

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, ENERO 31 DE 1899.

{ N.º 242

AVISO

Siendo conveniente mejorar el papel en que se edita LA CRÓNICA MÉDICA y hacer en su impresión algunas reformas que demandan un aumento de gastos, el valor de la suscripción será desde el presente año de un sol veinte centavos al trimestre y en Provincias de seis soles por año.

Suplicamos á nuestros abonados que tengan cuentas pendientes con esta Administración se sirvan cancelarlas á la mayor brevedad posible. Los señores suscritores de provincia pueden hacer el pago en un giro postal á la orden del señor administrador.

TRABAJOS NACIONALES

La Enfermedad de Carrión ó Verruga Peruana

POR EL DOCTOR ERNESTO ODRIOZOLA

Esta obra que ya anunciamos y cuyo extracto nos hizo conocer la Presse Médicale, acaba de aparecer. Editada en Francia, con encuadernación elegante y esmerada impresión, es la más completa de las monografías escritas hasta la fecha.

Su autor, nuestro distinguido Profesor D. Ernesto Odriozola, á fuerza de paciencia y constancia inagotables; con una consagración de cerca de diez años; con un espíritu de observación poco comun; con un criterio clínico, capaz de valorizar hasta los más pequeños detalles, de analizar con método de sintetizar con exactitud: á todas esas cualidades, puestas al servicio de tema tan interesante, tenía que coronar el más brillante éxito.

Respetemos pues y admiremos, ya que nos sentimos incapaces de seguir los pasos de ese fecundo genio, batallador constante en bien de la humanidad; y para que se conozcan y difundan las provechosas observaciones del estimado maestro; apuntamos, someramente, algunos datos sobre la monografía indicada.

Su plan comprende cuatro partes; división exigida por el método y claridad que dominan en toda la obra.

La primera, abraza la historia de la enfermedad. Esta parte tan interesante y difícil por la oscuridad y confusión que rodea á los historiadores antiguos, ha requerido muchísima labor; pero el doctor Odriozola, desenterrando originales, teniendo á la vista todos los trabajos hechos al respecto, haciendo acopio de material en archivos desconocidos; ha conseguido remontarse á la época precisa, en que por primera vez se hablaba de la verruga peruana.

Y cosa curiosa, á parte de las publicaciones y estudios que su ilustre padre hiciera; á sus mismos ascendientes, á su venerado abuelo, director que fué de la Biblioteca Nacional, corresponde el primer trabajo histórico de la enfermedad de Carrión.

Trascribe algunos pasajes de Herrera, Zárate y otros historiadores, que manifiestan la existencia de la verruga, desde los tiempos antiguos, en nuestro territorio.

Elogia los estudios bibliográficos del Dr. Pablo Patrón, publicados en 1889, en esta revista. Y sin omitir á ninguno, va nombrando en orden cronológico, á todos los que han contribuido á hacer más completa la historia de la referida enfermedad.

Comienza entonces la segunda parte, destinada á la geografía patológica de la Verruga. Este capítulo, muy completo, lleno de datos y estudios especiales, sobre cada una de las zonas verrucosas, hasta constituir un trabajo nuevo, original en la obra; necesariamente tiene que formar una división natural en ella; y compite con los demás en laboriosidad é importancia.

Prueba primero, el Dr. Odriozola, apoyándose en el capítulo anterior, que la enfermedad, objeto

de su monografía, es originaria y exclusiva del Perú.

Entra enseguida en consideraciones generales sobre la configuración y constitución de nuestro territorio; y para mayor inteligencia acompaña una carta geográfica general.

Se ocupa particularmente de los departamentos, donde la verruga es endémica. Principia por Ancachs y estudiando su oreografía, historia natural y constitución geológica, hace notar que los terrenos donde se radica la enfermedad, son terrenos de aluvión; y que las quebradas estrechas situadas entre montañas, mal ventiladas, sujetos á inundaciones de los ríos, cubiertos de una vegetación-tropical, son sus lugares de predilección.

Enumera las zonas verrucosas de dicho departamento, señalando sus alturas sobre el nivel del mar y sus distancias del litoral.

Iguales estudios hace del departamento de Lima. Demuestra su gran analogía con el de Ancachs, suministrando los más importantes datos sobre Climatología, Zoología, Geología, etc; y ocupándose de cada provincia en particular, señala uno á uno los lugares, fuentes de la enfermedad.

Este departamento, en mejores condiciones que el anterior, y con mayores facilidades de comunicación, ha sido preferentemente estudiado; y muchos de los lugares citados, son personalmente conocidos por el autor. Por eso, además de la carta que da una idea general, hay anexas fotografías de San Bartolomé, Puente de la Esperanza, Puente de Verrugas, Surco y un plano de las quebradas del Rimac, donde están marcadas las zonas de verrugas, con sus respectivas alturas y distancias del borde del mar.

Estableciendo comparación entre ambos departamentos; la enfermedad de Carrión se presenta entre 47 y 100 kilómetros de la costa y entre 940 y 2200 metros sobre el nivel del mar, en el departamento de Lima; y en Ancachs, oscila

de 28 á 120 kilómetros del mar y 406 á 3000 metros de altura.

Existe también la verruga en la provincia de Huamachuco, del departamento de la Libertad; y allí también como en las otras regiones verrucosas, el calor es constante y exuberante la vegetación.

Finalmente, manifiesta el Dr. Odriozola, que habiendo otras quebradas en igualdad de condiciones, es posible, á medida que se avanza en población, encontrar nuevos focos de verrugas.

Aquí terminan las dos primeras partes de la obra; precursoras dignas del 3º capitulo, el más importante y el que retrata mas fielmente á su autor.

Nuestro estudio es sobre todo clínico, nos dice en su prólogo; y esta parte prueba ampliamente la exactitud de su aserción.

Su lectura, interesante desde el principio; deleita por las importantes cuestiones resueltas, y las nuevas doctrinas que allí se sustentan; mostrándonos al hombre de ciencia, en la que ha concentrado todo el saber de una educación esmerada y toda la viveza de un entendimiento, activo, inteligente, casi diríamos sùtil.

La fiebre grave de Carrión, como denomina propiamente su autor, á lo que antes se llamaba fiebre de la Oroya, ha preocupado muy justamente á nuestros prácticos. Cada uno trataba de explicarse la naturaleza de dicha fiebre.

Todas esas teorías son expuestas en la referida obra, hasta la última que dejó firmemente establecida el inmortal Carrión.

Inserta historias clínicas muy instructivas acerca de la relación entre la fiebre grave de Carrión y la erupción verrucosa.

Ha sido el primero en observar la retrocesión de la fiebre y la erupción intramuscular de verrugas.

En la etiología, toca ligeramente la cuestión bacteriológica, á la que reserva un capítulo aparte; y se ocupa de las condiciones que

preparan, sostienen y activan la vida del microorganismo.

Se pregunta; porqué siendo todas las quebradas, donde se presenta la verruga, de iguales ó muy semejantes condiciones; en unas existe la fiebre grave de Carrión; en otras una erupción benigna?

Tal fenómeno lo explica por la disposición de las quebradas, que pueden ser paralelas ó perpendiculares á la costa. En el primer caso, estando al abrigo de los vientos de la sierra y de la costa son "un gran aparato de cultura, puesto en una estufa á temperatura alta y uniforme" Aquí el germen verrucoso producirá la fiebre grave de Carrión.

En las quebradas perpendiculares á la costa, las variaciones de temperatura son frecuentes y la renovación del aire más fácil; por consiguiente, la virulencia del germen verrucoso tendrá que ser menor.

Es de opinión que el agua en esos lugares tiene tanta influencia como la tierra y la atmósfera; y se lamenta que un examen bacteriológico no haya venido á dilucidar la cuestión.

Trata de las condiciones análogas que presiden al desarrollo del paludismo y la fiebre grave de Carrión. Combate las ideas de Dounon, que cree que la verruga no es sino el paludismo modificado.

Examina las condiciones individuales que puedan favorecer la enfermedad de Carrión. Cita un caso curioso de trasmisión de la enfermedad, durante la vida intrauterina. Reconoce como única causa eficaz la aclimatación. Los individuos nacidos en esas quebradas gozan de cierta inmunidad.

La verruga es contagiosa? El autor manifiesta que los casos de pretendido contagio, son también de inoculación; y no teniendo ningún hecho en que apoyarse, rechaza catogóricamente la contagiosidad de la enfermedad de Carrión.

Está sujeta á recidivas? El Dr. Odriozola cita dos casos; sin embargo se manifiesta reservado al

respecto, y afirma que es corriente que solo ataque dicha enfermedad una vez.

Entra en consideraciones sobre la aleación frecuente de la enfermedad de Carrión con la tuberculosis y la sífilis; así como el iugerto del paludismo en la verruga.

Las primeras evolucionan, entonces, mas rápidamente é interrumpen la marcha regular de la enfermedad. El paludismo no pierde su intermitencia periódica y cede á la quinina, como de ordinario.

En la Anatomía patológica de la verruga, se ocupa de las lesiones producidas por dicha fiebre, basándose en un gran número de autopsias. Llama la atención sobre la anemia que domina en todos los órganos; sobre el compromiso más ó menos intenso de todo el sistema linfático; y concluye, que las lesiones más importantes son la anemia y el infarto de los órganos hemopoyéticos.

Después, recuerda las experiencias de Izquierdo y Flores sobre bacteriología, cuyos resultados son ya conocidos; y cita los suyos, que divide en dos categorías: una de enfermos con erupción de verrugas, ya apiréticos; y otra que se refiere á individuos en plena fiebre grave de Carrión. Estas últimas experiencias, son las que han suministrado resultados positivos.

Tomando sangre directamente de verrucosos y empleando el método colorante de Loëffler, se presenta al microscopio: glóbulos blancos teñidos en verde, los rojos en azul y los microbios en azul intenso ó negro.

Miden de 2 u. á 6 u. "Se percibe frecuentemente, continúa el autor, sea en las extremidades sea en toda su extensión, granulaciones enteramente negras, como si sufrieran un trabajo de esporulación" Entra después, en muchos otros detalles sobre medios de cultura, coloración, etc.

Refiere que ha practicado dos inoculaciones en perros, pero sin ningún resultado; lo que debe atribuirse, como lo hace su autor, á las malas condiciones de experimentación, que el tiempo y el estudio harán perfeccionar.

Se ocupa en seguida de la sintomatología de la fiebre grave de Carrión. Fija entre 15 ó 40 días el período de incubación; describe los signos que acompañan al período de invasión, al *fastigium* y terminación de la misma fiebre.

Tratando de algunos puntos en particular; por ejemplo, la marcha de la temperatura, prueba que no es tan irregular como se cree; y al contrario, nosotros hemos tenido ocasión de observarlo, el doctor Orlizola por la simple inspección del trazo térmico, predice la aparición de diversos fenómenos referentes ya á la erupción; ya á la presencia de un germen hetero-infeccioso; ya al pronóstico final, etc.

Es tal la exactitud de sus observaciones, que ha podido sentar algunas fórmulas que rigen la relación entre los gráficos de la temperatura y el elemento eruptivo.

No podemos resistir á trascribir dichas fórmulas, porque son indudablemente de notoria utilidad.

1.º Hay dos tipos en la fiebre grave de Carrión: el uno intermitente, el otro remitente;

2.º En muchos casos hay un período que se podría llamar preparatorio, en el cual la fiebre no es muy elevada, y que es difícil constatar en razón de los síntomas poco manifiestos que pasando desapercibidos de parte del enfermo, no piensa en consultar al médico;

3.º El tipo remitente es el que domina la evolución de la fiebre;

4.º De ordinario, la fiebre desaparece al cabo de algunos días; la apirexia ó la hipotermia aparece y los enfermos mueren en una profunda adinamia;

5.º Cuando, con la declinación de la temperatura, todos los síntomas se apagan, la curación es casi segura, siempre que la remisión sea durable;

6.º Se puede establecer tres pe-

riodos en el ciclo térmico: el período de invasión, brusca ó lenta (período preparatorio); el período de estado, en el que domina el tipo remitente, y el período de declinación que se termina por la muerte, por la curación ó por la erupción de verrugas.

Después de adjuntar algunos trazos de la fiebre grave de Carrión, analiza los síntomas propios de ella, como son: la anemia; las hemorragias, en las que ha observado el hecho curioso de transformarse simples petequias en pequeñas verrugas.

Respecto á la relación de la fiebre y la erupción; y á la época de una y otra, acepta tres categorías: una en que la fiebre precede á la erupción; la segunda en que la fiebre grave de Carrión coincide con una erupción poco enérgica; y otra, que comprende casos á que la fiebre se ha presentado posteriormente á la erupción.

Continúa ocupándose de los otros síntomas de la fiebre grave de Carrión, como son: el edema; perturbaciones del aparato digestivo; perturbaciones nerviosas (dolores musculares y articulares, calambres, vértigos, cefalalgia, delirio, insomnio, hipo, sobresaltos de tendones y carfología.)

Vienen en seguida, puntos muy interesantes sobre la marcha, duración, complicaciones, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la fiebre grave de Carrión. Capítulos en los que tienen cabida todos los conocimientos actuales; en que son tratadas todas las cuestiones promovidas hasta la fecha; y en los que agregando propios conocimientos, imprime á cada uno de ellos la importancia y originalidad que caracterizan la obra.

En la parte última de su libro estudia el autor la *erupción* de Carrión ó la verruga peruana.

Principia por la cuestión sostenida por la mayor parte de nuestros clínicos, que la fiebre grave de Carrión es un período de la enfermedad. Parece muy natural la idea,

desde que casi todos los casos conocidos, han sido precedidos de la fiebre grave seguida de un período de receso y terminados por plena erupción.

Pero como se ha expuesto ya, existen otros casos en que la marcha de la enfermedad no está encajada en el ciclo evolutivo que acabamos de referir.

Por nuestra parte escuchamos tal doctrina y la creímos firmemente. Solo en el servicio de hospital, á cargo del Dr. Ordriozola, nos sorprendió el concepto que había formado al respecto y bien pronto quedamos convencidos de su exactitud.

Haciendo propios los argumentos del autor, cabe preguntar: si la fiebre grave de Carrión constituye un período de la enfermedad, que lugar le corresponde en su evolución?

El primero se dirá, pero se ha manifestado ya en el curso de la obra; y hoy no hay clínico, mucho menos alumno que habiendo visto casos de verrugas, no haya tenido ocasión de observar el lugar variable de esa fase de la enfermedad. Esto cuando va acompañada, después de ligero intervalo, de la erupción verrucosa. Y todavía hay mayor perplejidad, en los casos en que solo ha habido erupción interna.

“Esa fiebre grave, como dice su autor, no es absolutamente un período de la verruga, no es sino la enfermedad misma, en su apogeo de virulencia; y, en esos casos, las alteraciones del líquido nutricio son tan profundas que la economía viene á ser impotente para dirigir las manifestaciones mórbidas del lado de la piel, solo signo probable de salud en la gran mayoría de los casos”.

Continúa, con la sintomatología de la erupción de verrugas.

Fija el máximo del período de incubación en cuarenta días, fundándose en que no siendo la fiebre grave de Carrión y la erupción, sino la infección á diferente grado, la duración de la incubación tiene

que ser la misma en ambas; en que los casos citados con un período largo, resultan de creer que la fiebre continua y los dolores son los primeros síntomas de la enfermedad; y finalmente, que siendo una enfermedad de origen telúrico, tiene que sujetarse á las reglas nosológicas que las otras de su especie.

Enumera en seguida todos los síntomas que constituyen el período de invasión, insistiendo sobre la presencia constante de fiebre, muchas veces ligera, y que ha dado lugar á que algunos crean que la erupción se ha realizado en plena apirexia.

Insiste igualmente sobre la cautela que debe tenerse en ese período, y relata algunas historias en que la confusión con alguna otra enfermedad había sido hecha.

La duración del período de invasión, es variable, siempre larga; por término medio de tres á cuatro meses.

Respecto á la fiebre que acompaña á la erupción, establece relaciones en las varias clases de verrugas; hace notar la analogía que existe entre la fiebre grave y la fiebre eruptiva; y estudiando minuciosamente los caracteres de esta última, formula conclusiones en las que se aprende por el simple hecho de la observación de la temperatura, la clase de erupción en perspectiva y el pronóstico que debe hacerse en cada una de ellas.

Se ocupa en seguida de los edemas, como fenómenos precursores de la erupción; de los sudores, dolores, y otros signos que le son constantes.

Por lo que hace á la erupción misma, el autor comienza por manifestar, que las dos formas antiguas, admitidas por los DD. Manuel Odriozola y Tomás Salazar: la una miliar, la otra mular, pueden subsistir como consagradas por el uso, pero no responden á una división clínica. No son sino dos extremos, en cuyo intermedio hay muchas otras formas.

Reconoce solo dos periodos en la

evolución del tumor verrucoso: el de crecimiento y regresión, porque la hemorragia y la desecación son simples accidentes.

La verruga miliar es siempre supradérmica y presenta fenómenos, de que detalladamente se ocupa el doctor Odriozola, muy curiosos, como los que se refieren al sitio de su aparición, á las modificaciones que sufre, y al modo de terminación. Observa igualmente, que la erupción no se hace de una manera caprichosa, sino simétricamente y como si el sistema nervioso presidiera su distribución.

La erupción de esa clase de verrugas pueda hacerse en cualquier tejido y ocasionar trastornos muy graves. Así, el mismo autor, refiere historias de casos muy curiosos: donde han sido tomadas ya las mucosas, ya las serosas, ya la intimidad misma de los tejidos, incluyendo los centros nerviosos.

Hace notar que esas verrugas no toman nacimiento en el puerquima sino en la trama conjuntiva intersticial, y pueden también aparecer en el tejido embrionario.

Estudia igualmente la forma mular, que á diferencia de la miliar es intra ó subdérmica y comienza siempre por, lo que el autor llama, nódulo verrucoso. Este nódulo tiene una evolución variable: ya queda estacionario; ya aumenta hasta convertirse en verruga mular; ya entra en regresión y desaparece. Estas verrugas son las que han dado hemorragias abundantes y son las que por sus adherencias á la piel y ulceración posterior, se han infectado, supurado y mortificado.

Respecto al sitio de aparición, no han sido encontradas verrugas de esta clase en el interior; y al exterior solo parecen, lo mismo que las miliares, respetar el tronco.

Esta parte tan interesante, ha sido ilustrada con numerosas fotografías de casos muy curiosos de erupción. Entre ellos unos de erupción mular, que presentaba una verruga grande del tamaño de una nuez, al nivel de la articulación de la 1.^a con la 2.^a falange del anular, y del lado de la flexión.

A parte de las dos formas de erupción que hemos referido, el Dr. Odriozola describe otras mas, con sus respectivos hechos clinicos, y concluye proponiendo la clasificación siguiente:

FORMAS

MILIAR	MULAR
Variedades	Variedades
Córnea	Nodular
Sudaminosa	
Vesiculosa	
Pustulosa	

Justifica en seguida ese modo de agrupación de las formas de verruga, y agrega que en algunos casos la vesícula y la pústula pertenecen al período inicial de la erupción verrucosa.

Examina después las causas que pueden influir sobre la aparición de las verrugas; y da mucho valor á la altura. En las quebradas, sitio endémico de la verruga, es donde la erupción se hace fácilmente.

Respecto á la duración al período eruptivo fija como término medio 4 á 6 meses; pudiéndose observar, como él mismo cita, un caso donde la erupción duró dos años.

Habla de las complicaciones que pueden acompañar á la erupción, como el paludismo, la sífilis y la tuberculosis; y continúa con su anatomía patológica.

Este acápite empieza por los trabajos practicados en primer lugar por el Dr. Armando Velez, más tarde por Cornil, Dounon y Renaut, y acaba probando que la verruga toma nacimiento, de un modo invariable, en el tejido vascular-conjuntivo libre ó intersticial.

En un capítulo aparte, consigna el autor, los trabajos micrográficos en tumores verrucosos, del Prof. Letulle, agregado de la Facultad de Medicina de París, médico de hospitales.

En primer lugar se ocupa dicho profesor de las verrugas que han conservado sus capas epidérmicas. El epidermis rechazado por el tejido conjuntivo-vascular hiperpla-

siado, que constituye el tumor verrucoso, contiene glicógeno y gran número de leucocitos. El dermis y sus papilas son asiento de muchas alteraciones, están rodeados por una ganga, resultado de la infiltración enorme de elementos inflamatorios. Entre ese tejido y el hipodermis existen espacios lagunares llenos de serosidad muy pobre en fibrina, y que Letulle refiere á un edema agudo producido por una infección microbiana intensa.

Además de esa serosidad se encuentran leucocitos en plena actividad. Las células fijas del tejido conjuntivo son tumefactas, las fibras muy raras. Las células adiposas del hipodermis están trasformadas en células inflamatorias, lo mismo, que las glándulas sebáceas y las sudoríparas.

En seguida trata de las verrugas ulceradas. El epidermis en los lugares donde existe, está muy hiperplasiado, las células del cuerpo mucoso de Malpighi son multiplicadas y están mezcladas á leucocitos ordinarios y á otros elementos, que Letulle considera como los clasmátocitos de Ranvier.

El dermis en los sitios donde se conserva, tiene sus papilas hipertrofiadas, y encierra en sus mallas elementos linfáticos, asociados por lo menos á dos especies de microbios, muy distintos unos de otros; y á pequeños espacios purulentos, que no son otra cosa que vasos linfáticos dilatados conteniendo linfa inflamada, contaminada por gérmenes patógenos.

En tercer lugar se ocupa de los microbios aislados en las preparaciones que han servido á la descripción precedente. Unos consisten en micrococcos, estreptococos, algunas veces en diplococcos.

En los cortes de verrugas no supuradas, se descubren otros microbios accesibles á la thionina fenicada, al método de Nicolle, Ziehl. Esos microbios son bacilos, continúa Letulle, de dimensiones variables: unos parecidos á los de Koch, otros más voluminosos, más cortos, de doble espesor que los an-

teriores. Esos bacilos siempre libres, se encuentran en los espacios intersticiales de la capa hipodérmica y en los vasos capilares sanguíneos.

La presencia constante de esos bacilos, su estado libre, la ausencia de células gigantes y de focos caseosos, permiten á Letulle afirmar que son de algún valor; y por los métodos de coloración los diferencia de los de la lepra, tuberculosis, sífilis etc.

Concluye el Prof. Letulle, que solo las experimentaciones y culturas, continuadas por el Dr. ODRIOZOLA, demostrarán si el bacilo descrito es ó no el elemento patógeno de la verruga.

En seguida, el Dr. Odriozola continúa ocupándose, del diagnóstico diferencial de la erupción de verrugas, del pronóstico y tratamiento, tan detalladamente como lo hace en sus anteriores capítulos.

Tal es á grandes rasgos el plan, su desarrollo y los puntos más importantes de la monografía, que con el nombre que encabeza este artículo, ha publicado el inteligente y entusiasta profesor de nuestra facultad. Dr. Ernesto Odriozola.

Nuestro objeto, no fué el hacer un análisis, ni menos una crítica, sino simplemente el hacer una exposición del plan de la obra tomando las ideas mas culminantes, propias del autor; y dejando muchísimas otras, como era natural, para el que ojease dicho trabajo, convencido de su importancia y llevado por el deseo de ilustrarse.

Discípulos del estimado y respetado maestro, hemos podido admirar su constancia, su ilustración y su entusiasmo siempre creciente por todos los casos que se ofrecían á su observación clínica; y muy especialmente, por los que se refieren á la enfermedad, cuya soberbia monografía acaba de hacer.

El nuevo triunfo conquistado por el sábio profesor, nos deja doblemente complacidos: primero por constituir su obra una preciosa jo-

ya de la literatura médica peruana; y segundo, porque en las columnas de "La Crónica Médica" ha encontrado una fuente para sus informaciones.

En su nombre, enviamos al laureado profesor, el mas entusiasta hurrah; y esperamos que siguiendo tan brillante sendero, continúe enaltecendo el buen nombre de la medicina nacional.

P. S. M.

TRABAJOS EXTRANJEROS

PROF. BERGER

Consejos prácticos para la administración del Cloroformo

(LA FRANCE MEDICALE)

No hay casi persona que no tema al cloroformo, mirándolo como un agente extremadamente peligroso; todos, sin embargo, creen saber darlo, y se considera en general los accidentes que resultan de su administración como algo fortuito y fatal, como una desgracia que nada podía hacer preveer, que ninguna precaución hubiera bastado para evitar. Mi experiencia sobre este asunto se halla en oposición completa con esta manera de ver; y aunque con toda la reserva y discreción que se debe guardar en una afirmación de esta especie, pienso que el cloroformo se da con frecuencia mal, que muchos de los que lo emplean ignoran las reglas de su administración ó pecan á cada instante contra ellas, y que es de esta inobservancia, de este olvido ó de esta ignorancia que resulta el verdadero y mayor peligro de la anestesia clorofórmica.

Son algunas de estas reglas que trataré de patentizar; dudo en el momento mismo de hacerlo, y he aquí porqué:

Nada mas peligroso que una guía infiel ó incompleta en la clorofor-

misación; la consideración demasiado exclusiva, la interpretación errónea de un signo, aunque sea de gran valor, pueden conducir á errores fatales. Así, en 1881 estudiaba y describía un carácter que permite comprobar con gran seguridad á qué grado de anestesia clorofórmica se encuentra en cada instante el enfermo; es la observación del reflejo palpebral, que permite asegurar se que el paciente ha llegado al período de tolerancia anestésica ó que está próximo á salir de él. Ahora bien, no se cuantas veces he visto personas acostumbradas al cloroformo engañarse de una manera que podía determinar consecuencias serias, porque no tienen en cuenta sino este único carácter y le atribuyen un valor absoluto, que no tiene. Igualmente, entre las proposiciones que voy á formular, si las unas son ciertas y pueden ser aceptadas sin reserva, otras están menos sólidamente establecidas; están sujetas á variar según los casos particulares y tendré cuidado de marcarlas con un punto de interrogación.

En el acto de administrar el cloroformo á un enfermo, dos factores se presentan: el cloroformo, y su modo de administración.

A) El Cloroformo.—En presencia de los accidentes que pueden resultar de la acción del cloroformo sobre la economía, parecería que la primera de todas las reglas impuestas por la prudencia mas elemental, debiera ser no emplear sino un cloroformo absolutamente perfecto. Siento deber señalar que no se acuerda á esta consideración la importancia que merece, y es particularmente en los hospitales donde, hace largos años, he hecho al respecto reclamos que no han sido bastante escuchados.

No hablo aquí de los cloroformos impuros suministrados por el comercio, sino de cloroformos rectificadas, preparados especialmente para la anestesia y cuya pureza habia sido verificada, con un cuidado al que me complazco en rendir homenaje, por la farmacia central de

los hospitales en el momento en que los entregaba á estos establecimientos para su consumo; ahora, bien, un mismo hecho ha llamado la atención de todos mis internos, mas evidente, mas notable en ciertas épocas; es la diferencia que observamos entre las anestésias practicadas en el hospital, con el cloroformo del hospital, y las que obteníamos en la ciudad, con cloroformo vendidos por farmacéuticos que hacen de ello de una especialidad; mientras eran casi siempre fáciles de obtener, sin gran agitación, sin defensa de parte del enfermo, sin trastornos fisiológicos amenazadores; en el hospital, en ciertos períodos particularmente, nuestras cloroformisaciones eran accidentadas, difíciles, á veces inquietantes. He reclamado con frecuencia; ya en 1881, en la Sociedad de Cirugía, he insistido sobre las alteraciones del cloroformo, sobre los peligros que resultan de la manera defectuosa como se despacha y conserva en los hospitales; siempre me han respondido que el cloroformo de los hospitales es químicamente puro y de un valor igual al mejor cloroformo de los farmacéuticos urbanos. Todavía, en 1897, al principio del año, justamente alarmado por las perturbaciones que acompañaban casi todas las anestésias en mi servicio; sabiendo que habían ocurrido, en otros hospitales, cierto número de accidentes mortales producidos por el cloroformo; envié un nuevo aviso muy urgente, al textualmente se me respondió: que el cloroformo utilizado en los hospitales no desmerecía en nada de los cloroformos especializados, generalmente más ricos en alcohol, suministrados por diferentes casas, y cuyo precio era mucho más elevado. "Es evidente, agregaba el informe que me era comunicado, que si los accidentes mencionados por M. Berger dependiesen de la mala calidad del producto suministrado por la farmacia central, las quejas debieran ser múltiples." Sucedió lo que yo temía: dos meses después, dos muertes, las únicas que

he tenido que deplorar desde hace seis años, durante la anestesia clorofórmica, demostraron cuan fundados eran mis temores. Desde entonces, he pedido á M. Moreau, interno en farmacia de mi servicio, que se encargue de rectificár de nuevo el cloroformo que nos entrega la farmacia central: lo ha hecho procediendo á los actos sucesivos siguientes:

1.º Lavados repetidos con el agua destilada;

2.º Acción del ácido sulfúrico concentrado hasta que cese de colorarse este último;

3.º Tratamiento por una solución de soda cáustica;

4.º Destilación, previa agitación con 5% de aceite de clavel, no recojiendo sino el producto que pasa exactamente á 60°, 8.

Operando de esta manera, M. Moreau nos ha suministrado un cloroformo que presenta una pérdida variable de 300 á 700 centímetros cúbicos sobre la cantidad de 3 litros sometidos á cada destilación; pero el resultado, claro como el de una experiencia fisiológica, fué que casi todas las dificultades y accidentes, que habían señalado el empleo del cloroformo en los años anteriores, desaparecieron como por encanto, y que, en el curso del año 1897—1898, la anestesia clorofórmica se obtuvo de una manera casi siempre regular y sin alarmas.

Es decir que el cloroformo que nos daba la farmacia central era impuro? En manera alguna; M. Moreau ha comprobado que llenaba las condiciones esenciales que debe presentar un cloroformo químicamente puro; no enrojecía el papel de tornazol, no precipitaba las soluciones de nitrato de plata; no contenía pues esos productos irritantes, ácido clorhídrico ó cloro libre, oxícloruro de carbono ó éter cloroxicarbónico que hacen un cloroformo tóxico. Para explicar los inconvenientes que resultan de su empleo, me veo obligado á suponer que la pequeña porción de alcohol con que se le mezcla pa-

ra facilitar su conservación, es alcohol impuro, mezclado con alcoholes amílico ú otros, ó de algunos productos que pasan casi á la misma temperatura en la destilación; productos cuya presencia, aun en cantidad infinitesimal, basta para ejercer sobre las vías aéreas una acción irritante.

Os diré ahora, que todo en la anestesia clorofórmica, ó casi todo, depende del principio; una cloroformización que comienza sin obstáculos tiene todas las probabilidades para ser una cloroformización regular, que recorrerá sin incidente alarmante todas sus faces hasta el despertar.—Al contrario, el enfermo que se sofoca, el que se asfixia, que tose, que tiene la faringe obstruída por mucosidades y la boca de saliva; el enfermo que se congestiona, que se defiende desde las primeras inhalaciones tendrá una anestesia laboriosa, infiel y á menudo peligrosa. Ahora bien, la tranquilidad del principio en la anestesia depende en gran parte de la calidad de cloroformo; de allí viene que los cloroformos que nos son procurados por las oficinas particulares, que los cloroformos de Dumouthiers, Lecherc, de Iyon y Berlioz, de Gigon, que el cloroformo escosés de Duncan y Flockhart, de que me sirvo con frecuencia, nos den en la ciudad una anestesia fácil, rápida y sin sorpresas; son aceptados por los enfermos porque no atacan la garganta, no irritan la laringe y la traquea, y el paciente los respira sin repugnancia y sin dolor.

Que vuestro cloroformo sea puro; los accidentes del cloroformo dependen en gran parte de su mala calidad. Pero para ser bueno no basta que el cloroformo haya sido bien preparado y rectificado con cuidado; debe tambien ser bien conservado, y para esto es necesario:

1.º Que sea puesto al abrigo de la luz, del calor y del aire; pero particularmente de la luz, y por consiguiente

2.º Que sea colocado desde su

rectificación en frasquitos de vidrio teñido, bastante pequeños para que en cada operación el contenido del frasco sea empleado en totalidad.

Si estáis seguro de vuestro cloroformo, habréis conseguido para vuestro enfermo la primera de las garantías de una buena cloroformización; el resto depende de vosotros, y es aquí que es necesario estudiarlo.

B.—Modo de administración del cloroformo. La cloroformización es un acto quirúrgico que comienza antes de la operación misma, á la cual concurre, y que se continúa paralelamente á ella hasta su terminación completa. El que la practica debe estarle enteramente, exclusivamente consagrado; y no debe ocuparse de la operación sino para saber si debe aumentar ó moderar, prolongar ó cesar la administración del cloroformo.

Desde el instante en que toma la compresa hasta aquel en que despierta al operado, el cloroformizador debe ser todo para la cloroformización; su atención debe hallarse constantemente fija en la manera como su enfermo reacciona bajo el cloroformo; no debe ver, no debe oír sino aquello que con ello se relaciona; debe saber á cada instante poder decir de una manera precisa en que estado de la cloroformización se halla su enfermo.

Tal es la regla fundamental de la cloroformización y á la que se falta con mas frecuencia.

CUIDADOS PRELIMINARES. — La cloroformización debe hacerse en un local distinto de la sala de operaciones, en todo caso sin poner á la vista del enfermo los preparativos de la operación; no se debe tolerar sino los asistentes necesarios; *el silencio y la tranquilidad absoluta son de rigor.*

Todos sabéis que el enfermo debe estar en ayunas, acostado; que

sus vestidos deben estar desatados de manera que no dificulten absolutamente la respiración, el cuello de la camisa anchamente abierto; que es necesario preocuparse de saber si el paciente lleva dientes postizos ú otra pieza que pudiera desplazarse durante la anestesia y aun ser tragada; pero sobre lo que no se insiste bastante es en la calma que debe reinar al rededor del enfermo, la necesidad de evitar todo lo que pueda impresionarlo y turbar su estado moral. Así todos los cuidados de *toilette*, todos los lavados, los cambios de vestidos deben ó haber sido hechos de antemano, ó ser dejados para el momento en que el enfermo haya perdido la noción de lo que lo rodea.

Es necesario que el enfermo sea colocado comodamente, en su posición de decúbito dorsal. Se recomienda en general el decúbito horizontal con una sola almohada; muchas personas se encuentran molestas para respirar en esta posición; no hay inconveniente alguno para dejarles la cabeza mas levantada en el principio; cuando están dormidos se les retira las almohadas que esten demás.

Para evitar que el contacto del cloroformo determine quemaduras superficiales de la cara, se tiene el hábito de untar con vaselina los contornos de las narices, los labios, el menton; esta vaselina ensucia los dedos del cloroformizador y la compresa con la cual se administra el cloroformo; es un inconveniente serio que me ha hecho rechazar el empleo de este recurso. Es fácil con un poco de atención evitar el contacto del cloroformo y de la piel, y no recuerdo haber visto producirse estas quemaduras cuando lo administraba yo mismo.

(Continuará)

DR. C. W. WATTS. M. D.

Importancia de una dietética apropiada después de la laparotomía.

("The Journal")

Dividiremos nuestro asunto en tres partes: dietética que debe preceder á la operación, dietética en la época de la operación, y dietética después de la operación.

Para ser bien comprendidos, definiremos la laparotomía diciendo: que se designa así, toda operación quirúrgica practicada sobre el contenido de la cavidad abdominal, en todo punto situado entre el cartílago ensiforme del esternón y la siufsis del púbis. Debemos también llamar la atención acerca de la diferenciación que debe establecerse, bajo el punto de vista de la dietética, entre las operaciones practicadas en el tubo digestivo y las que se realiza en otras vísceras abdominales. Por una experiencia de algunos años, en la práctica privada y hospitalaria, creemos deber atribuir los resultados fatales que siguen á las operaciones en la cavidad abdominal, mas á descuidos de dietética que á efectos directos de la laparatomía. No merece censura el cirujano que practica la operación sino el que se encarga de la paciente antes y después de ella.

Por lo menos diez días antes de practicar cualquiera operación el paciente debe ser preparado por una dieta apropiada. La *prima viæ*, desde la cavidad bucal hasta el ano, debe desocuparse completamente, y ser mantenida en estado de limpieza por los medios antisépticos y asépticos. No deberá dejarse en ella la menor partícula de materia extraña. Terminada esta evacuación y desinfección, se instituirá una dieta líquida, que será mantenida hasta la hora de la operación; momento en que se suspende toda medida dietética, para continuar después de terminada la intervención con el uso de la dieta

líquida, hasta el restablecimiento completo del enfermo—Si se trata de una gastrotomía, una gastro enterostomía, de una enterotomía, de la extirpación de un apéndice, la alimentación deberá hacerse con enemas de preferencia á la vía bucal, por razones que no es necesario mencionar. Por la vía del colon y del recto podeis alimentar al paciente, usando para aliviar la flatulencia y distención gaseosa del intestino simples enemas de agua caliente esterilizada.

El valor de las lavativas alimenticias es casi desconocido por muchos cirujanos. Solo los que las han experimentado prácticamente conocen su benéfica influencia.

Entendemos por enemas nutritivos, los compuestos de leche esterilizada, caldos animales, etc.; introduciendo en ellos el antiséptico que el cirujano juzgue necesario.

Como cirujano no hemos respetado siempre suficientemente las glándulas digestivas del intestino; no hemos estado dispuestos á dar al estómago ó á los intestinos tanto reposo como requieren para repararse después de una intervención. Hemos dado mucho valor á la *vis quirúrgica* é ignorado la *vis medicatrix nature*, ú olvidado dar á la Señora Naturaleza el privilegio de recuperar sus energías. Muchos resultados fatales en las laparatomías del día son resultado directo de ignorar la Madre Naturaleza.

En las operaciones sobre los ovarios, riñones, útero é hígado puede permitirse una dieta más sustanciosa, y darse líquidos de fácil digestión y hasta sólidos; pero cuando las intervenciones se llevan sobre el estómago y los intestinos la dieta fluída es de rigor, dada en pequeñas cantidades y no con demasiada frecuencia. Esto es particularmente necesario cuando una porción del intestino ha sido reseçada. Así como en las fracturas de costillas, se requiere el empleo de vendas aglutinantes para limitar los movimientos respiratorios; en las enterotomías debemos prevenir la acción peristáltica por la no ad-

ministración de alimentos. El estómago debe permanecer vacío y en reposo hasta que haya curado la herida intestinal, lo que generalmente se efectúa en corto tiempo. El laparotomista tendrá mayor confianza en el éxito si el paciente ha sido preparado para la operación por una dietética conveniente, y si está seguro de que no se ha omitido ninguna precaución relativa á la dieta que debe seguir hasta su convalecencia completa. Muchos operadores son atolondrados y descuidados, y tienen como resultado una catástrofe, catástrofe determinada por su proceder atolondrado. En ningún otro terreno de la cirugía es más cierto el aforismo que dice: La precipitación lo echa á perder todo.

Preparad á vuestros pacientes para las operaciones. Prefiero amputar un miembro en un hombre con el estómago é intestino ocupados, con seguridad de éxito, á introducir mi cuchillo en el mismo estómago é intestino repletos de su contenido. Felizmente para la humanidad, nuestra noble profesión trabaja y adelanta en este sendero, y no está lejos el día en que cualquiera laparatomía sea operación comparativamente segura, resultado suministrado por los cuidados en la parte dietética del tratamiento. Mayor crédito debe darse al cirujano cuidadoso que prepara su paciente para la operación, y lo conduce seguramente al éxito por una dieta apropiada después del acto operatorio, que al operador que no se toma ese trabajo. Todo verdadero cirujano admite este hecho. Examinad las estadísticas de laparatomías practicadas en este y en el viejo mundo, y sus historias os patentizarán esta verdad. Ciertamente, no nos referimos á los casos en que se requiere una intervención inmediata; por fortuna, estos casos son solo excepciones á la regla que rige el buen tratamiento en la mayoría de los casos. Cada año prueba con sus resultados la necesidad de una buena dieta. Los éxitos son tan seguros

cuando se ha instituido una dieta apropiada, que en breve tiempo todo cirujano que la descuide será considerado responsable y sujeto á persecución por su mala práctica. No hay excusa para el cirujano descuidado, para el que ignora el poder restaurador de la naturaleza. Quien es tan egoísta para creer que su procedimiento quirúrgico puede ser sostenido por la naturaleza ofendida? Ha dicho el inmortal, el ilustre Gross: "Respetad á la naturaleza, señores, respetadla. Aliviadla de sus partes muertas, pero por Dios no pretendais sustituirlos á ella." Agua buena, pura, es magnífico alimento, fácilmente digerible y contiene elementos para los tejidos. Buena leche, bien preparada es nutritiva y segura, el agua vinosa es buena, las peptonas y sus homologos son, por lo menos, de valor dudoso. Prefiero que mis pacientes no tomen nada á usarlas, en muchos casos.

La abstinencia total es buena dieta en muchas ocasiones. Nunca he visto morir de inanición á ningún laparotomizado, pero he conocido muchos que han muerto por excesos de alimentación ó falta de una dieta apropiada.

CRONICA

Grado de doctor.—Nuestro distinguido colega y compañero de redacción Dr. Eduardo Bello, optó el día 24 del mes pasado, el grado de doctor en la facultad de medicina.

Por su práctica en el hospital de Santa Ana, así como por ser punto de actualidad; eligió el señor graduando para tema de su tesis, el *tratamiento del aborto incompleto*. En dicho trabajo, probó la importancia y ventajas del método intervencionista; describió el manual operatorio empleado; y concluye comunicando en diez historias clínicas, tomadas de un número ma-

yor de observaciones, los éxitos satisfactorios que había obtenido.

Lo bien concebido del plan; su sólida argumentación, basada en los principios de la Cirugía Moderna, y en hechos clínicos, de que da cuenta: todo esto en estilo preciso, correcto y galano, le valieron mercedamente, la aprobación unánime de la Facultad.

Sus compañeros de "La Crónica Médica" felicitan muy cordialmente, á su entusiásta colaborador Dr. Bello, por el reciente triunfo alcanzado.

M. A. V.

MISCELANEA

Estos apuntes rápidos, ligeros, al correr de la pluma, llevan nuestras impresiones de la clínica, de los laboratorios, etc., estereorizadas en forma sencilla y sin muchas profundidades. Hacemos así el papel de cronistas. Tomamos de aquí y de allá datos casi siempre ó siempre de notoria importancia; los apretamos, los aprensamos, para que quepan todos, y así comprimidos, esqueletizados, si se nos permite la frase, los lanzamos sin orden ni método alguno, la patología junto con la química, la cirugía con la farmacia ó la toxicología. Pero eso sí, apuntamos todo, absolutamente todo lo que está á nuestro alcance.

El objeto que con esto perseguimos es: 1.º que no queden sumergidas en silencio, que ya entre nosotros toma proporciones de hábito, observaciones que todos recojemos siempre con decidido propósito de dar á luz en época no lejana, pero cuya publicación encuentra también siempre el obstáculo de nuestras absorbentes labores médicas incompatibles con la tarea larga y pesada de dar á esas observaciones forma más ó menos aceptable; y 2.º recopilando el mayor número de datos, extractando de los libros nuevos, de los periódicos científicos, etc., las novedades, los descubri-

mientos últimos hacemos más noticiosa nuestra "Crónica médica" conformándola así mas, en cuanto es posible, con el nombre que lleva.

* *

La gelatina en la terapia de las hemorragias no se limita ya á ejercer una acción puramente local, afecta hoy mayores pretensiones. El suero gelatinado en inyecciones subcutáneas ó intravenosas aumentando la coagulabilidad general de la sangre (aunque estas inyecciones no estén exentas de peligros), aspira al presente á curar hemoptisis, hematemesis y otras hemorragias de semejante índole.

El suero gelatinado en el que, como en todas las gelatinas hemostáticas, se reemplaza ahora el cloruro de sodio por el de calcio que goza de mayores propiedades coagulantes, entra, hoy, pues con mejores títulos, con mayor brío á la palestra donde se agitan todos esos remedios nuevos, que para ocupar un lugar definitivo en la materia médica necesitan despojarse del deslumbrador ropaje que les da la novedad.

* *

Indudablemente, los purgantes no solo forman el *non plus ultra* de la materia médica casera, sino que constituyen valiosísimo recurso del que diariamente tenemos que echar mano, para llenar variadísimas indicaciones de la clínica. La medicación evacuable, con las simpatías que por ella tiene el público y con lo racional de su aplicación en muchos estados morbosos, tenía que generalizarse y se ha generalizado; pero á tal extremo que se llega ya, en tal generalización, hasta el abuso, y se abusa no solo en la frecuencia con que se administran los purgantes, sino hasta en las cantidades empleadas. 45 á 60 gramos de aceite de ricino (para citar el purgante mas empleado) es la dosis que de ordinario se usa en Lima para obtener una buena acción catártica; pues bien nosotros en multitud de casos hemos empleado solo 20, consiguiendo siempre satisfactorios re-

sultados: 3 ó 4 cámaras por regla general, y en ocasiones hasta 7 ú 8. No baja de cien el número de las historias clínicas que tenemos á la vista y que forman el resumen de nuestras observaciones á este respecto; copiarlas aquí una tras otra sería tarea larga é inutil. ¡Es tan fácil convencerse de la certidumbre de nuestra aseveración!

Las observaciones del Dr. Enrique L. García con quien de antemano habíamos cambiado ideas en lo relativo al asunto que tratamos y las del Dr. Eduardo Bello, á quien suplicamos secundase nuestros propósitos, son afirmativas como las nuestras.

Por lo demás ;no es esta la práctica europea?

* *

El caso se refiere á una mujer sífilítica terciaria que presenta como lesión actual un goma reblanecido de la tibia derecha. El tratamiento yodurado, que no soporta bien, ha producido esta vez epistaxis intensa que ha cedido de una manera subita, teatral, si se puede decir, así á la aplicación en el recto de un trocito de hielo.

Hemos empleado esta medicación por imitar idéntico procedimiento usado, con magníficos resultados, en una hematemesis juzgada por este solo medio. Si el frío productor de reflejos obrando sobre una mucosa tan sensible como la del recto había sido capaz de cohibir una gastrorragia, con mayor razón podía detener una hemorragia de menor importancia. Y así ha sucedido.

Este tratamiento tendría la ventaja de que habla el padre Hipócrates: el mejor remedio es el que está mas al alcance del enfermo.

* *

En otra circunstancia hemos empleado la nieve en el recto como hemostático á distancia, en un caso de hemoptisis en una mujer bacilosa crónica. El éxito no ha defraudado tampoco en esta vez nuestras esperanzas, pero el resultado no ha sido tan confirmativo

—Cuando hemos llegado á ver á la enferma la hemorragia iba á menos. ¿Se habría detenido sola sin nuestra intervención? Es posible, pero también lo es que el frío modificando el eretismo vascular propio de los hemoptísicos haya producido una vaso-constricción favorable á la hemostásis. En asuntos de observación clínica, como en toda clase de observaciones, la ley se deduce del estudio del mayor número posible de casos. Sirvan estos hechos aislados para aumentar la serie de los que puedan señalarse después.

* *

De cualquiera manera que sea, aceptese con Davaine, Testelin Chuffart y otros el reumatismo del tejido conjuntivo sub-cutáneo, edema reumático esencial como se le llama, ó no se le acepte y póngase bajo la tutela del artritismo, de turbaciones vasomotoras de naturaleza desconocida, de trastornos circulatorios, de infecciones ó intoxicaciones, ciertos edemas no infrecuentes en los reumáticos, el hecho es que la actual enferma de la cama N.º 11 de la sala de la Virgen del Hospital de Sta. Ana, reumática antigua (endocarditis crónica) no ha tenido nunca otra enfermedad y presenta hoy poliartrosis sub-aguda y al mismo tiempo que ella edema de los miembros inferiores acompañado de rubor y calor, verdadero eritema al principio, que acentuándose día á día ha tomado después cierto aspecto de eczema húmedo. En esta muger, en la que aparte de lo indicado, solo ha habido de notable oliguria marcadísima, casi anuria, este edema y esta dermatosis ;deben referirse á fenómenos de intoxicación urémica ú otra por la impermeabilidad del filtro renal; á perturbaciones circulatorias, con la endocarditis por causa; á trastornos vaso motores de naturaleza desconocida; ó al reumatismo? si mi opinión valiese algo yo me inclinaría por el reumatismo. (1).

(1) Ausencia de albumina en la orina, que se ha analizado varias veces.

He aquí una opinión paradójica é imprevista emitida por Pitres en el Congreso de Montpellier.—La ectopia cardiaca de los pleuríticos es, antes que un inconveniente, un eficaz medio de protección contra los efectos funestos de la tensión intratorácica. Y explica las cosas así: El corazón rechazado en masa en los derrames izquierdos de cierta consideración, se encuentra protegido por la pared izquierda del pericardio, tensa merced á la acción de los ligamentos que la fijan hacia arriba (costo pericardico, vértebro pericárdico, esterno pericárdico, etc.) y á la del líquido pleurítico mismo que deprime la mitad del diafragma sobre que descansa. Este aumento de la tensión de la pared izquierda del pericardio, hace de ella tabique resistente que impide que el corazón sufra los efectos del aumento de presión producido por el derrame.

Precisamente todo lo contrario de lo que hasta hoy se ha creído: observar la desviación de la punta del corazón en los derrames pleuríticos izquierdos, por temor á los trastornos circulatorios que ellos originarian, ha sido siempre obligado precepto clínico que nadie ha descuidado.

CARLOS A. GARCÍA.

FORMULARIO

Para detener la caída de los cabellos

El *Indian Lancet* toma de la "REVISTA DE TERAPÉUTICA" la siguiente prescripción.

Clorhidrato quinina.... 1 onza
 Acido tánico..... 2 „
 Alcohol de 70°..... 1½ pintas
 Tintura cantáridas.... 2½ onzas
 Glicerina pura... .. 2½ „
 Agua de colonia..... 10 „
 Vanillina..... 2 gramos
 Polvo de M. de sándalo 1 onza

Hecha la mezcla y agitada, se deja reposar durante cuatro días y se filtra en seguida. Fricciónese

con ella diariamente el cuero cabelludo y se suspenderá la caída de los cabellos.

Para extirpar los pelos superfluos

El mismo periódico da la siguiente fórmula, recomendada por Putte.

Tint. iodo..... 3 gramos
 Ac. trementina..... 6 „
 Ac. castor..... 8 „
 Alcohol 48 „
 Colodion..... 100 „

Las partes afectadas deben ser embrocadas con esta mezcla una vez por día, durante tres ó cuatro días sucesivos. Cuando se quita la película de colodion los pelos se desprenden junto con ella.

(*The New York Medical Journal*)

Publicaciones Recibidas

Ensayos de Seroterapia en la tuberculosis siguiendo el método del prof. Maragliano, hechos en la Clínica Médica de la Universidad de Génova por el Dr. G. ZANONI.

Paiza, enero 10 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: Hace años que vengo usando con buenos resultados la Emulsión ne Scott en niños, mujeres y hombres, que la han tomado siempre con agrado: La uso en las enfermedades escrofulosas, pulmonares, tuberculosis y en general en los estados de extenuación.

Con este motivo me suscribo de Uds. Atto. y SS.,

DOCTOR CIPRIANO SALCEDO.

No hay que olvidar que la Emulsión Scott produce fuerzas y crea carnes.