

# LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

AÑO XV }

LIMA, SETIEMBRE 15 DE 1898.

{ N.° 233

## TRABAJOS NACIONALES

### **Rectitis muco-membranosa — constipación por espasmo intestinal — neurastenia.**

(Historia clínica leída en la "Sociedad Unión Fernandina"—Sesión de 2 de setiembre de 1898).

Señores:

Al señor E. N. alumno del primer año de Medicina—á quien he tenido el honor de presentar á nuestra sociedad—le afligía, desde hace 4 años, un molestísimo achaque: hacía de 10 á 20 deposiciones diarreicas en las mañanas. Y esto, cuotidianamente, con una exactitud desesperante; indócil á una dietética un poco meticulosa—pero tal vez mal dirigida—rebelde, ó cediendo por escasísimo tiempo, á una activa terapéutica que perseguía como fin inmediato obtener la constipación á todo trance: en el curso de los 4 cuatro años, que está enfermo ha ocurrido, ó se le ha hecho ocurrir, á todas las preparaciones farmacéuticas dirigidas en ese sentido, el bismuto, el opio, la paulinia, el tanino, todo el arsenal de absorbentes, de anexosmóticos y de astringentes ha sido recorrido.

Quando se consultó conmigo—14 de junio de este año—hacia algunos meses que usaba una asociación de bismuto y opio—no sé en que proporción; según su decir sus comidas eran estrictamente higiénicas, de su alimentación proscibía las legumbres, las papas, las verduras y otros alimentos que se le había señalado como capaces de incrementar su diarrea; sólo tenían cabida aquellas sustancias desprovistas de acción laxante y que dejando escaso residuo aseguraran la disminución del número de las cámaras hasta lograr su periodicidad fisiológica. Se le aconsejó con ese fin que fuera parco en sus bebidas, y lo era; se le indicó la conveniencia del ejercicio muscular, y lo hizo; se incriminó al estudio su mal, pero no estaba mejor en las vacaciones. Sólo le mejoró un poco un viaje á Ica.

Pero á parte de este paréntesis de relativa tranquilidad—que fué corto—y por sobre la terapéutica y la higiene aconsejadas, el señor N. continuó siendo víctima de su penoso achaque.

Por qué?

En mi concepto porque había de por medio un error de diagnóstico: yo creo que el señor E. N. padecía más bien de constipación intestinal que de verdadera diarrea.

Afirmación en apariencia tan pa-

radógica, exige que os acerque un poco más á mi enfermo y que reclame toda vuestra atención sobre los detalles de su secuela patológica, aplicando esa atención más, mucho más, á los hechos mismos que á los incontables defectos de mi desatinada exposición.

## I

El señor E. N. dispuso de enviable salud hasta mediados de 1894, tuvo una infancia felicísima: lactado por su propia madre, fué precoz en su dentición y en sus primeros pasos, no le acometió enfermedad de importancia en los años que siguieron y pudo aprovechar durante la primera etapa de su vida las excelentes condiciones del medio que le rodeaba, el campo, su hacienda, en donde residió desde su nacimiento. Hacía mucho ejercicio, sobre todo ecuestre, lo que fué probablemente causa de que hallara en algunas ocasiones, una que otra mucosidad mezcladas á sus cámaras (Rectitis sendo membranosa provocada por el abuso de la equitación?)

Pero después ya no fué esto solo: desde Octubre de 1894, comenzó á hacer con intervalos de tiempo irregulares y sin causa aparente, 3, 4, 5 deposiciones diarréicas, con mucosidades, como claras de huevo, á veces trocitos de membranas y en ocasiones escasa cantidad de sangre fresca, como si acabase de salir del vaso; no era raro encontrar fragmentos duros envueltos de mucus en medio de la deposición líquida.

Luego, tras esas deposiciones diarréicas—que no le ocasionaban gran malestar—se encontraba en tan buenas condiciones que á veces ni recordaba lo ocurrido hasta el momento en que volvían á presentarse; más que una enfermedad era una molestia pesadísima que se hizo insoportable, cuando comenzaron á sucederse semanas enteras en cuyas mañanas no faltaban las deposiciones líquidas repetidas.

A principios del 95 el mal tomó

otra forma más alarmante: después de una semana, ó poco más, de reposo, durante la que mas bien eran escasas las deposiciones, le sobrevénia en la noche—que él esperaba más tranquila—violentos dolores cólicos, que le obligaban á las más extrañas posiciones, el dolor alcanzaba tal acuidad que él la expresa diciéndolo “que le parecía que le retorcián el intestino hasta hacerle perder el conocimiento,” cubriase de sudor frío, invadiale un abatimiento indefinible, respiraba difícilmente, se le hinchaba el vientre, tenía algunas veces náusea, pero nunca vómito. No puede fijar el punto en que el dolor fuera más intenso, ya le invadía igualmente todo el vientre, ya eran errantes, cerca del hígado, después en las proximidades del ombligo, en las fosas iliacas; pero todas estas localizaciones en la misma sesión, una tras otra. En el curso del acceso le acosaba penoso tenesmo rectal, pero eran inútiles sus esfuerzos de defecación.

La acuidad del ataque duraba media hora, una hora ó un poco más, pero desde que se iniciaba se sometía á una medicación activa, siendo su preparación favorita el laudano de Sydenhan, que al fin dominaba la escena dolorosa, entraba en un período de reposo relativo, pues no lo alcanzaba satisfactorio hasta la mañana en que comenzaba un nuevo período de la diarrea matinal de que venía padeciendo desde el año 94.

La extrema postración á que le conducía el acceso desaparecía en el curso del mismo día en que tenía lugar, ó al día siguiente, pudiendo entregarse á sus obligaciones cotidianas, en la misma semana, solo durante las tardes, pues las mañanas eran distraídas por la diarrea.

Este síndrome se ha mantenido en el curso del trienio 1895—98, acercándose los accesos, por temporadas, hasta hacerse casi subintrantes.

Esta fué la relación que me hizo de sus males el señor N.

No tenía á pesar de todo el hábito exterior de un enfermo: bien conformado, de desarrollada musculatura, tegumentos sonrosados, mucosas rojas, fisonomía general de una persona sana, pesaba el día que le examiné—14 de Junio—155 libras. Su talla era de 1 metro 54 centímetros, su edad 19 años.

Tiene un temperamento marcadamente nervioso, es neurasténico y un tanto hipocondriaco: hace con gran vehemencia la relación de sus males y en sus detalladas referencias demuestra lo prolijamente que se observa y los temores que le invaden con motivo de sus propias oboervaciones; es estudiosamente medido en la satisfacción de sus apetitos, moderado para los trabajos físico é intelectual, metódico é higiénico—á su manera—en todos sus actos. La hipocondria ha sido una nota saltante en su carácter neurasténico, que acentuaba la agravación creciente de sus males.

En el examen que enseguida hice de mi enfermo, anoté:

Acné sebáceo de la piel de la cara, pecho y hombro izquierdos.

Reflejos rotulianos y ocular, intactos—reflejo faríngeo, obtuso—sensibilidades térmica y táctil, normales.

Conformación exterior general, normal, salvo una depresión en la forma y del tamaño de una cuchara de café de concavidad vuelta hácia delante, situada en el esternón en la proximidad del apéndice xifoides.—Ni por su situación ni por sus dimensiones la considero capaz de ejercer una compresión perjudicial al buen funcionamiento de las vísceras con las que está en relación de contigüidad.

Aparatos respiratorio y circulatorio, correctos.

El aparato digestivo arroja los siguientes datos: dentadura en estado satisfactorio, lengua húmeda, ligeramente saburral en el centro—mancha palatina de Coutaret—la deglución se hace bien: la auscultación del cardias permite oír el segundo ruido de Kronecker á los

15" de la ingestión de un poco de agua (ligera pereza)—area de timpanismo gástrico de extensión normal, no hay chapoteo seis horas después de la ingestión de los alimentos—la prueba del salol ha sido mal comprobada: no hay gastroectasia. No se ha hecho el catesterismo del estómago, ni por consiguiente, el análisis del jugo gástrico por considerarlos innecesarios.

No hay relajación de las paredes del vientre; al contrario, contracción ligera de los rectos anteriores originada por el reflejo que provoca el dolor que ocasiona la exploración. Es sin embargo posible encontrar los colones ascendente y descendente; el transversal sólo puede sospecharse por percusión. La exploración del ciego suministra un dato de alto valor en este *dia-reico*: se le siente ocupado por *materias fecales endurecidas*; el color descende se percibe bajo la forma de un cilindro denso, estrecho, movidizo bajo los dedos que exploran el *cordón sigmoidal*.—La percusión arroja diferencias de tonalidad que manifiestan la irregularidad de la distribución gaseosa en los distintos niveles del intestino, en consonancia con los estados alternativamente parético y espasmódico de este órgano.

Todas estas maniobras de exploración despiertan una sensación dolorosa de poca intensidad radicada especialmente en el trayecto del intestino grueso.—No hay hemorroides

He encontrado al hígado de volumen variable en las diferentes sesiones en que he examinado al enfermo—hígado en acordeón de Hanot, hígado dispéptico.

Subrayo y recomiendo á la memoria los siguientes hechos como más interesantes en la historia que he relatado:

1.° *La retitis probablemente provocada por la equitación*; 2.° *La neurastenia y la hipocondria de mi enfermo*; 3.° *la coproestasia cecal y la diarrea*; 4.° *el estrechamiento espasmódico del colon*

descendente y los accesos de dolor cólico que se resolvían en diarrea; 5.° la poca ó ninguna resonancia general de la diarrea en tanto tiempo, la convalecencia fácil, la poca movilidad en el peso individual; y 6.° la ineficacia de la medicación constipante á que estuvo sometido.

*Diagnóstico: Rectitis mucomembranosa—constipación por espasmo cólico (Fleischner), neurastenia,* que mantiene ambos trastornos, á los que también ha contribuido el tratamiento erigido bajo un falso concepto del mal.

## II

Con el fin de asegurar el diagnóstico, y pensando en la poca importancia de las consecuencias que pudiera acarrearle la exageración terapéutica momentánea del espasmo, le prescribí:

Tint. de nuez vómica, 2 gms. 00  
Id. de tabaico, 4 gms. 00

Para tomar quince gotas tres veces al día, con el encargo de que las suspendiese en el caso de que se iniciase el dolor más insignificante é indicándole lo que debía hacer para combatirlo en tal emergencia.

En la tarde del día siguiente, una hora después de la ingestión de la segunda dosis, se presentó el cólico más intenso que de ordinario, pero ofreciendo un fondo idéntico al de los ataques anteriores, terminó por la crisis dearreica habitual; de nuevo solo había la mayor intensidad del dolor y lo inusitado de la hora en que se realizó. Sus cólicos eran siempre nocturnos.

Cuando fui á visitarle, al día siguiente, le oí—sin sorprenderme—atribuir á mi remedio su último cólico. Tenía razón cabal: la nuez vómica—aunque asociada al opio y en pequeña dosis—había ejercido su acción excitante sobre un intestino de antemano en eretismo funcional permanente.

Me creí con estos hechos, suficientemente autorizado para establecer un tratamiento opuesto al

que se había seguido hasta entonces, y si, más bien, en relación con el diagnóstico que he propuesto, y ordené:

1.° Regularización de las comidas, uso preferente de la alimentación vegetal, que se había suprimido: papas cocidas con mantequilla, menestras coladas ó convenientemente reducidas á papilla, ensaladas y frutas, cocidas si no las soportaba crudas, leche, huevos, y en general, todos aquellos alimentos que puede soportar un dispéptico, con moderación;

2.° Ejercicio moderado, paseo antes y después de las comidas—masaje abdominal con la bola de Sahali (5 libras  $\frac{3}{4}$  de peso) en los momentos de acostarse y levantarse;

3.° Usar una franela que le cubra completamente el vientre y le resguarde de la brusquedad de los cambios de la temperatura exterior;

4.° Procurar hacer á la misma hora la única deposición diaria que pretendíamos;

6.° Tomar por la mañana y por la noche una oblea de  
Salcicato de magnesia. } aa  
Benzonaftol ..... } 5 gms.

### Obleas No. X

b) tomar después del almuerzo y de la comida una cucharada de jarabe de bromuro de potasio de Henri Mure.

c) Acido bórico 10 gms. 00  
Agua hervida tibia 500 gms. 00  
para un enema, que debía ponerse en las mañanas antes de la primera deposición de costumbre;

d) Si sobreviniese el dolor, tomar cada media hora, cinco gotas de la solución siguiente: (1)

Codeina 0 gms. 20 ctg.  
alcohol cs. p. disolver.  
Ag. destilada cs. p. 10 cent. cub.

Pronto se dejaron sentir los buenos efectos de la nueva medica-

(1) Diez gotas de este licor contienen 01 centg. de codeína.

ción y del régimen instituidos: á partir del tercer día de iniciado el tratamiento, disminuyó el número de las cámaras y aumentó la cantidad de cada una, y aunque viniesen el primero y segundo días, con algunas falsas membranas, ya se produjeron sin tenesmo. Después la mejoría se acentuó progresivamente. Copio de su memorandum particular sus propias observaciones, ellas dan bien cuenta de la marcha de su enfermedad: (1)

“Desde que estoy sometido á este nuevo régimen no hago sino una deposición diaria, de consistencia normal y sin dolores.—Hoy 23 he dejado las obleas de Salicilato de magnesia con benzonaftol y me las han reemplazado con 2 cápsulas diarias de aceite de ricino—Una deposición en el día.—Hoy 24 no ha habido novedad, solo algunos erup-tos.—25 Completamente bien—26 bien, solo un poco de movimientos en los intestinos y algún ruido en los mismos—27. movimiento y ruido en el intestino, una sola deposición blanda (2)—28 Dos deposiciones líquidas en la mañana y una natural en la tarde—29. 2 deposiciones líquidas en la mañana, 2 en la tarde y una en la noche. Desde el 28 tomo tres obleas de la siguiente receta:

Benzonaftol.....12 g 00.  
Salicilato magnesia.5 g 00.  
Polvos belladona....0g 20 centg.  
Obleas n.° XX; supresión del ja-  
rabe.

Hoy 30. Una sola deposición semi diarreaica *Disminución* á 2 obleas diarias, baño tibio. Las deposiciones diarreaicas no me ocasionan ya dolor ni me producen el efecto extraño de antes. Vuelvo á las obleas que me recetaron al principio.

También sigo con mi alimentación vegetal en todo lo posible y,

(1) El señor E. N. anota con escrupulosidad todas las ocurrencias de su escuela patológica. Es una preocupación á la que me he opuesto, pues esa observación tan cuidadosa y constante de si mismo son inconvenientes dada su tendencia hipochondriaca.

(2) Se suspendió el bromuro por haber aumentado el acné de la cara.

también animal y sobre todo bastante aceite, obteniendo muy buenos resultados como son hasta hoy salud y aumento en el peso.

Hoy 1.° de julio he amanecido con mucho movimiento en el vientre y muchos ruidos, dando por resultado una sola deposición semi-líquida abundante á las 7. a. m.

Días 2, 3, y 4 de julio muy bien, sin tomar medicinas, una deposición normal.

Días 5, 6. bien, pero dos deposiciones.—Día 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 bien, una deposición diaria.—Desde el 6 he comenzado á usar los enemas boricados.

Día 15 una deposición diarreaica.

Enema matinal. } aa	
de alquitrán.. } aa	
ácido bórico.... } 1 cucharadita	
ag..... } 250 grms. 00	

16, 17, 18, 19, 20, y 21, anota que vuelven á aparecer las deposiciones diarreaicas. Uso 2 cápsulas de ricino nuevamente.

Día 22. dos deposiciones.

Días 23. 24, 25, y 26 una buena deposición diaria.

27, 28, 29, 30 y 31. Mal, 2 deposiciones diarias.

El 1.° de Agosto 4 cámaras líquidas—Tomé quina—El 2 ninguna deposición.

Se me ha ordenado lo siguiente:

Bals. del Perú..... } aa	
Borato de soda..... } 6 grms. 00.	
Glicerina..... } 60 grms 00.	

Una cucharada para 250 g00. de de agua tibia para un enema después de hacer la deposición.

He copiado hasta aquí literalmente los apuntes del mismo señor N. Ellos hacen ver la marcha de su enfermedad hacia una mejoría que se acentuaba cada vez más y las ligeras modificaciones introducidas en el rgéimen instituido: se han reducido á bien poco, pero aun esas ligeras modificaciones son bien significativas, sobre todo las relativas á la necesidad de cambiar los laxantes á medida que se agotaba su acción y el éxito obtenido cuando se recurría á uno nuevo.

Por lo demás no ha habido de cambiar el menor detalle en el régimen durante este mes, desde el 3 de agosto hasta la fecha 2 de setiembre solo ha habido una sola deposición diaria, á la misma hora y con los caracteres de una deposición normal en un individuo sano. El Sr. N. ha ganado 7 libras en su peso individual.

### III

Decía, hace instantes, que consideraba como dignos de subrayarse, en la historia de mi enfermo, los hechos siguientes:

1.° *La rectitis*, que, en el caso actual parece provocada por el abuso de la equitación. La rectitis es el primer acontecimiento patológico de importancia que se descubre en la vida del Sr. E. N., ó por lo ménos, es el primero que recuerdan él y los suyos, en el síndrome que le aflige actualmente: me veo pues obligado á conceder á la proctitis el primer lugar en el orden cronológico de la aparición de sus males. También propongo al abuso de equitación—á falta de mejor causa—como elemento generador del catarro actual, pero dejandoos, por otra parte, el derecho de que insistan vuestras dudas sobre estos dos puntos: 1.° fué el abuso del caballo el único culpable ¿no contribuyeron también otras causas: la neurastenia, que pudo ser anterior? no intervino en la generación del mal una alimentación defectuosa, no hubo quizá otros factores que el enfermo no refiere? y 2.° La rectitis pasa en ocasiones, totalmente desapercibida, latente, en las primeras fases de su evolución; solo cuando está definitivamente instalada comienza á ser importuna, es entonces que el enfermo se dá cuenta de ella. Ahora bien cuando el Sr. E. N. observó por primera vez sus falsas membranas y sus síbalas envueltas de mucus solo tenía 15 años, edad que poco ó nada se cuida de hacer observaciones de esta índole. Queda derecho expedito para suponer que si las observó entonces fué porque esas fal-

sas membranas y ese mucus eran abundantes, se presentaban á la vista sin buscarlas. Y en ese caso porque no admitir que la rectitis tenía una existencia anterior á la fecha que le suponemos? Asistíendome pues, algunas dudas sobre el mecanismo etiológico de esa rectitis, la tomo como punto de partida, la considero como fenómeno protopático.

2.° *La neurastenia y la hipocondria del enfermo*. Me parece interesante hacerlas notar por las sabidas estrechas relaciones que existen entre esos estados de desequilibrio nervioso general y las perturbaciones digestivas de los individuos á quienes invade la neurosis; relación de trastorno funcional tan íntima que no puede determinarse, en muchísimos casos, cual es el mal primitivo; por eso me asaltaban hace poco tentaciones de atribuir la rectitis á una neurastenia, precoz por eso no sabría decir si fué aquí proto ó deuteropática; pero por eso también concluyo que se han mantenido mutuamente, que se han dado la mano estrechamente, de modo de no poder hacer vacilar á una de ellas por separado, que el triunfo supone al ataque combinado contra ambas. De aquí la eficacia de la medicación dirigida contra el sistema nervioso general, asociada al tratamiento local que he usado.

3.° *El estancamiento cecal coincidiendo con la diarrea*.—La coproestasia cuya existencia verifique repetidas veces en mi enfermo tiene un alto valor semeiológico, debe buscarse con empeño en todos los casos en que sufra *cualquier punto* del aparato digestivo. Es una exploración muy sugestiva, muy llena de enseñanzas é indicaciones á las que no puede llegarse sin ella. Mi cliente se presta bien para demostrarlo: tras la relación de sus males en la que emplea muchísimas veces el término diarrea y cuando nada, ó muy poco, se pensó encontrar en el intestino, una práctica sencillísima puso inmediatamente bajo mi mano, lo

que menos pudo sospecharse, abundante cantidad de materias fecales, estancadas en el ciego, duras, concretas, inertes al movimiento general de progresión hacia al exterior, que debiera imprimirles un peristaltismo fisiológico. Una constipación inesperada, ó que si se esperó encontrar, parece en contradicción con las aseveraciones del paciente.

Sin embargo estos dos hechos encuentran explicación plausible luego que se les analiza con alguna detención.

“La diarrea—dice Mathieu—consiste, esencialmente, en la eliminación por el intestino de una cantidad de líquido notablemente superior á la normal, *procedente del intestino delgado*.”

Esta condición de origen del líquido que fluidifica é incrementa las materias exoneradas merece detenernos siempre, porque notablemente diferentes deben ser por el solo hecho del distinto asiento de la hipersecreción el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del desorden intestinal que estudiamos. Cuando el trastorno hipersecretor ó de motilidad reside en el intestino delgado, cuando las sustancias que debieron desecarse en las últimas porciones de su trayecto son expulsadas en estado fluidez, la diarrea tal como se entiende de ordinario, como debiera extenderse siempre existe, originada por diversos factores, que no tengo para que mencionar aquí. Entonces su pronóstico y su terapéutica estrechamente ligados á esos factores caben dentro de la concepción que, ordinariamente sugiere este sintoma.

Pero hay casos — y el que yo he referido es uno de ellos—en los que la hipersecreción tiene su asiento en el intestino grueso; el delgado realiza su cometido de una manera relativamente satisfactoria: las sustancias alcanzan el primer colón en el plazo y con la consistencia habituales, pero en él, en el ciego, se estancan más allá del tiem-

po requerido normalmente, se reabsorven sus elementos líquidos—por el hecho de su larga permanencia—hasta alcanzar una notable desecación; la estasia cecal fisiológica, transitoria, se convierte en hiperestasia, si así puede llamarse á la acumulación casi indefinida de fragmentos estercoreos á ese nivel del tubo digestivo.

Y allí, estancados, constituirán no solo un obstáculo real y directo para la circulación entérica, sino que la perturbarán también indirectamente: 1.º despertando reflejos anormales capaces de ocasionar el espasmo á diferentes niveles del tubo digestivo; 2.º oponiéndose á la eficacia de la tensión gaseosa del abdomen; y 3.º provocando ó manteniendo el catarro de las últimas porciones del tubo digestivo por el trauma permanente que sobre ellas ejercen las materias estercoreales desecadas.

En adelante quedará profundamente alterado el mecanismo según el que el intestino se deshacía de su contenido: unas veces los reflejos anormales exajerarán el peristaltismo desde puntos alejados—desde el intestino delgado—y una porción de las sustancias pasarán líquidas á través de las síbalas endurecidas sin arrastrarlas, pero sin sufrir ellas mismas el estancamiento cecal fisiológico y saldrán al exterior como verdaderos cuerpos extraños sin terminar su evolución normal (lentería); en otras ocasiones, es suficiente motivo para las crisis pseudo-diarreicas, la emulsión en el líquido catarral de algunas síbalas movilizadas por verdadera repleción del ciego, y la invasión posterior de los colones hasta que no puede contenerlos más, de aquí las deposiciones numerosas líquidas sucesivas hasta la exoneración completa; de aquí también la naturaleza y el aspecto de esas deposiciones: papilla compuesta de materias fecales emulsionadas, liquidadas por la hipersecreción mucosa en la que no es raro encontrar fragmentos duros

ovillados que han resistido á la liquefacción, envueltos por falsas membranas con que se han revestido en su trayecto.

Así la defecación por repleción se hace un hábito funcional del colón anormalmente ocupado y que posee la exquisita sensibilidad que le proporciona la reacción catarral que le ha invadido.

4.° *El estrechamiento espasmódico del colón descendente y los accesos de dolor cólico que se resoltan en diarrea.* Otro dato importante obtenido por la exploración metódica del vientre ha sido la presencia de lo que se llama la cuerda cólica descendente, la porción terminal del intestino grueso reducido en su calibre normal, cordiforme, deslizable bajo los dedos que pretenden sujetarle, retraído por el espasmo permanente que origina una inervación viciosa. Esa exageración de la contractilidad muscular del intestino que reduce considerablemente su luz y crea la constipación mediante ese mecanismo— es el atributo de la neurastenia, de la hipocondría, ella sola puede determinar una constipación tenaz en los neuropatas, pues parece que el elemento de irritación neuropática no se limita al espasmo sino que también contribuye á la secreción anormal de la mucosa, al catarro. Si se tiene además en cuenta que existen numerosos puntos que pueden servir de vías de centripetas de conducción de reflejos anormales, se cae en cuenta de las mil maneras como puede reforzarse el vicio de inervación á que aludimos: así es frecuente encontrar la cuerda cólica y la constipación consecutiva en las afecciones uterinas ó de los anexos en los trastornos dolorosos ó nó de las vías urinarias, en general, en todas las afecciones capaces de hacer sentir su acción por la extensa esfera refleja de las redes del simpático. El mismo intestino es la más aparente superficie en que los crea la exaltación de las fermentaciones normales, el contacto prolongado de las sibalas

desecadas, la hiperexitabilidad de la mucosa que engendra el catarro, todas condiciones abonadas para acrecentar el espasmo por vía *refleja*.

No me parece desatinado atribuir á algunas de esas causas combinadas el cordón sigmoidal de mi enfermo y achacarlo á la vez á su neurosis general, al estancamiento cólico y al catarro. Verdad que no puedo fijar la fecha de la aparición de cada una de ellas; pero, qué importa! acaso no ha sido por eso buena la terapéutica, acaso ha fallado el éxito porque no se precisó cuál fué el elemento primordial en ese interminable círculo vicioso? Tampoco me parece desatinado atribuir á las mismas causas los ataques dolorosos del colón: las crisis enterálgicas son frecuentes en la neurastenia, más cuando ella ha localizado ya su acción bajo otra forma en el intestino, cuando el estancamiento existe, existe el catarro y el cordón sigmoidal á que he hecho alusión, y se establece una lucha entre las materias acumuladas que tratan de abrirse paso á todo trance y el intestino retraído que se le opone aumentando su espasmo á consecuencia de la misma excitación á que le conduce esta emergencia. Pero á la postre el esfuerzo de inervación motora se agota, el espasmo sigmoidal cede, está vencido. En adelante saldrán las materias líquidas numerosas, una tras otras, hasta que no las haya más en el intestino ó las haya en cantidad muy escasa y hasta que repuesta su tonicidad, comience un nuevo período de relativo reposo, que será interrumpido por otra crisis cuando reaparezca el estancamiento.

5.° *La poca ó ninguna resonancia general de la diarrea en tanto tiempo, la convalecencia fácil, la poca movilidad en el peso individual.* Decía, que en mi enfermo, las porciones superiores del intestino llenaban su cometido de una manera satisfactoria, que llegaban al primer colón en el plazo y con la consistencia habituales y

que, principalmente, al nivel del ciego se iniciaba el desórden de motilidad. Por lo demás, las sustancias alcanzan este punto despues de haber pasado por la evolución normal á que deben sugerirse en las primeras porciones de su trayecto y como la función de absorción no está seriamente comprometida en la porción inicial del intestino grueso, las materias que intervienen en el proceso pseudo-diarreico representan, hasta cierto punto, verdaderos excretos ó, por lo menos, contienen escasos residuos alimenticios. La poca movilidad en el peso individual es, pues, hasta una prueba de que la mencionada diarrea comienza puede decirse cuando la digestión acaba.

No hay motivo para enflaquecer en estas condiciones.

Y, por último, 6.° *La ineficacia de la medicación constipante á que estuvo sometido.* Trás de lo que llevo dicho poco debo insistir sobre este punto: todo lo que contribuya al estancamiento será perjudicial, todo lo que facilite la exoneración, provechoso; lo prueba bien el éxito del tratamiento laxante en el Sr. E. N., éxito que responde á las consideraciones en que he entrado.

En mi concepto, si hubiera alguna dificultad en casos como este, solo podía residir en el diagnóstico; dificultad que, desde luego, desaparece adoptando la práctica invariable de hacer una exploración metódica de todo el aparato digestivo. A demostrar la importancia de esa exploración está dirigido este trabajo. Pretende probar que el médico concienzudo no debe atenerse, en esta materia, solo á los datos que el enfermo le suministra; por ellos, en este caso, el diagnóstico de diarrea se impone, es decir, se cae en el error, error por otra parte frecuentísimo porque despreviene el espíritu toma como elementos para su juicio, las primeras, más fehacientes y vulgares pruebas que se le ofrecen, sugestionado todavía por el enfermo que no solo asevera exagerando

su *síntoma visible* sino que rehuye naturalmente todo dato que no satisfaga la concepción que de su dolencia tiene hecha; mucho más cuando se trata con neurasténicos y hasta hipocondriacos á los que sería muy raro, se les ocurriera confesar que son estílicos cuando hacen de diez á veinte deposiciones líquidas todos los días.

ENRIQUE LEÓN GARCÍA.

## TRABAJOS EXTRANJEROS

### LAS ASOCIACIONES MICROBIANAS

#### y las infecciones mixtas

(Revista Internazionale d'Igiene.)

Resumimos la importante comunicación sobre este asunto hecha por el doctor Widal al 4.° Congreso francés de Medicina Interna de Montpellier.

La observación clínica había reconocido hace mucho tiempo la posible asociación de algunas infecciones, pero este hecho era considerado como excepcional, y por otra parte las manifestaciones diversas que se presentaban en el curso de la enfermedad ó en su terminación eran consideradas como localizaciones anormales del agente específico y no como infecciones agregadas.

Sin embargo, el análisis bacteriológico reconoció en estos hechos infecciones combinadas, mixtas ó secundarias.

Algunas especies microbianas, casi siempre las mismas, toman parte en las infecciones secundarias. Estos gérmenes de asociación son en general los saprófitos vulgares, y, entre éstos, algunos tienen predilección para ciertas infecciones: el estreptocoso para la escarlatina, la difteria; el neumocoso para la gripe; el estafilococo

para la viruela; además tienen también regiones predilectas: los estafilococos en la piel y el tejido subcutáneo, los colibacilos en los órganos abdominales.

Estos gérmenes, introducidos con el aire ó con los alimentos, encuentran en la cavidad nasofaríngea ó bucal todas las condiciones favorables para su desarrollo, sufren en ellas innumerables modificaciones que dan origen á razas distintas, ligadas entre sí por caracteres insensibles.

La cuestión de las razas microbianas poco estudiada todavía, hace más complejo el problema de las asociaciones bacterianas. Donde creeríamos que se trata del estreptococo y del colibacilo, intervienen diversas razas de una de estas bacterias.

Leyes de asociación regularizan las relaciones que pueden existir entre la mayor parte de los seres vivos; la infección mixta no es sino una consecuencia de ellas.

En este estudio se ocupa Widal de la observación *in vitro* de los fenómenos debidos á la asociación.

*Influencia de las asociaciones microbianas en ciertas infecciones.*—El ejemplo más clásico lo suministra el tétanos. Se conoce la potencia del virus tetánico. Las investigaciones de Vaillard y Ronget nos han enseñado que las esporas tetánicas, privadas de su toxina, no tienen acción sobre los animales. Estas esporas inyectadas no pueden germinar, son destruidas inmediatamente por las células fagocitarias; no sucede lo mismo si se inocula á los animales un poco de tierra tetanígena, mueren en pocos días con contracturas. Ahora bien, entre las condiciones capaces de facilitar su acción, la más importante es la asociación microbiana. Si sometiéndonlo á la temperatura de 85° que respeta las esporas tetánicas, se matan las bacterias contenidas en un terreno ó en un pus tetanígeno, este pus ó este terreno se hace estéril; pero si se le agrega alguna de las especies

microbianas que contenía antes readquiere su poder tetanígeno.

El conocimiento de estas asociaciones en la etiología del tétanos natural y experimental—bien estudiado por Vaillard y Ronget—tiene una importancia práctica sobre la cual es superfluo insistir. Una antisepsia rigurosa de la herida reducirá al mínimun la posibilidad de infección tetánica.

Lo que Vaillard ha demostrado para el bacilo de Nicolaier, ha sido probado por Besson para el vibrión séptico; por Menge para la infección de estreptococo, por Metchnikoff para el cólera; Sanarelli explica por un fenómeno de comenzalismo el modo de difusión de la fiebre amarilla en los navíos.

*Infecciones mixtas.*—Asociándose gérmenes vulgares al microorganismo específico pueden cambiar la evolución normal de la enfermedad.

La fiebre tifoidea ofrece al respecto ejemplos múltiples: el neumotifus, la asociación de la gripe y de la fiebre tifoidea con el paludismo, la tuberculosis, el cólera; las asociaciones que la bacteriología ha descubierto del bacilo tífico con el estreptococo, el estafilococo, el colibacilo.

La difteria es una de las enfermedades en que las infecciones mixtas tienen mayor importancia, y su conocimiento es indispensable para el pronóstico, profilaxia y terapéutica.

Son muy notables la frecuencia y gravedad de infecciones diftéricas con asociación de estreptococo, ó estafilococo. Kühnau ha aislado el *proteus* en algunos casos de difteria grave. De Blasi y Russo-Travali han encontrado tres veces el colibacilo asociado al bacilo de Löffler. De Stoklin asegura haber encontrado el *saccharomyces albicans* una vez por cada veinte casos de difteria. El bacilo diftérico puede también exaltar su virulencia por asociación con parásitos todavía desconocidos: Tal es, por ejemplo, la causa de gravedad de la difteria asociada al sarampión, de la

difteria en los jóvenes sífilíticos (Fournier).

La asociación de la sífilis y de la tuberculosis está hoy bien establecida clínicamente y se conoce su gravedad.

Desde el descubrimiento del bacilo de la influenza, todos los bacteriologistas están de acuerdo sobre la parte preponderante que debe darse á las infecciones agregadas, de estreptococos y neumococos.

Es también notable la frecuencia de la asociación del estreptococo á la escarlatina, del estafilococo á la viruela.

*Infecciones secundarias.*—Aquí el mismo microorganismo factor de la infección mixta, interviniendo más tardíamente y localizándose de una manera especial, deja á la infección primitiva toda su autonomía y no figura sino como un agente de complicación.

Debemos agregar, sin embargo, que en la práctica es muy difícil decir donde termina la infección mixta y comienza la infección secundaria.

En la fiebre tifoidea, el estreptococo, el estafilococo, el colibacilo pueden determinar infecciones más ó menos tardías, en general localizadas: peritonitis, nefritis, angiolocolitis y colecistitis de colibacilo, supuraciones de piógenos, neumonías.

Estas infecciones secundarias pueden presentarse también en la difteria, en la tuberculosis pulmonar, en la influenza, en la escarlatina, en el sarampión, la viruela, la pertosis, la neumonía, la blenorragia.

*Patogenia de las infecciones mixtas y de las infecciones secundarias.*—La infección primitiva puede actuar abriendo bruscamente una puerta de entrada y permitiendo así á los gérmenes penetrar en el organismo.

Sin embargo, un mecanismo tan simple es raro, la defensa se organiza muy pronto en torno de la pérdida de substancia.

Localmente, en correspondencia

con la puerta de entrada, la asociación microbiana puede actuar con dos procesos diferentes: ó la especie concurrente ocupa los leucocitos, los cuales no son en esas circunstancias suficientemente numerosos para oponerse á la penetración de la especie asociada (tétanos); ó una de las especies segrega localmente tóxicas que alejan á los fagocitos por quimiotaxis negativa.

Un microorganismo ya instalado en partes remotas del organismo puede, según su localización, prestarse al desarrollo de una infección secundaria mediante los procesos más variados é inesperados.

Por otra parte, sabemos que la presencia en el organismo de las toxinas de una infección primitiva lo hacen apto para contraer una segunda infección, y que la acción favorable de las substancias solubles de un organismo no se extiende sólo á las bacterias asociadas, sino que estas substancias pueden todavía predisponer á la acción patógena de sus microorganismos productores.

En cuanto al mecanismo con el cual se determina la exaltación de los gérmenes asociados en las infecciones combinadas, de experiencias *in vitro* resulta comprobada la acción favorable de diversas bacterias desarrolladas unas en la vecindad de las otras, pero es probable que dicha influencia se ejercite por mecanismos diversos. Según Bouchard, las toxinas podrían debilitar el proceso fagocitario no solo por quimiotaxis negativa, sino directamente por intermedio del sistema nervioso. De otro lado, las lesiones celulares degenerativas de ciertos órganos, producidas por las tóxicas infecciosas, deben facilitar las invasiones microbianas secundarias: alteraciones hepáticas (Sanarelli,) alteraciones renales (Pernice, Fischer).

En fin, algunas alteraciones celulares ó humorales que parecen predisponer á las asociaciones microbianas se encuentran en las enfermedades de la nutrición, en las

enfermedades nerviosas, en las caquexias, que tienen igualmente importancia en la determinación de las infecciones mixtas y secundarias.

*Antagonismo microbiano.* — El antagonismo proclamado entre ciertas infecciones, como por ejemplo la fiebre tifoidea y la tuberculosis, no resiste al examen de los hechos. No debemos tampoco exagerar en la clínica la acción benéfica del estreptococo sobre las sífilides, la tuberculosis cutánea, etc. Las asociaciones bacterianas *in vitro* suministran en cambio ejemplos múltiples de antagonismo microbiano, bien estudiado por Malvoz. Entre las más notables recordaremos las observaciones de Emmerich (estreptococo y bacilo del carbón.) Pawlowsky (neumobacilo y bacilo poodigioso,) Buchner (bacilo de Friedländer y bacilo del carbón).

Hasta ahora, el estudio de los antagonismos microbianos no ha suministrado aplicación alguna á la terapéutica humana; pero, como decía Pasteur, todos estos hechos ofrecen las más grandes esperanzas.

*Acciones humorales en las infecciones combinadas.* — Era importante indagar como se presenta la reacción humoral adquirida por el organismo durante las infecciones combinadas.

Para este estudio recurrió Widál á la reacción aglutinante. Junto con Sicard, ha podido, con inoculación de cultivos de bacilos tíficos, de vibriones coléricos, de colibacilos, de proteos, hacen aparecer en el mismo animal una superposición de propiedades aglutinantes, que se presentan también en los pequeños animales nacidos de madres en experimento. El mismo suero se halla dotado de un poder aglutinante diverso para estos distintos microorganismos inoculados á la misma dosis, y hasta para un mismo microorganismo proveniente de distinta fuente, tal ha sucedido con diversos vibriones coléricos.

La conclusión que puede sacarse

de estas experiencias es la siguiente: cuando infecciones distintas se superponen en el mismo individuo, cada una de ella impresiona los humores del organismo por su cuenta y en su propio momento. Los experimentadores pueden así encontrar en el suero la impresión de cada una de estas infecciones.

## MEDICINA PRÁCTICA

PROF. LANDOUZY

4.<sup>a</sup>

### Pleuresia izquierda serosa á frigore

LA TERAPÉUTICA DEBE SER:  
 I. Clínica en sus informaciones.  
 II. Patogénica en sus indicaciones.  
 III. Fisiológica en sus medios.  
 IV. Oportunista en sus decisiones.

I. Clínica en sus informaciones. — X. de 19 años, nacida en París, trabaja 11 horas diarias en un taller de perfumería ocupado por numeroso personal. Pálida, de piel blanca, cabellos finos de un rubio ceniciento, talle mediano, constitución linfática, temperamento nervioso, sin estigmas hísticos. Ni jaquéquica camptodáctilica, ni hemorroidaria, ni varicosa, no padece de epixtasis — no hay estigmas artríticos.

Padre y madre gozan de salud. Sarampión á los 7 años; albuminúrica sin causa apreciable á los 11 años, curada en el Hospital de niños después de tres meses de régimen lacteo. Menstruada á los 13 años, débil y regularmente sin dolor.

Hace varios meses, mal reglada, dispéptica, fatigada, flaca. En estos últimos días ha sido acometida, sin más razón que un enfriamiento, de malestar, sensación de gran cansancio y de dolores en el lado izquierdo del dorso.

—Decúbito lateral izquierdo—disnea continua y accesos; palabra breve, respiración rápida, 32. Piel caliente, seca. T. rectal: 38°7. Pulso pequeño, rápido, regular, de débil tensión, 92.

Más bien que dolor, molestia al nivel del ángulo del omóplato izquierdo—un poco de gibosidad en los tres cuartos inferiores del tórax izquierdo—matidez, pérdida de elasticidad bajo el dedo—ausencia de vibraciones torácicas—desaparición del murmullo vesicular, —soplo suave, expiratorio—egofonía. A la derecha, respiración normal. Ni tos ni expectoración. Desaparición del espacio de Traube. Punta del corazón en la línea del VI espacio intercostal, late detrás del esternón. Ni soplo ni ruido de galope.

—Lengua sucia—poco apetito—sed moderada—no hay cámara hace 3 días (constipación habitual). Trazas de albúmina en las orinas cuya cantidad parece inferior á la normal.—Mal sueño.

—*Dignóstico*: Pleuritis con gran derrame seroso ocasionado por un enfriamiento en una joven predisuelta por su constitución, fatigada, inapetente, sin resistencia, debiendo subvenir en condiciones de nutrición defectuosa á raciones de mantenimiento, de trabajo y de desarrollo, sin defensa contra las promiscuidades contaminantes de un taller parisiense.

*II. Patogénica en sus indicaciones.*—Enderezar al corazón notablemente desviado.

—Descomprimir el pulmón izquierdo.

—Revulsar la pleura asiento de una inflamación exudativa, función de bacilosis y de tuberculosis localizadas.

—Robustecer orgánica y funcionalmente á la pleurítica para que haga mejor y más pronto los gastos de extinción local de su infección bacilar.

*III. Fisiológica en sus medios.*  
—Exonerar la cavidad pleural.

—Multiplicar las actividades celulares de toda la región torácica

izquierda con el fin de provocar las reacciones orgánicas necesarias para la extinción de la bacilosis y la curación del proceso tuberculoso.

Acrescentar por la nutrición el coeficiente estructural de los orgánitos celulares.

—Excitar el sistema nervioso general, para asegurar el pleno funcionamiento de todos los aparatos.

*IV. Oportunista en sus decisiones:*—1.º *Reposo y calma absolutos*, en el lecho, á la temperatura constante de 16° á 17°. Insistir sobre la calma y el reposo absoluto en el lecho, á fin de que ninguna causa física ó emocional contribuya al síncope, fácilmente provocado en los grandes derrames izquierdos que movilizan el corazón; advertir á los que la acompañan del peligro que puede correrse si se desatiende á esta indicación.

Exoneración pleural, inmediata, directa y masiva, con todas las precauciones antisépticas requeridas, las relativas al lavado de la región por puncionar, la asepsia del instrumental y la del operador. Extraer el líquido lentamente para evitar los cambios bruscos de presión intra-torácica. (En nuestra enferma se ha retirado con el aparato de Potain 1,200 gms. de un líquido claro, transparente, citrino, que se ha coagulado rápidamente.)

3.º Al día siguiente en la mañana, un purgante de aceite de ricino 15 gms. con jugo de naranjas, ó en café negro frío.

4.º Alimentación exclusiva con leche (tisana diurética epitelial) [1] tomada fría, por tasas cada dos horas de manera que se absorva cada día litro y medio, después dos litros.

5.º Revulsión sobre la parte iz-

(1) Se entiende por diuréticos epiteliales á aquellos agentes diuréticos cuya acción se ejerce directa y específicamente sobre las células epiteliales del riñón, por oposición á los diuréticos mecánicos que obran aumentando la presión sanguínea.

quiera del torax varias veces por día: amplias cataplasmas sinapizadas ó sinapismos.

—Si se reproduce abundantemente el derrame, renovar la punción; sinó activar la revulsión con ayuda de puntos de fuego. Abstenerse de vegigatorios (aquí más que en ningún otro caso están contraindicados á causa de la albuminuria anterior.)

Fricción sobre los miembros, noche y mañana, con un guante de crín después con una franela impregnada con aguardiente de lavanda.

Vigilar las funciones intestinales, renovar el aceite de ricino, si precisa. Al cabo de algunos días—7 á 10—favorecer la alimentación: sopa de leche, huevos poco cocidos, frutas cocidas, después poco á poco régimen mixto, carnes y vegetal, prescribiendo de medio á un litro de leche por día y dos huevos frescos [medicación estructural.]

*Nota.*—No habiéndose reproducido el líquido, habiendo caído la fiebre y vuelto el apetito, realizan dose bien todas las funciones, pueden considerarse á la enferma —al cabo de un mes— como curada de su pleuritis.... curada de su afección pleural con certidumbre, puesto que orgánica y funcionalmente han vuelto las cosas al estado anterior, pero no ocurre, tal vez, lo mismo con la enfermedad causal. Sería imprudente creer con el vulgo, que terminada la pleuresia se ha curado á la enferma; precisa mucho tiempo para que el organismo de los pleuríticos acabe con la infección bacilar primitiva. Por atenuada y localizada que sea, de ordinario la tuberculosis bacilar pleural, debe tenerse siempre presente que en toda pleuresia hay foco de infección de revivencia posible. De esta noción patogénica se deduce, para mañana y el porvenir, toda una higiene terapéutica apropiada: la enferma debe permanecer por largo tiempo bajo la escrupulosa vigilancia del médico, quien será "el director de la salud" de su cliente. —(De La Presse Medical)

## FORMULARIO

### Lavativas nutritivas

Cuando no se puede alimentar al paciente por la vía gástrica, se aconseja administrar en las veinticuatro horas, de dos á cuatro lavativas así compuestas:

Leche..... 250 gramos.

Huevos..... 2 —

Sal de cocina..... 5 —

Vino Oporto ó Jerez 25 —

Se tendrá cuidado de dar cada vez una lavativa sencilla de evacuación. El enfermo guardará reposo, al menos durante una hora.

### Acete antituberculoso

Creosota vegetal. 10 gramos

Naftol ..... 3 —

Iodo metálico ... 15 centigramos

Acete de hígado  
de bacalao..... 200 gramos

M. s. a.

*Dosis:* Tres cucharadas al día.

### Laringitis cstridulosa

(Capitan)

Cloroformo. ... VIII gotas

Agua ..... 25 gramos

Glicerina..... 5 —

M.

*Dosis:* Una cucharadita cada media hora.

### Cloro-anemia

(Lutaud.)

Bicarbonato }  
de sosa..... }  
Fosfato de cal. }  
Cloruro de sodio ..... }  
Azúcar ..... }  
Hierro reducido }  
por el hidrógeno .... } 40 centigramos

M. y H. 20 sellos.

*Dosis:* Cuatro ó seis al día.

**Poción contra el hipo**

(A. Robin.)

Cianuro de potasio .....	5 centigramos
Jarabe de morfina .....	} áá 75 gramos
Id. de azahar. . . . .	

**Loción contra los efélides**

(Hardy)

Sublimado . . . . .	1 gramo
Sulft. zinc . . . . .	2 —
Acelato plomo . . . . .	2 —
Agua de rosas . . . . .	250 —

**Dolores consecutivos á la extracción de los dientes**

Alcohol puro . . . . .	15 gramos
Cloroformo . . . . .	30 —
Eter sulfúrico . . . . .	10 —
Alcanfor . . . . .	8 —
Tint. opio . . . . .	2 —
Esencia clavel . . . . .	1 —

Introdúcase en los alveolos un tapón de algodón empapado en esta mezcla.

**Publicaciones Recibidas**

**Enciclopedia de Terapéutica Especial de las enfermedades internas**, publicada en Alemania bajo la dirección de los catedráticos *Penzoldt y Stintzing*, con la colaboración de setenta profesores de las Universidades alemanas, austriacas, italianas y suizas, y en castellano, bajo la dirección de *D. Rafael Ulecia y Cardona*, con la cooperación de distinguidos profesores.

ÍNDICE DEL TOMO SEXTO. — Enfermedades del sistema nervioso [segunda parte].—Tratamiento de las enfermedades del dominio de

los nervios periféricos, por el prof. L. Edinger; trad. del doctor R. del Valle.—Tratamiento del beriberi [polineuritis endémica; en japonés, kakke, por el prof. E. Baelz. —Tratamiento de las enfermedades de la médula y de sus meninges, por el prof. R. Stintzing; trad. del Dr. M. Gayarre.—Tratamiento de las enfermedades del cerebro y sus membranas, por el prof. S. E. Henschen; trad. del Dr. I. de Miguel y Viguri.—Tratamiento técnico quirúrgico de las enfermedades del cerebro y sus membranas, por el prof. K. Dahlgren.—Tratamiento de las afecciones auriculares que se presentan en las enfermedades del sistema nervioso y en las mentales, por el prof. K. Burkner; trad. del Dr. Gil Saltor Lavall.—El complejo sindrómico de Ménière [enfermedad de Ménière; sordera apoplética, por el prof. K. Burkner.—Tratamiento de las afecciones del órgano de la visión que se presentan en las enfermedades del sistema nervioso, por el prof. O. Eversbusch.—Cirujía de los nervios periféricos y de la médula espinal, por el prof. M. Schede.

Tratamiento de las enfermedades mentales. — Tratamiento general de la locura, por el prof. H. Emminghaus; trad. del Dr. F. Murrillo.—Tratamiento especial de cada forma de enag: nación mental, por el prof. Th. Ziehen; trad. del Dr. M. Gayarre.

Tomo I. Consta de un elegante volumen de 744 páginas, con grabados, y se ocupa del Tratamiento de las enfermedades infecciosas.—Precio: 15 pesetas.

Tomo II. Forma de un elegante volumen de 902 páginas, y en él se detalla el Tratamiento de las intoxicaciones y el de las enfermedades de los cambios moleculares, de la sangre y del sistema linfático, ó enfermedades de la nutrición.—Precio: 15 pesetas.

Tomo III. Lo constituye un elegante tomo de 868 páginas, con grabados, y en él se estudia el Tratamiento de las enfermedades de

aparato circulatorio. -- Precio: 18 pesetas.

Tomo IV. Consta de un grueso volumen de 1218 páginas, con grabados, y se ocupa del Tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo.—Precio: 21 pesetas.

Tomo V. Lo forma un volumen de 996 páginas, con grabados, y en él se estudia el Tratamiento de las afecciones del aparato locomotor, y el Tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso [*primera parte*].—Precio: 18 pesetas.

Tomo VI. Consta de un volumen de 931 páginas, con grabados, y comprende el Tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso [*segunda parte*] y el Tratamiento de las enfermedades mentales.—Precio: 18 pesetas.

Esta importantísima obra, cuya adquisición recomendamos, constará de SIETE voluminosos tomos y estará terminada á la mayor brevedad posible. Se publica por cuadernos de 160 páginas, en magnífico papel satinado y con grabados intercalados en el texto.

Precio de cada cuaderno: 3 pesetas  
*Se ha publicado el cuaderno 36*  
 [primero del tomo VII.]

Los pedidos, acompañados del importe, á la Administración de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRURJÍA PRÁCTICAS, Preciados, 33, bajo, Madrid.

**Traité D'Hysteroscopie — Instrumentation — Technique opératoire—Etude clinique**, par les docteurs *S. Duplay*, professeur de Clinique chirurgicale á l'Hôtel-Dieu et *S. Clado*, Chef des Travaux de Gynecologie á l'Hôtel-Dieu.

Rennes—Fr. Simon, succ<sup>r</sup> de A. Le Roy, imprimeur breveté—Boulevard de la Liberté—1898.

Paris — A. Maloine, 23-25—rue de l'Ecole de Medicine.

Este librito, uno de los últimos frutos de la incansante laboriosidad científica francesa, trata un asunto enteramente nuevo, la endoscopia aplicada al diagnóstico y tratamiento de las afecciones gineco-

lógicas. Después de una breve reseña de las tentativas hechas para conseguir este objeto por algunos antiguos prácticos, entran los autores en materia, describiendo los instrumentos de su invención y enseñando la manera de usarlos; termina con gran número de historias clínicas que ponen de manifiesto los buenos resultados que da la histeroscopia.

**Massage Gynecologique (Methode de Thure Brandt)** par *Gustave de Frumerie*, Medicin-gymnaste.

Paris, *G. Steinheil*, editeur, rue Casimier-Delavigne, 2.

Prix: 2 francs.—1898

**Bulletins et Memories de la Société Médico-Chirurgicale de Paris**, publiés par les soins des Secretaires de la Société *M. E. Desnos*, secretaire général et *MM. Debri-god* et *Boursier*, secretaires annuels.

Première et seconde livraison.  
 Paris, *G. Carré* et *C. Naud*, éditeurs—3, rue Racine—1898.

El médico que suscribe certifica: que ha usado con buen éxito la Emulsión de Scott en la bronquitis, raquitismo y afecciones escrofulosas y ha preferido siempre esta preparación en las enfermedades indicadas porque es mas asimilable y de mejor gusto que el aceite de hígado de bacalao puro.

Piura, Enero 9 de 1893.

*Dortor Juan Bautista Cueva.*

El mal gusto y olor del aceite de hígado de bacalao no se notan en la Emulsión de Scott.

Como nadie ignora, esta es la gran medicina para adquirir fuerzas y recuperar carnes. Anémicos y raquíticos se restablecen tomando la Emulsión de Scott legítima que lleva en la cubierta de cada frasco la etiqueta del hombre con el bacalao á cuestas.