

LA  
**CRÓNICA MÉDICA**

REVISTA QUINCENAL

DE

**MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA**

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, 31 DE MARZO DE 1899.

{ N.º 246

**TRABAJOS NACIONALES**

**Inoculabilidad de la verruga**

**RESULTADO POSITIVO DE UNA INOCULACIÓN DE SANGRE VERRUCOSA.**

(Trabajo leído en la Sociedad Médica Unión Fernandina.)

Todo lo que se relaciona con la enfermedad nacional tiene gran interés para nosotros miembros de una sociedad de la que formó parte Carrión y herederos de sus memorables trabajos. Por esto es que vengo á dar á conocer á Uds. los resultados de mis modestas experiencias sobre la inoculabilidad de la verruga peruana y las consecuencias que de ellas se deducen.

El 12 de enero del presente año á las 3 p. m. practiqué la inoculación de 1 c. c. de sangre verrucosa bajo la piel del abdomen de un perro pequeño de 4500 gr. de peso. La sangre fué tomada de la vena basilica de un enfermo atacado de mal de Carrión, que ocupaba la cama n.º 8 de la sala de Santo Toribio perteneciente al servicio del señor doctor Castillo en el hospital "Des de Mayo."

La inoculación fué llevada á ca-

bo con todas las precauciones necesarias para impedir cualquiera contaminación, valiéndome de una jeringuilla de Pravaz nueva y esterilizada. La rapidez con que se realizó la operación impidió la coagulación de la sangre contaminada, que penetró en su totalidad en el tejido celular sub-cutáneo de la región abdominal, produciendo un pequeño tumor que no tardó en desaparecer.

El enfermo que suministró la sangre infectada tenía en el momento de la inoculación una temperatura muy elevada: 40°1, y su estado era tan grave que á los pocos días sucumbió, á pesar de los enérgicos medios terapéuticos á que estaba sometido. En la necropsia no fué posible encontrar la menor huella de erupción verrucosa en ninguno de los órganos, que fueron examinados prolijamente en su totalidad. Se trataba, pues, de un caso de fiebre grave de Carrión bien caracterizado, sin que aún fuera dado observar los fenómenos eruptivos, hecho muy digno de tenerse en cuenta.

Hasta el 3 de febrero el perro cuidadosamente observado, no presentó nada de anormal; la temperatura rectal oscilaba poco alrededor de 38°, que puede considerarse como cifra térmica normal en el perro inoculado. Durante los primeros 21 días que trascurrieron

desde el comienzo de la experiencia solo se observó, como hecho digno de mención, el aumento de peso del animal que llegó á alcanzar el décimoquinto día de la observación la cifra de 4680 gr., lo que prueba que sus funciones de nutrición se realizaban perfectamente, no obstante la silenciosa incubación de la enfermedad, que el 3 de febrero se manifestó por síntomas vagos: anorexia, postración y un ligero ascenso de la temperatura vespertina (38°6). A partir de ese día se hizo cada vez más notable el progreso del mal; el animal permanecía la mayor parte del tiempo inmovil y soñoliento, durante la noche casi no dejaba de gritar y su caracter alegre hasta entonces, se hizo irracible. El termómetro marcó cifras mas altas subiendo el mercurio hasta 39°4 el 11, día en que se observó, además del notable ascenso térmico, una gran postración, vómitos verdosos, anorexia absoluta, sed intensa é insomnio. Cuando se levantaba al animal para observarlo ó ponerle el termómetro lanzaba gritos que despertaban la idea de los dolores articulares, musculares y oseos que tanto hacen sufrir á los verrucosos que diariamente observamos en los hospitales.

Los días 12, 13 y 14 se mantuvo el estado febril, llegando la temperatura el 14 á la cifra de 39°6; pero al día siguiente solo hubo un ligero ascenso térmico (38°3), aunque persistió el cansancio y la anorexia. El peso del animal habia disminuído hasta solo ser ese día de 4080 gr. Desde entonces desapareció la fiebre, volvió el apetito y parecía que todo el proceso morboso habia terminado, cuando el 16 de febrero al examinarlo pude observar que en la parte superior del miembro anterior derecho existía un pequeño tumor nodular, solo perceptible por medio del tacto pues estaba totalmente oculto por los pelos del animal. Debo confesar que al principio no dí gran importancia á la existencia de ese nódulo porque sus caracteres eran aún

muy vagos para tomársele por una verruga en su primera fase evolutiva, y porque el resultado negativo de muchas otras inoculaciones que habia practicado antes que esta en diversos animales me hacia desconfiar del feliz éxito de mi nueva experiencia; pero trascurrieron los días, y durante ellos aparecieron signos tan claros, que era imposible negar la naturaleza verrucosa del tumorcito tan insignificante en su primitiva apariencia: fué creciendo más y más, se pediculizó ligeramente, adquirió un tinte rojo vinoso y, por último, se produjeron en su superficie las extravasaciones sanguíneas que son uno de los caracteres distintivos de los botones verrucosos. El 20 ya se podía ver en el pequeño tumor una verruga típica del tamaño de una lenteja, que se hizo cada vez más voluminosa hasta el 24 de febrero, fecha de su apogeo evolutivo. Ese día llevé al animal inoculado á casa de mis maestros los doctores Odriozola y Castillo, quienes confirmaron la existencia de una erupción verrucosa perfectamente representada por el característico botón que existía en el miembro derecho del perro.

Bien pronto se inició el período de regresión, haciéndose terrosa la superficie del tumor y revistiendo un aspecto idéntico al de las verrugas humanas en su etapa regresiva.

El señor doctor Odriozola, siempre entusiasta por todo lo que se refiere á la enfermedad de Carrión, tuvo la benevolencia de interesarse por mis trabajos, comunicó el resultado de mi experiencia á la Academia Nacional de Medicina en la sesión del 27 de febrero y mostró al animal que ese día ya presentaba su verruga en franca regresión.

El resultado feliz de esta inoculación es, á mi juicio, de gran importancia porque permite afirmar de un modo absoluto muchas ideas que la clínica habia sugerido sin probar, ó que los pocos hechos ex-

perimentales de resultado positivo parecían establecer.

Es mi experiencia la contraprueba de la de Carrión: el valeroso estudiante se produjo, por autoinoculación de una pequeña cantidad de sangre de un verrucoso, la fiebre que entonces se llamaba de la Oroya y hoy lleva su nombre; lo inverso ha ocurrido en la infección que produce en el perro: la inoculación de 1 c. c. de sangre de un enfermo de fiebre grave de Carrión le produjo, al cabo de 21 días, la verruga que solo se manifestó por los síntomas atenuados del período eruptivo, y principalmente por la aparición de un tumor verrucoso imposible de desconocer.

La unidad, tan debatida antes de ahora, de la fiebre de la Oroya y de la verruga quedaría con esta experiencia absolutamente fuera de duda si las enseñanzas de la clínica no la hubieran ya consagrado. Hoy todos admiten que ambas son manifestaciones sucesivas de una misma infección, y ningún clínico se atrevería á afirmar en nuestra época la naturaleza distinta de las dos formas de la enfermedad de Carrión.

La verruga es evidentemente una enfermedad infecciosa, su naturaleza está perfectamente determinada puesto que es inoculable. La inoculabilidad de la verruga es, desde la época de Carrión, admitida por la mayor parte de nuestros clínicos, aunque los hechos experimentales hayan sido casi todos negativos. La escasa receptividad de los animales que se han usado para las experiencias explica este resultado negativo, debiéndose el éxito feliz de mi inoculación á las condiciones excepcionalmente favorables en que se ha realizado; se trataba de un perro (animal susceptible de contraer la verruga en los lugares donde existe esta enfermedad) al que inyecté 1 c. c. de sangre, dosis enorme con relación al peso del animal; de un sujeto presa de una gravísima infección verrucosa é hipertérmico en el momento de la inoculación. El animal en

cierta manera se hallaba en estado de receptividad accidental por la fatiga que le había causado su marcha hasta el hospital "Dos de Mayo" donde llegó jadeante. Es cosa sabida que la fatiga aumenta la receptividad, y los bacteriólogos han sabido aprovechar para sus experiencias este medio que podría llamarse desinmunisante.

La receptividad del perro es, de todas maneras, infinitamente menor que la del hombre y lo prueba palmariamente la benigna infección que ha determinado la inoculación masiva que hice al perro que ha servido para mi experiencia, infección que solo se ha manifestado por síntomas poco marcados, aunque característicos de la enfermedad y por un solo tumor verrucoso, cuando bastó una pequeñísima cantidad de sangre para producirle á Carrión una fiebre de la Oroya mortal. Comparando ambos casos puede apreciarse las dificultades que encuentra el germen para establecerse y proliferar en los tejidos del perro, protegidos al parecer por un enérgico poder fagocitario, y lo propicios que son los humores humanos para su colonización y desarrollo. Teóricamente se puede afirmar que los solípedos son más susceptibles de contraer la enfermedad, puesto que en los lugares donde existe la verruga es muy comun observar casos de esta enfermedad en animales pertenecientes á dicho orden zoológico.

La enfermedad ha revestido en el perro un aspecto idéntico á la infección verrucosa humana; todos los caracteres que la distinguen se han observado en el animal inoculado. Tras una incubación de 21 días vinieron síntomas que recuerdan en todo á la verruga humana, y la erupción se ha realizado con estricta sujeción á las leyes establecidas por nuestro maestro el Dr. Odriozola en su admirable monografía. Despues de algunos días de fiebre, vino la defervescencia y tras ella la aparición de un boton verrucoso cerca de la articulación de uno

de los miembros y en el lado de la extensión, exactamente como en el hombre. Esto hace del perro un animal muy útil para las experiencias, que presenta la ventaja de su escasa receptividad, lo que permite producir infecciones no mortales y, por consiguiente, observables desde sus primeras manifestaciones hasta las últimas fases de la enfermedad.

Con el feliz resultado de la experiencia que he dado á conocer quedan, pues, establecidas las conclusiones siguientes:

1.º La unidad de la fiebre de la Oroya y de la verruga peruana, hecho ya demostrado por la clínica, pero que requería, como las demás conclusiones, la sanción experimental.

2.º La inoculabilidad de la verruga.

3.º La receptividad del perro, innegable aunque infinitamente menor que la del hombre.

1.º La presencia del gérmen en la sangre, por lo menos en los períodos febriles.

5.º La duración de la incubación que puede estimarse alrededor de 20 días.

6. La posibilidad de obtener virus atenuados que podrían servir para tentativas seroterápicas.

El resultado positivo de mi inoculación, muy interesante por la importancia de las cuestiones que resuelve y el escasísimo número de hechos experimentales que á la enfermedad de Carrión se refieren, me ha impulsado á distraer la atención de Uds., abrigando la esperanza de que su benevolencia sabrá disculpar los errores de mi desaliñada exposición.

M. O. TAMAYO.

## TRATAMIENTO

### DEL ABORTO INCOMPLETO

TESIS PRESENTADA ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA, PARA OPTAR EL

GRADO DE DOCTOR, POR EDUARDO BELLO.

#### Conclusión

El éxito me dió la razón, pues la cureta extrajo otro trocito decidual alojado en la asta izquierda. El útero, no obstante que en la primera intervención no había sido completamente desocupado, tenía un volúmen casi normal, ocho centímetros con el histerómetro. La enferma curó completamente sin nada que merezca mención.

Este caso prueba que si algunas veces el curetaje no extrae todos los residuos ovulares, basta para suprimir la infección aguda, y favoreciendo la involución uterina permite en una segunda intervención, con más prolijidad y firmeza, llegar al resultado apetecido. En la M., la matriz estaba muy reblandecida por la infección y podía ser fácilmente perforada por la cureta, la razón aconsejaba que el primer raspado fuese superficial; si, como sucedió, no evacuaba completamente el útero, salvaba la situación y teníamos el recurso de repetirlo.

#### VI

J. R. limeña, de 31 años, mestiza, débil, ingresó al servicio el 27 de abril de 1897 (sala de San Pedro N.º 10.)

Multipara, nueve partos con puerperios siempre patológicos. El último parto fué prematuro (de siete meses) y se realizó el día 28 de abril, quedando la placenta retenida; le sobrevino fiebre alta y hemorragia, que persistió hasta su entrada al hospital.

El examen de la enferma reveló lo siguiente: temperatura de 40°8, pulso muy frecuente, cara pálida, respiración anhelosa; vientre muy elevado, sensible á la palpación; por la vagina se escapaba un olor infecto y nauseabundo y sangüezca ne-gruzca mezclada con detritus fétidos. Al tacto: cuello enormemente abierto y ocupado por un cuerpo friable y voluminoso.

Llevada inmediatamente á la sala

de operaciones, procedió el señor doctor Corpancho, previas las precauciones del caso, á extraer la placenta que se encontraba en putrefacción tapando la abertura del cuello y en parte ocupando la vagina. Hizo después el curetaje del útero, que dió salida á abundantes detritus, terminando la operación con una irrigación caliente al sublimado y el respectivo drenaje del útero.

Al día siguiente el termómetro marcaba 38° $\frac{2}{2}$  en la axila, y el estado general era mejor. Se cambió la curación; el lavado intra-uterino arrastró todavía muchos residuos, pero la fetidez había casi desaparecido.

En los días que siguieron la temperatura continuó descendiendo hasta llegar á la normal.

Se la sometió al régimen acostumbrado, insistiendo por largo tiempo en el uso de la ergotina. Salió completamente curada el 28 de Mayo.

## VII

M. R., india, de 19 años, lavandera, múltipara, ha gozado de buena salud anteriormente.

Fué liberalmente contundida por su consorte en estado de embriaguez, ingresando por eso al hospital en los últimos días de febrero del año próximo pasado (sala de San Mignel N.º 18).

Se trataba de contusiones múltiples, pero sin gravedad; presentaba equimosis en la cara y en el pecho, y una pequeña herida contusa en la región occipital. Se hallaba en cinta de dos meses.

Al día siguiente de su ingreso, en la noche, le sobrevino una metrorragia y fué expulsado el producto de la concepción. No pudimos ver el huevo porque en la mañana habían llevado á lavar las soleras de la enferma, y con ellas había desaparecido. La hemorragia continuaba, acusando además la enferma dolores hipogástricos; el cuello estaba entreabierto y blando. La sometimos á dieta, reposo absoluto

y le prescribimos inyecciones calientes vaginales de sublimado.

La metrorragia persistió por tres días más no obstante los cuidados que se prodigarón á la enferma, y el cuarto resolvimos practicar la evacuación artificial de la cavidad uterina.

El curetaje fué fácil y dió salida grandes residuos de caduca; curó sin accidente alguno.

## VIII

M. L. G., blanca, de 25 años, costurera linfática y de constitución débil, ocupó la cama N.º 29 de la sala de San Miguel, el 15 de abril del año 1897.

Delicada y anémica desde su niñez, padece de leucorréa y sus menstruos son dolorosos. En cinta de tres meses, abortó el 12 bajo la influencia, dice ella, de una impresión moral. La expulsión del huevo fué acompañada de abundante efusión sanguínea, que continúa, aunque en menor cantidad, hasta la fecha; sufre dolores en el bajo vientre. Su temperatura es de 37° $\frac{7}{7}$ . El cuello está abierto y blando, el cuerpo uterino medianamente contraído. El recto se halla lleno de escretos.—Le ordenamos una lavativa glicerinada, inyecciones vaginales calientes al sublimado y una poción tónica antiespasmódica, alternada con 30 gotas de extracto fluido de hidrastis, cada dos horas. Dice que el huevo fué expulsado en su totalidad.

Día 16. Temperatura de 38°; continúa en el mismo estado que el día anterior. Teniendo en consideración el tiempo trascurrido, la persistencia de la hemorragia, el estado febril que se acentuaba y la probabilidad por todo esto de que el aborto era incompleto, fué conducida a la sala de operaciones. El sondaje de la matriz señaló cerca del fondo y en la cara anterior un cuerpo extraño, que extraído por la cureta resultó ser un fragmento adherente de placenta; se raspó de-

tenidamente la cavidad y se hizo la curación de costumbre. Salió de alta el 10 de mayo, completamente restablecida.

## IX

La enferma L. S., india, de 30 años, natural de Yauyos, ingresó al hospital el 14 de Setiembre del presente año (Sala de San Pedro N.º 20).

Múltipara; sana anteriormente. El julio y en agosto no se le presentaron sus menstruos y sufrió náuseas y otros signos de embarazo. En los primeros días de setiembre le sobrevino abundante hemorragia, que persistía hasta el día de su entrada. Sufre escalofríos y fiebre en las tardes. Diagnóstico; aborto incompleto. Curetaje el 21; se extraen residuos de caduca muy adherentes; curación con persistencia de un flujo mucoso cristalino y muy tenaz.

## X

G. T., de 17 años, india, natural de Jauja, de temperamento sanguíneo y buena constitución, ingresó al hospital el 20 de setiembre del presente año.

Nulípara y leucorréica, tuvo un aborto en los últimos días de agosto, á los cuatro meses de gestación; desde entonces sufre con frecuencia pequeñas hemorragias y en los intervalos tiene un flujo amarillento; se queja de dolores en la cintura y en todo el vientre; ha enflaquecido mucho.

El examen revela un útero pequeño y blando; cuello reblandecido y entreabierto, con erosiones en su mucosa, y que deja escapar un líquido seropurulento.

Practicamos el curetaje, extirpando una mucosa muy gruesa, principalmente en la cara posterior. La enferma se restableció, persistiéndole un flujo catarral sostenido por profundas lesiones glandulares de que el cuello de su matriz es asiento.

## La reacción diazónica de Ehrlich

El diagnóstico de los casos oscuros de fiebre tifoidea es un verdadero problema aún para los más experimentados clínicos, porque la vaguedad de los signos propios de la dotinenteria, de un lado, y del otro, la multiplicidad de síntomas comunes ú otras dolencias hace casi imposible distinguir la fisonomía propia de la enfermedad. No sucede esto siempre y á menudo basta un exámen superficial para hacer el diagnóstico, pues los antecedentes, los síntomas gastro-intestinales, el infarto esplénico, los trastornos nerviosos, la aparición de las manchas lenticulares, la elevación gradual de la temperatura, su persistencia y su forma continua, síntomas todos de la enfermedad, se presentan con tal claridad, tan saltantes, que es imposible desconocerla. No obstante, aún en los casos francos la coexistencia de síntomas ajenos á la fiebre tifoidea hace que se vacile antes de pronunciar su nombre y en tales circunstancias, y sobre todo en los casos oscuros tienen gran valor dos modernos medios de diagnóstico diferencial: la diazo-reacción de Ehrlich y el sero-diagnóstico de Widal. Este último, quizá más seguro que el anterior, no puede ponerse siempre en práctica, requiere conocimientos técnicos que no están al alcance de todos y un laboratorio bacteriológico que no en todas partes existe. La reacción diazónica es, al contrario, un procedimiento clínico por excelencia y de facilísima realización.

Este medio de diagnóstico, dice el profesor J. Whittaker de Cincinnati, está inseparablemente ligado al nombre de Ehrlich, quien ha creado muchos métodos para el reconocimiento de la fiebre tifoidea valiéndose de reacciones coloreadas. La diazo-reacción en su esencia es una coloración particular que se comunica á las orinas por la adición de ciertos reactivos. Es, como lo decíamos, muy simple y de fácil eje-

cución, "tan sencilla como la investigación de la albúmina en las nefritis" (1) y de tanto valor que jamás debe omitirse en el estudio de los casos de dotinenteria que presenten la más ligera duda. Los reactivos de que se hace uso pueden servir durante muchos meses, por consiguiente esta investigación es practicable en la inmensa mayoría de los casos.

La operación requiere para ser ejecutada: un vasito graduado en centímetros cúbicos, una solución al  $\frac{1}{2}$  % de nitrato de sodio, un frasco de amoniaco y una preparación de ácido sulfanílico hecha así:

Agua destilada.... 1000 c.c.

Acido clorhídrico... 5 c.c.

M. y añádase ácido sulfanílico hasta saturación.

La prueba se realiza del modo siguiente: á 3 c.c. de orina se añade una gota de la solución de nitrato de sodio y se agita para facilitar la mezcla; en seguida se agrega 3 c.c. de la solución de ácido sulfanílico y se mezcla por agitación. Luego se vierte un exceso de amoniaco gota á gota y el todo se mezcla agitándolo un poco. Inmediatamente se produce la reacción que, cuando es positiva, consiste en una coloración rosa, rojiza ó roja oscura. La reacción negativa se traduce por una coloración amarilla ó parda. El cambio de color es fácilmente apreciable y, en caso de duda, se puede comprobar la operación repitiendo la experiencia con una porción de orina de una persona sana. Comparando ambas reacciones se podrá apreciar la diferencia entre el color amarilló que la adición de los reactivos determine en la orina normal y el enrojecimiento que los mismos producen en la orina de los individuos atacados de fiebre tifoidea, enrojecimiento que se produce con notable rapidez, casi instantáneamente. Esta contraprueba es generalmente innecesaria.

El valor de la reacción diazóica,

aunque muy grande, no es, sin embargo, tanto como se ha afirmado: Krokiewics en 16367 observaciones, realizadas en 1105 casos diferentes, la ha encontrado en muchos enfermos de tuberculosis miliar, hecho que es necesario tener muy presente porque; si en la tuberculosis pulmonar de marcha ordinaria el diagnóstico es fácil, no sucede lo mismo en los casos de evolución rápida que podrían confundirse con la fiebre tifoidea.

La reacción diazóica suele faltar en los últimos períodos de la dotinenteria, pero se le encuentra en el 1° y 2° en la mayoría de los casos. Debe ponerse en práctica hacia la mitad de la primera semana porque sólo desde esa época se ve producirse la coloración que la caracteriza. Si se hace la observación muy al principio puede, pues, obtenerse un resultado negativo en los casos de fiebre tifoidea y es necesario repetirla algunos días después para no caer en error. La coloración desaparece por lo general con la defervescencia, es decir, al 31° ó 32° día. Se la observa, por lo tanto, desde el 5° día hasta el 32° es decir precisamente cuando se la necesita para el diagnóstico. La reaparición de la reacción diazóica indica una recaída. El paciente no puede ser considerado en convalecencia hasta que ella haya dejado de producirse.

La diazo-reacción suele presentarse también en otras enfermedades; así se la vé producirse en el sarampión, lo que permite distinguirlo de la escarlatina; en la meningitis tuberculosa, que por este medio se distinguirá de la simple. Ahora bien, estas enfermedades no son susceptibles de confundirse durante largo tiempo con la fiebre tifoidea y generalmente se reconoce el sarampión por el coriza que lo acompaña y la meningitis tuberculosa por sus largos prodromos, la cefalalgia, la fiebre disociada, la constipación inicial y los antecedentes. La reacción no se produce en las diversas enfermedades llamadas impropriamente reumáticas y suscepti-

(1) The diagnosis of obscure cases of Typhoid fever, by J. T. Whittaker New York Medical Journal, January 14, 1899.

bles de confundirse con el tífus abdominal; falta siempre en la difteria y la neumonía; no se la observa tampoco en las septicemias exceptuando, por supuesto, aquellas que coexisten con la fiebre tifoidea.

Desgraciadamente, la reacción diazoica suele faltar algunas veces en la fiebre tifoidea bien caracterizada, de suerte que si la reacción positiva establece el diagnóstico, la negativa no lo excluye. Además, falta, como hemos dicho, en los primeros y últimos días de la enfermedad y se observa que en algunos casos desaparece durante la segunda semana y en muchos antes del trigésimo día.

Sin embargo, sin ser patognomónica, la diazo-reacción es susceptible de afirmar el diagnóstico de la dotinenteria en la mayoría de los casos, si se observa después del quinto día y antes del trigésimo. Para probar la importancia de este medio de diagnóstico, el Dr. Whittaker cita el caso de un niño de nueve años de edad que ingresó al hospital para ser operado de una apendicitis (presentaba en la fosa iliaca derecha un tumor doloroso que le impedía poner el miembro inferior del mismo lado en extensión.) A pesar de opinar que se trataba de una apendicitis, el Dr. Whittaker, observando que había meteorismo muy marcado y al parecer infarto esplénico—era muy difícil afirmarlo de un modo absoluto.—creyó necesario ver si se producía la reacción diazoica; la investigación dió resultado positivo y el niño fué inmediatamente tratado como tífico. “Si se le hubiese operado habría suministrado un caso desgraciado á las estadísticas de la intervención operatoria en la apendicitis.”

¿Que es la reacción diazoica? Su exacta naturaleza nos es desconocida; se supone teóricamente, que depende de la descomposición de ciertos albuminoides, uno de cuyos productos de naturaleza especial, sería el que determina la reacción. Este cuerpo se produce también en otras enfermedades y especialmen-

te en la tuberculosis pulmonar, de suerte que la reacción es impotente para establecer el diagnóstico entre los casos oscuros de fiebre tifoidea y las formas tifoideas de la tuberculosis miliar. En tales casos es necesario recurrir á la reacción aglutinante de Widal.

M. O. TAMAYO.

## TRABAJOS EXTRANJEROS

PROF. BERGER

### Consejos prácticos para la administración del clorotormo

(LA FRANCE MEDICALE)

(Conclusión)

Llegamos al PERÍODO DE RESOLUCIÓN ó DE TOLERANCIA: es en estos límites que va á ser necesario mantener al enfermo durante toda la operación, que puede ya comenzarse. Tenéis todos presente el aspecto del enfermo dormido, los miembros relajados, la cabeza colgante, la cara pálida, la boca entreabierta; los ojos primero cerrados, abiertos después y dejando ver los globos oculares fijos ó animados de movimientos lentos de oscilación; las pupilas contraídas, la convergencia de los ejes ópticos abolida. La respiración es amplia y calmada; el pulso lento y bien marcado. Se levanta los miembros, caen pesadamente; las excitaciones cutáneas, el pinzamiento, la picadura no determinan dolores ni movimientos.

El enfermo está dormido, no se trata ya sino de mantenerlo en este estado de anestesia y de resolución muscular durante toda la operación, *de mantener la cloroformización* evitando por una parte la *sobrecarga* cloroformica y los accidentes que de ella dependen, de otra, *el despertar*; límites entre los

cuales debe oscilar desde entences la cloroformización, *manteniéndose siempre más aproximada del segundo que del primero.*

Para esto, se modifica completamente el modo de administración del cloroformo y *se procede por intermitencias*, suprimiendo la compresa cargada de cloroformo durante un número de inspiraciones que se aumenta ó disminuye, según que la comprobación rigurosa de los fenómenos que presenta el enfermo enseñe que se aproxima al límite de los accidentes ó que tienda á despertar. Doy el consejo de comenzar por suprimir el cloroformo regularmente durante dos ó tres inspiraciones sobre siete, interrogando con cuidado todos los caracteres que deben dar luz en la marcha de la anestesia, y aumentar progresivamente la proporción de las inspiraciones sin cloroformo hasta que los primeros signos del despertar se manifiesten; se disminuye entonces las intermitencias y por tanteo, en cierto modo, se llega á la dosis de cloroformo en la cual conviene mantener al enfermo.

Es necesario, pues, tener la atención constantemente fija sobre los fenómenos que anuncian, sea el principio de la sobrecarga clorofórmica y la proximidad de la zona peligrosa, sea la inminencia del despertar.

Los caracteres que indican la *sobrecarga clorofórmica que se inicia* son: la palidez que se hace livida, que gana las mucosas, que se acompaña algunas veces de un tinte grisáceo, signo del principio de la asfixia. La coloración de la cara debe, á cada instante, preocupar al cloroformizador; cuando la palidez gana las mucosas y se acompaña de este tinte grisáceo, es necesario suspender inmediata y prontamente la administración del cloroformo.

La respiración en la cloroformización llevada demasiado lejos se hace primero estertorosa; se halla dificultada por la acumulación de saliva y mucosidades en la faringe,

así como por la caída de la lengua. El uso de la pinza de lengua, que debe ser aplicada desde que este fenómeno se manifiesta; la abstracción de la faringe, que se desembaraça del líquido que la obstruye con una esponja montada, bastan para hacer desaparecer esta doble causa de molestia respiratoria, sin que sea necesario suspender la cloroformización ó aumentar el número de las intermitencias. Otra será nuestra conducta cuando la respiración se hace superficial, cuando cesa de ser torácica, para volverse únicamente abdominal, cuando solo la inspección del epigastrio permite reconocer su movimiento rítmico. Es necesario dar también gran importancia al relajamiento completo de los músculos de las mejillas y de los labios, que se revelan porque el enfermo *fuma la pipa* al respirar; este signo indica que la resolución ha llegado á sus últimos límites.

El examen de los reflejos merece toda nuestra atención; el reflejo palpebral, de que volveré á ocuparme, está completamente abolido; sucede lo mismo con el reflejo maxilar; los reflejos vasculares tienden á disminuir; no insistiré nunca demasiado sobre este caracter que debe ser buscado á cada instante. Pellizcando moderadamente la piel de la mejilla, se debe ver una coloración bermeja seguir inmediatamente á la palidez momentánea determinada por la presión de los dedos; si esta reacción es poco marcada ó incierta, debemos entrar en desconfianza: Hay compromiso bulbar inminente; es necesario suspender las inhalaciones. Con mayor razón deberá suspenderse la cloroformización cuando se manifieste la pérdida de tonicidad del esfínter anal, de lo cual se está advertido por la emisión de gases ó evacuación de materias líquidas por el ano; esta parálisis de los esfínteres indica que la acción del cloroformo ha sido llevada más allá de los límites en que debe mantenerse. No hablo de la debilidad, de la blandura y de las irregularidades del pul-

so; de la dilatación de la pupila, que se hace gradualmente; de la alteración grave del ritmo respiratorio, caracterizada por periodos de apnea á los cuales siguen inspiraciones sacudidas, recordando el tipo de Cheyne-Stokes; se trata, no ya de los caracteres fisiológicos de una anestesia demasiado profunda, sino de los síntomas de un envenenamiento que comienza, que nunca debería dejárseles producirse, y que ordenan imperiosamente la supresión momentánea pero total del anestésico cuando se presentan.

Los signos que anuncian *el despertar* se sacan del examen de la sensibilidad, de la contracción muscular, de los reflejos y principalmente el reflejo palpebral, de los vómitos y del estado de la pupila.

Una *dilatación pupilar brusca* es casi siempre el signo de un despertar inminente; con mucha frecuencia, se acompaña ó es seguida casi inmediatamente de vómitos.

Como la dilatación pupilar es un signo importante, que podría revelar la proximidad de un síncope, conviene observar con cuidado todos los otros caracteres que presenta el anestesiado cuando se produce. Casi siempre, se puede entonces comprobar que los reflejos oculares que estaban abolidos, son de nuevo perceptibles; que las mandíbulas están apretadas, la cara coloreada, el pulso rápido; los esfuerzos de vómito que vienen á agregarse á este conjunto no dejan duda alguna sobre la inminencia del despertar.

La verdadera guía en el periodo de resolución es la comprobación de los reflejos y especialmente del *reflejo palpebral*. En la anestesia profunda, tocando ligeramente la córnea y aún la esclerótica con el dedo, no se ve aparecer esa contracción del orbicular, ese parpadeo reflejo, que dicho contacto provoca normalmente; desde que el paciente tiende á salir del periodo de anestesia y marcha al despertar, el reflejo palpebral reaparece. Pero no puede darse á este signo un valor absoluto; hay causas de error: primero, existen personas en las

cuales el reflejo palpebral es poco marcado, aún al estado normal; las histéricas presentan con frecuencia esta particularidad, en ella debe siempre pensarse cuando se cloroformisa mujeres; además, á fuerza de investigar este reflejo, se acaba por fatigar la sensibilidad de la córnea; la contracción palpebral cesa de producirse por el contacto de una de las corneas, mientras que se manifiesta si se toca el otro globo ocular cuya excitabilidad refleja no ha sido puesta á prueba tantas veces. En fin, he visto sujetos, en corto número, que aunque profundamente dormidos, conservaban todavía su reflejo normal. Sucede con este signo como con todos los otros en materia de cloroformización; no es sobre un carácter que debemos basarnos sino sobre un conjunto de ellos; no es un fenómeno, son todos los actos fisiológicos interesados por el agente anestésico que es necesario interrogar con el mayor cuidado, y es por esto que el cloroformizador no tiene demasiado con todos sus sentidos y toda su atención.

El regreso de la contracción muscular y particularmente de la contractura de las mandíbulas; la reaparición de la sensibilidad, no dejarán ninguna duda sobre la proximidad del despertar. Diremos todavía algunas palabras más sobre este asunto.

El despertar, la vuelta de la sensibilidad y aún del conocimiento pueden ser lentos y graduales; algunas veces son súbitos; tal enfermo, que se creía profundamente dormido, comienza derrepente á quejarse, á hablar, reconoce á las personas que lo rodean. Esto tiene lugar muy frecuentemente cuando de un tiempo de la operación el cirujano pasa á otro sin que la anestesia haya sido suficientemente mantenida; cuando, por ejemplo, de las partes profundas, esenciales de la operación, se pasa á las suturas. La sensibilidad de las partes se había obtusado poco á poco y la anestesia podía mantenerse con una dosis insignificante de cloroformo;

de súbito, una excitación dolorosa de género diferente se hace en una zona nerviosa que hasta entonces se hallaba en reposo; ella basta para llegar á los centros nerviosos y despertar la consciencia que no se hallaba suficientemente abolida.

Sucede lo mismo cuando, en las operaciones abdominales por ejemplo, las excitaciones pasan del dominio de los nervios raquídeos al del gran simpático y reciprocamente. Los reflejos abolidos, la sensibilidad misma pueden despertarse bruscamente: en el momento en que el cirujano introduce la mano en el vientre se ve la pupila dilatarse y producirse los vómitos; á la inversa, al terminar una laparotomía durante la cual parecía profundamente dormida, la enferma se despertará y dará muestras de sensibilidad cuando se haga la sutura de la piel. Importa tener esto en consideración para investigar é interpretar los datos que suministran á nuestra apreciación los fenómenos reflejos y la pérdida de la sensibilidad durante la cloroformización.

Es guiándose en la observación continua, minuciosa y completa de estos fenómenos que el cloroformizador podrá mantener al enfermo en los límites del periodo de tolerancia, sin dejarlo despertar ni permitirle tampoco alcanzar el límite en que se presentan los signos precusores de los accidentes. Es por tanteos, aumentando ó disminuyendo la dosis, haciendo más frecuentes ó más raras las intermitencias que llegará á conseguirlo.

Es necesario, en el periodo de resolución, recordar que las dosis de cloroformo se acumulan en cierta medida; igualmente, cuando la cloroformización se prolonga, se obtienen efectos más considerables con dosis relativamente débiles. Los límites del periodo de tolerancia entre los cuales debe moverse la administración del cloroformo se estrechan con la duración del sueño clorofórmico, y se llega más fácilmente á la sobrecarga del anestésico y á los accidentes. Es justo

agregar que con algunas gotas, verdaderas de tiempo en tiempo sobre la compresa, se puede hacer durar mucho una anestesia completa. No es menos verdadero que cuando una cloroformización dura mucho, la distancia que separa el despertar del límite de los accidentes parece hacerse menos extensa: la administración del cloroformo demanda, pues, una atención y un cuidado tanto mayores cuanto más considerable es la duración de la anestesia.

No he querido, en estas consideraciones, tener en cuenta sino los casos ordinarios; hay muchas circunstancias particulares que deben hacer modificar las reglas que os doy: tal es el caso de las operaciones que se practican en la cara ó las regiones vecinas. No puedo tampoco abordar en este breve resumen el estudio de los accidentes del cloroformo y de los medios que debemos oponerles. Ha sido mi objeto recordarlos que la administración del cloroformo es un acto quirúrgico que debe sujetarse á reglas precisas y á principios, de que quiero, para terminar, resumir los principales.

1.º La seguridad de la anestesia depende exclusivamente de la observación continua y rigurosa de todos los caracteres fisiológicos que resultan de la acción del cloroformo sobre la economía.

2.º Si hay algo cuya observación es más importante, son los fenómenos se observa del lado de la respiración; sus perturbaciones anuncian casi siempre la proximidad de los accidentes; *esta vigilancia de la respiración se hace con el oído.*

3.º El examen de la coloración de la cara y la investigación de los reflejos vasculares tienen una importancia casi igual; nunca, en una cloroformización regular, el paciente debe hallarse cianosado ó presentar la coloración grisácea de la cara y de las mucosas, que indican un trastorno de la circulación.

4.º La investigación del reflejo palpebral es una guía muy segura,

pero cuyas indicaciones no tienen valor absoluto.

5.° El principio de la cloroformización tiene una influencia determinante sobre todo este acto quirúrgico. Una cloroformización perturbada desde el principio será siempre una cloroformización difícil, y algunas veces hasta peligrosa.

6.° El cloroformo debe ser administrado de una manera continua al principio y durante el período de excitación; debe darse con intermitencias regulares en el período de tolerancia.

7.° Es por un sistema de oscilaciones que se llega á determinar los verdaderos límites entre los cuales se puede mantener al paciente en la resolución cloroformica, evitando el despertar y los accidentes, pero manteniéndose siempre lejos de estos últimos.

8.° A medida que la cloroformización se prolonga, los límites del período de tolerancia se estrechan y se puede, con menores dosis, ver aparecer accidentes de sobrecarga cloroformica.

9.° Cuando surja la menor duda en la interpretación de los fenómenos que presente el sujeto sometido al cloroformo, es necesario suprimir inmediatamente este, hasta que se domine completamente la situación.

10.° Ante todo, en fin, el cirujano debe tener certeza de la buena calidad del cloroformo que emplea.

Conduciéndose según estos principios, no afirmo que nunca hayan casi siempre ser sorprendidos en su aparición y detenidos á tiempo. Es necesario saber servirse del cloroformo sin temor, como el cirujano se sirve de un cuchillo, que es un instrumento muy peligroso, pero muy seguro en las manos del que sabe emplearlo bien.

## VARIEDADES

### Un código deontológico médico bávaro.

De un órgano de la prensa médica de Baviera tomamos las siguientes disposiciones que rigen en aquel lugar y que constituyen el Código de los tribunales de honor, encargados de reprimir las faltas profesionales.

Entre nosotros la mayor parte de esas prescripciones son familiares, y de desear sería que todas fuesen tomadas en consideración en la práctica diaria.

*Generalidades:* Todo médico está obligado á ejercer concienzuda y honorablemente su profesión. Debe mantenerse sobre el terreno de la medicina científica y velar por la salud pública en la medida de sus fuerzas. Debe combatir los remedios secretos y el charlatanismo.

*Práctica médica:* El médico debe seguir las costumbres usuales para dar á conocer su establecimiento, su cambio de domicilio, ó ausencia.

No debe anunciar por circulares sus gratuitos servicios, salvo el caso que los ofrezca á la enseñanza académica, ni le es permitido publicar que atiende por intermedio de la correspondencia.

No debe tomar el título de especialista sin justificarse por una instrucción especial suficiente; y como tal debe renunciar á la clientela ordinaria.

Los títulos de clínica ó policlínica son reservados á los establecimientos de enseñanza del Estado.

Es prohibido á los médicos hacer comercio de aparatos ó medicamentos, comprar ó vender una clientela ó servir de intermediarios en estas negociaciones.

Es indigno del médico procurarse clientes por convenios de mutuo provecho con los boticarios, dentistas, parteras, etc.

Se prohíbe también la publica-

ción de testimonios que tiendan á formarle nombradía.

Las observaciones, las publicaciones antedichas y todo lo que interese al prestigio y adelanto de la ciencia se harán únicamente en los diarios profesionales.

Debe, pues, oponerse á los agradecimientos públicos.

Ningun medico podrá prescribir remedios secretos ni medicamentos especiales notoriamente ineficaces. No debe cubrir con su nombre el ejercicio ilegal de la medicina; y no invitará á las operaciones á personas extrañas á la profesión.

*Relaciones con los clientes de los otros médicos.* Es necesario delante de estos abstenerse de toda crítica desfavorable á los actos médicos. Un profesional no debe tratar á un enfermo que es asistido por un compañero, á menos que aquel rehuse los cuidados del médico llamado primero, y que este sea prevenido. Sin embargo esta regla no se aplica á los casos de urgencia.

*Consultas.* Todo médico puede ser llamado á una consulta.

La exactitud á las citas es de rigor. Salvo el caso de gran alejamiento, el plazo de espera es de un cuarto de hora, después del cual el médico tratante, si está solo, prescribe según la necesidad; si el consultante se halla solo debe retirar se sin hacer examen ni prescripción á no ser de urgencia, si reside lejos, puede examinar al enfermo y dejar por escrito su opinión al médico tratante.

El consultante debe evitar toda marca de superioridad y toda crítica del tratamiento seguido hasta el presente.

En caso de disentiimiento de los dos médicos reunidos, un tercero será llamado para resolver; si esto no es posible, el médico tratante expón drá la cuestión al enfermo ó á la familia, que decidirán. Si con todo no se llega á un acuerdo, el consultante se retirará dando sus razones.

El acuerdo de una consulta puede ser expresado por cada uno de los médicos que han tomado parte

en ella; la familia y el enfermo no deben conocer sino el resultado, y en ningún caso las divergencias de parecer.

El médico tratante seguirá el régimen adoptado, salvo caso urgente.

Es á él y á la familia á quienes toca decidir la renovación de las consultas.

Se puede rehusar una consulta.

*Honorarios.* Las sociedades médicas locales deben establecer tarifas para sus miembros; también pueden existir tarifas especiales para villas ó distancias determinadas, debiendo ser previamente aceptadas por la sociedad.

Los contratos particulares con las corporaciones, sociedades de seguros y otros establecimientos públicos deben tener el beneplácito de la sociedad médica, rechazándolos si los honorarios estipulados son inferiores á los que el uso tiene establecido.

Toda reducción de honorarios debe ser formalmente indicada en el momento del arreglo. El médico no tratará gratuitamente á los que pueden pagar los cuidados recibidos.

Una candidatura á un puesto médico, público ó privado, no debe ser acompañada de ofertas de rebaja de honorarios ni del denigramiento de los opositores.

*Reemplazos.* En caso de enfermedad pasajera, ó de ausencia profesional debe el médico desempeñar gratuitamente á un consocio. Si la enfermedad ó la ausencia se prolongan se procederá a un arreglo.

El reemplazo gratuito no se extiende á las operaciones y partos. Los médicos y sus familias deben ser tratados gratuitamente.—(LE NORD MEDICAL.)

---

## FORMULARIO

---

### Sueros artificiales

El suero artificial no posee ninguna propiedad antitóxica; se em-

plea hipodérmicamente en sustitución de los líquidos y de los extractos orgánicos, sobre todo en la *neurastenia*, en la *debilidad*, en las *afecciones nerviosas en general*, en las *hemorragias postpartum* y en las *afecciones quirúrgicas y peritoneales*.

He aquí las fórmulas más comunes:

(Cherón)

Cloruro sódico.....	2
Fosfato sódico.....	4
Sulfato sódico.....	8
Acido fénico ceistalizado.	1
Agua destilada.....	100

Se inyectan á los *neurasténicos* § 5 10 centímetros cúbicos cada dos ó tres días, y en los casos graves todos los días.

(Croco)

Fosfato sódico.....	2
Agua destilada.....	100

Un centímetro cúbico cada vez.

(Luston)

Fosfato sódico.....	5
Sulfato sódico.....	10
Agua destilada.....	100

Un centímetro cúbico una ó tres veces por semana para acelerar la curación de las hernias inguinales y umbilicales.

(Huchard)

Cloruro sódico.....	2,0
Fosfato sódico.....	8,0
Sulfato sódico.....	4,0
Acido fénico cristalizado.	0,5
Agua destilada.....	1,000

Inyectar dos centímetros cúbicos por vez, tres veces por semana, en la *neurastenia* y demás *enfermedades nerviosas*.

(Hayen)

Cloruro sódico.....	5
Sulfato sódico.....	10
Agua destilada.....	1,000

Se esteriliza la solución y se inyecta con todas las reglas de la *asepsia* en la región glútea en los casos de *hemorragias graves*: los efectos que se obtienen sirven de guía para proporcionar las dosis. En los casos muy graves de *infección peritoneal ó quirúrgica*, se inyectan directamente en las venas 1,000 ó 1,500 centímetros cúbicos de líquido por vez, repetidos dos veces en el día, si es necesario.

El suero más empleado hoy, porque reduce al *minimum* las alteraciones globulares es el de *Malassez*, cuya fórmula es:

Cloruro sodio.....	10 gramos
Agua destilada y esterilizada.....	1 litro

("Los Nuevos Eemedios").

**El carburo de calcio para el alivio del cáncer del útero**

por J. K. ETHERIDGE

La primera enferma tratada por el autor, tenía 68 años: la *menopausa* remontaba al rededor de 20 años. El útero era pequeño, el cuello *carcinomatoso*; desde seis meses, la enferma había sufrido de *hemorragias*. Todo el cuello se hallaba roído, y el útero se asemejaba á una cavidad. Con la ayuda de una *cureta*, se extrajo un pequeño trozo y se coicó en el agujero un pedacito de carburo. Inmediatamente se produjo un hervor abundante. Se tapó la vagina fuertemente con una mecha de *gasa yodoformada*, que fué dejada *in situ* durante 3 días. La eliminación del gas fué dolorosa durante algunas horas. Cada 3 días se renovó este tratamiento, y después de 5 ó 6 sesiones, la úlcera había tomado el aspecto de una úlcera simple. Al cabo de tres meses, la cavidad, en la cual al principio se podía colocar un huevo, ya no admitía más que la punta de un lápiz; después desapareció, poco a poco. Tres meses más tarde, sólo existía una *ci-catriz*. San Marcos

Otra enferma, de 50 años de edad, casi no tenía cuello, y se hallaba muy molesta por el olor, el derrame y las hemorragias. Se le instituyó el mismo tratamiento, hasta que el cáncer cicatrizó completamente. En la actualidad, parece hallarse bien.

Cualquiera que sea el valor de este tratamiento, bajo el punto de vista de la curación, tiene á su favor, por lo menos, la desaparición del olor, de las hemorragias y del derrame.—R. BEONDEL.

(*Revue de thérapeutique medico-chirurgicale*).

\* \*

Los baños de barro

(V.º Congreso de Hidrología)

Thiroux ha presentado una comunicación á este respecto, cuyas conclusiones son:

1.º ACCIÓN SOBRE LA RESPIRACIÓN.—Aceleración del número y disminución de amplitud de los movimientos respiratorios.

2.º CIRCULACIÓN.—Elevación de la tensión arterial. Aumento del número de las pulsaciones.

3.º SISTEMA ÓSEO.—Retracción de las superficies articulares. Sensación de compresión. Estimulación de la nutrición del hueso.

4.º TEMPERATURA.—Elevación de la temperatura central y periférica.

5.º NUTRICIÓN Aumento de las combustiones. Mayor eliminación de desperdicios orgánicos.

6.º ACCIÓN LOCAL.—Emoliente. Gracias al contenido vegetal: turba, algas diversas, etc.

COMPRESIVA.—Descongestionante y regularmente progresiva, aumentando con la inmersión.

ACCIÓN MASANTE.—Estimulación de la circulación cutánea y de la circulación intramuscular. Resolutiva.

TÉRMICA.—Especial por el grado de posibilidad de la gran elevación de temperatura de que es susceptible este baño, y por su duración,

que puede ser prolongada, sin inconveniente para el enfermo.

ESTÁTICA.—Verdadera *suspensión flotante*, con limitación de movimientos laterales. Acción sedante por excelencia.

En resumen, se encuentra en presencia de una acción estimulante, si se considera bajo el punto de vista del estado general, combinada á una acción resolutiva localizada; de donde parten las indicaciones terapéuticas. (Gota, reumatismo crónico, poliartritis deformante), etc.—E. VOGT.—(*Revue de thérapeutique medico-chirurgicale*.)

\* \*

Contra el reumatismo articular agudo

Salicilato de soda.....	30 grms.
Iodoformo.....	10 —
Vaselina.....	100 —
Extracto de beleño...	5 —
M. Pomada.	

\* \*

Contra los sudores de las manos

Borato de sosa....	} áá 45 gramos
Acido salicilico....	
Acido bórico....	5 —
Glicerina.....	} áá 60 —
Alcohol.....	

M.  
Usos: Fricciones tres veces al día.

Publicaciones Recibidas

Des verres périscopiques et de leurs avantages pour les myopes, par le Dr. F. OSTWALT, oculiste á Paris, avec une préface par C. M. Gariel, membre de l'Académie de Médecine, professeur á la Faculté de Médecine et á l'Ecole des Ponts et Chaussées.

Paris—Georges Carré et C. Naud editeurs. 3 rue Racine.—1899.

Acaba de aparecer, en la librería de J. B. BAILLIERE ET FILS, 19 rue Hantefenille, en París: **Catálogo general de libros de Ciencias**, un Vol. en 8.º de 112 páginas á dos columnas). Esta bibliografía contiene el anuncio detallado, la fecha de publicación, el número de páginas, y un extracto de la tabla de materias de las obras importantes, más ó menos 5.000 volúmenes, de medicina, ciencias naturales, agricultura, arte veterinario, física, química é industria. Es un cuadro metódicamente detallado de las materias y una fuente preciosa de datos para los trabajadores.

Esta bibliografía se remitirá *gratis* á todos los lectores de "LA CRÓNICA MÉDICA" que la pidan á MM. **J. B. Bailliere et fils**, (adjúntese 50. centavos en estampillas francesas ó extranjeras para el franqueo).

Acabamos de recibir el primer número de una nueva revista de Medicina: **Les Archives Provinciales de Medecine**, cuyo redactor en jefe es M. MARCEL BAUDOIN. Esta publicación, calcada sobre los Archives Provinciales de Chirurgie, aparecerá todos los meses, en fascículos de 64 á 80 páginas, con numerosas ilustraciones.

El número de enero, que recientemente nos ha llegado, consta de 80 páginas, tres retratos de médicos, y numerosos fotograbados á *media tinta* en el texto algunos con colores.

El valor de esta interesante publicación, 23 francos por año, es sumamente módico, si se tiene en consideración el mérito de los trabajos que inserta y la abundancia y magnífica calidad de sus grabados.

**Les Glycosuries non diabétiques**, por el DR. ROQUE, profesor agregado de la Facultad de Medicina, médico de los hospitales de Lyon. Pequeño volumen de 100 páginas, valor 1 franco 50.

Librairie **J. B. Bailliere et fils**—19 rue Hautefeuille, en París.

ACABA DE APARECER **Anatomie des Regions** en sus relaciones con la medicina y la cirugía por el DR. GEORGE MAC-CLELLAN, D. M., profesor de Anatomía descriptiva y Topográfica en la Escuela de Anatomía de Filadelfia. *Ilustradas con fotografías que el autor ha hecho de preparaciones anatómicas disecadas exclusivamente para esta obra; las planchas han sido coloreadas por el del natural.*

"LA ANATOMÍA NO ES COMO SE ENSEÑA EN LAS ESCUELAS."

BICHAT.

En dos volúmenes, ha aparecido el primero, que se puede pedir separadamente, traducido de la edición inglesa por el DR. LOUIS TOLLEMER, antiguo Interno de los hospitales de París.

Cada volumen, solo ha aparecido el primero, se vende en 40 francos y consta de 500 páginas en 4.º lujosamente imprimida en magnífico papel.

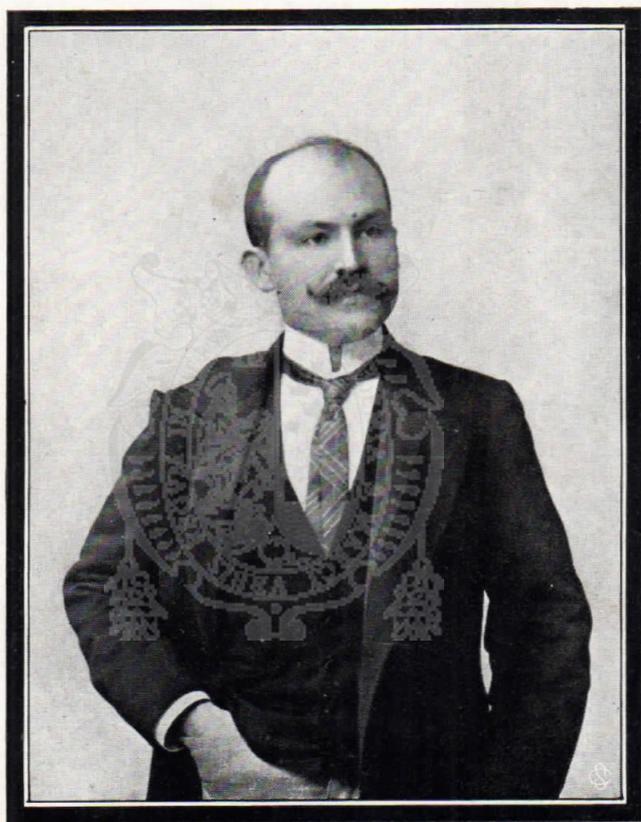
Publicada por la SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES—4 rue Antoine Dubois, Place de l'École de Medecine—París.

Lima, Abril 6 de 1897.

El que suscribe, médico del Hospital Victor Manuel de esta capital, después de largo y extenso uso de la Emulsión de Scott, puede certificar las excelentes cualidades reconstituyentes y anti-escrofulosas de dicha preparación que la hacen preferible á las demás formas de aceite de hígado de bacalao.

DR. JUAN B. AGNOLI.

No se ha equivocado el señor Doctor Agnoli. La Emulsión de Scott es el gran reconstituyente productor de fuerzas y *creador* de carnes. Los débiles (por cualquier causa), los anémicos, los raquíuticos deben tomar la Emulsión de Scott legítima.



*Pedro Pablo Kuczynski*