LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina"

AÑO XIV }

LIMA, OCTUBRE 15 DE 1897.

₹ N.• 211

SUMARIO

Trabajos nacionales.-Un caso de aneurisma saciforme de la aorta ascendente

perforante del esternón, por el Dr. Augusto Luna.

Trabajos extranjeros.—Curetage del útero.—Anatomía y Fisiología del sistema nervioso y sus neuronas constituyentes por Lewellys E. Barker, (M. B.). (Continuación.)—Elección de las diferentes preparaciones de digital por H. A. Hare. (M. D.)

Publicaciones recibidas. Formulario.—Pomada contra los hemorroides. — Gotas antiodontálgicas.—Asma espasmódico.—Úlceras varicosas de las piernas.—Mixtura de Creosotal.

TRABAJOS NACIONALES

Un caso de aneurisma saciforme de la aorta ascendente, perforante del esternón.

Manuel Arellano Aranda, natural de Talca, (Chile), de 42 años de edad, de oficio platero, ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 10 de julio último. Declara haber sido sano y fuerte, y que solo el descui-do de su salud ha podido convertirlo en débil y enfermizo. Ha residido los diez últimos años en Chiclayo; pero tiene veinte de permanencia en el Perú, dedicado á diversos trabajos. Niega haber sido soldado, no obstante que dada su nacionalidad, es probable que per-teneciera al ejército invasor de 1880. De las enfermedades de sus padres, sólo recuerda aquellas que les ocasionaron la muerte: al padre la gangrena seca, hace treinticinco años, y á la madre la neumonia. No tiene hermanos; en una mujer peruana tiene tres hijos, hasta ahora sanos. Desde muy joven, fué de hábitos desordenados, contribuyendo á su desgaste, como lo asegura, el abuso de las mujeres y el de las bebidas alcohólicas. Como consecuencia de ésto adquirió en 1877 un chancro duro del frenillo, que se curó en un mes, y poco des-pués, una adenitis inguinal, que

fué debridada. Sirvióle su enfermedad para corregirse, pues ase-gura que desde entónces no sufrió accidente alguno. A partir de cinco años, fué atacado de paludismo, manifestándose en diversas formas, de las que se curaba sin mucha dificultad. Todavía, á su ingreso al hospital, fué invadido de fiebre intermitente, que cedió á la acción del sulfato de quinina.

Adelantando el interrogatorio, dice Arellano, que hace año y medio, le aparecieron por primera vez dolores en la región axilar derecha, que fueron propagándose á la izquierda y aumentando en intensidad hasta hacerse fuertes. Primero los consideró como nerviosos, más tarde como reumáticos y ce-diendo á las indicaciones de muchas personas amigas, que le ofrecieron varias medicinas, cuyos nombres no recuerda, desaparecieron por completo. Coincidió con esto, la presentación de un tumor pequeño, del tamaño de una nuez, inmóvil, duro, perfectamente redondeado é indolente, que tuvo su nacimiento en la unión de los dos primeros tercios del esternón. Poco después, sorprendía al enfermo el aumento rápido de las dimensiones del tumor, así como su cambio de forma, pues se hizo ovoideo; pero presentando exactamente en su mitad, un surco ó canal que lo dividía en dos partes: la superior con

los mismos caracteres que el antiguo y la inferior de consistencia blanda y pulsátil. Esta división duró sólo un mes, al cabo del cual se borró, para tomar la forma primitiva que conserva hasta ahora. Desde entonces, el desarrollo fué gradual y simétrico. Una observación repetida por Arellano y que él hace notar á la persona que lo examina, es la de que-á su juicio -el crecimiento del tumor coincide con el movimiento lunar y así dice: "este bulto comienza á crecer cuando la luna va á llenar, así continúa hasta la menguante, que baja un poco; pero no tanto que que-de en los últimos límites. Esto he notado en las dieciocho últimas lunaciones."

Hasta aquí llegan el conocimiente de los antecedentes de la lesión que padece Arellano, y los datos que suministra. Paso ahora, á hacer su examen, advirtiendo que dejo á un lado todo lo que se relaciona con la afección, porque además de considerarlo innecesario, extendería los límites del presente trabajo, con la descripción de ór-

ganos y aparatos. Desde luego, lo que llama la atención del observador, es la existencia de un tumor como de la mitad de una palta de tamaño mediano, perfectamente regular, above-dado, simétrico, su mayor diámetro es ligeramente oblicuo de izquierda á derecha, casi sobre la línea media, ocupando la región del esternón y los cartilagos de unión con las costillas de ambos lados. Se halla comprendido entre un centímetro por debajo de la horquilla y seis centimetros por encima del apéndice xifoides. Tiene 41 centímetros de perímetro, 11 de la base al punto más culminante, 18 en su eje mayor y 14 en el menor.

La piel que lo cubre es lisa, ligeramente tendida, escasamente cubierta de pelos, de coloración igual á la del resto del cuerpo, excepto en la parte más prominente, que es violada. Se deslisa suavemente sobre el tumor con el que no tiene adherencia alguna. Hacia la parte

inferior, existe una pequeña red de vasos muy finos.

La pared anterior del pecho se encuentra deformada, notándose la elevación de las costillas de ambos lados en sus puntos de inserción con el esternón.

Falta el choque de la punta del corazón á nivel del cuarto espacio intercostal y adentro del mamelón; pero se manifiesta claramente en toda la superficie del tumor, cuya piel recibe un movimiento de propulsión, regular é incesante, igual al latido del corazón.

La actitud del enfermo no altera en nada las condiciones locales. Sentado como acostado, la deformación es siempre igual, no ocasionando trastorno alguno, cualquiera que sea la posición que ocu-

La conformación exterior del torax es perfectamente normal, sin que llame la atención su contestura

delgada.

Aplicando la mano sobre la región precordial, se nota la falta del corazón; colocando las yemas de los dedos en los espacios intercostales correspondientes y presionándolos moderadamente, se nota idéntico fenómeno. Dirigiendo la mano hacia la línea media, se tropieza con el tumor que, al tacto, confirma el examen de la inspección y sorprende con los fenómenos que acusa.

El esternón se encuentra perforado; entre el hueso y el tumor existe un tejido sin la consistencia de aquel y de éste; en la parte más prominente falta por completo. La temperatura, en este punto, es un poco más elevada que en el resto

del pecho.

El punto más culminante dá la sensación de fluctuación. Cojido, por decir así, entre la mano, hace creer que se tiene un corazón. Inmóvil, irreductible, no se puede presionar ni con el mayor cuidado sin que el paciente manifieste en ese mismo instante, más que un dolor, una gran angustia. Apréciase continuamente el estremecimiento vibratorio.

El corazón, que, como he dicho, no da indicios de existencia ni á la palpación, en la región precordial, se deja sentir por detrás de las inserciones derechas de las costillas al esternón.

Si la aplicación de la mano se reemplaza con la percusión, practicando ésta de arriba á abajo, de abajo á arriba, de dentro á fuera y de á fuera á dentro, no llegan á marcarse los límites que generalmente ocupa el músculo cardiaco. No hay absolutamente macícez, ni submacicez, ni fuera ni dentro de esos límites; ella está reemplazada por una sonoridad bien audible, que revela necesariamente que esta región está ocupada sólo por órganos correspondientes al aparato respiratorio.

Esta sonoridad desaparece, para ser reemplazada por una macicez de fácil observación, en la región lesionada del esternón y aún más

allá de su borde derecho.

En todo estado normal, el corazón se deja sentir cuando se percute en la región precordial; pero en este enfermo se le busca en vano; para dar con él, es preciso examinar el lado derecho del esternón: allí está

alojado.

Pasando los límites de esta región, la percusión no dá macicez, ní submacicez; en los límítes inferiores la observación es idéntica. Debajo del tumor, también existe sonoridad. Sólo flanqueado el borde externo de su lado derecho y ascendiendo sucesivamente, se reconoce la macicez, que en ningún caso llega á ser absoluta. Esta macicez, es todavía más ámplia, porque abraza parte de la región anterior del pecho del lado derecho, indicando una dislocación exagerada del corazón hacia ese lado, semejante á lo que ocurre en los grandes derrames pleuriticos, por ejemplo.

Antes de manifestar el resultado que dá la auscultación, es preciso indicar el movimiento de propulsión que recibe la cabeza del examinador al practicarla, ya sea directamente ya valiéndose del este-

tóscopo.

La auscultación de la región precordial, deja oir fácilmente el murmullo vesicnlar, perteneciente á la respiración pulmonar y de un modo muy lejano el movimiento del corazón. La de la región ocupada por el tumor permite escuchar un doble ruído de soplo, mucho más marcado en el segundo ruído que en el primero, y haciéndose muy notable en la parte más prominente. La región ocupada por el corazón manifiesta el mismo ruído del examen anterior. Donde mejor se le oye es en el tercer espacio intercostal del lado derecho, á dos centímetros por fuera del esternón.

El pulso radial, carotídeo y femoral no presenta desigualdad alguna. La radial izquierda dió 89 pulsaciones en un minuto del relox de segundos. La misma artería dió el trazo que presentó en grabado.

El examen atento de este enfermo, por cinco días consecutivos, me ha parecido bastante para mi

observación y dianóstico.

Este no puede ser otro, que el de aneurisma saciforme de la aorta ascendente, perforante del esternón, y voy á dar los fundamentos en que me apoyo, y que espero merezcan vuestra aprobación.

Hay que tener en cuenta, que hace dos años Arellano se encontraba aparentemente sano. El ha advertido su lesión, seis meses después de sufrimientos dolorosos y cuando vió aparecer el tumor en su pecho.

Ya es tiempo de que haga constar, que apesar de no ser tal, acepto y me valgo de la palabra tumor, para expresar la lesión del enfermo que estudio, porque con esa acepción se designan los aneurismas, por regla general, por más que carezcan de los caracteres que pertenecen á aquellos.

Del examen que acabo de exponer, se resumen los siguientes signos: abovedamiento de la región esternal, de los cartílagos y de las costillas en su punto de inserción esternal; pulsación del tumor; blandura, regularidad y simetría; coloración violada de la piel, á su nivel; ausencia del choque de la punta del corazón; su presencia en el cuarto espacio intercostal derecho; movimento de propulsión; perforación del esternón; aumento de la temperatura; fijeza é irreductibilidad; estremecimiento vibratorio; sensación de angustia; sonoridad de la región precordial; macicez de la región esternal; doble ruído de soplo auscultando sobre la tumefacción; ruído de soplo del corazón.

Si no todos, algunos de estos síntomas pertenecen al aneurisma aórtico y confirman el diagnóstico.

El abovedamiento del pecho o elevación precordial—aparte de las deformaciones—se presenta en el enfisema pulmonar, el pneumotórax, en la pleuresía con derrame, pericarditis con derrame, hipertrofia del corazón y endocarditis; pero cuando esto ocurre, el abovedamiento se presenta para los tres primeros casos, más allá de los limites de la región precordial; mejor dicho, el abovedamiento es extenso y no limitado; en la hipertrofia, la macicez es considerable y en la mayoría de casos pertenece más que todo á la base. Idéntica cosa sucede en el derrame de la pericarditis. En cuando á la endocarditis, es preciso que sea crónica y solo- en ese caso, cuando ya se ha formado la hipertrofia por compensación á la lesión de los orificios se presentará el abovedamien-

Los latidos que presenta este tumor, son peculiares é indican claramente que se trata de un aneurisma.

Semejante en todo, á los latidos que presenta un corazón, se creería en la existencia de este órgano en el punto de la lesión que se estudia, si la auscultación no nos guiara á encontrar el verdadero lugar en que se halla. Confirma esta creencia, la presencia de sus latidos fuera de la pared del pecho, porque el tumor aneurismal tan grande como es, ha perforado el hueso que se le presentaba delante para manifestarse en primer tér-

mino. Esta circunstancia permite tocarlo, tomarlo en la mano, mejor dicho, y apreciar la sensación de thrill, como llaman los profesores ingleses al estremecimiento intermitente que coincíde con los latidos aneurismales, que es igual en todo la extensión del tumor. Este fenómeno, especial por demás, es debido á las vibraciones que produce en el saco aneurismal la entrada de la sangre.

La ausencia del corazón y la falta del choque de la punta á su nivel normal, indican evidentemente su dislocación. Esa dislocación, que se ha efectuado tan poco ha poco, como más y más se ha ido desarrollando el tumor, ha llevado el corazón á la derecha del esternón. Más desarrollado, relativamente, el tumor aneurismal que el corazón, ha podido con él, tanto más cuanto mayor punto de apoyo tomaba en el esternón á medida que lo perforaba.

El tumor es blando. Tiene la sensación de fluctuación como no puede dejar de ser tratándose de su contenido que es líquido, lo que lo distingue de cualquier otro. Y no es por cierto un abceso: este tendría por caractéres la tumefacción, la rubicundez, el calor y el dolor. Carece de rubicundez, falta el calor y no tiene dolor. Por otra parte, en año y medio de existencia á ser tal, habría desgastado y roto la piel que lo cubría. El aumento de la temperatura con el resto de la piel se explica fácilmente: es sabido que la temperatura la da el movimiento circulatorio. Allí, pues, se produce, con la entrada de la sangre en el saco, una nueva revolución de la onda sanguínea al ser lanzada por la contracción del ventrículo.

La fijeza del tumor, proviene de su encajamiento con el esternón que no deja claro entre uno y otro. Existe como un nuevo tejido que los une. Los dobles ruídos de soplos que se perciben en el tumor por la auscultación ya sea mediata ó inmediata, son de gran valor para este diagnóstico y puede de-

cirse que casi le pertenecen. Para Jaccoud son ruídos de percución iguales á los del corazón y no tales soplos. La perforación del esternón es otro signo especial del aneurisma. De todos los tumores sólo dos clases perforan los huesos: los aneurismas y los tumores cancerosos. Para que este tumor pudiera considerarse como canceroso necesitaba tener signos y caracteres de que carece; su consistencia debía ser necesariamente dura, tener la piel adherida, su forma más ó menos mamelonada ó irregular, resistente y el tiempo trascurrido para su desarrollo, habría bastado para que se presentaran infartos ganglionares. Tampoco existen antecedentes hereditarios.

El movimiento de propulsión, es característico de los aneurismas.

Ahora, ratificado el diagnóstico debe presentar signos funcionales, que en esta clase de tumores son de dos clases: alteraciones funcionales y síntomas de compresión de los órganos vecinos. Entre los primeros, puede citarse el desplazamiento del corazón como ya lo dejo observado y la dísnea y palpitaciones que sufre este enfermo, en cualquier movimiento violento

que ejecuta. Entre los segundos se cuentan: la compresión de la tráquea, bronquios, pulmones, esófago, arterias y nervios, ocasionando en cada caso trastornos especiales. El caso de Arellano es especial también en esto. Todos los trastorhos que dejo indicados, se suceden cuando el aneurisma permanece en el mediastino. Aqui ha sucedido todo lo contrario; su desarrollo ha ido sobre la pared anterior del pecho y una vez en el exterior ha crecido á su antojo, sin obstáculos y sin tener por consiguiente órganos que comprimir,

Es preciso ahora, darse cuenta de la manera cómo ha evolucianado este aneurisma y de las causas que lo han producido.

Ocasionan los aneurísmas: las heridas, las emociones morales, lesiones arteriales, el alcoholismo, el reumatismo, la gota, la obesidad, la sífilis y el paludismo. Intervienen, además, la raza, el sexo y la edad.

No sostendré, por cierto, que todas estas causas hayan influído en Arellano de modo suficiente para producirle la lesión arterial de que padece; pero si que se encuentra de ellas en el examen que se refie-

Muy léjos está de la raza sajona que es la que, entre todas, tiene más predisposición para estas lesiones, porque aparte de que sus antepasados no pertenecieron á ella, él es originario de la Araucania, cuyos pobladores, se sabe, son de raza enteramente ameri-

Por lo que hace á la edad, es sabido que los aneurismas se presentan en mayor número entre los individuos de cuarenta á cincuenta años, y él cuenta ahora cuarenta y dos.

No es gotoso ni es obeso tampoco; pero ha sido alcohólico y alcohólico de muchos años. Sus ataques de alcoholismo fueron frecuentes y llegó á sufrir delirios.

Ha sido reumático, y además sifilítico como lo prueban los vestigios que lleva en la garganta, la cicatriz de la región inguinal y la no menos indeleble del glande, á consecuencia del chancro que tuvo en 1877.

Y, por último, ha sido palúdico viejo y lo es actualmente. Padeció de fiebres palúdicas durante los años 1891 y 92 y actualmente, á su ingreso á la sala de Santo Domingo, fué atacado de una intermitente palúdica, típica, que felizmente cedió bien pronto, estando sometido el enfermo á la acción del sulfato de quinina.

Yo creo, pues, que las causas que dejo indicadas bastan por sí solas, para ocasionar el aneurisma de la aorta, que dejo diagnosticado.

Ahora bien. ¿Cómo ha evolucionado este aneurisma? Creo tener fundamento para atribuirle causa sifilítica. Ha habido, probablemente, una lesión específica de la aorta que debilitando poco á poco sus paredes, fueron cediendo lentamente, al golpe incesante de la onda sanguínea. Constituído ya el aneurisma en la cara anterior del vaso, continuó 'siempre su crecimiento hasta encontrarse con la parte anterior del pecho cubierta por el hueso esternón, que perforó para ponérsele delante. Así se explica, la falta de trastornos funcionales que acompañan por regla general á esta clase de tumores.

No faltan en la ciencia, algunos casos de curación expontánea de los aneurismas, y llegá á citarse una que otra autopsia que revelaba la existencia de tumores aneurismales, existencia que ni siquiera se sospechaba. Esto se debe á la coagulación del saco que es de lo que depende la curación. Pero dejando esto de un lado, pues no es lo normal, los modos de terminación de los tumores aneurismales son varios: la ruptura del saco que produce hemorragia, ya débil ya muy fuerte, abriéndose al exterior como ocurriría en el presente caso, ó por hemorragia interna. Otra terminación fatal es la del sincope. Una tercera causa de muerte, es el desprendimiento de un coágulo, que saliendo del saco va alojarse á un vaso que no le deja pasar, ocasionando la embolia. Portúltimo, y en el caso más lejano, pueden sobrevenir la caquexia por falta de sueño, los dolores y el adelgazamiento del enfermo. Todos estos temores, unidos al sitio del aneurisma y á su tamaño, me inclinan á abandonar las reservas y manifestar lo grave del pronóstico de la lesión que sufre Arellano. Oja!á, que, como ocurre algunas veces sea favorable para la prolongación de sus días, la circunscia de que su tumor se encuentra fuera del pecho; donde no tiene muchos trastornos que ocasionar.

Al llegar el enfermo al hospital de Lima, el médico que lo recibió se cuidó de no darle otro tratamiento que la administración del ioduro de potasio y prepararlo para practicar más tarde la introducción de una crin de Florencia, á fin de tentar la curación. Desgraciadamente, el enfermo aburrido por la mala alimentación del establecimiento, solicitó licencia para vivir en la calle y volver al hospital en las mañanas. Salió de allí el 10 de Julio último.

A un antiguo alumno de la Facultad de Medicina de Lima, el senor don Aurelio Urresti, companero que fué de muchos de los señores Catedráticos actuales, le oí referir que fué llevado á su servicio del hospital de San Bartolomé, un insividuo de tropa que falleció en la misma noche, y que practicada la autopsia se reconoció un aneurisma de la aorta ascendente perforante del esternón, y que solicitados los datos al respecto, se supo que ese hombre había recibido una herida por arma de fuego.

Aparte de este dato, no conozco

ningún otro.

Ni los periódicos profesionales, ní las obras de Medicina y Cirujía que he consultado sobre este asunto, señalan un caso tan curioso como el que me ocupa.

Terminado este trabajo el 19 de Agosto último, la circunstancia de haber vuelto el enfermo al hospital, el 1.º del presente, me ha proporcionado dos oportunidades una, la de obtener su fotografía, gracias á la caballerosidad de mi amigo el señor don Aurelio Imaña y venciendo la resistencia de Arellano; y la otra, dar cuenta en la actualidad del estado del enfermo.

La evolución del aneurisma llega á su término; el tumor se ha desarrollado enormemente, ocupando casi la totalidad del pecho; la piel se ha ulcerado en tres puntos; ha sufrido tres hemorragias en menos de veinticuatro horas, y la vida del enfermo depende del desprendimiento de un coágulo fibrinoso.

Lima, Setiembre 3 de 1897.

Dr. Augusto Luna.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Curetage del útero

(Gazzetta Medica di Roma)

Entre las operaciones más-importantes de la ginecología podemos con buen derecho poner el curetage uterino, especialmente cuando se practica en condiciones apropiadas y siguiendo las reglas

que la ciencia prescribe.

En estos últimos años, esta operación se ha hecho de uso general, especialmente después que Sims, Simón, Hegar, Kaltenbach y Thomas mostraron su valor en el tratamiento de las hemorragias uterinas por retención del producto de la concepción ó por neoformaciones fungosas del endotelio, y también para el diagnostico diferencial entre el carcinoma y el sarcoma.

Mucho se ha discutido sobre las indicaciones, contraindicaciones, peligros, técnica y resultados de este método de tratamiento, y son muy diversas las opiniones de los autores sobre la forma que se debe dar á los instrumentos que se emplean. Trataremos de resumir los conocimientos actuales sobre este

asunto.

Indicaciones. — Comenzamos primero á ocuparnos del curetage

en el útero puerperal.

Cuando en un aborto la hemorragia no cesa facilmente, ó cuando emana del útero un olor pútrido ó hay reacción febril, es necesario explorarlo inmediatamente.

Si el aborto es incompleto, ha sido descuidado en su principio ó se tienen ya los síntomas de una septicemia puerperal, conviene desinfectar bien el conducto utero vaginal, raspar el útero y taponarlo con la gasa iodoformada.

En estos últímos años se ha formado una corriente contraria al raspado en los casos de sepsis puerperal; esto ha sido en parte favorable, porque nos ha permitido

conocer mejor cuando y como debe ser adoptado. Inmediatamente que se presentan los primeros síntomas de una infección conviene. con una asépsia rigurosa, explorar el útero y rasparlo si el dedo encuentra excrecencias deciduales, placentarias ó tejido mortificado. Si se hace el curetage en estas condiciones y es seguido de una desinfección prolija, se tiene la casi certidumbre de obtener explendidos resultados. Cuando la sepsis está muy avanzada no siempre podemos esperar de él las mismas ventajas; y aun debe proscribirse en algunos casos, como cuando existe una flebitis puerperal ó cuando las trompas, los ovarios, el tejido conjuntivo ó la cavidad peritoneal contienen pus.-En el periodo de subinvolución uterina el raspado del útero ha dado resultados verdaderamente brillantes. Por medio de él las eudometritis subagudas y las metritis se detienen, y desaparecen prontamente los efectos patológicos de la inflamación de la trompa, del ovario, del peritoneo ó del tejido celular. La época más apropiada para el curetage es, en estos casos, el periodo de congestión é infiltración uterina; pasado éste y llegado el de neoformación conjuntiva los resultados son mas inciertos.

Consideremos ahora los efectos de este medio quirúrgico en un periodo más ó menos lejano del

puerperio.

a) Hemorragias uterinas.—Entre las indicaciones mas antiguas del raspado uterino figuran las hemorragias, debidas á polipoides ó fungus del endometrio. Muy frecuentemente, y en particular en las mujeres que no han parido, y en las cuales el útero no ha estado sometido á los procesos fisiologicos de regeneración é involución, la mucosa se inflama y se hipertrofia, sea en una area circunscrita, ó en una superficie muy difusa; en tal caso, el único y más apropiado método de tratamiento es el curetage. Está también indicado en las hemorragias por fibromiomas uterinos, seguido de la aplicación de tintura de yodo y de ácido fénico. Se debe basar, aun en este caso, en la asépsia escrupulosa, pudiéndose herir la cápsula de un tumor submucoso, y determinarse una infección general, una supuración local, y hasta la gangrena.

No debe olvidarse tampoco que una endometritis atrófica acompaña algunas veces los fibromas del útero; en este caso el raspado no puede tener acción benéfica sobre la hemorragia.

Una aplicación muy importante tiene el curetage en los carcinomas uterinos, que ordinariamente son acompañados de una hemorragia más ó menos tenaz. Permite al cirujano extraer una porción del tumor, examinarlo, hacer el diagnóstico, que en epoca propicia puede ser seguido de la operación radical y de la curación.

b) Flujo uterino purulento o mucopurulento. - Las endometritis agudas no puerperales, excepción hecha de las de origen blenorrágico, son muy raras: pueden ser dedeterminadas por la supresión de la menstruación por un frío excesivo, ó por el examen intrauterino, hecho con instrumentos mal desin-

fectados.

En estos casos, si un tratamiento radical intrauterino no es necesario en las formas de mediana intensidad, se impone cuando la sepsis es muy avanzada; el curetage debe ser acompañado entonces de irrigaciones repetidas y de taponamiento con gasa antiséptica. Este mismo método debe ponerse en práctica en las endometritis crónicas, asociadas á un aumento ó disminución del flujo menstrual, y á dolores pelvianos. Sin embargo, en tales casos es necesario antes de todo hacer un diagnóstico exacto, porque el raspado uterino ha dado con frecuencia malos resultados en las inflamaciones graves de la trompa, de los ovarios y del peritoneo. Debe practicarse lo más pronto posible, antes que el proceso inflamatorio se extienda, particularmente á las trompas.

c) Dismenorrea y esterilidad.-En la variedad esfoliativa ó membranosa de la dismenorrea el raspado es el único método de curación que tiene valor, sea por sí mismo, sea por que es acompañado de dilatación del cuello, que antes era considerada como el mejor tratamiento en la dismenorrea asociada á estenosis y esterilidad.

La cucharilla cortante presta también grandes servicios en la curación de la esterilidad, cuando este síntoma es causado por una endometritis, asociada ó no á una obstrucción mecánica, como la es-

tenosis y la flexión.

En efecto, es bien sabido que los espermatozoides no pueden vivir en un líquido ácido, como el endometrítico; además este se opone á su libre pasaje estando acumulado en la cavidad uterina. Suprimiendo pues estas dos causas, y mejorando las condiciones de la trompa y del ovario, facilmente el curetage puede ser seguido de fecundidad de la mujer. Este éxito se obtiene frecuentemente en los casos en que la mujer permanece estéril después de la primera concepción, seguida de un aborto ó de un trabajo á término que ha dejado el útero inflamado. No obstante, debe saberse que cuando la esterilidad es debida á lesiones profundas de la trompa ó del ovario es inútil esperar del raspado ningún resultado feliz

Este será siempre porporcional á la duración y al caracter de las inflamaciones endométricas ó tu-

báricas.

Técnica.—Conocidas las indicaciones del raspado uterino, es deber del cirujano aplicarlo con todas las reglas necesarias para evitar los peligros que puede acarrearesta operación. Estos son múltiples y pueden resumirse así: introducción de la infección, que puede ser seguida de serias inflamaciones de la trompa, del ovario y del peritoneo, y algunas veces de muerte por septicémia; laceración del cuello ó de las paredes vaginales debida á una dilatación mal practicada;

rotura de colecciones purulentas en la pelvis, cuando por un mal diagnóstico su presencia había escapado al operador; perforación de la pared uterina por medio de la cucharilla; producción del aborto por un error de diagnóstico; hemorragia concomitante, y muy rara vez la posibilidad de una obliteración posterior de la cavidad uterina .--El conocimiento de la técnica y una selección bien hecha de los casos en que debe ser adoptado el curetage, reducen estos peligros al mínimun.-La época en que debe practicarse esta operación, en los casos no puerperales, es pocos días después de la cesación del periodo menstrual.

Conviene que la paciente permanezca en el lecho 24 horas antes de ser operada y suministrarle un purgante salino. La vulva y la vagina, en la mañana v en la noche antes de la operación, deben ser lavadas con agua y jabón, desinfectadas con una solución antiséptica (sublimado 1/1000) y obturadas con gasa iodoformada ó sublimada. Antes de practicar la narcósis conviene lavar bien el recto y vaciar la vejiga. Debe tenerse mucho cuidado en la desinfección de los instrumentos y de las manos del operador y de los asistentes. Después de anestesiada la paciente se le coloca en la posición de la litotomía; se lava nuevamente la vulva y la vagina, por medio de un tenáculo doble se toma la porción anterior del cuello y se tira hacia afuera suavemente.

En los casos no puerperales, se practica la dilatación del cuello; para efectuarlo, tomada con las pinzas la parte anterior de él, se introduce al dilatador más pequeño. Se extienden moderadamente las ramas del instrumento en distintas direcciones, de manera de obtener una dilatación uniforme. En las multiparas esta puede llevarse hasta el estremo que permita introducir el índice en la cavidad uterina. Se hace entonces el lavado de ésta con una solución de sublimado al 1/2000, con una sonda de doble corriente. Se introduce la cuchárilla hasta el fondo, y, sosteniendo con una mano el útero por la pared abdominal, con la otra se raspa mecánicamente la cavidad entera, hasta que se experimente una sensación particular, la cual indica que el endometrio ha sido destruído y que el instrumento está en contracto con la capa muscular.

Debe ponerse especial atención en el fondo y en las astas uterinas. Por esta razón se usan la cucharilla de Simón y el raspador angular

de Syme.

Después que la cavidad del útero ha sido desembarazada de todos los detritus de la mucosa, es tocada con una solución de ácido fénico en glicerina. Se introduce finalmente en ella con una pinza uterina, una tira de gasa iodoformada de una pulgada de ancho para llenar la cavidad, dejando el otro extremo en la vagina, que también

se tapona con gasa.

Se establece así un drenage perfecto.—Esta curación debe quitarse á las 48 horas; se hace entonces un lavado prolijo, y se vuelve á poner la gasa. En los casos muy sépticos no conviene esperar tanto, sino simplemente 24 horas. En todos los días posteriores, y por cuatro ó cinco después de la operación, se debe repetir la curación haciendo siempre una irrigación con un líquido antiséptico. (Sublimado al 1/4000).

LEWELLYS F. BARKFR, M. B.

(BALTIMORE)

Anatomía y Fisiología del sistema nervio-

so y sus neuronas constituyentes.

(Twe New York Medical Journal)

(Continuación.)

Los cilindros-ejes ó axonas de las células nerviosas difieren de una manera notable, y por muchos

motivos, de las dentritas. El aspecto que presenta una axona en las preparaciones de Golgi es tan característico que, con un poco de experiencia, no hay la menor dificultad para distinguirla de las dentritas subvacentes; en verdad, unos cuantos días de estudio con el microscopio de preparaciones bien impregnadas enseñan mejor á los estudiantes las diferencias de tipo entre las deutritas y axonas que muchas paginas de cuidadosa explicación (1). Analizando la estructura de las dos especies de prolongaciones se consigue sin embargo diferenciarlas. La axona difiere de la dentrita en su modo de origen del cuerpo célular, en sus contornos, en su calibre, en su dirección y en su manera de dividirse; además, las largas axonas estan por lo general envueltas de mielina y presentan difirencias en sus prolongaciones accesorias y en su modo de terminación.

Apareciendo en el embrión como una prolongación del tronco de un neuroblasto en forma de pera, las axonas nacen en el adulto del cuerpo célular ó de una dentrita, en este último caso generalmente muy cerca del cuerpo célular, pero á veces lejos de él, por un estrechamiento en forma de cuña. Este modo de origen hace que la axona parezca tener una estructura mas independiente que la dentrita, puesto que esta última, como lo manifiesta su grosor, su origen y la naturaleza de su contenido, es simplemente una expanción del cuerpo de la célula nerviosa. Que la axona es también una expanción directa del protoplasma de la célula, tampoco puede dudarse, no obstante que, como ya lo hemos señalado, ciertas sustancias, aquellas que se encuentran en tejidos fijados por el alcohol, los llamados cuerpos de Nissl, se presentan en cantidad considerable en el cuerpo célular y en las dentritas, pareciendo no existir en las axonas; explicamos esto suponiendo que se hallan en el cilindro-eje en muy pequeña cantidad y que no se les puede descubrir por la deficiencia de los métodos actuales de examen.

El calibre de las axonas varia mucho en las diferentes células, y está por lo general en relación directa con la longitud de su trayecto, como lo indicó Schwalbe y lo afirmado recientemente Lenhossék. En oposición á la dentrita, el calibre del cilindro-eje se mantiene, por regla general, idéntico hasta gran distancia de la célula. Aun en las deudraxonas (Tipó I de Golgi, Neuropodien de Kolliker), la axona esta suficientemente caracterizada á este respecto para permitir facilmente identificación. Somos algunas veces engañados por la delgadez del cilindro-eje, que puede ser hasta 187 veces menor en espesor que el cuerpo celular (Donaldson).

La superficie de la axona es lisa, sus contornos regulares, y su trayecto por regla general directo, así es que en el mayor número de casos un ojo habituado puede reconocerla á primera vista, destacandose perfectamente como un hilo negro sobre un campo blanco ó amarillento. Sin embargo, las axonas no toman siempre el camino mas corto, y en su origen presentan curvas ó desviaciones que son dificiles de seguir,

La longittd de las axonas es variable en el mas alto grado. En las dendraxonas, en que la división dentrítica de la axona se verifica muy poco después de su salida de la célula, la longitud total de ésta, antes de que pierda su individualidad, puede ser sólo de algunos milímetros ó de fracciones de milímetro. De otro lado, las axonas de algunos neuronas motores son tan largas como la mitad de la altura de un hombre. Entre estos dos extremos hay todos los grados posibles de variación.

Los neuronas con largas axonas (Inaxonas de von Lenhossék, célu-

⁽¹⁾ Es necesario admitir que en ciertas regiones, por ejemplo, en los gánglios del simpático y en los plexos de Meissner y de Auerbach, las detritas y axonas se asemetanto que es muy dificil distinguirlas.

las del tipo I de Golgi, heteropodere nervenzellen de Kolliker) son por regla general monaxonas esto es, que poseen solo una axona, aunque las células de los gánglios espinalos pueden, histologicamente al menos, ser miradas como diaxonas,

Hay neuronas que poseen varias axonas. Entre ellos, las llamadas poliaxonas, son las células de Cajal de las capas exteriores de la corteza cerebral de ciertos animales, de cuyas dentritas horizontales emanan cuatro ó mas ramas que poseen todos los caracteres externos de delicadas axonas. Según Ramón y Cajal muchas células de los gánglios simpáticos viscerales —las de los plexos de Auerbach y Meissner, por ejemplo-poseen varias axonas.

Se llaman anaxonas á los neuronas que parecen hallarse absolutamente desprovistos de prolongación cilindro-axil; se les encuentra en la capa nuclear del bulbo olfatorio, en la retina (células amacrinas de Cajal), y como lo ha aseverado von Bechterew, entre las redes de las células de Purkinje del cerebelo Se ha designado con el nombre de Schizaxonas á aquellas que en su travecto se dividen en dos ramas casi iguales-por ejemplo, las divisiones en forma de Y de las axona centrales de los neuronas sensitivos periféricos después de su entrada en el sistema nervioso cen-

Las ramas terminales (telodendriones) de las axonas, que han sido estudiadas muy exactamente y con mucho cuidado, son arborizaciones que no siempre quedan solo al rededor de una célula. El modo común de terminacion de los cilindro-ejes es el agotamiento por múltiple división, extendiéndose estas hasta abarcar un extenso dominio, de tal manera que no es raro que las ramas terminales de nna sola axona lleguen hasta la vecindad de las deutritas y los cuerpos celulares de un número considerable de neuronas diferentes.

No es supérfluo sentar este hecho puesto que gran número de dia-

gramas publicados en los compendios y en artículos descriptivos están equivocados: la íntima interdigitación ó entrecruzamiento de las ramas terminales de una axona exclusivamente con las dentritas de un segundo neurona, pintada tan frecuentemente, ocurre raras veces, excepto en algunas localidades, como por ejemplo en los glomérulos olfatorios de algunos animales. Es mucho más en armonía con la verdad creer que un neurona, por medio de las terminales de su axona ó axonas, se pone en contacto y por consiguiente en estado de influenciar las prolongaciones ó cuerpos celulares de algunos ó muchos otros neuronas. ("Conducción por avalancha" de Cajal.)

Gran número de formas curiosas de terminación han sido descritas en varias partes del sistema nervioso central. Tenemos también las terminaciones en forma de dis. co que se presentan en los corpúsculos de Meisner y en los discos tactiles de las superficies epiteliales. Debemos recordar que en el sistema nervioso central las terminales de las axonas y las colaterales pueden, en algunos casos, ponerse en contacto directo con los cuerpos celulares de otros neuronas; los segundos neuronas son influenciados por estas prolongaciones.

En la mayoría de las inaxonas, aunque no en todas, los cilindro-ejes se hallan envueltos en casi todo su trayecto por una vaina de mielina. Las dendraxonas, estando en su mayor parte incluídas en la sustancia gris del sistema nervioso central, poseen cilindro-ejes desprovistos de esta envoltura protectora. En la mayor parte de los nervios periféricos, espinales y cerebrales, esta cubierta está constituída por una espesa capa grasosa, que forma la vaina de mielina, por fuera de la cual hay un plano celular, el neurilema. En el sistema nervioso central existe la vaina de mielina, pero falta el neuri-Las fibras nerviosas del lema.

simpatico no tienen vaina de mielina, pero se hallan rodeadas por una envoltura protectora de largas células planas, que les forman una especie de neurilema. No tengo la intención de describir aquí los detalles histológicos de las distintas envolturas de la axona, cuyo estudio se encuentra en todos los compendios de histolología. Debo indicar solamente que el descubrimiento de que las axonas de neuronas destinados á funciones diferentes se envuelven de mielina en el embrión á épocas distintas, aplicado al análisis de las fibras nerviosas, forma la base del método embriológico de Flechsig. Estos trabajos han contribuido mucho al estudio de la neurología.

La parte de la axona más inmemediata al cuerpo celular de que emana se halla por lo general desprovista de mielina, como también sus ramificaciones terminales (terminaciones aplanadas de los nervios motores y telodendriones desnudos en el sistema nervioso central).

Al lado de las divisiones principales de las axonas, ya descritas, debemos considerar las divisiones accesorias, las colaterales (Paraxonen de von Lenhossék; Cilindrodendriten de Retzius). En las preparaciones de Golgi el punto de origen de las colaterales de una axona se marca por un lijero engrosamiento. En la médula espinal las colaterales de las fibras de las raíces dorsales y de los haces blancos, penetran en gran número en la sustancia gris á diferentes niveles, de manera que una fibra nerviosa puede hallarse en conección no solo con la sustancia gris en que termina su axona, sino también, por las colaterales, con la sustancia gris de los segmentos medulares situados entre sn origen y su terminación. Este hecho es de incalculable importancia para explicar la conducción indirecta y las numerosas actividades reflejas. Según los estudios de von Lenhossék y los míos, la parte de la axona situada más cerca de su célula de origen—la porción citopróxima posee un número mucho mayor de colaterales que las más alejadas del cuerpo celular; la porción más lejana de^sla axona está casi enteramente desprovista de colaterales.

A causa de las dificultades técnicas no se ha podido determinar el número de colaterales que puede emitir una axona. Kölliker, en una sección longitudinal de la médula de pocos milimetros de longitud, contó hasta nueve colaterales de una sola fibra. Debemos recordar que algunas de las fibras de las raices posteriores se extienden desde la médula lumbar hasta la oblongada, y que en ellas no podríamos calcular el número de colaterales atendiendo solo á su longitud pues, como sabemos, las partes de la axona muy alejadas del cuerpo celular no presentan ramas accesorias.

Von Lenhossék, que ha hecho muy prolijos estudios de la histologia medular, nunca ha podido descubrir colaterales en los haces delgados de Goll, y cree que no existen en ellos. El número de las colaterales varía mucho para las axonas de un mismo haz, y más todavía entre las axonas de diferentes sistemas. En los haces dorsales de la médula espinal, von Lenhossék, ha demostrado que las colaterales son más abundantes que en las otras zonas; son también muy numerosas en la parte anterior y media de los haces de Burdach, pero escasas en la parte dorsal y periférica de estos mismos cordones. De que las colaterales falten en los haces delgados no debemos deducir que estas axonas carecen de ellas, tanto más que, como sabemos, las axonas que constituyen estos cordones pertenecen á las raices dorsales y que antes han formado parte del haz dentado. Con todo, parece probable la existencia de axonas que no tienen colaterales, debiendo colocarse en este grupo muchas de las astas anteriores y los nervios sensoriales óptico y olfatorio.

Las colaterales estan generalmente provistas de mielina; un gran número de fibras muy finas, que el método de Weigert ha revelado en la sustancia gris del|sistema nervioso central, representan co-laterales meduladas. Se ha dado un gran paso reconociendo que el gran número de fibras de mielina que atraviesan los haces dorsales de la médula, no representan ramas terminales de las fibras de las raíces dorsales ni su priucipal trayecto intra-medular, sino colaterales. Gracias á los estudios extre madamente cuidadosos de von Lenhossék, Ramón y Cajal y lliker y las investigaciones embriológicas de Flechsig, podemos reconocer ahora grupos de colaterales muy diferentes en origen, en modo de terminación y lo que es aun más interesante, en función. Esta clasificación nueva está destinada á hacer más clara la patología de la médula espinal, y ha servido ya para dilucidar muchos problemas oscuros.

Debemos insistir todavía sobre el extremo libre de las colaterales y de las ramas terminales de las axonas. Después de repetidas divisiones, cada fibrilla va á terminarse en un punto distinto, pre-sentando con frecuencia un ensanchamiento plano terminal. colaterales pueden así ponerse en contacto, por sus arbonizaciones terminales, con las prolongaciones de varios otros neuronas, y aquí, como en el diagrama representativo, es falso que rodeen solo el cuerpo celular ó las dentritas de un solo neurona; pudiera suceder que se presentara tal manera de terminación de las colaterales, pero no es lo más común, La importancia de conocer los caracteres de las terminales se hace más obvia considerando afectadas todas las series de neuronas pertenecientes á un grupo funcional. Como las colaterales pueden distribuirse en un territorio en que se pongan en contacto solo con los fibrillas laterales de la axona de otros neuronas, merecen alguna atención al discutir las funciones posibles de las diferentes partes de un neurona.

Golgi distingue las fibrillas laterales que salen de la axona en la sustancia gris, inmediatamente después de su origen, de las colaterales regulares que nacen á gran distancia del cuerpo celular. Las primeras no son meduladas, las segundas están generalmente envueltas de mielina. Sin embargo, morfológicamente parece haber razón suficiente para esta división, y von Lenhossék ha expresado la opinión de que para afirmar la diferencia funcional entre estas fibrillas se necesitan nuevos estudios

En suma, el cuerpo celular, las dentritas, y las axonas, con sus colaterales y telodendriones, son las diferentes porciones de los neuronas descubiertas por el método de Golgi. Es evidente que cuanto más completo es el análisis se pone mejor de manifiesto la indepencia de las unidades nerviosas.

No tenemos seguridad de que exista una sustancia unitiva intercelular. His cree en la presencia de una sustancia amorfa entre las diferentes prolongaciones, y la considera como muy fácilmente alterable por las influencias generales y principalmente por los tras-tornos de la nutrición. De otro lado, von Lenhossék le objeta que nadie he visto esta sustancia intermediaria, y cree que el plasma ó la linfa es la única sustancia que se halla en contacto inmediato con los plexos finales de las prolongaciones nerviosas y llena los pequeñísimos espacios vacíos que deja este tejido. Por desgracia, conocemos muy mal los linfáticos de los centros nerviosos y es de urgente necesidad completar su estudio. De la hipótesis de Ramón y Cajal, según la cual, la penetración de las fibrillas de la neuroglia entre las prolongaciones de neuronas vecinas tiene importancia para la verificación ó detenimiento de la conducción, nos ocuparemos después.

(Continuará).

H. A. HARE, M. D.

(PHILADELPHIA)

Elección de las diferentes preparaciones de digital .

(The Therapeutic Gazette)

Durante muchos años, los prácticos han estado acostumbrados á mirar las variadas preparaciones farmacéuticas de digital como po-seyendo efectos fisiológicos muy diferentes, mayores que las variaciones naturales que nacen de la fuerza relativa de una infusión comparada con una tintura. En otros términos, se ha admitido generalmente que ninguna dósis, grande ó pequeña, de infusión que se administrara, podría producir efectos iguales á los de una dósis dada de tintura; ó, para expresarme todavía más claro, ha sido la idea general que cada una de estas preparaciones produce efectos particulares. Se supone que esta variación depende de las proporciones relativas de los distintos principios activos de la digital, mantenidos en solución por el agua ó el alcohol con que se hace la preparación, y si es verdad que cada preparado tiene un efecto propio, es también positivo que se debe á las indicadas razones, perfectamente concebidas, como voy á demostrarlo.

Debemos recordar que la digital contiene por lo menos cinco principios, de los que cuatro son fisiológicamente activos, y el quinto inactivo. De ellos pueden desarrollarse otras sustancias por alteraciones químicas ó descomposición, pero es probable que no existan en su origen. Cada uno de estos compuestos posee una acción fisiológica propia, y cada uno tiene una solubilidad particular. De los cuatro constituyentes activos, la digitalina, la digitoxina y la digitaleina actúan sobre el músculo cardiaco, mientras que la digitoni-

na tiene un efecto enteramente diferente, deprime central y periféricamente los nervios vagos y los gánglios inhibitorios del corazón. La digitalina á que nos referimos no es la digitalina amorfa preparada según el procedimiento de Homolle, ni la digitalina cristalizada de Nativelle, ninguna de las cuales es pura, sino la digitalina de Schmiedeberg.

El efecto de la digitalina de Schmiedeberg sobre el corazón es el de un poderoso estimulante, bajo su influencia los latidos cardiacos se hacen más poderosos (cuatro ó seis veces más fuertes que los normales) y simultáneamente eleva la presión sanguínea, primero por acrecentamiento de la fuerza del corazón, y segundo por estimulación del aparato vasomotor

central y periférico.

Los efectos fisiológicos de la digitaleina y digitoxina son idénticos á los de la digitalina, con la diferencia que ellas no estimulan el centro vasomotor ni el neumo-gástrico, y por consiguiente no directamente la presión sanguinea ni hacen lento el corazón. En otras palabras, acrecientan la fuerza de la contracción ventricular. Siendo el efecto de la digitonina deprimir el vago, se comprende que antagoniza los e-fectos de la digitalina sobre él, y previene así la lentitud del corazón que podría resultar del uso de la digitalina sola. Deprime también el músculo cardiaco. La pro-porción de la digitonina en la digital varía, pero nunca se halla en cantidad suficiente para vencer la influencia inhibitoria de la digitalina.

Si ahora nos ocupamos de la solubilidad de estos principios, podremos explicarnos fácilmente los diferentes efectos producidos por la infusión y la tintura ó el extracto fluido. La digitonina es soluble en el agua, también la digitaleina; pero la digitalina es sólo ligeramente soluble, y la digitoxina muy poco soluble. Resulta de esto que el uso de la infusión en un cardiópata podría no dar al paciente el mismo grado de potencia cardiaca que la tintura, porque no sólo el más poderoso estimulante del corazón, del sistema vasomotor y del nervio vago existe en ella en muy pequeña cantidad, sino que además contiene mucha digitonina que contraría sus efectos.

De otro lado, la digitonina es apenas soluble en el alcohol, mientras que la digitalina y la digitaleina son fácilmente solubles en él, siendo la digitoxina sólo ligeramente soluble. Debemos deducir de aquí que, en presencia de un corazón y una circulación debilitados, la tintura ó el extracto fluido son preparaciones preferibles á la infusión porque contienen gran cantidad de los principios activos estimulantes.

La razón por la cual la infusión actúa eficazmente en algunos casos, como diurético, estriba probablemente en que no contiene mucha digitalina y es menos apta para provocar el expasmo de los vasos renales; pero si el corazón está débil y hay estásis renal, la tintura es la mejor preparación para dominar este estado, porque avudando al corazón y contrayendo los vasos renales hace desaparecer la estásis. El uso de la digitalina no es de aconsejarse, salvo que estemos seguros que ha sido fabricada según el procedimiento de Schmiedeberg, pues las otras digitalinas que se venden generalmente tienen acción muy incierta. La infusión provoca más facilmente trastornos del estómago que el extracto fluído ó la tintura, por la digitonina que es irritante.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

De l'Inyection intra-tracheale en el tratamiento de la tísis por el doctor León Archambault.

París. Vermot, editor 20, rue du Dragon. Tratamiento de las supuraciones del ático por el doctor don Ricardo Botey. Tema-conferencia desarrollado en la "Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña."

Barcelona. Tipografía la Académica, de Serra hermanos y Russel. Ronda, Universidad, 6.—1897.

La Oftalmología en México por el doctor don Juan Santos Fernández.

Habana. Imprenta Militar, calle de la Muralla N.º 40.—1897.

Viaje á México para asistir al segundo Congreso Médico Pan-Americano por el doctor don Juan Santos Fernández.

Habana. Imprenta Militar, calle de la Muralla N.º 40.—1897.

Suero-diagnóstico de la fiebre tifoidea por el doctor Ricardo Ortiz, Profesor de Bacteriología de la Universidad Central del Ecuador. Quito.—1897.

Prostatic enlargement: remarks introductory to á discussion on its nature, diagnosis, and treatment. by J. W. S. Gouley, M. D., of New York County.

October 13, 1896.—Concord, N. H.. Printed by the Republican Press Association.

De l'Ouverture large de la Cai sse et de ses annexes par le Dr. E. J. Moure.

Paris Octave Doin, editeur, Place de l'Odeon, 3.—1897.

Novidades Medico Pharmaceuticas. Revista mensual de conhecimentos praticos.

Editora, Pharmacia Magalhäes 292, rua do Rosario, 296. Porto.

FORMUL ARIO

Pomada contra los hemorroides

En el Journal de medicina de Paris. encontramos la siguiente fórmula, atribnída á Kossoberdckji

> Crisarobina.... 60 centg. Yodoformo..... 25 centg. Ext. belladona.. 50 centg. Vaselina..... 12 gram.

Usos.—Debe aplicarse dos ó tres veces por día.

Gotas antiodontálgicas

(Gawalowski)

Alcohol absoluto..... 100 gramos Esencia de clavo..... x gotas Id. de madera sándalo 1 gramo Cloroformo 1 Creosota.....

Usos-Aplicarse en el diente cariado un algodón empapado en esta mezcla.

El autor asegura que desaparece el dolor de una manera permanente á los pocos segundos de aplicado.

Asma espasmódico

(W. Murray)

Tintura de estramonio 8 gramos Carbonato amónico... Bicarbonato sódico.... 12 Carbont. de magnesia. Ruibarbo en polvo.... 1 Cloroformo..... xx gotas Ag. de menta piperíta 240 gramos

Dósis.—Se toma tres veces al día una cucharada en un cortadi-

llo de agua.

Obtenida la mejoría, debe tomar el enfermo el arsénico en la dósis que tolere el estómago. La mejor preparación es el licor de Fowler, cinco gotas á la comida y á la cena, mantenieudo su efecto con el estramonio tomado por la noche.

Ulceras vericosas de las piernas

(F. Simonelli)

Cloruro de sodio en polvo impalpable.... 50 gramos Mentol pulverizado.... Usos. - Externo.

Mixtura de creosotal

(Hyatt)

Creosotal..... 5 gramos Goma arábiga polvo,... 11 Agua destilada..... 145

Se comienza por mezclar en un mortero caliente, el creosotal fundido con la goma, se añade en seguida el ron y poco ápoco el agua hasta obtener una emulsión homogénea, echando entonces el agua restante y el jarabe de tolú.

Chiclayo, Enero de 1893

Señores Scott y Bowne, Nueva York, Muy Señores míos: No tengo el menor inconveniente en declarar á Uds. que desde hace algunos años prescribo diariamente en mi práctica profesional el precioso preparado farmacéutico que lleva el nombre de Emulsión de Scott, con un éxito admirable. El cansancio intelectual, el agotamiento nervioso, la calcificación tuberculosa, la reparación del tejido óseo, etc., son las indicaciones terapéuticas de la Emulsión de Scott. También repara las fuerzas y hasta cierto punto dá vida.

Siempre que este producto sea elaborado con la delicada, pureza que hoy, habrán hecho Uds. un positivo servicio á la humanidad.

De Uds. Atto S. S.,

DOCTOR JUAN UGAZ.

Esté seguro el Doctor Ugaz que los ingredientes de la Emulsión de Scott son y serán siempre puros. Es cuestión de honor.