo de acción de las epidemias.

A principios de mayo de 1894, estalló en Hong Kong, una mortífera epidemia de Peste, que, después de haber diezariado á los moradores indígenas, comenzaba á atacar á los europeos—El gobierno francés temeroso por sus colonias, resolvió enviar al teatro mismo de la epidemia á un médico con el objeto de que estudiase la naturaleza de la enfermedad y la manera de evitar su invasión á las posesiones francesas. Encargado de tan difícil y peligrosa misión fué el Dr. Yersin.

¿Quién era ese Dr. Yersin, á quien se daba cargo de tanta importancia?—No era por cierto un desconocido.

El Dr. Yersin, suizo de nacimiento y naturalizado francés, era entonces uno de los asistentes del "Instituto Pasteur", bacteriólogo distinguido y compañero de Roux con quien estudió la difteria: ambos descubrieron la toxina secretada por los microbios de Loeffler. lo que ha dado origen á los descubrimientos posteriores sobre seroterapia. Muchos otros estudios hacían del Dr. Yersin una personalidad bien conocida.

El 15 de junio llegó el médico francés á Hong Kong, donde pronto pudo convencerse de que la epidemia era horriblemente mortífera. 95% de defunciones.

Principio brusco, después de una incubación de 4 días y medio á 6 días, postración, decaimiento, fiebre alta, acompañada frecuentemente de delirio; aparición de un

bubón inguinal (75 veces sobre 100) ó axilar (10 sobre 100) rara vez en la nuca ó en otras regiones; reblandecimiento del bubón á los 5 ó 6 días en los casos favorables; muerte á las 48 horas en los casos graves; hemorragias de las mucosas ó manchas petequiales de la piel; tales eran los síntomas de la enfermedad, que observó Yersin, la que no era otra que la *peste bubónica*.

Al mismo tiempo observó que en los cuarteles infestados morían ratas y ratones en abundancia, circunstancia que, agregada á las opiniones de otros higienistas, le hizo comprender que las ratas eran susceptibles de contraer la enfermedad y, por tanto, útiles para el estudio experimental.

Examinando al microscópio, en preparaciones coloreadas con azul de anilina, la pulpa de los bubones supurados, descubrió un bacilo cuyos caracteres son los siguientes:

Bacilo corto, rechoncho, de extremidades redondeadas, tan corto que se le llama cocobacilo; fácil de colorear por los colores de anilina, no se tiñe por el método de Gram—Las extremidades se colorean más fuertemente que el centro, de modo que con frecuencia presenta un espacio claro en el medio. Algunas veces los bacilos parecen como rodeados por una capsula. Se les encuentra en grandísima cantidad en los bubones y los ganglios de los enfermos—La sangre los contiene, á veces, pero en menor abundancia; no se les encuentra en dicho líquido sino en los casos graves y rápidamente mortales.

La pulpa de los bubones, sembrada sobre agar—agar, da un desarrollo de colonias blancas, transparentes, con bordes irisados cuando se les examina á la luz refleja. El cultivo se hace mejor sobre agar glicerinado. También crecen sobre el suero sanguíneo coagulado.

En el caldo, el bacilo ofrece un aspecto muy característico, recordando los cultivos de la erisipela. En los medios líquidos, el germen

pestoso toma la forma de estreptobacilo, es decir de *cadena de bacilos*, carácter importantísimo para el diagnóstico.

El mismo microbio encontró Yersin, en los órganos de las ratas muertas, en el suelo de una casa infectada de peste y, dato curioso, en los órganos de las moscas que se encontraron muertas en el piso del laboratorio donde se hacía las autopsias de los cadáveres de los apestados.

Inoculando cultivos puros de primera generación en cuyes y ratas, Yersin reprodujo la enfermedad en dichos animales y en la sangre de ellos se encontró el mismo bacilo. Al mismo tiempo observó que las colonias, después de varios sembríos sucesivos, aunque contenían el bacilo puro, ya no mataban á los cuyes ó los hacían perecer en largo tiempo: había pues disminución de virulencia.

“He comprobado, dice el Dr. Yersin, sobre el agar-agar, que las colonias menos virulentas crecen con más rapidez y tienden á sofocar á las otras, de suerte que en cultivos sucesivos pierden rápidamente su virulencia.”

Haciendo ingerir, ya cultivos, ya fragmentos de hígado ó de bazo de animales apestados, el tenaz bacteriólogo vió que los ratones perecían siempre y las ratas casi siempre.

En la autopsia se encontró el bacilo específico en la sangre, el hígado, el bazo y los ganglios.

En seguida Yersin realizó el contagio de otro modo. Colocó en una jaula ratones sanos y ratones inoculados de peste. Estos perecieron pronto, pero también murieron aquellos en los días posteriores, con los mismos síntomas, con los mismos bacilos en la sangre. “He aquí, dice Roux, cómo partiendo de un cultivo puro hacemos nacer una epidemia de ratones que no se diferencia de las demás sino porque queda limitada á una jaula, en lugar de extenderse á una localidad.”

Todavía observa más el infatigable experimentador. Inocula pul-

pa de bubones de los convalecientes á ratas y ratones, y llega á convencerse de que los bacilos han disminuido de virulencia ó perdídola por completo, hecho que le servirá más tarde para proseguir sus estudios sobre seroterapia; y por último toma nota de que las epidemias de peste humana son precedidas de peste de ratas. A este respecto recuerda la relación de Rennie, médico de las aduanas chinas, que en la epidemia de Cantón (1894) un solo guardián de una de las puertas de la ciudad, aglomeró 22,000 ratas muertas, habiendo desaparecido casi por completo estos animales en las poblaciones donde la enfermedad permaneció largo tiempo.

Por último la observación popular, así como las relaciones de ciertas epidemias descritas por los médicos de las colonias, le hicieron conocer el hecho de que individuos que habían sufrido la *peste benigna*, la *peste minor*, ó estado bubónico, como se dice, gozaban de inmunidad en las grandes epidemias.

Como se vé, la misión encomendada al Dr. Yersin, fué fecunda en descubrimientos y hechos importantes, que pueden resumirse en las siguientes conclusiones:

1.^a La *peste* es una enfermedad infecto-contagiosa, causada por un microbio especial, que se puede denominar *estrepto-bacilo de Yersin*.

2.^a Dicho microbio se encuentra constantemente en los ganglios supurados (bubones) de los apestaados, así como en el hígado y el bazo, pocas veces en la sangre; se halla igualmente en los órganos de los animales á quienes se ha inoculado ya pulpa de ganglios pestíferos, ya cultivos puros,

3.^a Dicho estrepto-bacilo, se halla en la tierra, hasta cierta profundidad, y es probablemente de la tierra que se infectan las ratas, para contagiar en seguida al hombre.

4.^a El bacilo pierde su virulencia en los órganos de los convalecientes; y también por cultivos sucesivos, formando colonias tanto más exuberantes, cuanto menos virulentas son.

5.^a Los individuos que han sufrido un ataque benigno de peste, quedan inmunizados para ataques más graves.

Con este bagaje de observaciones, recogidas con tanta precisión como constancia, regresó Yersin á París, para seguir el estudio del tratamiento seroterápeo de la Peste. El n.º 9 (25 Setiembre—1894.) de los "Anales del Instituto Pasteur", consignó la notable comunicación del Dr. Yersin.

(Continuará.)

Enrique L. García

TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA NEURO MOTRIZ

(Trabajo leído en la "Sociedad médica Unión Fernandina" en la sesión de 2 de abril de 1897.)

Señores:

He visto, y vosotros más que yo, dadas vuestra mejor práctica y más atinada observación, habéis encontrado, por centenas casos del estado patológico que los autorizados profesores Devobe, Rémond, Mathieu y otros han designado con el nombre de dispepsia *neuro motriz*; y, como yo habéis instituido ó asistido á la institución del tratamiento de esas dispepsias. No sé si, como á mí, os ha sucedido el tropezar con lo variable de sus resultados: éxitos brillantes, pero del momento unas veces; completamente infructuosos, otras. Son estas consideraciones las que me han sugerido el estudiar tal asunto. Creo su importancia suficiente para que, pasando sobre los defectos de la exposición, ocupe vuestra preferente atención en la sesión de esta noche.

Tengo hechas, con algún detalle, algunas historias clínicas relativas al caso; no os molestaré con la relación de todas ellas. Avaro de vuestro tiempo, voy á tratar de

resumirlas en una sola que comprende, si es posible, los datos más interesantes de entre los que tengo apuntados en cada caso particular.

--

N. N. adulto, ha sufrido enfermedades más ó menos graves en tiempos anteriores, de las que ha convalecido ó convalece difícilmente. (1), ó ha pasado por una intoxicación crónica, ó padece de constipación originada por una causa mecánica ó nó: (hemorroides, tumores, trastornos inflamatorios del aparato genital etc.), pero lo que se encuentra siempre, ó casi siempre, en los enfermos y, ya de fecha atrasada, es la neurastenia, ese Proteo patológico, substratum anatómico, que se goza del misterio y toma á capricho el ocultarse, ofreciéndose, ya tan alarmantemente deformado, que aleja la suposición de su presencia, ya en forma tan sencilla que pasa desapercibido si, por falta de prevención, no se empeña uno en buscarlo.

N. N. refiere así su estado actual: Sufro, sobre todo cuando ha pasado algún tiempo después de tomar mis alimentos. Experimento una extraña sensación en la boca del estómago (huevo epigástrico); parece que se me inchara tanto que me veo obligado á desatar mis vestidos, lo que me alivia, pues hasta la respiración se me hace difícil y, en mi ahogo, sufro de palpitaciones; pero este alivio es muy relativo, me encuentro incapaz para el trabajo físico é intelectual.

Es como un peso que no se soporta, son eruptos que no logro hacer salir, es algo que hace de ese período de mi digestión, el momento más inútil y penoso de mi vida.

Próximamente, una hora después, estos fenómenos se disipan y

(1) Sigaud refiere la patogenia de la dispepsia á los trastornos aún más atrasados (especialmente los intestinales) de la vida morbosa del sugeto: "todo dispéptico tiene un pasado intestinal".

me dejan un rato de reposo que es reemplazado, hacia las tres ó cuatro horas, por una sensación de vaceidad, de languidez indefinible, que del estómago me *sube* á la cabeza, sufro de vahidos y de una debilidad extrema que, muchas veces aplaco comiendo; ó también me ocurre sentir un dolor interior que me alcanza á la cintura, la espalda y los riñones; es, en ciertas ocasiones como si me retorciera la boca del estómago, como un calambre. Esto último me pasa si he comido copiosamente; cuando soy parco, viene la debilidad temida. Casi siempre mi mal estar se termina con la expulsión de eruptos ágricos y con un olor que me recuerda lo que he comido últimamente. Habré de agregar que logro pasar desapercibido parte de mi mal, durmiendo, lo que casi siempre puedo hacer porque tengo una tendencia invencible al sueño, sobre todo después de tomar los alimentos.

Por lo demás, mi apetito es excelente, cuando como poco es por temor á los sufrimientos posteriores.

Mis deposiciones se hacen irregularmente, con intervalos de tiempo variables, á veces son duras, muy raramente diarreicas pero, por lo general, se puede decir, que soy estético [constipado].

Tal es, ordenándola, la parte más interesante de la relación de mi enfermo.

Al examen hallo: paredes abdominales flácidas, vientre tendido, forma dos bolsas laterales que se desplazan, en masa, hacia los lados. (Posición decúbito dorsal con flección de los miembros inferiores); á la percusión encuentro, bajo esa relajación abdominal, una distensión gaseosa, intestinal y gástrica que arroja un sonido timpánico, pero de tonalidad diferente, que, siguiendo la técnica del caso permite, aunque con dificultad, separar los límites del ventrículo.

La curvatura menor se encuentra, á veces alta y, casi siempre,

baja la mayor, sobrepasando el reborde de las falsas costillas izquierdas; por una palpación metódica he encontrado en unos casos el tumor cecal, en otros la cuerda cólica de Sigaud, ya en verdadera atonía, ya en espásmo manifiesto.

Además de estos datos, con los que ya se puede establecer un diagnóstico y tratamiento, debe buscarse por otros mas interesantes, tal vez, cómo comprobar ese diagnóstico, si se ha hecho: me refiero al análisis químico del contenido estomacal; y mas que este análisis, que precisa sobre todo para el diagnóstico de la hiperclorhidria se debe de tratar de averiguar el valor de la motricidad del estómago, apreciado por el tiempo que éste tarda en verter su contenido en el duodeno. Es un problema escabroso, cuya solución práctica y segura sería valiosísimo dato para el diagnóstico y, por consiguiente, para la institución de un tratamiento racional y provechoso.

En todos los tratados especiales, se encuentra la técnica de los procedimientos ideados, con este objeto, por Klemperer, Hall Alb. Mathieu y otros, fundados en la averiguación de la cantidad de comida de prueba (aceite) que se encuentra en el estómago, después de un tiempo fijo que se cuenta á partir del momento de la ingestión.

[Continuará]

VARIEDADES

Duración del suero antidiftérico.—A las preguntas dirigidas por varios Prefectos de Departamento en Francia, respecto á la conservación del serum antidiftérico, el "Instituto Pasteur" ha contestado lo siguiente:

El "Instituto Pasteur" ha cambiado siempre, á vuelta de correo

todos los frascos turbios que le han sido devueltos y continuará haciendo este cambio. El enturbiamiento que aparece en los frascos de serum antidiftérico, no es un indicio de alteración; se produce á la larga en todos los líquidos albuminosos conservados y no modifica en nada el valor terapéutico del suero. Así, frascos de serum preparados en 1894 y vueltos turbios, se han mostrado muy eficaces en los experimentos hechos en 1896.

Suero expedido á la India y Australia y vuelto á Europa, después de diez meses de viaje, estaba todavía muy activo—Ha sido empleado con completo éxito en los hospitales. Monod aconseja, como lo dice también Behring, que el suero debe conservarse en sitios frescos y á la oscuridad.

Menstruación prematura.—La primera menstruación, que viene habitualmente de 13 á 16 años, puede excepcionalmente presentarse en una época menos avanzada de la vida. Raciborski ha señalado varios casos en niñas de 3 años y aun de 2 años. Dercuret ha relatado la observación de una niña reglada á los 2 años, casada á los 27 años y en la cual la menstruación persistió hasta los 53 años. Estos hechos, aunque bien conocidos, son evidentemente muy raros. Merece, pues, atención la observación de M. Seuvre, publicada en "L'Union Medical" du Nord--Est.

Se trata de una niña que á los 4 años, tuvo pérdidas sanguineas vaginales, la vulva no había sufrido ningún traumatismo y la niña no había tenido ninguna enfermedad. Se estaba pues en presencia de una verdadera menstruación.

Esta niña tuvo leche algunos días después de su nacimiento, la madre ha comprobado que las glándulas mamarias han sido siempre muy desarrolladas. A los tres años nota la madre que las caderas se hacen más salientes, los senos más voluminosos. Al mismo tiempo el carácter de la niña se había modificado; era más afectuosa, más seria, más sensible. Vigorosa para su e-

dad, tiene todos los atributos de una salud perfecta.

“Los grandes labios son bastante desarrollados, recubiertos así como el pubis de algunos pelos en vía de desarrollo: los muslos son fuertes, bien musculados, la pelvis bastante ancha. Los senos son desarrollados como los de una joven de 15 á 16 años.

Sería interesante seguir á esta niña durante largo tiempo. Raciborski, en efecto, declara que cuanto más joven es reglada una mujer más disposición tiene á tener muchos niños y más se retarda la menopausia.

(La Presse Medical.)

MEDICINA PRACTICA

Acción terapéutica

DEL TANIGENO Y DE LA TANALBINA EN LA ENTEROCOLITIS DE LA INFANCIA

Hasta estos últimos años el tanino era considerado por todos los prácticos como un verdadero específico de la diarrea; pero, al lado de efectos terapéuticos realmente útiles, este compuesto puede, en gran número de enfermos, dar lugar á pequeños accidentes que no siempre pueden descuidarse: su sabor es estíptico, desagradable é inspira con frecuencia á los enfermitos invencible disgusto; de otra parte, ofrece el inconveniente de irritar la mucosa del estómago y aun de provocar la aparición de gastritis en sujetos de constitución delicada. Por estas razones, se hacía sentir el deseo de encontrar algo mejor.

Es M. Meyer (de Marbourg) que tiene el mérito de haber preconizado el uso del *tanígeno*, polvo de un gris amarillento, insípido, inodoro, soluble en el alcohol, en los líquidos alcalinizados, á penas soluble en el agua. Después de haber sido ingerido, este cuerpo, se descompone en contacto del contenido alca-

lino del intestino; el tanino es entonces puesto en libertad y puede ejercer su acción astringente tan útil, en toda la extensión del tractus intestinal.

Desde su descubrimiento el tanígeno ha sido experimentado por muchos médicos; todos se han declarado satisfechos de los resultados obtenidos.

M. Kraus, autor de este artículo, que “La Presse Medicale” resume, ha recurrido también al tanígeno y da 22 observaciones concluyentes; ellas se refieren á niños, desde algunos meses á tres años de edad, y sufriendo de diarreas sintomáticas de enteritis agudas y crónicas; algunos eran raquíuticos. En todos estos enfermitos, el medicamento había hecho maravillas, mostrándose mucho más eficaz que todas las otras preparaciones conocidas y empleadas hace largo tiempo.

La dosis prescrita por Kraus varía de 10 á 30 centigramos, repetida cuatro ó cinco veces en las veinticuatro horas.

Termina, M. Kraus, recomendando: 1.º continuar la administración de este medicamento á débiles dosis, aún después de una mejoría manifiesta para prevenir las recaídas; 2.º someter los enfermos á un régimen dietético severo durante todo el tratamiento.

“La Presse Medical” analiza y resume también un trabajo de M. J. G. Rey sobre la *tanalbina*, compuesto, obtenido recientemente por el Pr. Gottlieb, muy rico en tanino y poderoso astringente, que, según el autor, produce efectos notables en las diarreas infantiles y aun sobre los vómitos infantiles. Algunas horas después de la administración de la *tanalbina*, estos fenómenos disminuyen, después se detienen y el estado general se mejora visiblemente, quedando el mal completamente curado en algunos días.

La dosis á que se emplea este agente terapéutico es de 30 á 60 centigramos, repetida tres á cuatro veces en las veinticuatro ho-

ras, según la gravedad del caso y la edad de los enfermitos. No hay ningún inconveniente en prolongar el tratamiento por cuatro semanas y aún dos meses, á la dosis de 1 gramo 50 cent. por día, interrumpiéndolo cada dos ó tres días para no fatigar el estómago.

Para terminar, Rey, compara los efectos de la tanalbina con el tanígeno, proclamando la primera de estas dos preparaciones infinitamente superior á la segunda, pues, el tanígeno tiene sabor estíptico, desagradable, y, provoca algunas veces dolores de estómago y vómitos, inconvenientes de que está libre la tanalbina que resultaría ser el verdadero y mejor remplazante del tanino.

FORMULARIO

Para disminuir la secreción láctea.

Sulfato atropina..... 0.003 milíg.
 Sulfato magnesia..... 90 gramos
 Infusión genciana.... 240 gramos
 M. Una cucharada cada dos horas.

* * *

Contra el vómito de los tuberculosos

Mucílago goma..... 120 gramos
 Mentol..... 50 centg.
 Jbe. goma..... 30 gram.
 M. 2 á 4 cucharadas de esta poción después de cada comida.

[La Clínica Moderna]

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Enciclopedia de Patología General publicada en París bajo la dirección de Charles Bouchard, profesor de Patología General en la Facultad de Medicina de París, y en castellano bajo la dirección de don Rafael Ulecia y Cardona.

Madrid, Administración de "La Revista de Medicina y Cirugía Prácticas", calle de Preciados, 33, bajo.

Traité de Kinésithérapie Gynécologique (Massage et Gymnastique) par H. Stafer, ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Paris.

Un volume in 8, avec 224 figures et le portrait de Brandt. Prix 12 fr.

Estatutos da Sociedade de Medicina e Cirurgia da São Paulo.

Saneamiento de la provincia de Mendoza por el doctor Emilio R. Coni—Buenos Aires 1897.

Actes de la Societé Scientifique du Chili—Años 1896 y 1897.

Tratado da Terapêutica de las Enfermedades Internas. Publicado bajo la dirección de los catedráticos doctor F. Penzoldt, de Erlangen y doctor R. Stintzing, de Jena; y en castellano bajo la de don Rafael Ulecia y Cardona, Director propietario de la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas."

Se vende en la administración de dicho periódico, calle de Preciados, N.º 93, bajo. Madrid.

Es una obra voluminosa y con los últimos adelantos de la ciencia. Constará de 7 tomos de los cuales dos han aparecido.

Lima Abril 5 de 1896.

Sres. Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: He recibido la muestra de Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao que se sirvieron Uds. remitirme. Antes de recibirla, había empleado en mi práctica dicha sustancia con éxito favorable. Es un reconstituyente poderoso que se asimila con mucha más facilidad que el aceite puro Soy de Uds. atento S. S.,

DOCTOR MANUEL T. ESPINOSA.

La palabra — reconstituyente — significa que la Emulsión de Scott produce fuerzas y *crea* carnes.