

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, 31 DE MAYO DE 1899.

{ N.º 250

CORRESPONDENCIA

Aneurisma en ambas regiones popliteas, ligadura con abertura en uno y enucleación en otro.

SERVICIO DEL DOCTOR ALCEDÁN

JUSTO MENDOZA, natural de Coquimbo, casado, jornalero, de treinta y siete años de edad, entró á ocupar la cama N.º 4 de la sala 5.ª en este hospital el día 24 de octubre del presente año.

Pocos son los datos que nos puede dar acerca de su padre, y lo único que sabe es que murió hidrópico. Su madre vive, pero sufriendo de continua jaqueca. Con él han sido siete hermanos, y todos, según él, han muerto ignorando la causa.

De sus antecedentes personales nos dice haber tenido viruela en su niñez, sin poder fijar la época precisa y no recuerda haber sufrido ninguna otra enfermedad hasta el accidente que le sobrevino el año 93, en el que hallándose en el campo trabajando recibió un balazo en el brazo izquierdo, herida que no tuvo más consecuencias que una septicemia, recobrando su salud á los treinta días.

Niega costumbres alcohólicas, y no se descubren antecedentes específicos.

Ni antes ni después de su matrimonio ha tenido hijo alguno á término, y si tan sólo su esposa le ha dado dos abortos.

El año noventa y cuatro vino á trabajar á esta provincia, ocupándose en las pampas salitreras como *particular* y gozando constantemente de una buena y perfecta salud, hasta que en setiembre del año próximo pasado sintió los primeros síntomas de su actual enfermedad, los que se traducían por agudos dolores en la corva derecha que lo obligaron á bajar á Iquique á consultar con un médico, el que le recetó el uso de la media elástica, la que no pudo comprar por falta de recursos, y siguió trabajando hasta que, llegado noviembre, le fué imposible continuar, quedándose en su casa entregado á la medicina casera.

En enero del presente año cesan los dolores en la pierna derecha, y dejan como resto un tumor que no le molestaba; y en cambio en la pierna izquierda, que hasta este momento no le había causado incomodidad alguna, se inician dolores agudos y se manifiesta un aumento claro de volumen con crecimiento manifiesto, tanto en la corva como en la rodilla y un ruido que el enfermo no halla á que comparar-

los, resultando que entre los dolores y este ruido los sufrimientos del enfermo aumentan cada día. La medicina casera, demás está decirlo, tiene en este caso todas sus aplicaciones bajo todas sus formas, sin conseguir dar un momento de descanso al paciente; hasta que por fin, él día veinte y dos cesó el ruido, aumentó el dolor y la hinchazón se extendió, y vino á solicitar los auxilios de la ciencia.

El enfermo se presenta recostado sobre el lado izquierdo, pálido, con una ligera ansiedad, pulso frecuente y pequeño; temperatura ordinaria (37°); lanza frecuentes quejidos de dolor, imposibilidad de ejecutar cualquier movimiento voluntario; al descubrirlo se nota la pierna y el muslo, en flexión y abducción, enormemente aumentados de volumen, de tal manera que este miembro es tres veces más grueso que el del lado opuesto; es imposible poder encontrar el latido de la arteria femoral. Hay una pequeña flictena situada por debajo y detrás del maleolo externo y una como equimosis ocupa la región posterior.

El examen de la región poplítea derecha nos revela existencia de un tumor más grande que un hueso de ganso, duro, liso, pulsático, que goza de movilidad lateral y que llena por completo el hueso poplíteo, y en fin que tiene todos los caracteres de una neurisma verdadero fusiforme de la arteria poplítea.

En vista de la existencia de este tumor, de los datos suministrados por el enfermo sobre la marcha de lo sucedido en la pierna izquierda, no tuvimos inconveniente en decir que este enorme edema era debido á un aneurisma inflamado; y que esta inflamación había llegado hasta producir el esfacelo del saco aneurismático, determinando su rotura, y que una intervención era de urgencia.

Día 25. — Acompañado del doctor Casanueva, médico interno de este hospital, procedimos.

La cloroformización fué rápida

y no dió lugar á ningún accidente.

Mientras un practicante hacia la desinfección de la pierna izquierda, el punto equimótico señalado anteriormente en la región poplítea se hendió, dando lugar á una pequeña hemorragia, que obligó á hacer más pronto la hemostasis preventiva colocando un tubo de Esmarch en la raíz del miembro abdominal izquierdo.

Con una incisión de diez centímetros se procedió á buscar la femoral en el anillo del tercer aductor; pero era tanta la infiltración de los tejidos adyacentes, é inflamación que se había propagado por el paquete vasculo-nervioso, que costó gran trabajo hallar el vaso. Una ligadura, puesta por encima y como á un centímetro de distancia del tercer adductor, hizo la hemostasis definitiva, aunque no nos daba ninguna seguridad por creer el vaso enfermo; un poco de gasa fué colocada en la herida mientras se procedía á abrir el saco.

Esta abertura fué hecha con una incisión de más de 25 centímetros de largo, que tal era la longitud necesaria dado el estado de la región. Una vez abierto el saco, se encontró que estaba ocupado por multitud de coágulos de todas edades y de todos tamaños, los que en peso todos no representarían menos de una libra, quedando una cavidad en que se podía poner los dos puños. Se desinfectó la cavidad, se rellenó con gasa, se dieron tres puntos á la herida para ligadura previa. Suspendido el cloroformo, colocóse una buena capa de algodón que cubrió todo el miembro, y se procedió á la desinfección de la pierna derecha, la que una vez terminada, pasó el enfermo á la sala de operaciones asépticas. Unas cuantas gotas de cloroformo vuelven á dejar al paciente en la narcosis; hemostasis preventiva, lo mismo que una hipodermoclasia de quinientos gramos.

Una incisión paralela á la mayor diagonal del rombo poplíteo, y que lo sobrepasa en dos traveses, de dedo tanto arriba como abajo

es hecha cortando tan sólo la piel; se siguió dividiendo á pequeños golpes de bisturí, y á no más de cinco centímetros de extensión en la parte media, hasta llegar á descubrir la aponeurosis, la que se abre según las reglas clásicas y sobre los ángulos de su incisión, sobre la sonda acanalada, se divide todo hasta alcanzar la altura de la incisión cutánea.

Descubierta la vena poplítea y el nervio ciático, se rechazan hacia fuera y se principia á denudar la parte posterior del saco, que tiene íntimas adherencias con los músculos próximos; después de mucho trabajo se llega al origen de la arteria, con una aguja de Cooper se pasa un hilo doble de seda por debajo de ella, y se la corta entre dos ligaduras. Se procede sistemáticamente con el aneurisma, enucleándolo como á un tumor hasta llegar á colocar las últimas ligaduras, que fueron hechas sobre la tibial posterior y peronea, porque el tronco tibio-peroneo formaba parte del aneurisma.

Bastante laboriosa por lo demás ha sido la enucleación, desempeñando un papel importantísimo la tijera curva, porque las adherencias eran tan íntimas que la disección se hizo pesada y las anastomosis eran bastante numerosas, llegándose á contar hasta diez entre el saco y las partes adyacentes. Se hizo una sutura continua, un ligero drenaje con gasa y curación algodonada.

Se empleó en todo ochenta minutos.

Se recobró el enfermo; pulso frecuente y bajo; se prescribió dos centigramos de esparteina y trescientos gramos de serum en inyecciones cada tres horas.

Día 26. —Temp. normal.—Pulso, normal.

Se han empleado hasta ahora 155 gramos de serum y seis centigramos de esparteina. Muy raros vómitos, clorofórmicos. Curaciones secas y limpias, se prescriben 900 gramos de serum en tres partes, leche, vino.

Día 27. —Tem., normal.—Pulso, normal.—Se descubren las heridas; pierna derecha muy bien. Se retira la gasa y se agrega un punto de sutura suplementario. Color y calor muy buenos.

Pierna izquierda se renueva la curación del saco y de la herida en que se hizo la ligadura, esta permanece muy bien. En cuanto á la pierna y el pié han cambiado notablemente de color, presentándose ligeras manchas equimóticas principalmente la señalada bajo el malleolo, que es una verdadera placa de esfacelo. La calorificación por consiguiente notablemente disminuida.

Tratamiento tónico.—Alimentación sustanciosa; el enfermo sigue tranquilo porque después de esta intervención ha podido conciliar el sueño.

Los días subsiguientes han pasado sin que se pueda señalar nada de notable hasta el día 8 de julio, que se retiran los puntos de sutura y se podía preveer el fin, que en el mismo sujeto, iban á tener los aneurismas operados por distintos procedimientos:

El de la enucleación con tentencia manifiesta á una curación por prima, con conservación íntegra del miembro; el de la ligadura con esfacelo considerable y una mutilación en perspectiva.

No seguiré paso á paso al enfermo sino hasta principios de agosto, en que habiendo terminado la momificación de la pierna izquierda, hubo necesidad de recurrir á regularizarla. De la momificación se tendrá una idea recordando la figura que traen todos los tratados clásicos de cirugía sobre gangrena seca; tuvimos por necesidad que hacer una amputación por el procedimiento á colgajo anterior (Teale), que fué practicada el 9 de setiembre, siguiendo esta amputación el curso de todas aquellas en que no se trata de obtener una *prima*.

Hoy el enfermo se encuentra enteramente bien, y puede llevar aparato sin gran molestia para marchar.

Me ha parecido esta historia digna de narrarse:

1.º El caso en sí es raro, (encontrar un neurisma poplíteo en el mismo individuo y en ambas regiones);

2.º La curación radical que se ha obtenido por dos procedimientos completamente distintos. El uno impuesto por la necesidad y el otro voluntario; y

3.º Ver que, á pesar de la inmensa cantidad de sangre perdida, la duración de la operación y los mismos efectos del cloroformo, factores todos que deben tomarse en cuenta para estimar como ha podido reaccionar ese organismo tan gastado y no darnos la sorpresa de un aneurisma secundario.

Iquique, diciembre de 1898.

MARIANO ALCEDÁN.

Nota.—Las piezas anatómicas han sido enviadas por el Dr. Alcedán á Lima, y se encuentran en el Museo de la Escuela de Medicina.

Del aborto

NOTA DEL DR. MARIO NASCIBENE

Aun cuando la palabra aborto es una de las que se halla más al alcance de los médicos, y casi parece supérfluo ocuparse de ella, sin embargo si el práctico se encuentra en presencia de alguno de los graves accidentes que produce el aborto, entonces solamente comprende que cuanto había al respecto considerado á la ligera, exige mayor de tención y estudio.

A este fin va encaminado el presente trabajo, que podrá servir al práctico de guía en los diversos acontecimientos en que podría encontrarse en los diferentes casos de aborto.

Ante todo es necesario fijar la época del aborto en relación con la vitalidad legal ó no del embrión. Así, por ejemplo, si el aborto durante el primer mes no reclama un tratamiento especial sino solamente una curación general, y el del sexto mes, es decir cuando el feto tiene ya vitalidad legal, puede com-

exige el tratamiento correspondiente; por el contrario, el aborto embrionario del tercero al quinto mes presenta fenómenos, accidentes especiales y además de las graves hemorragias que á veces produce, se caracteriza por el hecho de realizarse en dos tiempos. Esto último es general cuando en el cuarto mes la placenta está viva, teniéndose entonces primero la expulsión del embrión y en seguida la de la placenta, la que exige para su separación un tiempo más ó menos largo; siendo esta retención placentaria más ó menos prolongada la que produce los efectos mórbidos que necesitan un tratamiento especial.

Según Boissard (1) el tratamiento del aborto ha de considerarse desde diferentes puntos de vista.

La primera cuestión que se presenta al práctico es la siguiente: ¿Cómo debe conducirse para prevenir el aborto? ó mejor todavía, cuál es el tratamiento profiláctico del aborto? Hay mujeres que tienen una gran facilidad para el aborto: son aquellas de temperamento linfático, anémicas, y las hay también entre las que son de temperamento sanguíneo y robustas. A las primeras se ordenará un tratamiento reconstituyente á base de fierro, glicerofosfatos, etc., se prescribirá un régimen higiénico adecuado, especialmente en lo que se refiere á la ventilación, puesto que la mujer en cinta reclama mucho oxígeno, pues debe proveer también á la hematosis del feto. A las segundas se ordenará el descanso, especialmente en las épocas correspondientes á las últimas menstruaciones.

Semejante tratamiento debe usarlo también en los abortos que se realizan sin causa próxima y debidos frecuentemente á una hiperirritabilidad uterina.

Cuando haya habido un aborto precedente, puede producirse una ligera endometritis infecciosa capaz de oponerse á la evolución normal de la preñez y á la madurez

(1) *Medecine Moderne.*

del huevo; entónces es que debe procederse á raspar el útero.

Cuando se conocen la causa que produce el aborto debe combatiársela de una manera directa, siendo esta la primera obligación del médico siempre que dicha causa ó causas entren en acción; entre ellas tenemos: la sífilis, que mata el producto de la concepción; el óxido de carbono, que produce contracciones exageradas del útero; los traumatismos; las inserciones viciosas que alteran la circulación inter-útero-placentaria; siendo entre estas causas las principales: la sífilis y la inserción viciosa de la placenta.

Cuando el práctico esté convencido de que el producto de la concepción es de naturaleza sífilítica, deberá inmediatamente instituir sobre la madre el tratamiento específico, usando el mercurio asociado al ioduro de potasio; habiéndose visto, con este tratamiento llegar á feliz término preñeces que irremisiblemente habrían sido interrumpidas. Por el contrario, el tocólogo se encuentra completamente desprovisto de medios para tratar profilácticamente las inserciones viciosas de la placenta, y en casos semejantes debe prestar toda la atención posible para intervenir tan pronto como el primer síntoma de expulsión prematura se presente.

Trazadas las medidas profilácticas del aborto, vamos á ver el modo de tratar las amenazas de aborto.

Llamado un médico cerca del lecho de una enferma que acusa dolores producidos por contracciones uterinas, debe convencerse de que son tales por el caracter de ellos, puesto que son intermitentes, con irradiaciones lumbares, signos que sirven para no confundirlas con un cólico hepático ó nefrítico. Si la preñez está un poco avanzada, se verá contraerse el útero durante el dolor, y á veces la exploración digital da á conocer modificaciones reveladoras de un principio de trabajo de parto.

En caso semejante el médico, or-

denado que haya el reposo absoluto, debe proceder á hacer cesar las contracciones uterinas. Dejando á un lado la tintura de *viburnum prunifolium*, el extracto fluido de *hidrastis canadensis*, la tintura de *cannabis indica*, cuyos efectos son muy dudosos en estos casos, se ocurrirá á los preparados de opio dando, por ejemplo, enemas de 25 gotas de Láudano en 100 gramos de agua, cada seis horas; pudiéndose suministrar sin peligro alguno 100 gotas de Láudano en las 24 horas. Las inyecciones de morfina producen un efecto más rápido, y se pueden inyectar de un centigramo hasta tres en las 24 horas. Casi siempre, por poco que hayan durado las contracciones uterinas, se presenta un flujo de sangre más ó menos considerable, determinado por el desgarramiento de una parte del huevo: todavía en estos casos siempre se debe ocurrir á los preparados de opio, y muchas son las veces en que bajo su influencia se ha visto desaparecer los dolores y detenerse el trabajo, aun cuando el cuello uterino presentaba un principio de dilatación.

Pocas serán las recomendaciones que se hagan para que en casos análogos se deseché el uso del cornezuelo de centeno ó de la ergotina en inyecciones hipodérmicas, porque quedando excitada la contracción y la tetanización de la fibra uterina, se produciría por aborto que habría podido evitarse. Además, si se produjere el aborto la placenta quedaría aprisionada en la cavidad uterina, quizás tan contraída, que impediría la intervención, ya con inyecciones intra-uterinas, ya con la extracción.

Solo se aconsejan inyecciones antisépticas á 50° cuando la hemorragia es grave y el aborto inevitable, pues en casos de esta naturaleza ha de combatirse, no ya la inminencia de la expulsión prematura, sino el accidente más grave, es decir la hemorragia.

*
* *

Consideremos ahora el modo de

tratar el aborto inevitable. La medida principal á que se deberá echarse mano es á la antisepsia más rigurosa; si ejecutando numerosos lavados vaginales de sublimado corrosivo al 0,50 por 1000, después de contracciones más ó menos intensas sobreviene la expulsión del huevo entero, el aborto se ha realizado. Otras veces el embrión es expulsado en un primer tiempo y el huevo arrojado á la vagina, entonces se le extrae y se hacen muchos lavados antisépticos. Al contrario, cuando queda implantado en el cuello del útero no debe extraérsele, porque su presencia en la cavidad cervical es signo de próxima expulsión; y cuando en la mayoría de casos se ha querido extraer, con los dedos ó con pinzas la placenta situada en el cuello, siempre se ha producido su rotura ó fragmentación, y entonces una parte ha quedado en la cavidad uterina, cerrándose luego el cuello. Es entonces que debe ocurrirse á la dilatación del cuello, reclamando este nuevo trabajo un tiempo durante el cual la mujer está expuesta á la infección, tanto más cuanto que la placenta desprendida y que ha permanecido en la cavidad, entra en putrefacción con rapidez.

*
*
Ocupándome del modo de tratar los abortos acompañados ó seguidos de accidentes más ó menos graves, habré agotado, el interesante punto del tratamiento del aborto.

Cuando se producen accidentes en el aborto, lo que es muy frecuente en los del 3.º y 4.º mes, éste se practica en dos tiempos: salida del embrión en el primer tiempo, la de la placenta en el segundo. Y es precisamente la retención de esta última en la cavidad uterina la que suele determinar los accidentes, que son tres principales: 1.º hemorragia; 2.º retención placentaria y 3.º septicemia.

a). *Hemorragias.* Tienen su origen en desgarraduras más ó menos estensas de los cotilédones; son raras las que provienen de la muerte del huevo (aborto exangüe

de la sífilis), y gravísimas en los abortos por traumatismo. Se produce una palidez intensa en la cara, el pulso es frecuentísimo, hay tendencias al síncope y ansiedad grande. Algunas veces se llega á un estado mas ó menos grave de verdadera anemia aguda.

Las hemorragias por aborto pueden presentarse en dos épocas: ya inmediatamente después de la primera amenaza de aborto, ya después de la expulsión del embrión, pudiendo trascurrir así un intervalo de algunos días.

El tratamiento de estas dos variedades de hemorragias es completamente distinto. En el primer caso, en que el conducto cervical está poco ó casi nada dilatado, se trata de detener la pérdida de sangre haciendo un taponamiento vaginal.

En el segundo caso, cuando el embrión ha sido expulsado y parte de la placenta ha quedado encajada en el cuello, principalmente se practicará el alumbramiento artificial. Para detener la hemorragia se deben hacer repetidas inyecciones vaginales calientes á 50º, y si es posible una inyección intra-uterina con la sonda de doble corriente. Si faltan los síntomas de infección han de preferirse las sustancias antisépticas no tóxicas, como son el permanganato de potasio, el ácido bórico. Pero si la hemorragia es seria, entonces se ocurrirá al taponamiento, el cual debe hacerse de una manera segura y completa y no contentarse con la introducción en la vagina de unos cuantos trozos de gasa, que son siempre de seguridad ilusoria. Nunca deben impregnarse los tapones con percloruro de fierro porque se adhieren mucho y es difícil extraerlos, produciendo al hacerlo erosiones y rasgaduras puerta de entrada de las infecciones y fuente de dolores intensos. Dejado *in situ* el tapón durante 24 horas, al quitarlo algunas veces se encuentra detrás el embrión y la secundina; en caso contrario, si la hemorragia está cohibida se hará otra inyección, estando prepa-

rados para hacer un segundo taponamiento tan pronto como se reproduzca la hemorragia.

b). *Retención placentaria.*—Propiamente hablando, la retención placentaria no es un accidente sino una fase del aborto en el 4.º ó 5.º mes, pero puede ser causa de accidentes graves que reclaman un tratamiento especial. Estos accidentes son distintos según que el huevo esté vivo ó muerto, y según que el desgarramiento placentario sea total, parcial ó nulo. Pero, si no se ha estado presente á todas las fases del aborto; qué hará sospechar la persistencia de la placenta en la cavidad uterina? En general si el útero es grande todavía, si el conducto cervical permite la introducción del dedo, si el cólico y el derrame sanguíneo persisten, es casi seguro que una porción de la placenta ha quedado en el útero.

En caso de no presentarse accidente alguno, un tratamiento antiséptico riguroso hace proceder con regularidad toda la serie de fenómenos, y basta vigilar con atención durante el tiempo de la retención placentaria sin acompañamiento de accidentes. El taponamiento no presenta ventaja alguna para detener la hemorragia, y debe procederse á la extracción digital de la placenta cuando la pérdida sanguínea es de consideración: una vez vaciado el útero la hemorragia cesa. Pero algo más grave puede producir la prolongada retención placentaria: la infección.

c). *Infección en el aborto.*—Distintas son las opiniones de los tocólogos en el tratamiento de las infecciones por aborto.

Weit, Tyler, Fehling, Smitt, apenas es expulsado el embrión intervienen instrumentalmente extrayendo la placenta.

Boissard, al contrario, prefiere esperar que resulten insuficientes las curaciones antisépticas usadas.

Pero el consejo más prudente que ha de seguirse es, que cuando los loquios presenten la más ligera fetidez y la temperatura se ele-

ve ligeramente, se intervenga inmediatamente con lavados antisépticos intra-uterinos; pero como las inyecciones intra-uterinas combaten la fetidez de los loquios pero no su causa, conviene ocurrir á actos más radicales interviniendo quirúrgicamente. Si la dilatación del cuello del útero no es suficiente, se la conseguirá de una manera artificial. La dilatación forzada en estos casos no está indicada, con la laminaria es muy lenta; lo mejor es echar mano al balón de Barnes, que segura y rápidamente dá un ancho campo de permeabilidad.

Conseguirle así un trayecto suficiente, el mejor medio que debe emplearse es el desprendimiento con el dedo. Inútil é inoportuno es el uso de la cureta, porque el huevo está por lo general libre y desprendido en gran parte. No considero los casos en que está adherido, porqué entonces es prudente esperar. Si el huevo está libre es fácil extraerlo, si está adherido con los dedos se puede desprender, una vez que se le ha extraído es necesario convencerse de que no han quedado en la cavidad cotilédones aislados y después se hace una abundante inyección antiséptica intra uterina á 40º de temperatura; después se introduce en el útero una mecha de gasa yodofornada, dejándola *in situ* durante 24 horas, al cabo de este tiempo se la extrae y se hacen de dos á tres lavados vaginales al día.

Procediendo así es que se pueden prevenir las amenazas de aborto, combatir eficazmente y detener los accidentes que pueden acompañarlo en los casos de retención placentaria, seguida ó no de septicemia. Cuando el práctico procede con cautela y atención, tendrá la grata complacencia de haber evitado los gravísimos males que reconocen como causa el aborto.

Torino, marzo de 1899.

TRABAJOS NACIONALES

Apendicitis

(Conclusión)

Aunque no tan bien caracterizados ni revestidos de tanta gravedad como el caso cuya historia acabo de referir, algunos otros casos se han presentado á mi observación en el tiempo que llevo de práctica profesional, casos que si no he calificado siempre de apendicitis no he podido menos, sin embargo, que aproximarlos á los que Agustín Flint describe bajo el epígrafe "Inflammation and perforation of the cœcum" en sus "*Principles and practice of Medicine*" (4.ª edición, 1873), obra que he consultado y consultaré siempre con provecho.

Dice, en efecto, el profesor Flint, refiriéndose á una afección descrita por Jackson, de Boston con el nombre de "*tumor doloroso cerca del ciego*": "como este nombre implica, hay dolor cerca del ciego y un tumor en esta región. Uno y otro están situados en una línea horizontal trazada entre las espinas iliacas anteriores y superiores, en el punto de intersección de esta línea con el borde externo del músculo recto del lado derecho. El dolor se hace notable y sensible especialmente con los movimientos del cuerpo. El tumor es de forma oval y muy pequeño; no es superficial, pues sólo se le advierte cuando se ejerce una presión profunda sobre la pared abdominal. Hay una sensibilidad marcada á la presión en un espacio circunscrito sobre el tumor. En los casos detallados por el doctor Jackson, el dolor y la hiperestesia, así como el tumor, desaparecieron lentamente bajo la influencia de los catárticos, las sanguijuelas, un vejigatorio en la región y el opio para aliviar el dolor. El doctor Jackson se con-

“fiesa incapaz de emitir una opinión respecto al carácter y al sitio preciso de esta enfermedad. Yo me atrevo á creer que es una inflamación de la membrana mucosa que tapiza el apéndice vermiforme, con dilatación de éste por los productos inflamatorios ó por las materias fecales y con extensión de aquella en algunos casos á la membrana que tapiza el ciego. Varios casos que presentaban los caracteres descritos por Jackson han caído bajo mi observación; en ninguno de ellos ha tenido lugar la perforación del apéndice y ninguno ha terminado fatalmente”.

Dos hechos evidentes se deducen de esta breve descripción del eminente clínico americano, y son: 1.º los casos á que en ella se refiere fueron de la enfermedad que hoy se designa con el nombre de apendicitis, carácter patológico que con su gran talento entrevió él desde entonces; y 2.º todos los casos que pudo observar terminaron favorablemente con un tratamiento exclusivamente médico.

Siendo esto así, ocurre preguntar: ¿han cambiado por desgracia las condiciones anatómicas y fisiológicas del apéndice vermiforme del ciego á tal punto que su inflamación cedia ayer con un tratamiento puramente médico, y hoy mata indefectiblemente sino interviene el cuchillo del cirujano en las primeras veinte y cuatro horas á más tardar?

Si hay exageración en decir que ningún caso de apendicitis requiere la intervención operatoria, la hay más todavía en proclamar que sin ésta, aquélla es fatalmente mortal. Uno y otro rigorismo han provocado la protesta de médicos y cirujanos eminentes, y entre los dos bandos de abstencionistas é intervencionistas ha surgido felizmente el de aquellos que, como Ferrand, Tillaux, Lucas Championnaire, Nimier y otros muchos, se colocan en un justo medio y creen que en esta enfermedad, como en muchas otras, la intervención qui-

rúrgica tiene sus indicaciones y sus oportunidades.

Que una apendicitis puede terminar por la perforación del apéndice no cabe duda, pero esta posibilidad no justifica el precepto tan radical de abrir el vientre del enfermo á la brevedad posible, por satisfactoria que sea la condición en que éste se halla. Tanto valdría enuclear un ojo tan luego como sobreviene una queratitis, tan sólo porque esta puede concluir por perforar la cornea y por comprometer las funciones y la integridad del otro ojo.

Se dice que precisamente en aquellos casos en que se presenta de un momento á otro un bienestar relativo, es que se debe intervenir sin dilación, porque esas calmas son siempre traidoras; fórmula absoluta también, pues no son raros los casos en que, aun sucediendo á la calma la recrudescencia de los síntomas, se obtiene la curación definitiva por un tratamiento puramente médico, y el caso que he relatado lo comprueba suficientemente. Recuérdesse, en efecto, que en mi enfermo hubo un bienestar manifiesto desde la mañana del 28 hasta la noche del 29.

Se dice también que estas apendicitis son siempre de repetición, y que al no resear el apéndice en los momentos de una crisis, no se debe desperdiciar la brillante oportunidad de operar en frío, es decir, cuando la inflamación haya pasado dejando á ese órgano en condición de ser guardado más bien *en el bolsillo*, según la expresión de Romme, que en el interior del vientre, donde constituye ya un peligro permanente para la vida del sujeto.

Órgano rudimentario como es; inútil y hasta perjudicial, á no dardarlo, preferible sería, en efecto, carecer del apéndice vermiforme, especialmente si ha sufrido ya alguna vez; pero ¿quién se resuelve en plena salud á exponerse á los riesgos seguros de una operación, por más que ella tienda á librar de

los riesgos posibles de una enfermedad?

Por muchas y muy graves que sean las reflexiones que se haga á un *apendicular*, difícil será resolverlo á que se someta, *en frío*, á una operación delicadísima. Mi enfermo, por ejemplo, protesta con todas sus fuerzas contra esta intervención y, á la verdad, que nadie, al verlo hoy, se atrevería á aconsejarle formalmente que se haga extraer el apéndice.

No es de extrañar, desde luego, este radicalismo en los intervencionistas *a outrance*, porque el *prúri-go secandi* parece que es una de las dolencias de fin de siglo. Sin ver ya otro peligro que el de los gérmenes atmosféricos y con una confianza ilimitada en la antisepsia, se abre hoy un vientre sin escrúpulo alguno hasta para descubrir el origen de una gastralgia.

Autoridades científicas de una reputación universal se han sublevado contra esta locura operatoria. Verneuil, Spencer Wells, Emmet y tantos otros después, han protestado contra estos excesos. El malogrado Dr. Lefort (adviértese que ha sido uno de los primeros cirujanos de esta época) decía en 1889, en el prólogo de su Medicina operatoria: "Cuando veo que las
" operaciones se suceden y se mul-
" tiplican para afecciones cuya
" curabilidad por un tratamiento
" no operatorio me ha sido demos-
" trada por una práctica hospita-
" laria de más de cuarenta años,
" estoy por creer que muchos de
" estos cirujanos, en lugar de pre-
" guntarse cuál es la operación
" que la enfermedad y el insuceso
" de otro tratamiento los obligan á
" practicar en su enfermo, se pre-
" guntan cuál es el enfermo al cual
" pueden hacer sufrir la operación
" que está en estudio, por no decir
" á la moda".

Para terminar, creo, pues, que es un pesimismo exagerado el proclamar que no hay tratamiento médico en la apendicitis y que, por lo mismo, se debe intervenir en todos los casos á la brevedad posible. Creo,

por el contrario, que las condiciones del apéndice ileo-cecal, no han cambiado y que hoy, como ayer, sus inflamaciones son curables, en la mayor parte de los casos, sin necesidad de exponer al enfermo á los peligros de una operación tan delicada y hasta de condenarlo á una muerte segura, si, por desgracia, se olvida el menor detalle ó se descuida la más ligera precaución en la complicadísima técnica de la antisepsia.

Pecan por el extremo opuesto los que afirman que el tratamiento médico basta en todos los casos. Sería, pues, de desear que deslindando bien los signos pronósticos y las indicaciones operatorias, se establecieran las categorías en que deben distribuirse los casos de apendicitis, porque aquí se puede repetir: no hay tratamiento de la apendicitis sino de los apendiculares.

Por mi parte, sin tener la pretensión de ilustrar en lo menor este importantísimo tema; juzgando por los pocos casos que he tenido ocasión de observar y por las historias clínicas que he leído, creo que el tratamiento de la apendicitis debe resumirse así:

1.º Si la enfermedad se revela por el dolor iliaco moderado y la fiebre insignificante ó nula, tratamiento médico (purgantes).

2.º Si la ausencia de vómito pertinaz y de meteorismo indica que la lesión es puramente apendicular ó limitada, aunque los otros síntomas (dolor, fiebre, etc.) acusen gravedad, tratamiento médico (purgantes, belladona, hielo).

3.º Si la afección se acompaña en cualquier momento de vómito persistente, con fiebre alta y notable meteorismo, tratamiento quirúrgico, porque entonces es inminente la perforación del apéndice, con todas sus consecuencias.

Tal es, más ó menos, la opinión que ha sostenido el profesor Nimier en la Sociedad de Cirujía de París el 29 de marzo último. A ella debemos atenernos, hasta que sean bien

señaladas las condiciones de necesidad y de oportunidad de la *apendicectomía*.

DR. MIGUEL A. ROJAS.

TRABAJOS EXTRANJEROS

DR. FRANCISCO L. CEREZO

Los mercuriales en el tratamiento de la sífilis.

(“Revista de Medicina y Cirujía Prácticas”).

Deseando aquilatar la acción curativa de los mercuriales en la sífilis, por largo número de años hice muchas observaciones, tanto en mi Clínica del Hospital de San Juan de Dios, como en la Policlínica particular.

A fin de concretar y exponer metódicamente las verdaderas indicaciones de la medicación mercurial en la sífilis, las consideraré con relación á los tres clásicos períodos de aquella dolencia, llamados respectivamente primitivo, secundario y terciario.

El chancro sífilítico con sus adenopatías propias, no experimenta tangible modificación con la administración interna de los preparados mercuriales, como podría creerse intuitivamente al considerar su condición sífilítica y la opinión favorable de muchos sífilígrafos, del empleo de dichos preparados. En vista de tales resultados negativos, resolví renunciar á aquella terapéutica, antes también por mí adoptada.

La ineficacia de la absorción de los mercuriales en la curación del chancro sífilítico, dependerá acaso de que el fenómeno inicial de la sífilis no es una manifestación de la infección general, sino una lesión puramente local?

Verdad es que mucho antes de

aparecer el primer brote de sífilide, algunos individuos afectados de chancro ofrecen los caracteres de la cloro anemia, como laxitud, tristeza y decoloración de la cara, cuyo síndrome se alivia con el empleo de algunas sales de mercurio, pero es innegable que tal cloro-anemia depende más de la infección general que de la modalidad particular del chancro sífilítico, aun cuando haya que reconocerse en ella una infección excepcionalmente precoz.

La sífilis es un proteo de formas tan múltiples y variadas, que difícilmente se puede sujetar á un modelo fijo y regular: ni el tiempo de incubación, ni la manera de ser de las lesiones, ni la fijeza de su forma anatómica, ni la duración é intensidad de cada una de ellas, ni su completa é incompleta resolución, guardan en todos los sífilíticos, ni aun en el mismo paciente, una regularidad fija y determinada. Hay sujetos que ostentan la lesión primitiva tan baladí y fugaz, que hasta el médico más experto la ha confundido con la parecida al *herpes labialis*, mientras que otros se ven atormentados con la forma abultada del *chancro hunteriano*, ó con la úlcera fagedénica más destructora. Los períodos de silencio no son en todos los casos igualmente duraderos, ni en todos es constante la aparición del período gomoso, ni es posible afirmar en absoluto la inmunidad ni la herencia de la sífilis en los hijos de padre, madres ó padres sífilíticos, ni tampoco hay fundamento para deducir el pronóstico de los brotes ó períodos venideros ó el de la sífilis congénita.

Hay enfermos que después de un chancro sífilítico de las peores condiciones, han padecido fenómenos secundarios de relativa benignidad, mientras que otros en las mismas circunstancias del fenómeno inicial fueron castigados con una sífilis de las más graves, y personas contaminadas de chancro sífilítico benigno, se frieron poco después, unas, sífilis grave, y leve muchas otras.

Además, ciertos brotes ó lesiones sífilíticas son de una índole ó naturaleza más bien local que constitucional ó diatésica, ó están sostenidas por condiciones particulares de la región ó de los hábitos ó modo de ser orgánico del sujeto.

Tan múltiples excepciones y aspectos de la enfermedad sífilítica y otros muchos que sería prolijo enumerar, deben servir de base ú origen fundamental para el racional tratamiento de los enfermos sífilíticos.

La práctica, á mi juicio desacerada y hasta funesta, de que á todo enfermo sífilítico ha de someterse á los mercuriales, conviene condenarla en lo que tiene de imprecitada y absoluta.

En lo general, aquellos fenómenos secundarios que aparecen por vez primera en un individuo y lo hacen con cierta multiplicidad, intensidad y agudeza, ceden en su principal violencia ya con el protioduro de mercurio ú otra sal mercurial, ya con las fricciones mercuriales. Este es el caso de resultados más inmediatos y positivos de tal terapéutica, es el que más principalmente ha acreditado al mercurio como específico insustituible de la sífilis.

No siempre desaparecen, sin embargo, de un modo completo las manifestaciones sífilíticas con el primer tratamiento mercurial; tal ocurre con harta frecuencia en el psoriasis palmar y plantar, que al evolucionar en sus graduales formas, deja como huellas ciertos engrosamientos epidérmicos casi indelebles ó de persistente cronicidad. Otras veces aminora, digámoslo así, la cantidad de sífilis manifiesta, y la restante cambia de forma. La sífilide papulosa, verbi gracia, se hace sucesivamente pápulo-escamosa, pápulo-pustulosa y hasta pústulo-crustácea superficial de forma ectimatosas.

Ejemplo de esto se ve en la enfermería de mi cargo en una mujer que ocupa actualmente la cama núm. 31 del pabellón núm. 2 del Hospital de San Juan de Dios. Hacía

algunas semanas que le apareció una sífilide papulosa, cuando en noviembre del año próximo pasado ingresó en dicha enfermería, ofreciendo una confluencia notable de pápulas bastante rojas y abultadas en toda la piel del rostro, y más discretas en el tronco y extremidades, en donde eran algo escasas.

En este caso, como en todos los análogos, dispuse las fricciones con unguento mercurial doble á las regiones en que más numerosa era la erupción, la cual desapareció pronto y totalmente en la cara, haciéndose ectimatosas en ambas piernas.

Este procedimiento de emplear el mercurio es más ventajoso que las seculares fricciones á la cara interna de la parte superior de los muslos y axilas, porque á la vez que cura como tópico, lo hace por ser absorbido, siendo los resultados más prontos y seguros, sin que la estomatitis mercurial pueda tomar un incremento incompatible con la continuación de las fricciones ó del uso de otros preparados de mercurio.

Dentro del período agudo de los fenómenos secundarios, el empleo de los mercuriales tiene dos límites: 1.º, la estomatitis mercurial algo intensa; 2.º, la nula ó escasa modificación que llegan á experimentar las lesiones sífilíticas.

En el primer caso, hay que suspender el empleo del mercurio si no se quiere ver los destrozos ulcerativos de la estomatitis en las encías, la mucosa de los carrillos, paladar y lengua, que por algunas semanas dejan á los así tratados, inútiles para toda sensación y presa de dolores que les quita el sueño y les impide alimentarse, cuya dieta forzada, unida á las considerables pérdidas de saliva que el gran ptialismo les produce, llegan á un grado marcado de demacración.

Aun cuando la saturación mercurial así manifestada es rechazada actualmente como procedimiento general, en brotes sífilíticos de

manifiesta rebeldía puede ser conveniente, y yo he obtenido á veces una curación inútilmente esperada con el método de extinción.

Si las manifestaciones sífilíticas no obedecen al tratamiento mercurial, hay que suspender éste y buscar la causa que se opone á la curación, y que radica ya en la falta de un ambiente puro, en un rozamiento ó irritación de los tejidos por causa externa, ya en el alcoholismo habitual ó en el linfatismo, ó ya en la mujer en el embarazo.

Con harta frecuencia brotes de sífilides limitados á ciertas regiones, singularmente las placas, las pápulas y los condilomas planos de los órganos genitales externos, los he visto y veo curarse en mi práctica del Hospital y clientela particular, con tópicos, tales como el colirio verde y cauterizaciones hechas singularmente con la barra de nitrato de plata, sin intervención alguna de los agentes mercuriales.

Se ha querido desterrar al mercurio de la terapéutica de la sífilis terciaria, y sin que yo pretenda darle la preeminencia sobre el iódido potásico, es indudable su acción curativa en determinadas ocasiones. En este momento recuerdo una enferma del pabellón segundo citado, que ingresó con osteo-periostitis gomosa de ambas tibias, y que después de tratarla por el iódido potásico, no hallando mejoría, le prescribí unas píldoras de cinabrio; á los quince días de su uso, los dolores y tumefacción de aquellos huesos llegaron á desaparecer casi totalmente, siendo alta la enferma en un estado relativamente satisfactorio.

La sífilis se manifiesta en el nuevo sér en cualquier tiempo de la vida intrauterina, pero no siempre se puede diagnosticar durante el embarazo la existencia de la sífilis del feto. Por algunos síntomas de debilidad en la madre y la poca energía de los movimientos en la criatura, puede sospecharse la sífilis de ésta, sobre todo cuanto existen antecedentes sífilíticos de uno

ó de ambos de sus progenitores, ó la preexistencia en la madre de abortos ó el haber tenido hijos con sífilis. Si la mujer es primeriza y se ignoran los antecedentes patológicos de ella y del padre del engendro, no es fácil llegar al diagnóstico.

Si, por el contrario, conocemos los antecedentes sífilíticos del padre, puede suceder que la mujer disfrute de la salud más perfecta, que la criatura ejecute fuertes movimientos reflejos, y no obstante, la sífilis haga su brote en el nuevo sér con grande y maligna intensidad. En estas últimas circunstancias, hay veces que pocos días antes del término fisiológico del embarazo, la septicemia invade á la mujer; al llegar el parto se paraliza ó se hacen incompletas las contracciones uterinas, muere la criatura, aumenta la postración y la fiebre de la madre y con dificultad termina el parto ó se impone la necesidad de la versión ó del forceps.

La indicación de forzar el parto por uno de estos dos medios depende principalmente de la fiebre. Si se ha llegado en los primeros momentos del septicismo, conviene dilatar el cuello uterino y proceder á la versión; si llegamos más tarde, cuando ya la cabeza del niño ha pasado el estrecho superior, debemos aplicar el forceps.

De todas maneras, tal situación es grave tanto para la madre como para el hijo, hasta el extremo de que éste perece casi siempre antes del nacimiento y aquélla se pone en peligro de muerte ó muere también víctima de la septicemia.

Para evitar el aborto, y sobre todo á fin de impedir el parto distócico y las consecuencias que acabo de relatar, conviene que en diferentes épocas del embarazo, preferentemente del quinto al séptimo mes, prescribir unas fricciones con enguento mercurial doble al vientre de la embarazada en la que se sospecha la sífilis del engendro, combinadas con la administración

de algunos gramos de ioduro potásico.

Si después del parto se advierten en el niño signos de sífilis, deberá someterse á las fricciones mercuriales, base fundamental del plan curativo que hace muchos años vengo empleando con brillantes resultados en el tratamiento de la sífilis congénita.

VARIEDADES

Consejos que da el Journal d'Hygiene á su lectores en el año 1899.

HOMBRES:

No apropiarse asuntos políticos, ni leer demasiado los diarios de su propaganda, máxime si son nerviosos.

Son igualmente peligrosas las discusiones con los espiritistas contemporáneos.

Evitar con cuidado, el dominio del juego y de las mujeres: se insinúan lenta é inconscientemente.

Desechar á los zapateros que dan vida á los quiropedistas. Son más crueles que Torquemada.

Considerar á los tranvías imperiales en invierno como un sindicato de Bronquitis Pleuresías y catarros.

Entiendan bien que los aperitivos no abren el apetito, y los digestivos no hacen digerir.

Por su integridad y la agena recuerdo en los ciclistas la fórmula clásica $P=VD$.

No ver en un buen cosinero sino la Lucrecia Borgia de la gota y la diatetis.

Que solo á su estufa aprovechan los productos de su respiración.

Preferir á un amigo que le asalta el bolsillo á otro que fiase sus vestidos. Un contagio importa pérdida de salud y de dinero.

Que se abstengan si son nerviosos de la lectura de Schopenhauer y Zola.

La posición sentada, por cómoda que sea, destruye los fundamentos.....de la salud.

El mejor medio de verse sin cuidados es emplear drogas para hacerlos crecer.

Equilibrar el deber y el haber es resolver el problema del porvenir y del prestigio.

Conseguir que el agua y los primeros artículos puedan, por su bondad, usarse sin peligros.

Que la higiene triunfe sobre la economía en la construcción de las habitaciones: si como propietario gana dinero, como locatario gana reumatismos.

No frecuentar sitios desaseados y sin ventilación.

Ver como peligrosa la vecindad de una fábrica que despidе malos olores.

Preservarse del exagerado miedo á los microbios. En la vida, como en la guerra, el exceso de precaución es tan perjudicial como su falta absoluta.

Y en fin, que de aquí un siglo tengamos el gusto de ofrecerles nuevos consejos, con motivo del año nuevo.

MUJERES:

Que las exigencias de la moda no las lleve á atentar contra la salud.

Que por la esbeltez del talle no comprometan la suficiente alimentación.

Que no abusen de los perfumes ni de la música contemporánea, dos azotes de los nervios.

Que al evitar engrasarse cuiden de no palidecer. La anemia muy difícilmente se combate.

Que no se excedan en los condimentos, sobre todo del vinagre; pues alteran la bondad del estómago y del carácter.

Que no traten de embellecerse la piel por medio de pomadas; solo conseguirán semejarla á la de los paquidermos.

Que se persuadan que los celos causan dolores de cabeza y no reducen á los maridos.

Que no martirizen la piel para formar rodetes á las uñas.

Que es preferible aparentar un pie de inglesa, antes que deformarlo con un estrecho calzado.

Que no fabriquen con sus cabellos edificios inverosímiles. Son ridículos y ocasionan le calvicie.

Que no es posible conservar largo tiempo la belleza exhibiéndola, sin medida, en noches de baile.

Que compren antes un abrigo que un bracelete.

Que impongan el método á sus maridos, especialmente en las comidas.

Que nunca es exagerado el cuidado de los dientes.

Que la higiene las conserve siempre bonitas, para que puedan realizar matrimonios por amor, muy provechosos á la población.

FORMULARIO

Jarabe concentrado inalterable para la preparación de jarabe de ioduro de hierro oficial

(León Boulard)

Ácido cítrico.... 11,25 gram.

Agua destilada..... 89 —

Azúcar blanca..... 153 —

Se lleva á la ebullición. filtrase por papel y añádese á este jarabe casi hirviendo la solución siguiente igualmente filtrada:

Iodo sublimado..... 8,20 gramos

Limaduras de hierro

porfirizadas. 4 —

Agua destilada..... 20 —

(Para estas dos soluciones debe emplearse el agua destilada si no se quiere tener descomposición ulterior).

20 g. de este jarabe, que se conserva en frasco de cristal blanco expuesto á plena luz, contiene 0,80 cg. de ioduro de hierro.

Para preparar el jarabe oficial, no hay, pues, más que tomar las dosis siguientes:

Jarabe concentrado anterior.	125
— de goma.....	695
— de flor de azahar.....	180
Total.....	1.000

* * *

Contra las efelides ó manchas de la cara

(Touvenaint)

Glicerina.....	60 gramos
Sulofenato de zinc..	4 —

M. para untar la cara mañana y tarde.

Luego embadurnar las manchas cada dos días con esta pasta.

Glicerolado de almidón....	15 gr.
Subnitrato de bismuto. }	aa. 4 —
Precipitado blanco..... }	

M.

El Dr. Morrin recomienda la siguiente que, según él, constituye una leche virginal, mejor que cuantas se han preconizado hasta ahora:

Leche de almendras...	300 gram.
Naftalina.....	10 —
Nitrobenzina.....	2 —

M. s. a. para unturas, dos veces al día.

Vómitos del embarazo y biliosos

(Weglesworth)

Ácido fénico.....	6 á 30 centig.
Cloroformo.....	5 gotas
Jarabe simple.. }	aa. 120 gram.
Agua destilada. }	
Tintura de corteza de naranjas amargas..	c. s.

Dosis: Una cucharada grande cada dos horas, y después, algunas cucharadas de agua clara.

(“LOS NUEVOS REMEDIOS”)

Publicaciones Recibidas

Tableaux synoptiques de Diagnostique sémiologique et différentiel, par le DR. COUTANCE, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné. 5 fr.

La idea de poner la medicina en Cuadros sinópticos ha tenido magnífica acogida de los estudiantes y prácticos. La colección Villeroy, que comprendía ya los cuadros sinópticos de Patología interna, Patología externa y Terapéutica, acaba de acrecentarse con un nuevo volumen.

Los cuadros sinópticos de Diagnóstico constituyen un libro de clínica. Están divididos en dos partes:

1.º **DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES POR ÓRGANOS.**—Cada cuadro se divide en dos secciones: 1.º *Diagnóstico semeiológico*, donde se estudian los signos de las enfermedades; 2.º *Diagnóstico diferencial*, en que se enumeran los signos disemejantes de la afección estudiada con las afecciones vecinas.

El autor estudia sucesivamente los *signos frecuentes*, comenzando por los *signos importantes* que se debe buscar siempre sin dejarse detener por los síntomas lijeros ó fugaces, después los *signos secundarios* que permiten hacer el diagnóstico ó establecer las formas benignas y frustas de las enfermedades; los *signos funcionales*, que resultan del interrogatorio del enfermo; los *signos físicos*, que suministra el examen directo; los *signos generales*, que tienen siempre tanta importancia, en particular para el pronóstico; los *signos terminales* y de *convalecencia*. Menciona también los *signos particulares*, que crean las formas más ó menos numerosas de las enfermedades, y los *signos que complican la afección*.

En el *Diagnóstico diferencial*, el autor toma primero las *afecciones mas comunes* con las cuales se puede confundir la enfermedad estudiada.

Después pasa en revista las *afecciones mas raras*, dando para cada una de ellas si hay lugar, los *signos de semejanza*, que pudieran inducir en error, y los *signos disemejantes*, que establecen y reforman el diagnóstico.

2.º SEMEIOLOGÍA GENERAL.—Ésta segunda parte comprende:

1.º La lista de las enfermedades diferentes donde se encuentra un mismo sintoma importante.

2.º La sinonimia de las enfermedades de nombre propio, la exposición de los grandes sindromas y de las grandes leyes. La multiplicidad creciente de los términos médicos seguidos de un nombre propio, ha animado al autor á presentar estos cuadros en orden alfabético. Se acompaña el nombre del sabio, que, por vez primera, ha descrito estos síntomas ó formulado estas leyes, de notas biográficas.

Esta obra, que llena un vacío de la enseñanza, será favorablemente acogida por el público médico, que sabrá apreciar este trabajo de síntesis destinado á instruir y hacer ganar un tiempo precioso.

Librairie J. B. Bailliére et fils 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), á Paris.

Memorandum de medicina, cirugía y partos, Vademecum del médico práctico, por el doctor A. CORLIEU, bibliotecario de la Facultad de medicina de París. *Quinta edición española*, aumentada con una exposición de las medicaciones y de las operaciones nuevas. Un tomo en-12 de 710 páginas, ilustrado con 447 grabados, encuadernado.....
....12 pesetas, 50

Se vende en las principales librerías y en casa del editor **J.-B. Bailliére y hijos**, 19, Calle Hautefeuille, París.—Madrid.—F. Fé, J. Ruiz, Romo y Fussel.—Barcelona.—Plaget, Verdaguer.

Los Régénérations d'organes, par le doctor Paul Carnot, antiguo interno de los hospitales de París. 1899—1 volumen in-16, de 96 pági-

nas, con 14 figuras, cartonado—1 f. 50.

Librairie J. B. Bailliére et fils —19 rue Hautefeuille (pres du Boulevard Saint Germain), á Paris.

Vista hace fe

Millares de personas en este país lo mismo que en toda la América Latina, están interesadas en saber el resultado del Concurso N.º 2 de EL CORREO DE AMÉRICA, interesante y curiosa publicación que ve la luz en Nueva York.

Hé aquí los nombres y direcciones de los agraciados en dicho concurso:

Sra. Lastenia Méndez, Tina	
co, Venezuela.....	\$ 50
Sr. M. M. Figueredo (boticario), Tinaco, Venezuela...	40
Sr. Manuel Molano Cuenca, Piedras, Colombia.....	35
Sr. Ramón C. Zarate (boticario), Piedras, Colombia..	25
Sr. J. de Cunha Valle, San Miguel Guanhaes, Brasil...	20
Sr. Cezar Alvez de Oliveira Catao (boticario), San Miguel Guanhaes, Brasil....	15

Total, oro americano.... \$ 185

El Banco de Venezuela, Caracas, Venezuela, los Sres. Fergusson Noguera & Co., Bogotá, Colombia, y el London and River Plate Bank, Limited, Río de Janeiro, Brasil, fueron las instituciones por cuyo intermedio se pagaron los premios. Vista hace fe.

Otro Concurso, titulado "Número 3," se cerrará el día 1.º de Junio próximo. Para tomar parte en él hay que llenar un cupón que aparece en el mismo CORREO DE AMÉRICA. No hay que suscribirse al periódico, pues los boticarios lo distribuyen gratis. Soliciten, pues, nuestros lectores EL CORREO DE AMÉRICA en las boticas sin pérdida de tiempo y llenen los cupones.

El pago de los premios está garantizado por los señores Scott & Bowne, de Nueva York, preparadores de la famosa Emulsión de Scott.