

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI } LIMA, 30 DE SETIEMBRE DE 1899. } N.º 258

TRABAJOS NACIONALES

CLÍNICA GINECOLÓGICA

Hoy cumple el primer aniversario de su fundación como cátedra oficial, la de Ginecología y Clínica ginecológica.

Un año hace que el profesor doctor Constantino T. Carvalho en su primera lección programa, manifestaba la importancia, utilidad é indicaba los pasos que se proponía seguir en la enseñanza de la nueva cátedra.

Desde el mencionado día hasta el presente, hemos visto al entusiasta profesor no apartarse del camino que se había trazado; y al conmemorar esta fecha, no podemos hacerlo sin recordar su consagración, la competencia desplegada, para inculcar en médicos y alumnos, los principios científicos que constituyen la base de esa rama importante de la cirugía.

Allí, hemos podido conocer los progresos realizados por la ginecología moderna; y ceñidos al más riguroso método, somos conducidos diariamente al mejor diagnóstico.

Allí, hemos visto reunidos tantos elementos dispersos, formando cuerpo de doctrina; sin lo que, como decía el Dr. Carvalho en su lec-

ción inaugural, prácticos y alumnos flotarían sin rumbo, ignorando el porqué de una intervención, no conociendo los motivos de la elección de un procedimiento y no pudiendo optar entre opiniones y prácticas opuestas.

Allí finalmente, alumnos y médicos concurren no solo por la curiosidad natural despertada por la nueva enseñanza, sino atraídos por la novedad, el entusiasmo y el interés científico con que el distinguido profesor sabe rodear sus lecciones.

Las minuciosas observaciones, ajustadas á un interrogatorio preciso y completo, nos permiten exponer en las columnas de esta revista, la marcha estadística de la Clínica, durante el año que ha terminado.

Todas esas historias, convenientemente clasificadas, forman los archivos de la Clínica Ginecológica, que pueden ser consultados en cualquier momento, reportando de ese modo positiva utilidad.

Como prueba de ello, están las historias y datos consignados en publicaciones hechas en este quincenario, y algunos trabajos emprendidos en el vasto campo de la Ginecología.

Concluiremos estas líneas, enviando al Dr. Carvalho, nuestra felicitación muy cordial, por el éxito

alcanzado durante el primer año de la Clínica; sus esfuerzos bien aprovechados, son y seguirán siendo medios eficaces de propaganda; y la vulgarización de esos principios, su aplicación frecuente é im-

portantes resultados, serán siempre la mejor recompensa de su contingente prestado en favor de la humanidad y de la ciencia.

He aquí los datos á que hemos hecho alusión:

ESTADISTICA

Enfermas asistidas desde el 17 de agosto de 1898 al 17 del mismo mes del presente año.

Casos	Enfermedades	Operaciones practicadas	Resultados
1	<i>Endometritis y desgarramiento lateral derecho del cuello</i>	Raspado uterino.—Traqueolorrafia.	Restauración del cuello. Endometritis curada.... 1
4	<i>Endometritis blenorragica.</i> Dos evolucionaron sin accidente digno de mención. La 3. ^a se complicó con una salpingitis serosa. La 4. ^a enferma que era sifilítica, sufrió una periosteitis supra-orbitaria.	1. Raspado—2. Irrigación de permanganato 1/400— 3. Raspado. Tratamiento de la salpingitis—4. Lavados intra-uterinos de biclor. merc. 1/400 Tratamiento específico.	Curadas..... 4
5	<i>Endometritis post-partum</i>	Raspado y taponamiento intra-uterino.	Curadas..... 5
4	<i>Endometritis post-abortum</i>	Raspado uterino.	Curadas..... 4
1	<i>Retención de secundinas post-abortum</i>	Raspado.	Curada..... 1
1	<i>Metritis y colpitis regresivas.</i>	Lavados antisépticos con sulfat. cobre, ácido pirogálico.	Curada..... 1
1	<i>Metritis específica tuberculosa.</i>	Lavados antisépticos. Inyecciones de solución de ácido láctico.	Mejorada..... 1
1	<i>Carcinoma uterino, comprendiendo cuello y cuerpo.</i>	Raspado y cauterización al termo-cauterio.	Mejorada..... 1
1	<i>Estenosis congénita del cuello, con hipertrofia, tipo tápiroipe. Endometritis gonocócica</i> E. P. Nulípara. Dismenorrea desde los 13 años. Cuello de más de 3 ½ ctm., con un orificio externo puntiforme. Secreciones abundantes, espesas, muco-purulentas. ..	Raspado uterino, Estomatoplastia con resección comi-sural por el nuevo procedimiento de Pozzi. (V. "Crónica Médica" N.º 239.)	Curación de su endometritis, de su estenosis y con ésta de la dismenorrea 1
1	<i>Estenosis congénita del cuello, con hipertrofia. Endometritis.</i>	Raspado y amputación del cuello con excisión cónica y colgajos cónicos.— Procedi-	Estenosis corregida. Dis-menorrea y endometritis curadas..... 1

Casos	Enfermedades	Operaciones practicadas	Resultados
	J. I. 24 años. Nulípara. Dismenorrea. Neurasténica.—Cuello de 3 ctm. Secreciones abundantes.	miento de Simón-Marckwald	
3	<i>Estenosis del cuello con endometritis.</i>	Discisión de Bouilly.	Curadas..... 3
1	<i>Pio salpingo-ovaritis bilateral.</i>	En el lado derecho evacuación espontánea del pus por el recto.	Curada..... 1
	I. R. 38 años. Múltipara. Metritis post-abortum. Ovarios y trompas formando una tumefacción fluctuante en el lado derecho más que en el izquierdo. Había sufrido anteriormente de ataques iguales, terminados por una evacuación purulenta el año pasado. Temperatura entre 38° y 39° 5. Caquexia avanzada.	En el lado izquierdo extracción de 150 g. de pus con el Dieulafoy. Una colpotomía posterior, dando ancha salida al pus, permitiendo lavar ampliamente el foco y drenarlo, completó el tratamiento.	
1	<i>Perimetro-anexitis doble supurada.</i>	Dicha enferma fué tratada sucesivamente: por colpocentesis sin resultado; la colpotomía tampoco fué eficaz, por ser alto el foco. Se practicaba el primer tiempo de la histerectomía vaginal, pero el cuello corroído por el pus se desprendió del cuerpo del útero. Se tentó la intervención por la vía abdominal.	Sobrevivió la enferma 3 meses..... 1
	P. R. 20 años. Nulípara. Infección gonocócica anterior. Evacuaciones purulentas. Nódulos indurados, dolorosos en los anexos. Ataques de pelvi-peritonitis.	No bien se abrió el peritoneo una ola de pus partiendo del espacio de Retzius hizo irrupción en la herida ventral. No creyó prudente el cirujano continuar la operación y practicó el drenado abdómino-vaginal.	
1	<i>Piosalpingitis lateral derecha. Abertura en la vejiga.</i>	Simples lavados antisépticos en la vagina y vejiga. Taponamiento con gasa ictiolada.	
	A. V. 25 años. Cocinera. Nulípara. Antecedentes: hemorragias. Micción dolorosa, frecuente y purulenta. Fondos de saco, sobre todo el derecho, doloroso y ocupado por plastrones salpingo-ováricos. Fébril. Caquexia notable. No aceptó la familia ninguna intervención radical; fué sacada la enferma del servicio y murió en la calle.		
1	<i>Piosalpingitis derecha. M. C.. 40 años. Pluripara. Hábitos alcohólicos. Metritis postpartum. Tumefacción, dolor y pastosidad al nivel de la región anexial del mismo lado. Dolores irradiados de la región lumbar y parte supe-</i>	Incisión paralela al arco crural. Evacuación de una cantidad considerable de pus. Lavados escrupulosos del foco. Drenado con gasa yodoformada. Curación diaria.	Curada..... 1

Casos	Enfermedades	Operaciones practicadas	Resultados	
	rior del muslo. Escalofríos Temperatura f. bril.			
1	<i>Prolapsus completo, con hi- pertrofia del cuello, cistorele y rectocele.</i>	Amputación del cuello. Colporrafia ant. y colpo- perineoplastia.	Curada.....	1
2	<i>Prolapsus uterino con des- garro del periné.</i>	Elitrórrafia y Colpo peri- neorrafia.	Curada.....	2
1	<i>Endometritis post partum. —Desgarro perineal incom- pleto.</i>	Raspado. Colpo perineorra- fia.	Curada.....	1
3	<i>Fibromas intersticiales.</i>	No aceptaron ninguna in- tervención. Trat-sintomatic.	Salieron en el mismo es- tado.....	3
1	<i>Endometritis miomatosa.</i>	Raspado del útero.	Curada.....	1
1	<i>Fibromas quísticos. Pio- salpingitis bilateral. Perito- nitis abdominal y pelviana.</i> M. R. de T. 42 años. Nulí- para. Dolores intensos á la palpación del abdómen, má- ximos en el hipogastrio. Hi- dorrhéa considerable, fétida— Hemorragias abundantes.— Vómitos tenaces. Tempera- tura febril. Pio-diarrea. Gran- des lóbulos en el vientre, fluc- tuantes en ciertos sitios. Tu- mefacción en la región de los anexos. Al tacto vaginal útero fijo, miomatoso, trom- pas sensibles y de volumen aumentado. Estado general malo.	Punción y extracción del contenido quístico, que ha- ciendo prominencia en el hi- pogástrio, amenazaba ulcerar los tejidos. Ninguna otra in- tervención.	Autopsia.—Cerca de 4 li- tros de líquido purulento en la cavidad abdominal. Tumor fibroso de muchos lóbulos, con cavidades en el interior de las que había líquido necrobiótico. Adhe- rencias numerosas con el intestino, epiploon. Uno de los focos en comunicación con el recto. Ligamentos adheridos. Trompas y ova- rios, sobre todo en el lado izquierdo supurados. Riñe- nes pequeños. Uterinas ate- romatosas.....	
	<i>Fibromas múltiples del úte- ro. Pequeños fibromas; intra- ligamentario derecho y retro- uterino.</i> R. S. 39 años. Nulípara. A la palpación del vientre, grandes tumores que parti- ciendo del útero se prolonga- ban hasta los hipocondrios. Al tacto vaginal fondos de saco, todos ocupados. Meno- rragias y hemorragias inter- menstruales considerables.— Compromiso ó amenaza de compresión de los órganos vecinos. Estado general po- co satisfactorio.	Panhisterectomia abdomi- nal. Procedimiento de Doyen. Libre el tumor facilitó las maniobras para el desprendi- miento total de útero y ane- xos. La presencia de un tumor intra-ligamentario derecho dificultaba no solo la resecc- ción del ligamento si no la he- mostasia, por lo que fué en- ucleado previamente. El peso de la masa fibrosa extraída fué de 4,700 g. (V. "Crónica Médica" N.º.....)	Desde el primer día en la tarde muchas náuseas, aceleración del pulso y res- piración en desacuerdo con la temperfirura 37° 2. En los demás días hasta el ter- cero, reagravación progres- siva y muerte. A la autop- sia cavidad peritoneal sin nada de sangre. Puntos de sutura supurados. Inyec- ción del peritoneo y vasos intestinales. Septicemia a- guda.....	
1	<i>Fistula recto vaginal—Es- tenosis rectal de origen sifili- tico.</i>	No aceptó ninguna inter- vención. Tratamiento médi- co específico.	Mejorada.....	1
1	<i>Ectopia espiénica.—Seudo hermafrodismo. — Androgi- noide ginecomasta</i> M. I. L. 20 años. Amenor- rea absoluta como antecé-			

Enfermedades	Operaciones practicadas	Resultados
<p>dente. Facies nada sospechosa. Al examen de los órganos genitales: labios mayores distendidos por un tumor redondeado, que á la simple vista semejaba una hernia intestinal. Esos cuerpos daban la sensación de un testículo, por su forma y dimensiones. Clitoris desarrollado 8 $\frac{1}{2}$ ctm. con un capuchón grande. Meato urinario distante 2 ctm., del clitoris. Vagina dirigida de arriba abajo y en una situación más inferior que la normal. Ausencia de útero y anexos. Mamas bien desarrolladas. Implantación de los pelos en el pubis y contornos de las extremidades, correspondientes al tipo masculino.</p>		

RESUMEN GENERAL

Tratamiento	Total	Curaciones	Muertas
Por la vía vaginal.....	26		
„ „ abdominal.....	4		
Sin tratamiento médico.....	10		
	40	36	4

De los casos de muerte, dos llegaron al servicio in extremis, así es que podemos estimar la mortalidad en 5 %.

Se observa por el cuadro que acabamos de resumir, la proporcionalidad mayor de las operaciones por la vía vaginal respecto de la abdominal. La razón no se oculta á ninguno de nosotros: el poco tiempo que abraza la estadística; y sobre todo nuestro personal operable, tan difícil de aceptar una intervención requerida por algún estado patológico, salvo caso premioso, cuando los estragos hechos por la enfermedad en una raza tan débil como la nuestra, ó detiene la mano del cirujano, ó el éxito no corresponde á los esfuerzos ni á la rigurosa técnica de los operadores.

rujano, ó el éxito no corresponde á los esfuerzos ni á la rigurosa técnica de los operadores.

Pero, la obra está ya empezada, son menos la personas que arraigadas en una falsa idea del pudor y dominadas por irresistible temor á toda intervención, oponen valla insalvable á la acción bienhechora de la ciencia. Mayor es el número de enfermos, que alentados por los beneficios operatorios de otros iguales, acuden en demanda de un tratamiento apropiado; y esta crecien-

te confianza suministrará mayor número de datos estadísticos para el próximo año y aumentará el campo de acción de la Ginecología.

Por ahora, bástele al Dr. Carvallo, el haber vulgarizado ciertas operaciones que, aunque de pequeña ginecología como se las llama desdenosamente, dejando de aplicarse privan á la humanidad de un bienestar fácilmente conseguible. Me refiero á las operaciones plásticas del perineo y cuello uterino. Bien sabemos cuan frecuentes son los desgarros cervicales y perineales; conocemos también las consecuencias naturales de dichas lesiones; sin embargo hemos seguido el camino rutinario, tratando síntomas y descuidando la verdadera causa. Hoy hemos presenciado la utilidad y necesidad de esas plastias; y como en medio de todo, no somos tan desidiosos, ya se aplican frecuentemente, dando su verdadero valor á ese medio terapéutico.

Recursos nuevos, pero de fundamento razonable, han sido aplicados: tales como, la estomatoplastia de Pozzi y la hysterectomía abdominal total de Doyen. Todo nos augura que siguiendo ese rumbo fijaremos nuestras ideas, nos familiarizaremos con esas maniobras delicadas y aprovechando de todas las aptitudes, fructificará lozana la semilla que tan empeñosamente espere nuestro profesor de Ginecología.

M.

Respuesta al Dr. Arce

IGNORATIO ELENCHI

Este vicio de raciocinio que se comete, según la lógica, cuando se atribuyen á la parte contraria ó al adversario principios que no tiene, ó que entiende en sentido diferente—y que es el que más coherentemente origina, controversias—ha inducido, al Sr. Dr. Don Julián Arce, médico de reconocida competencia, á quién tributo el homenaje de mis más sinceras consideraciones—por aquello de *humana*

num est errare—á negar la veracidad de la historia del caso de distomatosis que publiqué en el n.º 252 de este periódico, por omisiones que cree encontrar, y por la disconformidad con las lesiones patológicas señaladas por otros observadores.

Debe creer el Sr. Dr. Arce, que es ingenuo que le declare, que así como voy á replicarle manteniendo toda mi exposición y probándole que no ha visto en mi escrito todo lo que expresa y si más de lo que dice; así mismo me habría sido muy grato manifestarle la exactitud de sus observaciones, la perspicacia de su inteligencia y el reconocimiento de mi error, si hubiera encontrado en ellas la justicia que debe asistir á todo el que impugna, y que al confesarla eleva el espíritu del que ha estado en el engaño.

Admite el Sr. Dr. Arce la importancia de este asunto, idea que me hizo registrarlo en las columnas de un periódico médico y á decir—téngalo presente para que no juzgue pretención alguna de mi parte—que era tarea aventurada para mí discurrir sobre el desarrollo del parásito entre nosotros, y, que tocaba á personas versadas emitir opiniones fundadas, en cambio de la mera hipótesis que exponíamos.

En seguida, á juicio del Dr. Arce, si he probado algo en mi historia “no ha sido por cierto la causa real de la muerte de Takeda Shojii ni tampoco la identidad del distoma japonicum que pretendo haber encontrado”.

Niega, pues, el Dr. Arce:

1.º Que Takeda haya muerto de distomatosis;— 2.º la identidad del distoma japonicum.

Para probar que Takeda no ha muerto de distomatosis, bastaría probar que ha muerto de otra enfermedad. Esto intenta el Dr. Arce, y cree conseguirlo valiéndose como medios de las lesiones anatómo-patológicas enumeradas por algunos observadores; y, las que digo que presentaba Takeda, que agrupa así: “los pulmones congestionados en sus bases, con uno que

otro núcleo de tabérculos calcificados en sus vértices, el corazón graso, el hígado grande y oscuro, el exudado de las meninges, el color gris pizarroso de la superficie del cerebro, y un cuadro clínico con temperatura de 36°6 la antevíspera y 39°3 la víspera de la muerte"; lo que le hace decir que la causa de esta, ha sido un estado septicémico, quizás más que otra cosa.

Sirviéndose de la enumeración de las lesiones producidas por el distoma, según las observaciones de algunos autores, establece la desigualdad que hay con las lesiones enumeradas por mí, y parece olvidar, lo que el mismo dice explícitamente, que yo reconozco que no son exactas á las citadas por Blanchard. Es decir, pues, que no dice nada nuevo en que yo no me haya fijado, y que da mucho valor á la falta de lesiones que no sonsino cuestión de grado.

Sirviéndose de las lesiones enumeradas por mí, deduce que la muerte ha sido por septicemia, porque me hace decir exudado meníngeo, en lugar de ligero exudado meníngeo, es decir, más de lo que dije; y que el enfermo tuvo 39°3 la víspera de su muerte, cuando si esto está así consignado en números al describir los síntomas es, se comprende, por falta de corrección tipográfica (como por la misma causa hay otros errores) desde que al discutir la causa de la muerte, digo textualmente que el enfermo no había tenido fiebre, es decir, que me hace decir lo que no dije.

Resulta, pues, que la cuestión queda planteada en el mismo terreno en que la colocaba yo al discutir sobre las lesiones encontradas, la falta de correspondencia de ellas con otro estado patológico cualquiera, y la ausencia de ciertos síntomas enumerados en la distomatosis, entre los presentados por el enfermo; así como la no concurrencia de todas las lesiones anatómo-patológicas. Entonces, sin ánimo prevenido por perjuicio alguno, procediendo por exclusión, decía: "era evidente que no ha-

biendo lesiones anatómo-patológicas dignas por sí de causar la muerte, el distoma encontrado la había determinado".

Efectivamente, entre los signos enumerados como propios á la enfermedad, y que habían faltado en los últimos momentos, que fué cuando observamos al enfermo, sólo tenemos la ascitis y el edema de los miembros inferiores. Mejor que yo ha de explicar esos trastornos el Dr. Arce, por la discracia sanguínea sobrevenida en estos enfermos. Ahora bien, sabiendo lo que vale el significado de esa palabra ¿puede esperarse que los signos á que dá lugar se presenten en todos los casos, cualquiera que sea su grado y siempre forzosamente? Habiéndose presentado. ¿no pueden desaparecer en un último período, en que los trastornos intestinales producen una derivación de todos los líquidos del organismo? Diariamente vemos caquéticos, enfermos oliguémicos, discémicos, sin ascitis y sin edemas. Muchas otras veces se realiza, que enfermos con su tejido celular infiltrado de líquido, se esqueletizan á consecuencia de trastornos intestinales posteriores. Ha de convenir el Dr. Arce que no sería posible negar por la falta de estos síntomas una distomatosis. En anquilostomáticos en los que están también indicados es corriente no verlos presentarse. Por lo demás, ¿cuanta diferencia hay entre la patología y la clínica!

Cuanto á las lesiones anatómo-patológicas, solo faltan, en el cuadro del caso que nos ocupa, los divertículos quísticos ó cavidades del tamaño de una nuez descritas en el hígado por algunos observadores. Y bien ¿su faltan, en ausencia de otra lesión capaz de producir la muerte, puede levantar dudas sobre que el distoma que ha debido producir esa ~~otra~~ lesión ha sido la causa de ella?

Como el distoma antes de penetrar al parenquima hepático, ha de haber estado en los canalículos biliares, creemos que no es aventu-

rado el afirmar, que tal lesión no se produce sino en casos avanzados, cuando el individuo ha resistido la acción del parásito por mucho tiempo. Pero, podría replicarse que solo en caso de lesión del parenquima se produce la muerte. Tal afirmación no tendría fuerza convincente, desde que la acción del parásito tantas veces repetido, perturbando la función y produciendo en el organismo los trastornos consiguientes, sería suficiente tanto más si se aprecia en lo que vale el importante y variable factor de la resistencia orgánica individual.

Por otra parte, si la bilis es el elemento nutritivo del distoma, no hay porque no admitir que su vida y desarrollo quede asegurada en las vías de esa secreción.

La falta de correlación entre la lesión anatómica y la causa de la enfermedad, en otro orden de estas, no es extraño; pues muchas caracterizadas antes por su anatomía patológica principalmente, lo son hoy por su causa etiológica, su elemento específico, mejor que por sus clásicas lesiones, relegadas á segundo término, dada su ausencia y variable grado en ciertos casos; entre otras, la difteria y la fiebre tifoidea, por ejemplo.

Todo esto lo conoce mejor el Dr. Arce, y sin embargo hace citas como la que se refiere á Manson que en su obra "Tropical Diseases", dice: "el bazo también puede estar hipertrofiado y el intestino en un estado de catarro crónico". Esta condición de posibilidad no necesita comentario.

Si como fácilmente se comprende, la ausencia de síntomas que no se sabe si existieron antes no tiene importancia, por la naturaleza de ellos; y, si la lesión anatómo-patológica que falta no tiene condición de indispensable á la luz de un exámen riguroso ¿porqué, pues, el Dr. Arce, ha de empeñarse en probarnos que hemos cometido un error?

Con mucha reticencia se ocupa el Dr. Arce, de la observación nues-

tra de haber encontrado el distoma en el estómago, y, hace mención de qué ninguno de los autores que cita lo ha encontrado en ese órgano.

¿Es esa razón para poner en duda una afirmación en la que ningún interés, que no sea el de rendir tributo á la verdad, he podido tener al hacerla?

En materia de observación, ¿qué significado tiene que discrepen los observadores no viendo todos una misma cosa? La fe en el testimonio es un hecho involuntario, dice un autor; nada puede hacer que creamos cuando no creemos, ni que no creamos cuando creemos. Sería inútil, pues, que yo tratara de convencer á otro de lo que he visto, y que no puede ver, si duda de mi observación.

El Dr. Arce dá tal importancia al testimonio de los autores que cita, que de manera absoluta sostiene que sin haber visto lo que ellos han observado, y observando otras cosas que ellos no han visto, no es posible concebir como producidos por una misma causa, efectos que discrepan en grado de más ó menos, lo cual lo conduce á extremos erróneos.

Así, entre otras consideraciones ya refutadas, dice: "si se piensa que ninguno de los autores citados habla de haberse encontrado en el estómago, el tantas veces repetido distoma, como habría sido el caso en Shojii, según el Sr. Oleachea"; para llegar á concluir, "que hay que preguntarse si aquellos parásitos encontrados por el autor no fueron primitivamente intestinales (otras especies de distomas p. ej.) é invadieron post mortem las vías biliares y el estómago".

El Dr. Arce concibe, como se vé, sin dificultad que parásitos del intestino puedan invadir las vías biliares y el estómago; pero incurre en la inconsecuencia, no sabemos porqué, de no admitir que parásitos del intestino y del hígado pasen al estómago. Para admitir esto no ha tenido tampoco presente, las razones poderosas y frecuentes de ana-

logía que nos ofrecen los ascárides en su inmigración desde el intestino, al estómago, boca, laringe, senos frontales, etc.

Cuanto á que el distoma encontrado sea el japonicum, me bastaría rogar al Dr. Arce que con buena voluntad lea lo que digo al respecto.

En efecto, yo digo en la tan nombrada historia, que en nuestras investigaciones, encontramos en la Zoología del Prof. Blanchard extensamente descrita la familia de los distomas y entre ellos el japonicum, cuya descripción corresponde en todo al que observamos. Se desprende de aquí que, después de haber estudiado todos los distomas solo correspondieron los caracteres del japonicum con el observado por nosotros. Como le observamos es cuestión que la debe haber comprendido el Dr. Arce; yo hicimos al microscopio, mediante el que se conoce perfectamente su estructura, que se identifica con las láminas que del mismo parásito registra Blanchard. (1) Esto tienen que haberselo imaginado todos los lectores, y, solo el Dr. Arce puede habernos hecho el poco favor—no sabemos porqué—de suponer que gratuitamente diéramos al parásito el nombre específico.

Por lo que hace á las especies vecinas que cita, con las cuales cree he podido confundir la especie de que trato, no llenan vacío ninguno, pues, yo decía que todas las especies de distoma las encontré descritas en Blanchard. (2)

Sobre que he debido dar los detalles de las preparaciones, el método que he seguido en el exámen etc., es cuestión en la que me permitirá el Dr. Arce, por consideración á él no seguirle. ¿Cómo ha de suponerse que se examine un parásito de 11 á 20 mm.? Pues sim-

plemente, como lo haría cualquiera, colocándolo en una lámina con una gota de glicerina, para aclararlo y evitar su desecación, y un cubre objeto. ¿Es esta cuestión de de técnica ignorada, para que merezca detallarse y ser apreciada con el valor que se dá á lo que todos saben?

Habiendo dicho que la descripción del distoma japonicum, correspondía en todo al que observamos, nos objeta el Dr. Arce diciendo: "no es posible aceptar de plano la afirmación simple, sin más datos de una persona que jamás vió antes un ejemplar de distoma japonicum." Qué valor le ha dado á la palabra observación lo manifiesta en esos renglones; y, yo le repito que solo con ella y comparando llegamos á establecer la especie. ¿Porqué tenía que describir el parásito, cuando decía que me bastaba referirme á la descripción de Blanchard?

Continuando, dice el Dr. Arce "y así lo había comprendido para su fuero interno el Sr. Olaechea, cuando para dar fuerza á su opinión manifiesta que su certeza fué completa, cuando al siguiente día, su jefe le dijo que el profesor de Zoología de la Facultad doctor Colunga, á quien le había mostrado (y sub-raya el Dr. Arce esta palabra) el distoma le había asegurado que era distoma japonicum." Exactamente, la certeza es un grado de conocimiento que traduce la adhesión firme á alguna verdad; es un progreso que puede hacer el espíritu si antes se había formado opinión sobre el asunto, que es otro grado de conocimiento. Si nuestro exámen y estudio del parásito nos había conducido á opinar que era distoma japonicum, es claro que nuestra adhesión á esa opinión, en virtud del conocimiento de otra opinión autorizada, debía ser mayor, debía producirnos certeza; todo esto cuando aún nos faltaba un importante elemento de estudio, cual era, el de los huevecillos, después de cuyo conocimiento decimos: "que no tuvimos la

(1) Uno de nuestros compañeros, hábil en el manejo del microscopio, obtuvo un excelente dibujo del parásito á la cámara clara.

(2) Como están también descritas en la obra A Manual Clinical Diagnosis by means of microscopic and chemical methods, by Charles E. Smyth.

menor duda de la autenticidad de la especie citada.”

Cuanto á lo que quiere decir el Dr. Arce, expresando que subraya la palabra mostrar, debo recordar únicamente que mostrar según el diccionario de la lengua, significa: “manifestar ó exponer á la vista alguna cosa, enseñarla para que se vea.” Como ha de verse un objeto cuyos detalles son los que interesan y no perceptibles á la simple vista, es cosa que se comprende. En lo demás que con esa palabra se relaciona, permitame el Dr. Arce que no me crea autorizado á responderle. Respecto á la dificultad que señala en el exámen de los *ova* de los parásitos, para lo cual, según Manson, se necesita gran experiencia, y que solo puede hacerse fácil cuando se conocen los de las tres especies más comunes (*ascaris lumbricoides*, *trichocephalus dispar*, y *anchylostomum duodenale*), debo decir sin jactancia—como el Dr. Arce, por sus propias investigaciones lo sabrá,—que esa dificultad desaparece una vez que se ha visto la primera muestra de una especie, pues, los tres nombrados son inconfundibles, y diariamente nos es dado verlos, aún en una misma preparación, cuando como practicantes los alumnos realizamos exámenes de heces. Si, pues, estábamos en el número de los que según Manson, que cita el Dr. Arce, les es fácil el conocimiento de los *ova* de los parásitos; porqué se extraña y por qué duda, de que mediante el auxilio de la lámina del *ova* del distoma, le pudiéramos conocer? (3)

Si algo ha probado el Dr. Arce en su refutación, no es por cierto—estoy seguro—la justicia de sus dudas respecto á los dos puntos en que las concretamos.

Sin el testimonio ageno es imposible avanzar en ningun camino, pero la adhesión exagerada á la opinión de los demás conduce á es-

collos que es menester evitar. Ha creído tan absolutamente necesario el doctor Arce, que las descripciones que los autores hacen de la anatomía patológica y de la sintomatología de la distomatosis, sean enteramente idénticas en otro caso, que no ha podido admitir las conclusiones de mi historia. Esta exageración del principio de autoridad produjo sus lamentables efectos cuando detuvo largo tiempo á la filosofía, porque los filósofos reducían su ciencia á comentar las ideas de Aristóteles, al igual que los médicos descansaban en las opiniones de Galeno; nadie quería pensar por sí mismo, como si los primeros sábios hubiesen pensado por toda la humanidad, dice Lorente; la autoridad, agrega el mismo autor, puede hechar su peso en la balanza, pero nosotros somos los que tenemos la balanza, y quienes debemos juzgar lo que aquella pesa. Desde que Bacón señaló á las ciencias como elementos para su progreso, la observación, el experimento y la inducción, se aprecian estos medios en los que valen; y siendo el primero un hecho independiente de la voluntad del observador, cuando este reúne las condiciones del caso, el valor de cada observación es independiente del valor de las demás, de manera que acatar á una, en las ciencias de observación, es obligación que se impone, pues, como dijo el mismo Bacón, para vencer á la naturaleza es menester obedecerla.

El doctor Arce, al afirmar que Takeda no ha muerto de distomatosis expone que el cuadro clínico, “hace recordar un estado septicémico, quizás más que otra cosa.” Tal septicemia, á la que no dá nombre, convengo en que ha existido y ya lo dije en mi historia; pero no como protopatía sino deuteropáticamente. Al tratar del estado simi-comatoso del enfermo, exponía que: “podía explicarse, tal vez, sea por una intoxicación producida por las secreciones parasitarias, unida á la auto-infección á que daría lugar la putrefacción del conte-

(3) Las dimensiones que obtuvimos de los *ova* fueron: mm. 0,mm029 de longitud por 0,mm 06 de ancho, que no discrepan de las indicadas por los autores.

nido intestinal, á causa de la insuficiencia del aflujo biliar." Esa auto-infección, es—ha de admitir el doctor Arce—una septicemia secundaria.

Cuanto á que las lesiones encontradas merecían, un examen macroscópico y microscópico más prolijo, celebro que el doctor Arce tenga afición por estudios micrográficos tan detallados, de tal naturaleza, que su competencia le permitirán poner ordinariamente en práctica. Por mi parte, soy franco en declararle que, no obstante la importancia práctica que ya se reporta de la enseñanza de la bacteriología, en estos últimos años, en nuestra escuela, y la simpatía que por ella tengo, considero superior á mis fuerzas trabajo de la índole que me reclama.

El doctor Arce investiga el peso del hígado, sin conceder que al no exponerlo ha de haber sido porque no fué posible obtenerlo; ¿y sin él no puede afirmarse la hipertrofia? Que la hipertrofia del hígado es cosa enteramente banal; cierto, como son también banales tantas otras cosas.

Pretende el doctor Arce, que distoma ó distomosis, sería mejor para nombrar la enfermedad que distomatosis. Aunque no expone los motivos, no sería yo el que tenga que convenir en eso: el nombre está consignado en los tratadistas (4).

No espero á pesar de lo expuesto, convencer al doctor Arce de la justicia que me asiste; pero, en lo que á mi respecta debo declarar, nuevamente, que no he encontrado en sus observaciones nada que haga variar mis convicciones. En este sentido, crea que podría valerme de las palabras del doctor Arce, y decir con él: "nuestras opiniones para que tengan toda la fuerza necesaria é influyan en los rumbos del medio social, deben ser,

(4) Los alemanes llaman la enfermedad, *Leberfäule*, *Egelfäule*, etc: los ingleses la designan con la palabra *rot*, según Blanchard.

hasta donde sea posible inatacables."

Apenas saludando la ciencia en que el doctor Arce es veterano, son de comprenderse mis escasos conocimientos, que me colocan en el número de los que más yerran, y por esto debo al terminar agradecerle, que haya limitado su crítica de mi historia sólo á los puntos pertinentes; así como manifestarle que siendo esta mi última palabra, (5) deseo, no interprete mis ideas, sino en sentido ageno á toda susceptibilidad personal, y que crea, que me es grato reiterarle mis consideraciones.

Lima, setiembre 26 de 1899.

ABEL S. OLAECHEA.

Algunas observaciones clínicas

I

UN CASO CURIOSO DE TINTINEO METÁLICO DEL CORAZÓN

He tenido últimamente oportunidad de observar un hecho de este género, semejante al que señala Teissier en su tratado de Nosografía médica, en un herido que actualmente se asiste en el hospital Dos de Mayo, cama n.º 5 de la sala de San Juan de Dios.

Tiene este hombre dos heridas penetrantes del torax, una de las cuales, la inferior, está situada un poco por fuera de la región cardíaca. Al rededor de ambas había una zona estensa de enfisema. Una corriente de aire alternativamente entraba y salía por la herida inferior.

La auscultación del corazón dejaba percibir un sonido poco intenso, pero bien distinto, agudo, de timbre argentino, muy semejante al tinito metálico del hidro-neu-

(5) Es pertinente decir, que hemos podido constar por el examen de las heces, en otro enfermo, los ova del distoma.

mo-torax. Como en el caso de Teissier, este ruido desapareció cuando se cerró la boca de la herida por medio de una tira de tafetan aséptico. Los ruidos del corazón eran, después de puesto el apósito, normales en sus caracteres, salvo su número que era exagerado. El enfermo estaba febril.

Este singular fenómeno duró muy poco, la cicatrización rápida de la herida le dió pronto término.

II

TÉTANOS AGUDO CURADO POR LA PARALDEHIDA Y EL CLORAL BROMURO

En la tarde del domingo 16 de julio último exáminé, al pasar la visita de la tarde en el servicio del Dr. Castillo ("hospital Dos de Mayo"), á Cristóbal Noriega, nacido en Chorrillos, de 16 años, robusto, de raza indígena. Presentaba todos los signos de un tétanos agudo bien caracterizado.

Pocos días antes de venir al hospital, trabajando como labrador en una hacienda de los alrededores de Lima, se hizo una pequeña herida en el pie, que no le preocupó absolutamente, puesto que fué necesario insistir sobre este punto del interrogatorio para hacerle recordar que había sufrido un pequeño traumatismo, causa ocasional de la infección tetánica.

Completamente rígido, cubierto de sudores, con los maseteros fuertemente contraídos, la cara ansiosa, el enfermo presentaba un aspecto lastimoso. La contracción de los músculos posteriores determinaba un marcado opistótonos. Los músculos de la comisura labial y de las alas de la nariz, contraídos, daban á la fisonomía este aspecto característico del tétanos, la risa sardónica ó espasmo canino.

Respiración rápida, superficial. Pulso pequeño, acelerado, regular, detensión fuerte. Temperatura axilar 37° 8. Palabra difícil, entrecortada; voz débil.

La menor excitación, el más leve contacto de mi mano, las pregun-

tas que le dirigia; provocaban violentas exacerbaciones de la contractura, generalizadas, sumamente bruscas, excesivamente dolorosas, que hacían lanzar gritos al paciente.

Era, por lo que se vé, un caso típico de tétano agudo. Se estableció ese diagnóstico.

Se le prescribió una poción de hidrato de cloral y bromuro de potasio á dosis altas. Pulverizaciones de eter á lo largo del raquis. Régimen lácteo.

A la mañana siguiente el enfermo estaba en el mismo estado. La temperatura sin embargo, era solo de 36° 6. Por lo demás, el síndrome tetánico perseveraba en su apogeo.

Teniendo en cuenta las experiencias de Dujardin-Beumetz sobre el antagonismo que existe entre la paraldehida y la estricnina, de efectos biológicos semejantes á los de la toxina tetánica, le prescribí, para ese día, seis gramos de paraldehida en tres partes, sin dejar de formular la poción de cloral bromuro, ni olvidar las pulverizaciones etereas. Este tratamiento fué aprobado por mi maestro el Dr. Castillo, y se continuó durante los ocho días siguientes.

Desde la mañana del martes 18 se nota la disminución de la intensidad de los síntomas; la hiperexcitabilidad medular desapareció en parte, las exacerbaciones paroxísticas de la contractura se producían con menos facilidad, no eran tan frecuentes. La mejoría se acentuó en los siguientes días, y el 4 de agosto Noriega estaba completamente restablecido.

La gravedad de la infección tetánica, la influencia notable del tratamiento instituido, la poca frecuencia de los éxitos terapéuticos en esta terrible enfermedad, hacen interesante el caso que doy á conocer.

III

HERIDA PENETRANTE DEL TORAX CON HERNIA DEL PULMÓN

En la madrugada del 27 de ju-

lio de este año fué asaltado el domicilio de Armando La Rosa por varios individuos con objeto de sustraerle una pequeña cantidad de dinero que poseía. En la lucha que se entabló fué herido La Rosa y se le trajo al hospital. El interno de guardia le hizo inmediatamente una curación provisoria.

Al examinarlo en la visita vimos que en la parte superior de la región costal izquierda, á la altura del tercer espacio intercostal, presentaba una herida de dirección casi horizontal, un poco inclinada hacia afuera y abajo, de 4 centímetros de extensión, proximalmente, cuyos labios estaban separados uno de otro por una masa blanda, de color rojo oscuro, muy fácilmente dislacerable, profusamente vascularizada, que sangraba abundantemente á la sección. Examinando con cuidado esta masa, después de lavarla prolijamente, se pudo ver que presentaba todos los caracteres del parenquima pulmonar. Se trataba de un hernia del pulmón que impedía la reunión de los bordes de la herida, pero que también había impedido el acceso del aire á la cavidad pleural y todas las consecuencias de un pneumotorax. No se notaban en efecto, ninguno de sus síntomas y tampoco existía enfisema sub-cutáneo.

Ademas de esta, presentaba nuestro hombre otras dos heridas: una de ellas, también penetrante, bastante grave, estaba situada en la mitad del cuello, inmediatamente por debajo del cartilago cricoides é interesaba la pared anterior de la traquea. La otra era una simple sección muy limitada del tegumento de la base del cuello. La respiración se hacía ruidosamente por la herida traqueal. Los bordes de esta desgarrados, contusos, no parecían hechos por la hoja cortante de un cuchillo; el paciente recuerda vagamente que le arrojaron una botella cuyos cascós pueden haberla producido.

Todas las heridas sangraban con abundancia, muy particularmente, ya lo dijimos, la parte del pulmón

que hacía hernia. A fin de hacer la hemostasia, los que condujeron al hombre al hospital, le habían colocado una venda perfectamente suelta; todas las partes que esta protección estaban cubiertas de polvo.

Después de lavada cuidadosamente con una solución antiséptica (formol), se le hizo una ligadura con catgut en la parte mas profunda que se pudo alcanzar de la porción pulmonar herniada; se seccionó después con las tijeras esta porción, y, finalmente, se hizo la sutura de la piel. Un apósito aséptico se colocó, en seguida, y se hizo la curación de las otras heridas.

En la tarde se elevó la temperatura hasta 38°, la fiebre persistió al rededor de estas cifras durante tres días, pero al cuarto recobró la columna termométrica la cifra fisiológica. Desde entonces el enfermo rápidamente mejoró y fué dado de alta hace poco.

Este caso es de algún interés porque manifiesta la enérgica vitalidad del pulmón, que no fué infectado apesar de haber sido manchado con polvo indudablemente bacterífero; y también porque prueba la inocuidad de las intervenciones quirúrgicas que interesan este órgano, y con mas razón, cuando sea posible llevarlas á cabo con estricta sujeción á las reglas de la antiséptica.

III

UN CASO DE PALUDISMO

CON DETERMINACIONES MEDULARES

Hasta hace poco ha estado asistiendo en la sala de Santo Toribio, cama n.º 5, un agricultor, que, coexistiendo con una infección palúdica de forma mas vulgar, presentaba el síndrome completo de una mielitis crónica difusa parcial.

Los síntomas estallaron, al decir del enfermo, de una manera brusca una noche en que, estando en cama, cubierto de sudor, un golpe de viento abrió súbitamente la puerta de su habitación. Casi inme-

diatamente experimentó dolores en la región dorsal que se irradiaban al rededor de la parte inferior del tórax, y, de rato en rato, dolores fulgurantes en los miembros inferiores.

Dos días antes había tenido el primer acceso de fiebre intermitente.

Al día siguiente se notaban ya las alteraciones motrices. El enfermo no podía andar; sus extremidades inferiores se negaban á sostenerlo; las alteraciones de la sensibilidad se habían acentuado y su estado era lo suficientemente alarmante para determinarle á ingresar al hospital.

Entonces se pudieron apreciar todos los signos de una mielitis difusa dorso lumbar, sin que faltaran, por cierto, las alteraciones de la defecación y de la micción. La temperatura era normal, pero el enfermo aseguraba haber tenido fiebre.

Se instituyó el tratamiento del caso: revulsivos sobre la columna lumbar; medicación iodurada, electricidad, enemas laxantes; cateterismo de la vejiga.

Esa misma tarde se elevó la temperatura hasta 39°3, después de un intento escalofrío. El acceso se repitió, después, de dos en dos días.

Comprobada la existencia de la infección palúdica, se le sometió á la acción de la quinina, sin dejar de emplear la terapéutica anterior. Pero como los accesos maláricos se repitieran con mayor intensidad, fué necesario instituir un enérgico tratamiento quínico por la vía hipodérmica.

Los accesos desaparecieron y con ellos todo el síndrome mielítico. Después de seis ú ocho días de tratamiento el enfermo podía marchar, no sentía dolores y pronto fué dado de alta perfectamente curado.

¿Se trata de un caso de paludismo con determinaciones medulares? ¿Es sólo un caso de coexistencia de la malaria con una mielitis a frigore? No es posible afirmar nada; pero, la eficacia de la medica-

ción quínica, la aparición de los accidentes medulares después de los accesos palúdicos, hablan en favor de la primera hipótesis.

Sea una ú otra cosa, me limito á esponer los hechos sin interpretarlos, son por sí solos dignos de mención.

Lima, setiembre de 1899.

M. O. TAMAYO.

La Receta Médica

En todos las épocas se han ocupado los más ilustres tratadistas de este importante punto de la ciencia de curar, sin que se haya podido hasta el presente obviar las dificultades que se ofrecen al médico para hacer siempre recetas intachables, por lo que, los periódicos de la materia, traen constantemente en la actualidad, artículos que ponen de manifiesto la frecuencia de recetas mal concebidas.

No es mi ánimo rememorar aquí lo que se haya escrito sobre este particular, ni mucho menos pretendo introducir nuevas reglas ó doctrinas; quiero tan sólo hacer presente á nuestros facultativos las observaciones consignadas en algunos de los muchos canjes de este periódico, para que sirviéndoles de advertencia puedan evitar los errores en ellas anotadas ú otros semejantes; indicando de paso algo relativo á lo que se llama ARTE DE RECETAR.

Toda receta ha de constar de tres partes que se llaman: INSCRIPCIÓN, SUSCRIPCIÓN É INSTRUCCIÓN en los tratados franceses; y, ASIGNACIÓN, SUSCRIPCIÓN Y SIGNATURA en los españoles.

En la primera parte se deben señalar los medicamentos necesarios con las cantidades respectivas; en la segunda se indica al farmacéutico como ha de ejecutar la preparación pedida; y, en la tercera se señala el uso á que se destina y el modo como ha de administrarse al enfermo. Receta sin estos alcan-

ces, dice el señor Peset, en su tratado de Terapéutica y Materia Médica de 1894, es de mala ley ó por lo menos imperfecta.

Discutiré ligeramente cada una de estas partes, si bien siguiendo un orden inverso al en que han sido consignadas.

SIGNATURA Ó INSTRUCCIÓN

Ante todo creo necesario hacer notar que, siendo solidaria la responsabilidad del médico y la del farmacéutico en el caso fatal de recetas con dosis excesivas y de consecuencias desgraciadas, esta parte de que debe constar una receta, según lo consignan los clásicos, no debe ser dirigida al enfermo ó á los asistentes, como se ha pretendido, y sólo como de paso al farmacéutico, sino al farmacéutico de preferencia, y, por lo tanto, no hay porqué indicar que se ponga al reverso del papel que contiene las otras partes de la receta ó en papel separado. En esta parte debe consignarse la manera como se ha de usar el medicamento: si al exterior, (vía epidérmica) ó al interior, por la boca (vía gastro-intestinal) (1). En el primer caso, si en fricciones, defensivos, untura, etc.; en el segundo, si en cucharadas, cucharaditas, copas, copitas, pocillos, en una sola toma ó en dos, ó en tres partes, etc.; y, en ambos casos, cada que intervalo se ha de repetir el uso de la medicina en la forma y cantidad indicada.

Se comprende, desde luego, cuan importante es que el farmacéutico conozca todas estas circunstancias, pues es sabido que un mismo medicamento puede usarse exterior é interiormente, como los láudanos, el licor de Van-Swieten, etc., y que las dosis son muy distintas para cada caso.

Un mismo medicamento puede

(1) Todo lo que indico refiriéndome á estas dos vías lo creo aplicable más ó menos exactamente á las otras vías de administración de los medicamentos, de que tratan los autores.

prescribirse por cucharadas, una ó dos cada hora, cada dos horas, ó tan sólo, una ó dos veces al día; y decimos lo mismo de las píldoras, obleas, etc., siendo pues indispensable que el farmacéutico lo sepa para hacer cargo de si la dosis prescrita por el médico puede ó no ser peligrosa para el enfermo.

La edad no tiene menos influencia en la dosis en que se debe administrar un medicamento, que la cantidad que deba tomarse de la preparación que lo contiene y que la frecuencias de las tomas, por lo cual se hace preciso que una receta la consigne, aunque no sea precisamente el número de años sino lo que propiamente se llaman edades en H. Natural, ó como se distingue, los períodos de la vida humana en lenguaje familiar y corriente; es decir, si el enfermo al que ha de administrársele el medicamento que se manda preparar esta en la infancia, (separando los períodos 1.^a y 2.^a infancia) en la puericia, en la virilidad ó en la vejez, ó simplemente, si es niño ó niño, joven, adulto ó viejo. Se puede en las edades extremas sin ningún inconveniente, y es preferible, fijar el número de años; lo contrario de lo que acontece en las intermedias, en las que, por fortuna para el médico y para el farmacéutico no es del mismo valor este dato que en los casos anteriores.

En cuanto al sexo creo que no hay cosa que merezca una consideración especial; aunque por lo general se prescribe para el sexo femenino en igualdad de condiciones dosis más débiles que para el masculino, no es en condiciones que comprometa la vida del paciente por un cambio de dosis, y, por consiguiente, que pueda justificar una observación al médico de parte del farmacéutico; sucediendo todo lo contrario con las otras circunstancias que he puntualizado antes.

Si se tratara, por ejemplo, de la siguiente fórmula arreglada á los preceptos científicos del ARTE DE

Rp.

Clorhidrato de morfina 10 centigramos
 Agua dest. de azahar } aa
 Jarabe de menta..... } 15 gramos
 H. S. A. poción.

En la que están perfectamente cumplidas las indicaciones relativas á la *inscripción* ó *asignación* y á la *suscripción* que, como he observado antes, es lo que se considera como necesario para el farmacéutico. Este no podría despachar dicha fórmula, sino se cercioraba antes de que iba á ser administrada al enfermo por cucharadas de café y con cierto interválo de una á otra, pues de lo contrario las fatales consecuencias no se harían esperar. Y para lograrlo tendría que perder un tiempo precioso en hacer buscar al médico, para no inspirar recelos y desconfianzas al cliente con sus preguntas si pretendiera averiguarlo por el conductor de la receta que, por otra parte, con frecuencia no lo sabría.

Pero aún suponiendo que se haya dirigido al farmacéutico la tercera parte de que debe constar toda receta y que estuviera escrita así:

Rp.

Clorhidrato de morfina 10 centigramos
 Agua dest. de azahar } aa
 Jarabe de menta... } 15 gramos

H. S. A. poción, para tomar por cucharadas de café una cada hora, hasta 3, por ejemplo quedaba por preguntar si el enfermo tenía 8, 20 ú 80 años, y si el médico habría deseado poner en lugar de 10 centigramos, 1 centígramo, sobre todo si ha escrito como es frecuente 0.10 gr. ó como lo es también, pero ya muy defectuoso 0,10 centg. También puede suceder que el enfermo tuviera solamente uno ó dos años y que el médico haya deseado escribir clorhidrato de quinina en lugar de clorhidrato de morfina; lo que no es imposible, tanto más que algunos facultativos siempre escriben clorhidrato de muriato de quinina y no bicloruro como lo hacen los demás médicos.

Entre nosotros lo más frecuente

es poner cucharadas, cucharaditas, copas, etc. sin indicar la frecuencia en que deben repetirse dichas dosis, ni la edad del enfermo, que son dos puntos de los que este artículo tiende á reclamar se consignen indefectiblemente. Sería conveniente también que en caso especiales de idiosincrasias ó de tolerancias excepcionales, se subraye la dosis ó se escriban las cantidades en letras para que el farmacéutico no las tome como equivocadas, por resultar á su criterio demasiado pequeñas ó demasiado elevadas.

Los medicamentos para uso externo reclaman también, en realidad, más atención de lo que parece á la primera vista, pues existen regiones muy delicadas y órganos tan importantes que se resienten con la menor alteración de una dosis ó el cambio de un medicamento por otro, siendo, hasta cierto punto, su pérdida ó deterioro más sensible, si se quiere, que la pérdida de la vida misma; por lo que el facultativo debe consignar con precisión, la región, la forma y el modo como se deben administrar los medicamentos externos, para que le sirva al práctico de punto de apoyo al establecer su criterio sobre la buena ó mala designación del medicamento que va á preparar. Ya veremos luego un hecho práctico que justifica lo que acabo de decir, y entre nosotros estoy seguro que no se habrá mitigado aún el dolor producido, en una conocida familia de esta capital, á causa de la desgracia ocasionada por falta de una signatura precisa en un medicamento de los que se califican de externo.

Téngase por último en cuenta para declarar justo y necesario el cumplimiento de mi indicación que, con frecuencia, los encargados de la asistencia de los enfermos olvidan ó nó se dan cuenta exacta, de las indicaciones del médico y recurren á la botica donde se ha servido la receta en busca de dichas indicaciones ó de aclaraciones que son muy difíciles de dar, en el mayor

número de casos, y mucho más si se tiene en cuenta que algunas veces también se pregunta para cerciorarse si hay conformidad entre lo que ha indicado el médico y lo que dice el *boticario*.

SUSCRIPCIÓN

Creo inútil, impropia y contraproducente toda indicación que tienda á que el médico prescriba al farmacéutico como debe preparar la receta que le encomienda. El farmacéutico que maneja las sustancias á cada paso, es el llamado á seguir el método más apropiado para reunir los ingredientes de la fórmula de modo que todos conserven sus propiedades y se encuentren en condiciones más tolerables por el enfermo y más fáciles de ser absorbidas; de modo que toda suscripción debe constar sola y necesariamente de las letras H. S. A. (*hágase según arte*). Claro está que el médico puede señalar, en la asignación de su receta como exipiente (vehículo general) una infusión, un cocimiento u un looc, etc.; pero también es claro y natural que el farmacéutico tiene que conocer también las drogas vegetales, y las cantidades con las que debe prepararse una infusión ó una decocción, etc., ó el medicamento que necesita de intermedio ó *mestruo* para unirse mejor al exipiente. El médico estudia la *Materia médica* y la *Farmacia*, es verdad; pero sólo las estudia para los exámenes, sin la práctica constante del farmacéutico en la preparación de medicamentos tanto oficinales como magistrales, que le hace tener presente muchas circunstancias que el médico tiene necesariamente que olvidar. Y es así como sólo algunos médicos y en muy determinados casos, indican la marcha ó el manual operatorio para la preparación del medicamento que recetan; siendo muy frecuente ver por toda suscripción una M. ó una D., terminación muy lamentable que deja al farmacéutico indeciso sobre lo que debe hacer en un gran

número de casos. ¿Reemplazarán estas letra M. ó D. según los médicos á las que dejamos consignadas, H. S. A. (*hágase según arte*) ó deberán leerse, la M. mézclese y la D. disuélvase? Y si esto es así, ¿Cómo procederá el farmacéutico en casos como el siguiente?

Rp.
 Brom. alcanf..... 4 gr.
 Agua dest..... 120 ”
 Jarb. cort. naranja. C S.
 M. Cucharadas

Rp.
 Cafeina pura..... 2 gr.
 Agua dest..... 120 ”
 Jarb. azahar..... C S.
 D. Cucharadas

¿Cómo procederá en ambos casos? ¿Cómo se mezcla en el primero el bromuro de alcanfor al agua con jarabe, sin una cierta cantidad de goma que haciendo el líquido mucilaginoso impida su separación inmediata? ¿Cómo disolver en el segundo la cafeina sin un intermedio? Y si la D. estuviera en la primera fórmula y la M. en la segunda ¿se podría disolver el bromuro? ¿Podríamos el intermedio (benzoato de soda) en la segunda para disolver la cafeina, como es de costumbre administrarla, ó el médico la desea en simple suspensión; y, en este caso emplearemos la goma, como en el primero el bromuro de alcanfor? Puntos son estos de muy difícil solución, pues como veremos luego hay opiniones encontradas; pero conviniendo que el jefe de una Farmacia, y encargado legalmente de su servicio debe conocer las propiedades terapéuticas de los medicamentos y la forma en que más conviene administrarlos, por todas las circunstancias que dejamos anotadas, debe dársele cierta libertad para llenar este fin, librando al médico de la pesada carga de retener ciertas propiedades físicas de los elementos que maneja, pues harto tiene con recordar todas las demás. Esto no quiere decir que si el médico receta, por

ejemplo: sulfato de quinina en papeles, el farmacéutico lo ponga en obleas atendiendo á que es amargo; ó que si se receta

Glicerofosfato de cal	} aa
Glicerofosfato de soda	
Glicerofosfato de potasa	

M. y h. 24 papeles
prepare el farmacéutico esta fórmula con cantidad suficiente de agua para 24 tomas, atendiendo á que dos de estos glicerofosfatos son tan delicuescentes que hoy sólo se encuentran líquidos en el comercio; y que por lo tanto la forma indicada es imposible, es una verdadera incompatibilidad farmacéutica; no, tendría necesariamente que dar en el primer caso papeles, y en el segundo advertirlo al médico para que cambie su receta.

Está probado que la cocaína no se disuelve en la manteca, vaselina y otros exipientes de las pomadas, y que debe preferirse para estas preparaciones su clorhidrato; que hay que disolverlo previamente en agua para incorporarlo en seguida á la lanolina anhidra, que facilita su unión con la vaselina, exipiente en la actualidad de casi todas las pomadas. (1)

El extracto de belladona, por ejemplo, no se incorpora bien á la vaselina, siendo necesario unirlo para facilitar su incorporación á una cierta cantidad de manteca, como se hacía antes de la introducción de la lanolina, que hoy la reemplaza en este como en otros usos, ventajosamente.

¿Será un médico más ó menos

(1) El Boletín de Milano dice: Siendo la cocaína insoluble en los exipientes grasos, algunos prácticos rechazan sus pomadas como poco absorbibles, después de haber visto al microscopio los cristales integros interpuestos por la mixtura en la manteca, vaselina, etc. Por lo que Lamanna observa, muy acertadamente, que poseyendo la lanolina la propiedad de absorber hasta un tercio de su peso de agua, la dificultad queda salvada disolviendo en dicha porción de agua una sal de cocaína, incorporando después á dicha solución 10 gramos de lanolina; esta mezcla admite luego perfectamente 20 gramos de vaselina ó de manteca, y la pomada queda entonces en condiciones de aplicación, para que la cocaína pueda ser absorbida.

médico por que sepa ó no todas estas minuciosidades? Yo creo que no. Esto no hace peso, ni en favor, ni en contra de su facultad para curar. El médico receta la base de la medicación el exipiente y el correctivo; el farmacéutico debe expedirlo en forma apropiada, empleando el intermedio y las manipulaciones adecuadas para asegurar mejor la eficacia de la acción buscada. Téngase presente además para hacerse cargo de la embarazosa situación del farmacéutico en estos casos difíciles, que si esta receta ha sido servida antes en otra casa con aspecto diferente del que se remite en la actualidad, en los primeros casos, ó si ha sido despachada en el último sin atender al contenido de la fórmula, el médico no indaga la causa de estas divergencias sino que, de hecho, da más fe á la farmacia que el cree mejor y deprime el crédito de la otra y la competencia de su farmacéutico, diciendo que: la preparación es mala; que vayan á tal ó cual casa determinada, que fulano no sabe nada; todo esto, con frecuencia, injustamente.

ASIGNACIÓN

Muy poco me voy á permitir impicar sobre esta primera parte de una receta, pues no toca tan directamente á los farmacéuticos, como las que he tratado ya, y sólo haré notar, como consideraciones generales, que la prescripción de los países latinos, Francia, Italia, España, América española, etc. de que los nombres de las sustancias que entran en la composición de una receta deban escribirse en el idioma nacional, tiende á vulgarizar tanto la medicación que pronto las farmacias serán punto menos que innecesarias, y los médicos estarán demás. Es increíble la pretensión del público que lee una receta para saber el uso del medicamento cuyo nombre ha leído, ó su valor por libras ó por onzas para calcular el precio de los gramos que contiene su preparación, ó para comprar los

componentes en detal para hacer-
celo bien ó mal de por sí, etc., etc.
En otras naciones que no son la-
tinas, como en Inglaterra y Alema-
nia, por ejemplo, se receta en latín
—idioma que es más apropiado
para la ciencia y levanta la profes-
sión, haciendola menos accesible
para el vulgo y más respetada por
todos.

Con ordenar que las recetas de-
ban escribirse en castellano no se
crea que se gana en claridad para
el farmacéutico, y que por consi-
guiente se pueden prevenir los
errores por la dificultad en la lec-
tura de la lengua clásica, pues en
cualquiera que sea el idioma en
que se escriba siempre la lectura
es fácil ó difícil según la forma de
la letra y el modo y costumbre de
escribir que tenga cada cual.

No quiero entrar en más consi-
deraciones, que me alejarían muy
mucho del propósito que manifes-
té al principio que me animaba al
escribir estas líneas, llevándome á
puntos que se encuentran habil-
mente tratados en los maestros del
arte de curar, y que se pueden con-
sultar conentera seguridad de sa-
car provecho de ellos.

Nuestro distinguido profesor de
Farmacia Dr. Artola, en su impor-
tante tratado que titula *Resumen
de las lecciones de Farmacia Galé-
nica dictadas á los alumnos de la
Facultad de Medicina de Lima*,
consigna sobre este asunto muy
importantes observaciones, de las
que creo necesario recordar aquí
la que se refieren á la *Rapidez de
acción*, que recomienda al médico
preferir la fórmula de más rápida
ejecución, dice así: "En tales ca-
sos no sólo conviene al médico,
para el mejor y más pronto éxito,
proceder de la manera indicada, si-
no también al farmacéutico, que
en no pocas ocasiones se ve apre-
miado por un cliente á quien se le
ha recomendado la celebridad en
el cumplimiento de las instruccio-
nes médicas, y tropieza con la len-
titud de preparar una infusión,
un conocimiento ó una emulsión."
Esta advertencia es tan digna de

tenerse en cuenta que sería de de-
sear que cada vez que el médico
prescribe una preparación laborio-
sa, sea ó nó para un caso apu-
rado, lo previniera á los dolientes
para evitar al farmacéutico mu-
chas molestias por exigencias ino-
portunas de los conductores de las
recetas, y, con esto, muchas causas
de error en su preparación.

Otra observación que me creo
obligado recordar antes de pasar
adelante, es la que se refiere á las
*Consideraciones de lugar y de mo-
mento*, en las que se pone en el ca-
so en que el médico tenga que
echar mano hasta de las plantas
silvestres ó cultivadas, para aprove-
char tal ó cual propiedad que po-
seen, antes de andar buscando los
medicamentos que verificarían los
mismos efectos, con pocas esperan-
zas de conseguirlos, ó con gran pér-
dida de tiempo. A este respecto de-
bo observar que muy repetidas ve-
ces se recorren todas las boticas al
por mayor y droguerías de Lima,
en busca de un medicamento para
preparar una fórmula, ó de una es-
pecialidad prescrita en ella, sin con-
seguir otra cosa que cerciorarse que
dicha preparación sólo ha venido,
en nombre, en algún último perió-
dico médico ó terapéutico ó en al-
gún anuncio comercial. Otras veces
son los interesados mismos los que
recorren farmacias y droguerías
sin éxito alguno las más veces; y
otras en que algún práctico que ha
leído mal la receta, ó que coociendo
su composición y propiedades le
vende *quid pro quo*. Y no se diga
que desacredito la farmacia nacion-
al injustamente. Aquí se ha ven-
dido por algún tiempo migrañina
que no tardaba ocho días sin hu-
mudarse de un modo notable, ca-
si licuarse, siendo así que la origi-
nal alemana se conserva meses en-
teros sin la menor alteración. Y
no pasa esto sólo entre nosotros:
véase lo que consigna *Los Nuevos
Remedios*, periódico quincenal de
Madrid, año X, número IX pági-
na 190, en un artículo del doctor
Edmond Chaumier (Médico del
Sanatorio de Turenna y Director de

vacunación de Tours), en el que manifiesta la superioridad del ORFOL sobre las otras sustancias empleadas para producir la antiseptia intestinal (calomelano, sulfitos é hiposulfitos, ácido fénico, creozota, ácido bórico, sulfuro de carbono, carbón, iodoformo, naftol, benzonaftos, betol, etc.)

Dice así:

“En vista de los inconvenientes que tienen los remedios citados, ensayé otro compuesto del naftol, el orfol, que es un naftolato de bismuto. Es un polvo gris casi desprovisto de sabor y de olor.”

“Cuando comencé mis estudios clínicos sobre este cuerpo, tuve numerosos fracasos, de que debo prevenir á mis colegas. Cuando yo ordenaba el naftolato de bismuto ó el naftol-bismuto, el farmacéutico daba al cliente una mezcla de naftol y de una sal de bismuto cualquiera, de modo que, en vez de un polvo gris que tuviera poco sabor, el enfermo tomaba un polvo blanco, de gusto picante, que le quemaba la boca, según la frase de los que lo usaban.”

“Previne a mis enfermos rehusar todo medicamento que no fuera un polvo gris y que tuviera gusto quemante.”

“Hoy ya se vende el orfol ó sea el naftolato de bismuto químicamente puro y desprovisto de sabor y olor.”

Y esto pasa igualmente en otras muchas partes siendo la causa, las más veces, de esta falta el vehemente deseo de satisfacer la exigencia de un médico que no ha tenido en cuenta esta prudente observación.

Para terminar debo decir que, en mi humilde opinión, creo necesario se deban tener siempre presente para recetar las muy acertadas y útiles observaciones que consigna el Dr. Artola en su obra citada con referencia al asunto de que estoy tratando, que siento mucho no me sea posible consignarlas en el presente artículo.

Aunque las reglas sean siempre útiles y necesarias para formular

con acierto, sino se deja al farmacéutico cierta libertad para introducir un intermedio en ciertos casos ó cambiar un compuesto por otros de la misma sustancia activa, ó un alcaloide por una de sus sales ó, al contrario, toda previsión fracasará ante la ignorancia de las propiedades físicas de los medicamentos, de ciertas incompatibilidades químicas, farmacéuticas, etc., Y muchas veces también se comprometerá el éxito de una curación por no prescribirse en tiempo oportuno el medicamento preciso, esperando tomar ciertos datos de sus propiedades para no pasar como ignorantes ante el farmacéutico que debe ejecutar la receta. Todo lo que sólo se podría evitar con un *Memorandum* alfabético muy manuable, que pudiese llevarse como cartera, en el que estuviera cosignado para cada sustancia: 1.º su nombre y sinónimos; 2.º el estado en que presenta á la temperatura ordinaria; 3.º su solubilidad en los diferentes líquidos; 4.º sus adyuvantes; 5.º sus incompatibles terapéuticos y químicos; 6.º sus usos terapéuticos, y 7.º sus dosis. La descripción se haría en el nombre más usado, colocando los demás en su respectivo lugar con referencia á la notación en la página en que se consigne.

Esto requerirá un trabajo algo penoso, que aunque sería lucrativo no me encuentro con fuerzas suficientes para emprenderlo; y mientras alguien lo haga, daremos á conocer como para refrescar la memoria algo sobre este importante asunto, comenzando por los artículos ofrecidos al principiar este.

* * *

INCOMPATIBILIDADES

(De La Farmacia, Méjico)

Teniendo en cuenta el número cada día mayor de las fórmulas medicinales ilógicas que se presentan al despacho, M. Mansier, llama la atención hacia ciertas incompati-

tibilidades de las más frecuentes.

Denuncia en primer término, la mezcla de ciertas tinturas, preparaciones todas resultantes de un tratamiento alcohólico y que por esta comunidad de origen parecen muy á propósito para ciertas asociaciones complejas; pero que no lo son en realidad y se formulan desconociendo la composición particular de cada una. Así, por ejemplo, cuando se asocia, como ocurre con mucha frecuencia, la tintura de colombo á las de kola, quina ó canela, ocurre que éstas, saturadas de tanino precipitan en seguida la menispermina del colombo, dando por resultado un medicamento casi inerte; que de un lado se separan las sustancias astringentes, y de otro queda insolubilizado el alcaloide. La asociación de la tintura de percloruro ó la de malato de hierro á las de quina, canela ó kola ó á otras ricas en tanino, solas ó reunidas, es también frecuente y no ofrece un inconveniente menor que la anterior asociación discutida; el tanato de hierro que se forma es inerte, privando á los cuerpos medicamentosos de sus respectivos principios cuya acción se quiere aprovechar.

El clorhidrato de cocaína no debe nunca asociarse á la agua cloroformada á saturación, teniendo en cuenta que el cloroformo se disuelve mucho menos en el agua que contiene cocaína, y termina por separarse en pequeña gotas que se depositan en el fondo. En el agua cloroformada al 5 por ciento no se verifica esta separación. Puede sin embargo, asociarse la cocaína á la agua cloroformada adicionándole 1 por ciento de ácido cítrico ó 5 por ciento de alcohol.

Prescriben los dentistas muy frecuentemente el clorato de potasa con el alumbre, productos que, por separado, se han empleado en el tratamiento de las afecciones laringeas ó de la boca, y sin embargo al asociarlos se corre el riesgo de disminuir sus efectos. Aunque no se presenta ninguna manifestación visible, en el seno del líquido

se verifica una acción química que dá lugar al desprendimiento de cloro, según puede comprobarse con el ioduro potásico almidonado, el sulfato de índigo, el sulfito de soda ó el sulfocianuro de amonio y una protosal de hierro. Probablemente, en la mezcla que se trata, el alumbre actúa sobre el clorato de potasa como lo haría el ácido sulfúrico diluido, y el cloro que se desprende se transforma en ácido clorhídrico conforme se vá desprendiendo del clorato que se descompone.

En otros casos asocian á los medicamentos ante dichos, clorato de potasa y alumbre, el borato de soda, que produce un precipitado que pone de manifiesto la acción química á que dá lugar tal prescripción.

Acaso esta clase de asociaciones ofrezcan ventajas terapéuticas, pero siempre es bueno que el médico al prescribirlas, conozca sus incompatibilidades químicas. En otros casos, estas incompatibilidades se verifican sin manifestarse por ningún carácter exterior, lo cual dá lugar á mayores inconvenientes. Así, la pomada mercurial con el ioduro potásico produce muchas veces eritemas que llegan casi á desarrollar vexcación, sin que el preparado cambie visiblemente.

LOS ERRORES EN LA RECETA Y SUS CONSECUENCIAS

(De *La Farmacia Moderna*, España)

Frecuentas los primeros, siempre graves y muchas veces funestas las segundas, comprometen la responsabilidad del farmacéutico, y este no debe olvidar que su única garantía contra peligros tan enormes, descansa en una reflexiva lectura de la receta equivocada y la consulta de textos autorizados, para transmitir su observación precautoria y reservadamente al firmante de la prescripción.

Aún así, es lo cierto que en todos los países se van repitiendo con demasiada frecuencia estos incidentes.

tes, algunas veces por que el farmacéutico reflexiona poco, las más porque el médico escribe con ligereza y desatiende el arte de recetar, más interesante cada día, cuanto más enérgicos son los agentes terapéuticos que se prescriben.

Piensen en esto unos y otros, y bueno será inspirarles un temor saludable con la lectura de los siguientes ejemplos, citados por el profesor Binz en una revista alemana- y reproducido por la *France Medicale*. (1)

Un médico que prescribe en vez de clorhidrato quinina, 50 centigramos de clorhidrato de morfina, en cuatro papeles, para tomar dos en el día; otro receta una mezcla de polvos de azufre con tártaro estibiado, por cremor tártaro; las dos recetas fueron devueltas por el farmacéutico.

En otro caso, debiendo practicarse insuflaciones de calomelanos en los ojos de un niño, el profesor prescribió "cloruro me cúrico" para uso externo; la rece a se despachó así; el niño perdió la vista, y al médico se le exigió la responsabilidad.

En la siguiente fórmula: "Hidrato de cloral 15 gr., tintura de opio 15 gramos y agua 60 gramos; para 3 enemas". Resulta el error de prescripción en la tintura de opio, que fué despachada íntegramente, dando lugar á que el enfermo recibiese en la primera lavativa 5 gramos, sucumbiendo antes de la segunda; el médico y el farmacéutico fueron condenados á prisión.

De nombre poco legible, refiere Binz el caso siguiente: al prescribir para un cardiaco fuertes dosis de digital, por hacerlo en abreviatura y seguido del signo (!), el farmacéutico creyó que se trataba de digitalina: por fortuna, á pesar de

(1) Este artículo se ha reproducido también en portugués, de manera que por lo pronto le contamos tres naciones y tres idiomas diferentes, con la nuestra será á lo que sabemos cuatro publicaciones, lo que no puede ser de otro modo dada su grande importancia en la práctica médica y farmacéutica.

la enormidad de la dosis, el producto resultó poco activo, y el enfermo después de haber presentado graves fenómenos de envenenamiento, pudo volver á la vida.

La costumbre de escribir las fórmulas sin detallar en las mismas su administración, puede dar lugar á accidentes gravísimos, cuando el encargado de la asistencia confunde las instrucciones verbales. Binz cita el caso de una prescripción doble, consistente en pomada mercurial para los bordes del párpado y aceite de croton para fricciones detrás de la oreja, confundidas por el enfermo y que se aplicaron al contrario, con todas las complicaciones consiguientes.

Otro error de instrucción dió lugar á que se administraran 6 gramos de cloral, sin más intervalo que el de media hora, y el enfermo amaneció muerto. El médico fué preso.

En las fórmulas complejas son más frecuentes los errores, por asociarse medicamentos incompatibles. Las más veces resultan mezclas desagradables, de mal aspecto é inertes; pero en muchos casos estas incompatibilidades pueden dar lugar á productos tóxicos, contraindicados y peligrosos, entre ellos hasta mezclas explosivas.

Estos ejemplos y los innumerables que pudieran citarse del mismo género, imponen seriamente deberes de atención y cuidado al médico y al farmacéutico, cuyas responsabilidades resultan casi siempre solidarias de hecho y de derecho.

FÓRMULAS DE DIFÍCIL EJECUCIÓN

(Del Journal de Pharmacia y Ciencias Accesorias de Lisboa, Portugal.)

El señor Vizier recibió últimamente una receta así concebida:

Alcohol de 90°.....	100	gramo
Tintura <i>agriões do Pará</i> (1).	10	;;
Tintura de coquearia.....	10	;;
Benzoato de soda.....	10	;;
Salicilato de soda.....	5	;;

(1) *A grião do Pará, Spilanthès oleracea, L*

No habiendo podido disolver el benzoato de soda en el vehículo prescrito por el médico, el Sr. P. Vizier agregó un gramo de bicarbonato de soda y el benzoato se disolvió.

El piensa que esta adición no presenta inconveniente alguno, y llama la atención de sus colegas hacia esta singular propiedad del bicarbonato de soda de favorecer la disolución del benzoato de la misma base.

El Sr. Petit, y muchos otros colegas critican esta manera de operar, piensan que los farmacéuticos deben abstenerse de modificar las recetas de los médicos; estas modificaciones, dicen, presentan serios inconvenientes cuando las recetas son llevadas á otras farmacias, porque el medicamento expedido puede no tener el mismo aspecto.

El Sr. Delpech y el Sr. P. Vizier juzgan que, en los casos en que los farmacéuticos reciban una receta con una fórmula irracional, su deber es no modificar las dosis de los medicamentos prescritos, pero tienen el derecho de hacer las fórmulas practicables; si los medios empleados con este fin fueran comunicados al facultativo, este no hará de seguro objeción alguna. (1.)

El Sr. Petit replica diciendo que el derecho que se quiere dar á los farmacéuticos no tiene límites, y guzga preferible advertir siempre al médico antes de introducir en su fórmula cualquiera modificación (2).

El Sr. Delpech objeta que, en la especie citada por el Sr. P. Vizier la intención del médico era ciertamente prescribir un preparado límpido, y el artificio imaginado

(1) Creo haber traducido literalmente, este párrafo pero me parece aventurada la afirmación de su segunda parte, á no ser que quiera concretarse al punto particular que motivo este artículo.

(2.) Si la segunda parte del párrafo á que se refiere la nota anterior estuviera concebida así: *empleando medios que si fueran comunicados al médico este no pudiera hacer objeción alguna*, carecería de fundamento la réplica del Sr Petit.

por el Sr. Vizier, que no presenta inconveniente alguno en cuanto á la acción del medicamento, y que no modifica su composición, presenta la ventaja de ofrecer al enfermo una preparación conforme con la voluntad del médico.

Débase alabar al Sr. Vizier el haber aconsejado un procedimiento del cual, todos los farmacéuticos podran sacar algun provecho en casos semejantes.

Este es un punto digno de ser muy estudiado, muy discutido y que necesita conclusiones bien determinadas.

* * *

He tomado estos artículos sin agregarles ni quitarles nada, y termino sin hacer comentarios sobre ellos. El lector verá la importancia de cada uno y la tendrá en cuenta en su oportunidad; pero haré notar que el último, sobre cuya materia he aventurado ya mi desvalida opinión debe, como lo indica su autor, ser el principio de un serio debate hasta llegar á conclusiones claras y precisas, para lo cual dejaré la pluma á personas más indoneas. Concluiré permitiéndome llamar la atención de la Comisión de farmacia sobre el cumplimiento que debe exigir de las disposiciones legales de la materia, hoy por hoy, sobre el color de los fondos de las etiquetas que deben colocarse en los frascos en que se sirven los medicamentos; en las que se debía inscribir la parte pertinente del artículo á que se hace referencia. "Los rótulos serán sobre color BLANCO para uso interno y sobre AZUL para uso externo. Para los medicamentos de uso peligroso el rótulo será sobre color ROJO y llevarán además la marca de *peligroso*. Con cuya ejecución se evitarán de seguro algunas lamentables equivocaciones.

Quizá si convendría para ciertas aplicaciones clasificadas como externas: colirios, gárgaras, inyecciones, uretrales, cambiar por otro color el azul que hoy se indica; quedando éste reservado para las unturas, fricciones, lavados, de-

fensivos, frotaciones etc. que se aplican sobre la superficie externa de la piel, sobre la epidermis; y no sobre las mucosas que revisten cavidades más ó menos interiores y que son susceptibles de absorber sensiblemente los medicamentos con los que se las ponen en contacto, ó de mortificarse con facilidad.

Lima, Setiembre 20 de 1899.

A. ALVARADO

Publicaciones recibidas

Agua purgante natural **Hunyadi Janos** por el Dr. E. MONIN, secretario general de la Sociedad Francesa de Higiene, caballero de la Legión de honor, consejero de instrucción pública.

ANDREAS SAXLEHNER. — Budapest 1897.

Próximamente publicaremos un juicio crítico de esta obra interesante.

Dr. P. TREKAKI **Les grefes uretrales.**

Paris A. MALOINE *editeur*—23, 25 rue de l' Ecole de Medicine 1899.

La práctica del análisis químico en las orinas, folleto premiado por el Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, guía sencillísima y práctica para efectuar los análisis químicos de las orinas por D. Manuel F. Casadevante, Doctor en Farmacia, Director químico del Laboratorio Municipal de San Sebastián.

J. BAROJA É HIJOS, editores—1898.

Puntos de venta en las Librerías de América, del folleto "La Práctica del análisis químico en las orinas", por el Doctor Fernández Casadevante, trabajo premiado en público concurso, por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, el año de 1896.

Buenos Aires: D. Arnaldo Hoen

Guayaquil: D. Alfredo Porter
Quito (Ecuador): D. Francisco José [Urrutia

Guatemala D. E. Goubaud y Cia.

id D. José M. Landizábal

Méjico D. Juan Buxo

Puebla (Id) D. David S. Sánchez

León (Nicaragna) D. Leonardo Ar- [güello

Lima (Perú) Librería é imprenta Gil

D. E. Rosay

San Salvador D. Julio Goubaud

Precio de cada ejemplar en España, dos pesetas.

Aide-Mémoire de Dermatologie et de Syphiligraphie, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in-16 de 288 pages, cartonné toile en 2 couleurs 3 fr.

L'Aide-Mémoire de Dermartologie du professeur P. LEPERT s'adresse aux étudiants comme aux praticiens.

L'étudiant y trouvera rapidement l'histoire instructive des malades que les maitres lui auront montrés, soit á la consultation, soit dans les salles de l'hópital Saint-Louis, les éléments du diagnostic, et les termes du traitement.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS 19, rue Hautefeuille (prés du boulevard Saint-Germain), á París.

Arequipa, Julio 8 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: Tengo el gusto de informarles que desde hace algunos años estoy usando la Emulsión de Scott de aceite puro de hígado de bacalao con hipofosfitos de cal y sosa con muy buen éxito en mi clínica, y la empleo con preferencia al aceite puro por ser más agradable al paladar y muy fácil de digerir.

Soy de Uds. muy Atto S. S.,

DR. FRANCISCO ANGEL ZEGAARA.

Médico Titular de la Provincia de Arequipa.

Imp. de San Pedro 19,313