

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, 15 DE JUNIO DE 1899.

{ N.º 251

La prostitución

reglamentada

La cuestión Reglamentación de la Prostitución agita á nuestros vecinos los chilenos como ha agitado y agita á los argentinos, y como ha de agitar siempre á todas las naciones que quieran velar por la salud de sus ciudadanos.

No solo en Valparaíso y en Santiago, no solo en los centros de gran población, en las ciudades de primer orden, se procura en la República del Sur garantizar el vigor, el bienestar, la salud de la colectividad estableciendo la prostitución reglamentada; en centros de escasa importancia como Punta Arenas, se fijan ya los preceptos á que han de sujetarse las mujeres que trafican con su belleza para que ese tráfico no redunde en mal del individuo y de la sociedad.

Prescripciones de carácter práctico forman el conjunto del proyecto de Reglamentación de la Prostitución en la ciudad de Punta Arenas, que honra las páginas de uno de los últimos números del Boletín de Higiene y Demográfico publicado por el Instituto de Higiene de Santiago; prescripciones que una policía bien organizada hace cumplir y con las que se evita el daño inmenso que produce la propagación de las enfermedades ve-

néreas, fomentadas por la negligencia y el descuido.

Prevenir las enfermedades, proveer á su profilaxia, he ahí el gran problema, el problema moderno; pues á resolverlo han dicho nuestros vecinos, y más prácticos que nosotros sin detenerse en consideraciones de ninguna especie, sin entrar en nimios escrúpulos de un pudor mal entendido y reñido con el progreso, se han lanzado á implantar por todas partes un método preventivo que ha de producirles tantos provechos como los que se obtienen de los sueros y la vacuna.

Felices ellos que no han tenido que chocar con los obstáculos que entre nosotros encontraría medida tan radical, ó que si los han tenido han podido salvar ya á la fecha.

Aquí en el Perú, en Lima, ni siquiera se vislumbra el porvenir desde ese punto de vista: poco ó nada ha preocupado á los gobiernos tan interesante asunto; más que eso: no hay esperanza siquiera de que tan trascendental problema sea resuelto ni aún en época lejana.

Si con labor perseverante y meritoria el Dr. Cobián, Inspector de Higiene de nuestro Concejo Municipal del 78, llegó á confeccionar un acabado proyecto de Reglamentación de la Prostitución adaptable á Lima, ese proyecto con todo el valor científico y práctico que posee ha merecido por única honra el dere-

cho de formar parte de los polvorentos archivos municipales,

Si con frase brillante y persuasiva hace ya más de dos lustros, nuestro maestro Muñiz puso en evidencia las ventajas de la prostitución reglamentada y clamó por ella desde la tribuna, sus brillantes discursos á parte de los laureles que á él le conquistaron,—no han producido otro resultado que poner de manifiesto nuestro desentendimiento y hacer ver claro el desdén con que miramos los preceptos científicos cuando tienden á perturbar nuestro *dolce fur nient*.

Si se tratase de gastar grandes sumas de dinero, del que siempre están exhaustos nuestros tesoros comunales y fiscales, semejante obstáculo podría considerarse tal vez como insalvable; si se fuese á herir ó echar por tierra principios de moralidad más ó menos arraigados, podría argüirse que la reforma por más provechosa que fuese escollaría ante la oposición del público que profesa esos principios; pero si nada de esto sucede, si no hacen falta grandes cantidades de dinero sino escasa suma de buena voluntad, si todo el mundo (aparte de algunos espíritus estrechos encerrados entre las cuatro paredes de su ignorancia y pequeñez) acepta la prostitución reglamentada y consentida, mil veces preferible á la clandestina y no vigilada por la autoridad, aunque tan pública como la primera; si la cosa no es irrealizable sino por el contrario relativamente fácil, culpar de negligencia nuestro desentendimiento no es pecar ni de exagerado ni de vehemente.

Frente á frente este pernicioso estacionarismo de nosotros y el espíritu de progreso que domina á los chilenos, resalta marcadísima la diferencia que nos empeñamos en poner de manifiesto, pese á nuestros rencores de eternos rivales.

Si callar, ocultar defectos que no se puede corregir es, en el orden de cosas de la vida, obligación mo-

ralmente ineludible; poner por el contrario en transparencia las faltas que tienen fácil remedio, es también deber del que no podemos sustraernos aunque para cumplirlo tengamos que violentar sentimientos naturalmente arraigados en nuestro ser.

Si otras naciones sud-americanas avanzan en el camino del progreso con mucho más celeridad que nosotros, no nos tapemos los ojos para no verlas: apresurémonos para alcanzarlas ó por lo menos que no nos lleven muy grande ventaja.

Que la emulación rompa el hielo de nuestras perezas de orientales.

C. ALBERTO GARCIA.

TRABAJOS NACIONALES

Un caso de cura radical de hernia umbilical estrangulada. (1)

Entre las varias keloatomías por hernia umbilical estrangulada, que he practicado en el hospital de Santa Ana, me parece de algún interés la que voy á relatar en la historia siguiente, cuyos datos debo en gran parte á la exactitud y constancia con que ha seguido la observación el señor Enrique Portal.

Doña Manuela H., limeña, lavandera, de 69 años, viuda y de constitución fuerte, ingresó al citado hospital el día 17 de marzo del presente año, ocupando la cama número 9 de "La Virgen".

Nuestra enferma llevaba un enorme tumor herniario umbilical con signos de estrangulamiento, mate, doloroso á la palpación é irreducible. Estaba febril (38°). Su pulso lleno y frecuente, presentaba algunas intermitencias. Estaba ligeramente disneica, tenía vómitos biliosos y constipación absoluta.

(1) Leído en la "Sociedad Médica Unión Fernandina".

Hija de padres sanos y que alcanzaron una edad avanzada, artrítica y gorda hasta la obesidad, cuenta entre sus antecedentes algunos ataques de reumatismo agudo. Es positivamente arterio-esclerosa, adolece con frecuencia de catarras bronquiales que se acompañan de *fatiga* y espectoración abundante. Los ruidos cardíacos son sordos, pero no se percibe soplo distinto en ninguno de los focos de auscultación. Las lesiones del endocardio son seguramente de orden degenerativo y no bien enfocadas; lo único positivo es que el centro circulatorio no funciona correctamente.

La paciente dice que la hernia se originó en su último parto. 33 años hace. Refiere que trascurridos seis días del alumbramiento, notó una pequeña elevación de la cicatriz umbilical; la misma que lentamente fué aumentando de volumen sin ocasionarle dolor alguno. Nunca pensó en reducir el tumor, ni usó de faja ú otro medio que pudiera detenerlo en su evolución; para calmar sus molestias le bastaba una sugestiva pomada. En estas condiciones ha vivido durante 33 años, entregada á faenas un tanto rudas; dos días antes de su entrada al hospital, es decir el 15 de marzo, en ocasión de un esfuerzo fué sorprendida por un agudo dolor en el sitio de la hernia. La persistencia y exacerbación de este síntoma, la falta absoluta de cámaras y los vómitos que pronto se le presentaron, le hicieron comprender la gravedad de su estado, y se resolvió á ingresar al hospital para ser operada.

Se trataba en el principio de una hernia epiploica; no habiendo sido reducida durante gran número de años, adherencias entre el epiploón y el saco, antiguas y fuertes, debían existir desde época remota; inútil era pensar en hacer el taxis, que seguramente no daría buen resultado. Por otra parte, los fenómenos de estrangulación sólo databan de 48 horas antes, y se habían iniciado

bruscamente; la constipación absoluta daba fundamento para creer que una asa intestinal introducida en el saco por un esfuerzo de la paciente, era el órgano que principalmente sufría la presión del anillo umbilical, demasiado estrecho ya para alojar su nuevo contenido. La sonoridad del intestino debía hallarse velada por la gran masa de epiploón que la revestía. La hernia estrangulada que debíamos tratar era un éntero-epiplocele.

Evidentemente, ningún tratamiento médico podía dominar la situación. No obstante, consecuentes con las reglas establecidas, intentamos reducir aunque fuera parcialmente el tumor herniario, con la esperanza de librar al intestino; la maniobra resultó muy dolorosa y no dió éxito.

No quedaba otro recurso que anestesiar á la enferma para tentar nuevamente el taxis, y si obteneamos resultado negativo proceder á la cura radical. Pero la paciente era cardiópata vascular mal compensada, adolecía de arterio-esclerosis: los peligros del cloroformo estaban en ella muy exagerados. No obstante eso, era necesario decidirse, podría morir de síncope cardíaca durante la anestesia, pero seguramente moriría sin la intervención por estrangulamiento herniario.

Con la aprobación del señor doctor N. Corpancho, Jefe del servicio, decidimos intervenir lo más pronto posible; la pureza del anestésico y buena administración debían salvar la dificultad originada por la cardiopatía. La mañana se había empleado en una operación semejante y estaba ya muy avanzada, se fijó para proceder las 2 p. m. Entre tanto dejamos un saquito con hielo sobre el tumor, que favorecería la reducción en el caso de ser posible.

La cloroformización se llevó á cabo sin incidente alguno que viniera á confirmar nuestros temores; el taxis no pudo conseguirse y

procedimos en consecuencia á la kelotomía. Siguiendo el método de nuestro maestro doctor Nestor Corpancho, hicimos una incisión curvilínea en la parte lateral izquierda del tumor herniario, de concavidad interna, comprometiendo la piel y el tejido célula-grasoso subcutáneo; por esa brecha alcanzamos el saco herniario que fué desprendido y aislado hasta su cuello, con gran facilidad y sirviéndonos sólo de los dedos. Idéntica maniobra en el lado derecho dejó el saco completamente libre, y llevando en su parte culminante un colgajo cutáneo oval con la cicatriz umbilical en su centro. De esta manera, y antes de abrir la cavidad peritoneal, teníamos el saco completamente á nuestra disposición y habíamos resecado la piel excedente.

Procedimos luego á abrir el saco, atacándolo cerca de su cuello. Lo primero que se presentó á nuestra vista fué una asa intestinal muy congestionada, que previo debridamiento del anillo, redujimos fácilmente. El saco fué dividido entonces hasta su vértice; se hallaba ocupado por una gran masa epiploica muy cargada de grasa, apelonada y adherente á sus paredes. Inútil y hasta peligroso hubiera sido reducir el epiploon; maniobra dificultada por su apelonamiento, y que en el mejor caso habría restituido al vientre un órgano ya incapaz por su degeneración de llenar sus funciones, y aumentado la presión intra-abdominal. Así, lejos de empujarla en la cavidad, tiramos ligeramente de la masa epiploica; rompimos sus adherencias con el cuello del saco, que eran de poca importancia; extendido su pedículo lo dividimos en varias porciones, que cortamos sucesivamente entre dos ligaduras al catgut; tocamos los muñones epiploicos con el termo-cauterio, y seguros de la hemostasia perfecta los dejamos penetrar en la cavidad abdominal.

Antes de hacer la oclusión del saco exploramos los contornos del anillo, para cerciorarnos de que no subsistía ninguna adherencia entre

el omento y el peritoneo parietal. Resecamos el saco herniario y unimos sus bordes, previamente desprendidos del anillo umbilical, con una sutura en cadena al catgut. Cerramos después el anillo con un *surjet* de grueso catgut. La herida oval en un principio, se había transformado en brecha longitudinal después de la desaparición del saco y de su contenido; para unirla bastaron dos planos de suturas: uno profundo que juntara la gruesa capa célula-grasosa, y otro superficial para afrontar la piel; ambos planos fueron hechos á puntos separados, el profundo con catgut, con seda el superficial. Una cura iodoformada y un vendaje compresivo terminaron el trabajo.

La enferma fué despertada y colocada en su lecho. Estaba un tanto deprimida, pero reaccionó prontamente bajo la influencia de los estimulantes.

Los tres primeros días pasaron sin accidente digno de mencionarse, siendo en ellos la temperatura máxima de la operada de 37°5 y presentándose la primera cámara á las 30 horas más ó menos después de la intervención, precedida de expulsión de gases. Se favoreció la evacuación del intestino administrando á la paciente el día 19, subsiguiente de la operación, un vaso de *agua de Janos*.

El 20, después de una noche agitada y de insomnio, en que había estado muy mortificada por tos tenaz, encontré á la enferma: disnéica, con pulso pequeño é intermitente, tosía á cada instante espectorando tanto que había llenado una escupidera (esputo mucoso). Su piel estaba empapada en sudor; sus miembros inferiores ligeramente edematosos; la orina muy abundante los primeros días, era escasa y encendida; la temperatura normal. El vientre no presentaba ninguna alteración y si las sacudidas de la tos no hubieran repercutido dolorosamente sobre su herida operatoria, nada recordara á la enferma la reciente intervención que había sufrido.

Era evidente que estaba rota la compensación en su centro circulatorio, lesionado desde antigua fecha; trastorno que podía ser una consecuencia tardía de la clorofomisación, ó bien un simple episodio de su cardiopatía. La estimulación terapéutica del corazón se imponía. Le prescribimos una inyección hipodérmica con dos centigramos de esparteína, una poción con polvos de hojas de digital y régimen lácteo.

La noche fué mejor que la anterior, mejoría que se acentuó al siguiente día, y pronto todo entró en el orden.

Hicimos la primera curación á los ocho días, quitando las saturas superficiales. La herida se hallaba casi totalmente reunida *por prima*; solo al nivel de dos puntos del centro la presión hacía salir cierta cantidad de líquido oleaginoso, resultado de la fusión celular del tejido adiposo tan abundante en esta enferma. En esa pequeña porción la herida supuró un tanto, obligándome á cambiar el apósito cada 48 horas; esto, no obstante, nuestra enferma se restableció completamente, cicatrizando del todo la herida operatoria antes de los 20 días.

Entre nosotros la eterización no es empleada en la práctica quirúrgica, de manera que ninguna experiencia personal tengo de la anestesia por el éter. En Inglaterra y los Estados Unidos por el contrario, se sirven de él exclusivamente; y aún los cirujanos franceses tan decididos hasta hace poco tiempo por el cloroformo, comienzan á reconocer las indicaciones de ese anestésico, usándolo preferentemente siempre que amenaza síncope cardíaca.

El doctor Demelin, en un interesante trabajo publicado en abril de este año por la "*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgical*" (1) lo preconiza para las operaciones

que se practican en enfermos anemizados ó portadores de lesiones cardíacas. Digo lo anterior, porque si bien es cierto que ningún accidente vino á perturbar la anestesia clorofórmica en nuestra enferma, el peligro de un síncope era inminente en ella; y pasando el éter por ser tónico del corazón, con su empleo mayor habría sido nuestra tranquilidad durante el acto operatorio, por ser menores las probabilidades de un accidente de ese género.

Es indudable que atenúa en mucho los riesgos del cloroformo la inyección de morfina con esparteína de que hacemos preceder toda cloroformización. La morfina hace la anestesia más fácil y completa, con menor dosis de cloroformo; la esparteína aumenta la energía cardíaca, y contrabalancea así la influencia deprimente de ese agente terapéutico sobre el centro circulatorio.

En cuanto al método empleado para hacer la cura radical, presenta, á mi juicio, grandes ventajas en casos como el que acabo de relatar, entre ellas citaré:

1^a Abordar el tumor herniario por su parte lateral, lo cual es muy conveniente al operar los éntero-epiploceles umbilicales cuyo saco está muy adherido á los tegumentos en su porción culminante, y tan adelgazados estos que incidiendo á su nivel se correría el riesgo de abrir el peritoneo al primer golpe de bisturí, y aún de herir el contenido herniario.

2^a Abrir el saco lo más tarde posible, para de esa manera exponer menos tiempo á la influencia del medio exterior y traumatizar menos la serosa peritoneal; lo que equivale á aminorar los peligros de infección post-operatoria.

3^a Extirpar el epiploon degenerado, ventaja positiva para el enfermo por las razones en otro lugar expuestas; y proceder que es de rigor para la mayoría de los prácticos.

4^a Resecar un colgajo de piel en que va comprendido el ombligo cutáneo; significa descartar una pro-

(1) Dr. Demelin.—De l'Anesthésie par l'Ether en Obstétrique.—"Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale".

babilidad de recidiva, por laxitud exagerada de los tejidos en la vejez de la cicatriz operatoria.

En resumen, este procedimiento de cura radical de las hernias umbilicales, sino el mejor, es el más compatible con nuestros medios imperfectos de asepsia. Dadas las condiciones en que de ordinario emprendemos una kelo-tomía, sobre hernias estranguladas en pacientes muy ancianas y achacosas, con taras orgánicas bien marcadas; sabiendo que entre nosotros se procede las más veces de urgencia y solo cuando la hernia, por estrangulamiento ú otra causa, pone en peligro la vida del enfermo; es condición indispensable para el éxito que la intervención sea breve. Así, nos están vedados los procedimientos ideales, que si bien refuerzan mejor la pared abdominal y previenen enteramente las recidivas, exigen mucho tiempo, una hora y media y hasta dos horas y media, según el Prof. Championniere, citado por M. Dauriac. (1).

Lima, junio de 1899.

DR. EDUARDO BELLO.

TRABAJOS EXTRANJEROS

DOCTOR DEMELIN

La anestesia con el éter en obstetricia

(“Revue de Therapeutique Medico-Chirurgicale”)

Desde Simpson, se emplea el cloroformo cotidianamente en obstetricia para obtener la anestesia. Se sabe que hay dos maneras de administrar este agente, según el grado más ó menos profundo de insensibilidad que se quiera dar á la paciente. A dosis débil, fraccionada, el cloroformo á la reina, como se llama, analgesia sin deter-

minar la pérdida del conocimiento. Cuando el trabajo llega á la segunda mitad del período de dilatación, en el momento en que los dolores son más fuertes y más enervantes, la mujer que pare es notablemente calmada por algunas gotas de cloroformo, dadas en el principio de cada contracción uterina; el partero es advertido de la llegada de una contracción por el endurecimiento del útero, que comienza antes de las sensaciones dolorosas, y por la misma interesada que, sintiendo venir el momento penoso, apela con rapidez á su concurso. Pasado el dolor, se aleja la compresa, manteniéndola lista para servir otra vez. Se continúa así hasta el fin del parto, en cuya época es necesario aumentar la dosis para atenuar ó suprimir los dolores determinados por la distensión de la vulva.

Dejemos á un lado esta analgesia muy especial, donde la cantidad de cloroformo absorbida es casi siempre mínima (reserva hecha del tiempo, algunas veces largo, que ocupan los primeros períodos del parto, y durante el cual puede ser necesario dar el anestésico), y ocupémonos de la anestesia completa, exactamente comparable á la que se busca en cirugía para las operaciones. Por lo demás, es en circunstancias análogas que se anestesia completamente á las mujeres de parto: se trata de emprender una aplicación de forceps, una versión, una embriotomía, un alumbramiento artificial; ó bien una laparotomía, como en los casos de sección cesárea, de preñez extra-uterina, de ruptura del útero, etc.

Por regla general, el cloroformo es perfectamente soportado por las mujeres en trabajo, y muy cierto es que los accidentes de su empleo son menos frecuentes en obstetricia que cirugía. Esto depende de una especie de inmunidad particular creada por la preñez, y singularmente favorecida por esta circunstancia: que las mujeres en cinta son jóvenes.

(1) Dr. J. S. Dauriac. “Traitement Chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche”—Paris, 1896.

¿Para qué, pues, estudiar otro anestésico, y el éter en particular?

Es que los accidentes debidos al cloroformo, por ser raros, no son menos positivos, y dignos de temerse en determinadas condiciones, siendo la principal la anemia aguda post-hemorrágica.

Las pérdidas de sangre son frecuentes durante la preñez y el trabajo, por su abundancia exigen una intervención inmediata y activa; y en muchos casos, la hemostasia más segura se obtiene vaciando el útero, es decir, estrayendo el feto ó la placenta. La tendencia sincopal que acompaña toda hemorragia grave, puede ser bruscamente acrecentada en proporción ítemibles por el dolor que emana del acto operatorio. Esta razón obliga á hacer la anestesia. Pero con el agente químico empleado, el cloroformo particularmente, pueden ser aún mayores las probabilidades de un síncope; así se trepida entre el temor de ver á la paciente exangüe morir de dolor, y el riesgo de matarla queriendo insensibilizarla.

Se han publicado diversas observaciones de muerte súbita durante la cloroformización en parturientes exangües. Os referiré una de que fui testigo, y que ha sido publicada por el doctor Maygrier en su libro de clínica: (1) "Estábamos, dice M. Maygrier, en 1887... M. Demelin era entonces mi interno en la Pitié. Nos llevaron el 31 de octubre, una mujer profundamente anemisada de la cual tomamos los datos siguientes: Se hallaba en cinta por sexta vez; el 7 de mayo, le había sobrevenido bruscamente y sin dolores una hemorragia, pronto la sangre dejó de escaparse y, un mes después, le sobrevino una nueva pérdida que duró ocho días. Una tercera hemorragia se presentó el 29 de octubre, una cuarta el 30, y una quinta en la noche del 31. Fué en estas condiciones, muy debilitada y presa de frecuentes síncofes, que dicha

mujer fué conducida al hospital".

"Su estado general era grave: descolorida y fria, tenía el pulso apenas perceptible y parecía á cada instante próxima á perder el conocimiento. El examen obstétrico nos mostró un útero más voluminoso que habitualmente, á causa de una exageración notable en la cantidad del líquido amniótico. El feto era muy móvil, la cabeza por encima del estrecho superior. Había contracciones uterinas y el trabajo estaba comenzado. Al tacto, se alcanzaba un cuello borrado y dilatado como una pieza de un franco: en el orificio el dedo sentía cotiledones placentarios, que recubrían todo el cuello; los sucesos posteriores probaron que se trataba de una inserción viciosa, central".

"Mientras se practicaba este examen, una nueva hemorragia se producía, fué inmediatamente detenida por el taponamiento. Eran las 3 de la mañana".

"El treinta y uno, á las diez de la mañana, retiré el tapón; la dilatación del cuello es solamente de la magnitud de una pieza de cinco francos, oigo en este momento muy claros los latidos regulares del corazón del niño. Pero sobreviene una nueva hemorragia que obliga á rehacer el taponamiento". El día y la noche se pasan sin incidentes. El 1.º de noviembre, á las diez de la mañana, quitó el segundo tapón, y encuentro la dilatación completa, me dispongo entonces á intervenir, y le hago administrar cloroformo. Introduciendo la mano en el cuello, toco tejido placentario por todas partes; para alcanzar las membranas, me veo obligado á desprender cerca de 3 centímetros de cotiledones, llego en fin á las membranas que desgarró; una ola de líquidos, se escapa. Precisamente en este momento, la mujer es atacada de síncope, el pulso y la respiración se detienen, y siento el útero inerte bajo mis dedos; hago entonces rápidamente la versión pelviana y el alumbramiento. Durante este tiempo, se invierte el cuerpo de la mu-

(1) O. Doin, 1893, p. 150.

jer y se practica la respiración artificial. Pero todos los esfuerzos para volverla á la vida fueron inútiles. En cuanto al niño, había sucumbido hacía poco. En la autopsia, se comprobó claramente las trazas de la inserción central de la placenta."

"Es probable que la salida brusca de una cierta cantidad de líquido amniótico determinando una rápida disminución de presión en la cavidad uterina, se agregó á la acción depresiva del cloroformo y sobre todo al estado de anemia profunda en que se encontraba la mujer para determinar la muerte. Es cierto también que el anestésico ha contribuido al desenlace fatal. Agregó que, previendo accidentes de este género, había tomado la responsabilidad de la anestesia, administrando yo mismo el cloroformo, en lugar de dejarlo dar como habitualmente por un externo ó una matrona."

Como conclusión, M. Maygrier piensa que "en todos los casos donde hemorragias más ó menos abundantes hayan debilitado el organismo, es necesario abstenerse del cloroformo, aún cuando las mujeres parezcan en estado relativamente satisfactorio". En dos hechos referidos por él, M. Maygrier tuvo que deplorar dos muertes súbitas después de la cloroformización; una tercera mujer, tan anemizada como las dos primeras, fué operada sin cloroformo y sobrevivió.

Pero el dolor operatorio es también temible como causa de síncope, por eso he ensayado el éter, y con éxito. Desde el 15 de abril de 1898, ha podido proponer este anestésico para casos de esta naturaleza á la Sociedad Obstétrica de Francia. Posteriormente, he recogido nuevas observaciones, y mi convicción se ha reforzado.

El éter, como agente de anestesia quirúrgica, han cedido primero su plaza al cloroformo; sin embargo, en Inglaterra y en América, muchos cirujanos han conservado la eterización. En Francia, los li-

neses han hecho cosa igual. Desde Juliard (1891) se vuelve á él, y varios trabajos recientes se refieren á este asunto. En lo que respecta á la eterización en general, haré numerosos préstamos á la memoria muy documentada que presentaron, el 8 de mayo de 1895, á la Sociedad de Cirujía los señores Chaput, Angelesco y Lenoble.

Entre los fenómenos observados antes de la anestesia completa, estos autores señalan la tos 22 veces en 135 casos. Se le observa en especial cuando se dan demasiado rápidamente fuertes dosis de éter. Nunca los accesos de tos han sido violentos ni persistentes.

La agitación se observa en el momento de las primeras inhalaciones; los alcohólicos y los nerviosos están particularmente predispuestos á ella. Sobreviene muy al principio, y no inmediatamente antes de la resolución muscular, como con el cloroformo.

El tiempo necesario para obtener la anestesia ha sido, en los 185 casos de Chaput, Angelesco y Lenoble, de 6 minutos y tres décimos por término medio.

Durante la anestesia completa, se observa casi constantemente la cianosis, con que se aterran los que no tienen experiencia en la eterización; en realidad, no hay lugar de inquietarse por ella.

La dilatación pupilar no tiene el mismo valor que en la administración del cloroformo; no tiene aquí carácter de gravedad. El nistagmus indicado por Lenoble, es un fenómeno del principio de la resolución muscular. El reflejo corneal, muy rara vez abolido, persiste más ó menos debilitado cuando la insensibilidad es ya suficiente.

La salivación es abundante en la mayor parte de los casos; dificulta la respiración y necesita con bastante frecuencia de la limpieza de la garganta, hecha con esponjas montadas.

La respiración es ruidosa y estertorosa, con ronquido traqueal producido por la hipersecreción brón-

quica. Este síntoma, de apariencia aterradora, no tiene en realidad nada de grave.

El pulso es fuerte, lleno, vibrante y muy frecuente; los latidos del corazón son muy enérgicos. *El éter es un tónico cardíaco* (Holz) por oposición con la acción depresiva del cloroformo.

Los vómitos son excepcionales.

Al despertar se nota algunas veces agitación.

Los accidentes pulmonares consecutivos son terribles en los viejos y los que padecen de tos. Sin embargo, tuberculosos avanzados han soportado bien la eterización.

La albuminuria es mucho más frecuente después de la anestesia clorofórmica, que á consecuencia del empleo del éter.

La temperatura desciende desde el principio; la caída del termómetro puede ser de 2° á 2°, 5. Se deberá pues cubrir cuidadosamente á los enfermos, y ponerse en guardia contra los peligros de este enfriamiento.

En realidad, el éter es menos peligroso que el cloroformo. La proporción establecida, sobre más de 100,000 observaciones, es de una muerte sobre 2 ó 3,000 casos para el cloroformo, y solamente de una muerte sobre 13 ó 14,000 para el éter. Ollier ha hecho 40,000 esterizaciones sin ningún caso desgraciado.

El éter tiene por principales ventajas (de gran valor en obstetricia) las siguientes:

Su acción tónica sobre el corazón;

La ausencia del shok operatorio, que es relativamente bastante frecuente después de largas intervenciones practicadas con el cloroformo;

La supresión casi absoluta de los vómitos;

Su acción menos nociva sobre los riñones.

Desde nuestro punto de vista especial, tengamos presente que el éter está contraindicado en los enfermos predispuestos á congestiones pulmonares.

En el dominio obstétrico, cuáles pueden ser las aplicaciones del éter como anestésico general?

Las principales se refieren al grupo tan importante de las hemorragias puerperales. Toda mujer anemisada por pérdidas abundantes y repetidas deberá, en caso de intervención, ser anestesiada con éter y no con cloroformo.

Enumeraré simplemente:

La evacuación del útero, y su limpieza ejecutadas con el dedo ó instrumentos; en las hemorragias del aborto, de la mola hidatiforme, etc.;

La inserción viciosa de la placenta con las operaciones que exige, es la aplicación maestra de la anestesia por el éter. Que se trate de dilatar artificialmente el orificio uterino, ó de hacer la extracción del feto, la conducta que debe temerse será la misma;

El alumbramiento artificial es justificable de la eterización, particularmente si está indicado por una hemorragia, con la condición, bien entendido, de que se tenga tiempo para consagrar algunos minutos á la anestesia.

Las hemorragias internas producidas por el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, y también las que resultan de la desgarradura de una preñez extrauterina, ó de la ruptura de la matriz, durante el trabajo, reclaman la eterización tan enérgicamente como hacen temer el empleo del cloroformo. El éter es, en efecto, estimulante del estado general al mismo tiempo que anestésico.

Al lado de las hemorragias, hay todavía otra indicación del éter en los partos: se presenta cuando tratamos una mujer cardiópata. Indudablemente, si el miocardio está sano, ó apesar de la lesión oficial el parto se hará de ordinario sin trabajo, al mismo título que la cloroformización es bien soportada en estas condiciones. Pero en las mujeres gravemente atacadas, que son precisamente aquellas á quienes se quiere evitar los esfuerzos expulsivos, con la síncope cardia-

ca y la muerte súbita que de ellos pueden resultar, el éter será más manejable que el cloroformo.

Existen otras indicaciones obstétricas del éter empleado como anestésico general? El porvenir las hará conocer.

No rechazemos sin embargo el cloroformo. Sepámoslo adaptar á á las circunstancias que lo piden; pero no olvidemos sus peligros, para reemplazarlo entonces por el éter.

Y bien, los partos se hacen de noche, con luz artificial y se ha insistido mucho sobre los peligros de la eterización en presencia de una llama. "Se ha exagerado mucho: siempre que la habitación en que se opera sea espaciosa, no hay nada que temer de una chimenea. Se puede aproximar una lámpara con condición de que esté más elevada que la máscara (que sirve para administrar el anestésico), pues los vapores de éter siendo muy pesados caen á tierra. Con el aparato de Wanscher, no hay emanaciones de vapores de éter y ningún peligro de incendio" (Chaput, Angellesco y Lenoble).

La inhalación de vapores de éter se práctica con el auxilio de máscaras especiales; las más usadas actualmente son el gorro de Roux, la máscara de Julliard y la de Wanscher. Me he servido varias veces de un aparato muy simple que se puede improvisar instantáneamente. Con tres ó cuatro compresas ó pañuelos un poco gruesos, se fabrica un embudo, cuya forma se mantiene con alfileres ó algunas puntadas. La evaporación será evitada si se rodea el embudo de un pedazo de tafetán engomado fijo en la compresa exterior. Al fondo del embudo se puede adaptar una bolita de algodón hidrófilo destinada á ser embebida de éter. Se utiliza entonces este aparato como para el cloroformo. Bastará tener una provisión suficiente de éter sulfúrico, 200 gramos por término medio.

DR. A. WEIL

Tratamiento eléctrico de las neuralgias

(“LA FRANCE MEDICALE”)

I

La neuralgia consta de un dolor paroxístico situado en el trayecto de un nervio, ó sobre el territorio cutáneo ó visceral que de él depende. Es la contestación de la sensibilidad consciente del individuo á una irritación de conductores nerviosos.

Puede ser esta irritación de la substancia nerviosa el resultado de una enfermedad general, ó de un traumatismo, de un neoplasma, de la inflamación de un órgano vecino del conductor nervioso, ó del nervio mismo. La neuralgia es en este caso una neuralgia sintomática, y á la causa debe dirigirse la terapéutica para que desaparezca el efecto.

Al lado de aquellas neuralgias existen otras, que pueden llamarse idiopáticas ó esenciales, puesto que existen fuera de toda lesión anatómica. Sus factores más frecuentes son el frío, una contusión, aunque de poca monta, cierta predisposición mórbida. Se ha probado una infinidad de medicaciones de tópicos para yugularlas.

Pero muchas veces han frustrado las esperanzas, los analgésicos, los revulsivos. El último recurso hubiera sido la intervención quirúrgica, si la electricidad juiciosamente manejada no administrara el remedio en las situaciones desesperadas.

Se han ponderado sucesivamente todas las modalidades eléctricas, y cada una de maneras diferentes. Pues bien, abarca los procedimientos más dispartados la terapéutica de las neuralgias.

Duchenne de Boulogne, y no puedo pronunciar este nombre sin manifestar honda admiración al sabio electroterapeuta, honor de la

sociedad médica, preconizaba una especie de fustigación eléctrica por medio de pinceles ó de cepillos metálicos unidos á los dos extremos de un aparato de inducción. Era muy elevada la intensidad eléctrica gastada. Se podía hacer su aplicación en un punto cualquiera del turgumento, pero encontraba preferible el doctor hacerla en los puntos doloridos. Cada sesión debía durar tres minutos, y ser repetida cuantas veces se necesitaba, hasta la desaparición completa del dolor.

Mor Meyer se valía del mismo procedimiento, pero frecuentemente tenía uno de los pinceles á distancia de un milímetro de la piel, para facilitar el desarrollo de chispas entre la piel y el reóforo.

Becquerd se servía de un método que llamaba "hipostenizante" siendo su objeto producir un entorpecimiento de la parte enferma, lo que acontecía frecuentemente y persistía durante más ó menos tiempo. Ponía dos electrodos mojados sobre el cordón nervioso, el uno sobre el punto lo más vecino del centro cerebro espinal, muy cerca de la piel, el otro en el punto donde nacen las subdivisiones del nervio.

Magendie, después de Sarlandière, recomendaba un procedimiento menos práctico. Introducía en los tejidos agujas de platino, una al origen del nervio, la otra á su terminación, siendo unidas á los dos límites de un aparato de inducción, y se hacía pasar la corriente durante unos segundos. Se gastaban unas corrientes muy débiles para no promover sacudidas dolorosas.

Frommhold aumentaba progresivamente la intensidad de la corriente empleada. Ponía un electrodo sobre el nervio, poniendo el otro en un punto cualquiera. La corriente inducida era amplificada paulatinamente hasta producir una sensación bien marcada.

Al lado de estos electricistas que se valían solamente de la corriente farádica, otros se han valido de la corriente galvánica, con diferencias de intensidad, y con una técnica

tan especial que cada uno de los procedimientos constituye un método aparte.

Cinicelli é Hiffelstheim ponían sobre la parte dolorida un par de discos de cobre y zinc, unidos por un hilo conductor. Se suponía que la corriente que circula del zinc al cobre, bien que débil, sería de una gran eficacia, en razón de su larga duración. Considero dudoso aquel resultado y que apenas sus buenos efectos pueden compensar la irritación que determinan las placas.

Sperling se servía de una corriente de 25 á 50 ma., pero con el electrodo de 50 c., dando una intensidad bien reducida por cada centímetro cuadrado, apenas suficiente para ser útil. Remak, Onimus, Erb, Doumer, Wiesner, Mor, Meyer, empleaban intensidades mucho más subidas.

Onimus también se valía de corrientes débiles. Pero las daba cierta energía, usando electrodos pequeños, dejándolos puestos diez minutos. Remak, á imitación de Onimus, recurría á la corriente centrífuga pero con más grande intensidad. Ponía el polo positivo al punto dolorido, mudando el sitio del polo negativo alrededor del positivo,

Erb, más eclético, se servía del poder electronizante del polo positivo, poniéndolo en el foco de la parte más dolorida, y el negativo sobre el tronco nervioso, elevando la intensidad poco á poco. Era una aplicación centripeta estable.

M. Doumur, en su reciente trabajo sobre la ciática, aconseja durante los primeros días la corriente ascendente, llegando después de manera permanente á la corriente descendente.

Tiene también éxitos el pincel galvánico. Witkowski, Wiesner y Seegur, lo paseaban á lo largo del nervio enfermo, provocando así una rubefacción y dolores muy vivos, procurando una curación en pocas semanas.

Por motivo de los muchos procedimientos de la corriente continua se probó escasamente la electrici-

dad estática. Sin embargo ha sido ella la primera á que se ha recurrido en la terapia de las neuralgias.

En el año 1828 Cotugno y Brosaud, bajo formas de chispas, la ponderaban en las neuralgias parciales. Pero después, muy pocos electricistas se han valido de ella para esta clase de enfermedad, bien que su eficacia no sea dudosa.

Parece que se la despreció para ensayar al mismo tiempo que la faradización y la galvanización las nuevas modalidades eléctricas; corriente de alta frecuencia, corriente ondulatoria, corriente estática inducida. Así es que M. Oudín señala la acción analgésica de la corriente de alta frecuencia localmente, y que M. Apostoli considera la corriente ondulatoria como tratamiento de elección de las neuralgias ováricas, y, por fin, M. Morton recomienda la excitación lábil del nervio, mediante la corriente que lleva su nombre.

II

Hoy día ninguno de los tratamientos anteriores tiene aceptación en las neuralgias cutáneas como tratamiento de elección. Pero goza de este favor el tratamiento que indicó el profesor Bergonié en la neuralgia del trigémino.

Su método es el método galvánico con muy altas intensidades y grandes electrodos, cubriendo toda la superficie enferma, siendo los grandes electrodos la condición indispensable del uso de las altas intensidades. Merced á su grande superficie se encuentra suficiente atenuada la corriente en cada punto para que se la pueda tolerar sin dolores demasiado agudos.

Se practica la técnica que sigue: Se cubre la superficie animada por el tronco nervioso dolorido (la mitad de la cara en caso de neuralgia del trigémino) por un electrodo, cuya resistencia sea vecina de la de la piel, y se procura hacerlo adherir á la superficie cutánea, uniéndolo al polo positivo. El polo negativo está puesto sobre la nuca.

Entonces se permite la entrada de la corriente sin sacudida, hasta el grado deseado, y se la mantiene tal durante quince ó veinte minutos; de la misma manera se procura decrecer la corriente hasta volverla al cero. Por aquel procedimiento curó M. Bergonié la neuralgia del trigémino. Lo mismo sucedía á sus imitadores MM. Guilloz, Bordier, Debedat. Recordándose que dicha neuralgia es la más tenaz de todas, se tiene derecho á esperar que con el mismo método se conseguirá el mismo resultado en los otros espamos dolorosos.

III

Sin embargo, no alcanza siempre el método resultados tan halagüeños. Esto no sorprenderá á nadie, porque ningún método goza infalibilidad, y como se ha dicho, no hay enfermedades, pero sí enfermos. Relata aquí el autor el caso de una enferma que había resistido con una neuralgia del plexus brachial, no solamente los remedios clásicos, sino tambien á la faradización y á la galvanización según el método del doctor Bergonié, y que curó con los baños estáticos en el espacio de un mes poco más ó menos.

IV

En esta observación está patentizado que una neuralgia rebelde que no habían podido vencer la revulsión cutánea (sinapismos y puntas de fuego) ni la galvanización por medio de altas intensidades, ha sido aplacada por medio de quince baños estáticos, con una lluvia de chispas de tres centímetros, ¿cuál de los dos medios ha sido más provechoso?

Para mí, estimo que las chispas tienen el mérito de la curación. El poder sedativo no ha sido dudoso en este caso como en los neurasténicos para calmar la nerviosidad general de la enferma. Pero las chispas dirigidas *loco dolenti* han terminado rápidamente una anes-

tesia local. Las primeras eran muy dolorosas, sin embargo, cuando la piel se había hecho eritematosa, desaparecía casi el dolor, á tal punto que se podía casi impunemente multiplicarlas. Con la repetición de las sesiones los puntos adoloridos así aplacados, no reaparecían en el intervalo entre cada uno.

¿Por qué las chispas han producido la calma? A esto, Duchenne de Boulogne contestaba diciendo: "Un dolor agudo é instantáneo producido artificialmente sobre un territorio cualquiera de la superficie cutánea puede modificar y aún curar las neuralgias." A pesar de la autoridad de Duchenne de Boulogne, no puedo opinar del mismo modo. Considero la acción eléctrica más profunda y que las chispas han modificado más que todo la irritabilidad de los nervios.

Muy recientemente, el doctor Edouard Branly ha demostrado que los conductores discontinuos, es decir, compuestos de cuerpos conductores é aisladores mezclados, gozan la singular propiedad de que varía su conductibilidad eléctrica, según que más ó menos los han atravesado corrientes ó descargas. Pues se pueden asimilar los conductores nerviosos á los conductores discontinuos; los conductores nerviosos son discontinuos, puesto que los constituyen una serie de neuronas contiguas. Así se concibe como las descargas eléctricas pueden tener su efecto eléctrico en las enfermedades de los nervios, también en las neuralgias como en las parálisis. La electricidad modifica la conductibilidad nerviosa. En esto debe descansar el secreto de su eficacia.

V.

Todos los procedimientos eléctricos gozan del mismo poder; la faradización, la galvanización, las altas frecuencias, la electricidad estática, tienen una acción especial sobre los nervios. Por este motivo se ha ponderado sucesivamente. Cuando mediante las altas intensi-

dades no se ha conseguido contra-restrar una neuralgia, estimo por mi parte que será conveniente recurrir al baño estático y á las chispas *loco dolenti*. Sin embargo, reconozco que este procedimiento podrá frustrarse, á su vez. Entonces se probarán los medios algo envejecidos de Duchenne, de Erb, de Becquerel, etc., y á veces será uno sorprendido con un éxito que no esperaba. De modo que recordar los procedimientos de nuestros antecesores, es recordar que la terapéutica eléctrica tiene recursos de reserva.

Sociedad francesa de electro-terapia.

Sesiones de marzo y abril de 1899

(Presidencia de MM. Tripier y Doumer).

M. Leduc (de Nantes) Galvanización cerebral.—El cerebro es accesible á la corriente galvánica con condición de emplear electrodos de gran superficie, que se aplicarán así: el electrodo indiferente sobre el dorso ó el epigástrico, el electrodo activo fijado sobre la frente.

Se observan efectos polares análogos al *electrotonus* de los nervios motores y sensitivos. La galvanización negativa determina un aumento de la actividad cerebral, la galvanización positiva produce una disminución de ella.

La galvanización cerebral negativa tiene por acción, regular y constante, disipar los efectos del *surmenage* intelectual; hace desaparecer la fatiga cerebral, las ideas se vuelven más claras, el trabajo más fácil.

La galvanización debe ser útil en casi todas las enfermedades cerebrales.

M. Andrieu (de Caçdenac)—Nota sobre el tratamiento por la electricidad de los fenómenos dolorosos de la fase inicial de la ataxia locomotriz progresiva.

M. Gaiffe presenta un aparato farádico de bobina oscilante que da corrientes de intervalo rítmicamente variable, sistema del Dr. Truchot, modelo Gaiffe, & C°. Este nuevo modelo se compone de un aparato de inducción con bobinas móviles, puestas en juego por un sistema de movimiento alternativo impelido por un motor eléctrico. Las corrientes inducidas son enviadas al enfermo según un ritmo que permite obtener contracciones sin fatigar los músculos, y dejando un intervalo de reposo entre dos excitaciones.

Un sistema de reostato permite variar la frecuencia del ritmo, y la potencia de la corriente en su máximo.

M. Druaul presenta una máquina estática género Wimshurst con cuatro platillos para radiografía.

VARIETADES

Honorarios médicos en la antigüedad

(“Journal d'Hygiene”)

El doctor Bombaugh, ha publicado, recientemente, en el Boletín del hospital Jones, un curioso e interesante estudio sobre los honorarios médicos en la antigua Grecia y Roma.

Herodoto hace una mención exacta sobre el primer honorario: fué acordado, dice, por Dario á un cierto Democade de Crotona, esclavo de Orestes, que recibió dos pares de cadenas de oro.

En los días gloriosos de Grecia, los honorarios que se pagaban habitualmente á los médicos por visitas aisladas eran muy exiguos y no pasaban de 6 á 8 céntimos. Era también de costumbre arreglarse á mitad de precio con las municipalidades para las obligaciones y los derechos del servicio médico,

servicio que era pagado de los fondos públicos.

En Egina, Democade recibía por año un talento, ó sea cerca de 10,000 francos; en Atenas su salario era de 100 minas equivalente de 2,000 libras, suma que recibía también en su residencia en Samoa.

Según Plinio, Creombote recibió 100 talentos por el tratamiento y curación del rey Antiocas, ó sea 24,300 libras, según el equivalente de las monedas de Ptolomeo.

Cada ciudad griega tenía un ó muchos médicos al servicio municipal; y sus funciones consistían en visitar los enfermos de la ciudad y del campo.

Había también un rico dispensario. Intrum, donde el médico ayudado de sus asistentes daba las consultas, hacía las operaciones y distribuía los medicamentos. Se reservaban lechos para los enfermos que no podían regresar, así como para los casos imprevistos. Desde que los ricos tenían el medio de hacerse curar á domicilio, el dispensario servía exclusivamente para los pobres. Verdad, que dadas las condiciones de la sociedad de aquella época, los pobres aislados, los que no tenían patronos ni parientes, ni pertenecían á una sociedad de socorros mutuos eran poco numerosos.

Pero fuese ó no pobre el enfermo, lo cierto es que era atendido inmediatamente conforme las leyes trazadas por Hipócrates. En el Imperio Romano, hasta Plinio, ningún romano se dedicó á la medicina. Este arte, dice Montaigne en sus “Essais”, era ejercido por los esclavos. Fué más tarde que los griegos ennoblecieron la profesión.

Con este fin César les concedió el *Yus quirítium*, y Augusto los liberó del impuesto. Bajo la dirección de los *Archiatres*, en los romanos comenzó el ejercicio de la medicina y el primer médico que llevó este título fué Andromaco, médico consultante de Nerón.

Bajo este emperador, los archiatres eran divididos en dos clases: los

archiatres populares que ejercían la medicina en los diferentes cuarteles de la ciudad y los archiatres de palacio á los que estaba reservado el cuidado de los nobles. En esta época se contaba 14 médicos más un *ataché* al templo de las vírgenes vestales y un gimnasta.

Los archiatres de palacio eran hombres de una posición social elevada, no solamente en el ejercicio de la profesión, sino también como consejeros de gobierno. Gozaban de privilegios especiales que aumentaban con el tiempo, si bien que bajo los reinados de Adriano y Antonino el maestro archiatre tenía el grado de vice-regente.

Los archiatres populares se obligaban á atender gratuitamente á los pobres, pero debían hacerse pagar por las personas ricas, y si sus funciones no eran bien retribuidas, como los de los archiatres de palacio, no eran por eso menos lucrativas. Según Plinio, al principio del imperio, los médicos eminentes percibían 250,000 sesteracios ó sea cerca de 50,000 francos por año. Quintus Stertitius, el favorito del emperador Claudio, tenía honorarios de 80,000 francos, más 100,000 que le aportaba su clientela privada. Se puede, ver todavía hoy en el museo del Vaticano, la estatua de Muza, médico de Augusto, colocada en el grupo de la familia de los cesares, como recuerdo eterno del honor, que era acordado en esta época á la profesión médica.

Publicaciones Recibidas

Tableaux synoptiques de Diagnostic 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, Pa-

tología 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.**—Esta 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 expo-

sición de los grandes síndromas 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 Paris. *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, Paris.—Madrid.—F. Fé, J. Ruiz, Romo y Fussel.—Barcelona.—Plaget, Verdager.

Los Régénérations d'organes, par le doctor Paul Carnot, antiguo interno de los hospitales de Paris. 1899—1 volumen in-16, de 96 páginas, con 14 figuras, cartonado—1 f. 50.

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

Introducción á l'Etude de la Médecine por G. H. Roger, Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de Paris, médico del "Hospital de la porte d'Aubertvilliers."—Pequeño volumen en 8.º de 950 páginas, empastado á la inglesa—Paris, GEORGES CARRÉ ET C.

NAUD, editeurs, 3 rue Racine—1899.

Sur la serotherapie dans le traitement de la tuberculose par le Prof. E. Maragliano.

Masson et Cie editeurs.

Dr. Bulhoes Carvalho. *Desequilíbrio aparente* entre a natalidade e a mortalidade na cidade do Rio Janeiro.

Río de Janeiro—Tip. Besnard frères—138 rua do Hosiocio—1899.

Cirrosi epatica infantile nota del Dott Mario Nascimbene.

Un caso di stenose mitralica del Duroziez con comunicazione anomala fra le due orecchiette all'infuori del foro de Botallo, memoria del Dott. Mario Nascimbene.

Estratto dalla "Riforma Medica" N.º 63, marzo de 1897.

Napoli—Tipografia dalla "Riforma Medica"—Salita Pontecorvo 60—1897.

A New forceps for intestinal anastomosis by Ernest Laplace, M. D., of Philadelphia, Professor of surgery in the Medico-chirurgical College.

Reprinted from Annals of Surgery—Pensylvania.

Moquegua, Julio 15 de 1893.

Señores Scott y Bowne

Nueva York.

Muy señores míos: Me es grato comunicar á Uds. que el éxito satisfactorio que cada día obtengo con el empleo de la Emulsión de Scott, me obliga cada vez más á recomendarla como un positivo y seguro tónico, reconstituyente, tanto por la asociación de sus componentes (los hiposulfitos), como por la misma emulsión especial de aceite de hígado de bacalao en que los han preparado.

Saluda á Uds. atentamente.

DR. MANUEL CHÁVEZ.—Médico Titular del Departamento de Moquegua.