

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XIX } LIMA, 15 DE SETIEMBRE DE 1902. } N.º 330

TRABAJOS NACIONALES

Un Caso de Aneurisma Cirsoideo

por el doctor

CÉSAR SÁNCHEZ AIZCORBE

Trabajo premiado con una medalla de plata por la Sociedad médica "Unión Fernandina" en el concurso del 31 de Agosto de 1902.

Señor Presidente, Señores:

La cirugía nacional adolece de un defecto gravísimo: la timidez.

Pero conste, desde luego, que nuestras palabras no significan una acusación. El cuerpo médico peruano, en cuyas filas con legítimo orgullo militamos, ostenta tradiciones muy honrosas para merecerla.

Al denunciar este hecho, cuya trascendencia á nadie puede ocultarse, solo nos guía el sano propósito de inquirir sus causales y de señalar los medios de combatirlo.

¿A qué se debe la timidez de la cirugía nacional? Unánimemente se nos responde: á las condiciones del medio social en que actúan nuestros prácticos; porque, no solo en los pueblos apartados de la República, sino, en la capital misma, hay que luchar con un público que está lleno de prejuicios, y que carece, en lo absoluto, de la educación científica exigida por la cultura del siglo.

Perfectamente; convenimos en que ésta es una explicación; pero, negamos

que sea una justificación. Los médicos no tienen derecho á quejarse de la ignorancia del público para justificar sus endecisiones; porque, de la ignorancia del público, son ellos los únicos responsables, desde que son, también, los únicos que pueden hacerla desaparecer.

Y los resultados de esta imprevisión, ya los estamos palpando. Valor de héroe necesita hoy en el Perú, el médico que despreciando la crítica y las injusticias sociales, y haciendo hasta el sacrificio de su crédito profesional, se resuelve á escuchar solo los mandatos de la ciencia, llevando á la práctica las grandes intervenciones de la cirugía contemporánea. Tributando el homenaje que tan digna conducta merece, hay que reconocer, sin embargo, que no es ésta la manera de educar á un público. El esfuerzo y hasta el sacrificio individual, resulta en tales casos infructuoso, cuando nó contraproducente; porque, la acción aislada de unos cuantos, aunque vaya premunida de los más saneados títulos de competencia, redundará siempre,—si no vá coronada por el éxito de las intervenciones, que es lo único que aprecia y reconoce el criterio de la ignorancia,—en desprestigio, no solo de ellos mismos, sino de todo el cuerpo facultativo. ¡Nó! Desengañémonos: en este terreno, la educación, y por consiguiente, el respeto del público, no puede alcanzarse sino por la acción solidaria de todos aquellos que pue-

den y deben dársela, no solo por propio interés, sino por interés del público mismo.

De lo contrario, siempre tendremos que lamentar situaciones como la presente. Cualquier advenedizo que tenga un poco de audacia, obtendrá triunfos fáciles en su carrera profesional, interviniendo en muchos casos, en realidad sencillos, pero que nuestros prácticos no se habían atrevido á operar, no porque desconfiase de su competencia por cierto, sino, simplemente, por temor al desprestigio y á la crítica insensata del público, si el resultado fuera adverso.

Nadie sabe mejor que los médicos, que así como para los trastornos materiales del organismo, la única terapéutica efectiva y racional, es la que se dirige á combatir la causa de ellos; así también, las enfermedades de orden moral ó sociológico, solo deben combatirse por sus causas. La medicación sintomática, es la medicación de la impotencia.

El único modo de educar al público, es ilustrándolo con el espectáculo diario de las intervenciones quirúrgicas, llevadas á cabo en todos los casos que lo exijan. De esta manera, los fracasos operatorios serán achacados, porque así debe ser, á las imperfecciones de la ciencia, más no á la incompetencia de sus sacerdotes.

Sabemos las grandes dificultades que en esta senda hay que vencer; pero, sabemos también, que toda consideración debe posponerse ante la consideración suprema de cumplir los deberes profesionales.

* * *

No obstante su carácter general, hemos conceptualado oportuno entrar en las anteriores apreciaciones, porque no las ha sugerido la historia del caso que motiva este trabajo. Trátase, como se verá, de una enferma que hacen ya varios años viene peregrinando por los consultorios de muchos médicos y por las clínicas hospitalarias, en demanda de una intervención que la salve de

la muerte segura á que la conduce, en plazo más ó menos corto, la lesión de que es portadora; y, sin embargo, hasta hoy todos se han cruzado completamente de brazos; nó porque se trate de un caso inoperable, sino, simplemente, por esas timideces injustificables, que la ciencia moderna no puede sino condenar.

* * *

He aquí la historia:

El 17 de Enero del presente año ingresó al Hospital de Santa Ana, ocupando en la Sala de "La Virgen" la cama N° 6, la señora O. F., natural de Lima, de 29 años de edad, de constitución tuerte y de temperamento nervioso.

No existen antecedentes morbosos hereditarios ni personales.

Interrogada sobre su historia sexual, la señora O. F. refiere que los menstruos se le iniciaron á la edad de 13 años, siendo de 5 días, por término medio, la duración de cada período catamenial, salvo en los últimos 4 años, que ha sufrido gran irregularidad, no solo la fecha de la aparición del flujo, si que también, sus caracteres cuantitativos. Casose á la edad de 16 años, y en su matrimonio tuvo 6 hijos: 4 viven y gozan de buena salud; los otros 2 murieron pocos meses después de nacer, á consecuencia de trastornos de orden gastro-intestinal.—Los embarazos, lo mismo que los partos, fueron normales; lactó á todos sus hijos.

Por lo que respecta á la data y evolución de la enfermedad actual, nos dice que harán 9 años, poco más ó menos, observó que le había aparecido un tumorcito pulsátil, de forma alargada, é indoloro, localizado en la base de la apófisis mastoides derecha, y á 1 centímetro del pabellón de la oreja, precisamente en el mismo sitio donde 8 años antes había recibido una fuerte contusión producida por un huevo de carnaval. Como dicho tumorcito no le ocasionara molestia, y apesar de que uno de nuestros más distingui-

dos facultativos, que incidentalmente la había examinado, manifestole las peligrosas consecuencias á que su incremento la expondría en el porvenir, rehusó su extirpación inmediata, que aquel le aconsejara. Este sombrío pronóstico no tardó en cumplirse, pues el tumorcito en cuestión, tan diminuto en su origen, fué ensanchándose cada día más, hasta llegar á comprometer, en su marcha invasora, todo el pabellón de la oreja, propagándose, al mismo tiempo, aunque en menor escala, hacia el cuello y la región temporal. Sin embargo, hasta ahora 3 años, el tumor solo tuvo para la enferma inconvenientes de orden puramente estético, no ocasionándole trastorno subjetivo alguno; pero, desde entonces, su vida es de verdadero martirio, porque, aparte de un soplo continuo en el oído correspondiente, y que la hace sufrir frecuentes insomnios, se han verificado copiosas hemorragias, cada vez más repetidas, y que, como se comprende, amenazan seriamente su existencia. Es digno de notarse, que el incremento del tumor se marcaba especialmente después de cada parto. Además, parece indudable que en el desarrollo tan considerable que hoy ostenta, ha tenido influencia primordial la naturaleza de los trabajos á que ha estado sometida esta enferma durante los últimos tiempos, en la Fábrica de tejidos de Santa Catalina, donde tenía que hacer continuamente grandes esfuerzos para cargar y sacudir pezadas piezas de género.

Antes de terminar la relación anamnésica, conviene consignemos que la señora O. F. ha padecido siempre de constipación intestinal bastante tenaz, pues no logra exonerar el vientre sino cada 4 ó 5 días, por medio de purgantes.

Sintomatología.—A la simple vista se observa un tumor voluminoso, irregular y pulsátil, localizado, principalmente, en la región auricular derecha, pero que se extiende más ó menos sobre las partes vecinas; su

superficie aparece recubierta por una piel rugosa, ulcerada, de aspecto elefantiásico y con manchas de un color rojo violáceo; en su contorno se percibe un rodete saliente, bien marcado, sobre todo, hacia la parte inferior, y que vá perdiéndose insensiblemente hasta confundirse con las partes sanas. La forma y las dimensiones del pabellón de la oreja, han variado considerablemente, como pueda apreciarse comparando los fotogramas adjuntos.

Al tacto la masa neoplásica se presenta blanda, elástica, fluctuante y animada de fuertes latidos en toda su extensión; comprimiéndola metódicamente, se experimenta, bajo el dedo, una sensación como de lombrices enroscadas, y, además, un estremecimiento vibratorio, isócrono al diástole arterial, que adquiere su máximo de intensidad por delante del tragus, y que no viene á ser otra cosa que el thrill de Hunter; llevando más adelante la compresión, se consigue vaciar, en parte, el tumor, de la sangre que contiene; pero, en cuanto aquella cesa, vuelve á llenarse, recuperando, casi inmediatamente, su forma primitiva.

La auscultación permite percibir un soplo continuo, pero que se reafuerza en cada diástole arterial. A pesar de la gran autoridad del Profesor Gosselin, que sostiene que en esta clase de tumores, los caracteres del soplo varían según el grado de presión que se ejerza con el estetoscopio, nos permitimos afirmar, fundados en la observación minuciosa del caso que historiamos, que este hecho, cuando menos, no es general; porque, no solo auscultando con el estetoscopio bajo diversas presiones, sino haciendo, para mayor seguridad, la auscultación inmediata, los caracteres del soplo permanecen invariables en este caso. Lo que sí debemos consignar es que comprimiendo la carótida primitiva correspondiente, disminuye mucho la intensidad del soplo, así como la de los latidos y demás síntomas que ya hemos indicado.

El trazo esfigmográfico tomado en las arterias del tumor, no puede ser más elocuente. Helo aquí:

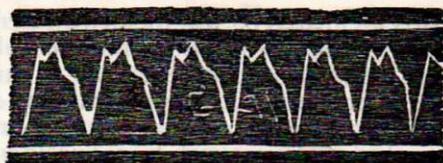


Desde luego, llama la atención la gran oblicuidad de la línea ascensional, lo que manifiesta que la impulsión de la sangre es muy débil en dichas arterias, y agregaremos que solamente en ellas, porque, comparando este trazo con los de la radial y carótidas, que más adelante reproducimos, se observa, desde este punto de vista, una diferencia considerable. En cuanto á la interpretación clínica del hecho, nos parece muy sencilla: prueba que las arterias en cuestión se hallan dilatadas.

Pero, lo verdaderamente característico del trazo que estudiamos, es el extenso platillo que reemplaza al vértice agudo del trazo normal, lo cual, en ausencia de una cardiopatía, que, desde luego, podemos asegurar no sufre nuestra enferma, manifiesta que las tónicas arteriales han perdido su elasticidad normal.

Conceptuamos de gran importancia los caracteres de este trazo, apesar de que—debemos confesarlo ingenuamente—no es señalado por ninguno de los autores que nos ha sido dable consultar. Deriva su importancia, no solo del valor diagnóstico que en muchos casos puede tener, sino, también, de que siempre permitirá seguir, por decirlo así paso á paso, la marcha de las lesiones vasculares, que es un elemento pronóstico indispensable.

Los esfigmogramas correspondientes á las arterias carótidas primitivas, son también muy elocuentes:



Comparando estos trazos, no se observa ninguna diferencia entre las líneas ascensionales, lo que, por lo pronto, demuestra que la carótida primitiva no está dilatada en el lado enfermo, como á priori se podría suponer. Más adelante insistiremos sobre la significación de este hecho desde el punto de vista terapéutico.

En cuanto al doble vértice que se observa en el trazo correspondiente á la carótida que riega el tumor, quizás sea debido á la menor resistencia que encuentra en ella la oleada sanguínea á causa de la facilidad con que desagua en la red neoplásica vecina.

El último esfigmograma corresponde á la arteria radial:



Como se vé, este trazo solo acusa lentitud y debilidad del pulso.

El exámen del corazón mismo, revela un estado perfectamente fisiológico.

Comparando la temperatura local entre el pabellón de la oreja asiento del tumor y el del lado sano, se observa una diferencia de $1^{\circ}4'$; pues, en el primero, el termómetro marca 37° ; y, en el segundo, solamente $35^{\circ}6'$.—La temperatura axilar es de $36^{\circ}8'$.

Por parte del aparato digestivo, además de la constipación intestinal, de que ya hemos hecho mérito, se observa, al inspeccionar la faringe, que la amígdala derecha se presenta animada de pulsaciones, que nos parecen simplemente transmitidas del tumor, porque no existe ver-

dadero movimiento de expansión, como sucedería en el caso de que las arterias de dicho órgano hubiesen sido también comprometidas.

En los demás aparatos, no hemos encontrado nada digno de mencionarse.

Los desórdenes funcionales se traducen, subjetivamente, por un ruido de soplo continuo que percibe la enferma al nivel del oído correspondiente al tumor, y que le ocasiona frecuentes insomnios, sobre todo cuando se acerca la época del molimen menstrual. Además, hay que notar que los esfuerzos violentos, la tos, la posición declive, congestionado el tumor, aumentan considerablemente los sufrimientos de la enferma.—No existe ni ha existido durante toda la evolución de la enfermedad, ningún síntoma doloroso.

Como es natural, dado el temperamento nervioso de la señora O. F. y la naturaleza de la lesión que sufre, cuya gravedad no puede ocultársele, se encuentra presa de una gran excitación, que, felizmente, no ha tenido resonancia en su estado general, que ostenta los caracteres de perfecta salud.

El exámen de la sangre manifiesta que apesar de las grandes hemorragias sufridas, este líquido ha conservado su composición normal. Numerados los glóbulos rojos, hemos encontrado la proporción de 4'400,000, por milímetro cúbico, cifra que, como se vé, es completamente fisiológica. En cuanto á los leucocitos, parece que su proporción se encuentra ligeramente aumentada.

El análisis de la orina, que debemos á la galantería del doctor Carlos A. García, tampoco acusa nada anormal. Lo único que nos ha llamado la atención es la pequeña cantidad de urea, que sólo existe en la proporción de 10 gramos por litro. Aún cuando, por el momento, no alcanzamos á explicarnos este hecho, nos parece que no debe concedérsele gran significación.

Diagnóstico.—El asiento, la evolución y los numerosos síntomas objetivos que ofrece el tumor cuya descripción clínica acabamos de hacer, nos parece que imponen el diagnóstico de aneurisma cirsoideo.

Prima facie quizás podría confundírsele con el *angioma cavernoso arterial*; pero se recordará que este último es más circunscrito y que nunca ofrece las enormes dilataciones que se encuentran en el aneurisma cirsoideo. Por otra parte, en el angioma arterial no existe thrill, y el ruido de soplo, lo mismo que las pulsaciones, son mucho más débiles. Con todo, ya se sabe que el diagnóstico diferencial, en este caso, solo tiene importancia especulativa, y que, en realidad, como dice muy bien Delbet, no se hace sino discutir sobre palabras, desde que, muchas veces, estos tumores eréctiles no son sino el primer grado de los aneurismas cirsoideos.

Menos puede tratarse de un *angioma venoso*, que se distingue por su color azulado, su blandura, la falta de expansión, de estremecimiento vibratorio y de soplo.

El *aneurisma arterial circunscrito* se desarrolla generalmente á expensas de arterias muy voluminosas y constituye un tumor redondeado, con límites bien precisos y de paredes más ó menos duras.

En cuanto al diagnóstico diferencial con el *aneurisma arterio-venoso ó flebarteria*, nos parece bien sencillo en el presente caso; porque, el aneurisma arterio-venoso, se distingue siempre por su localización, por el pequeño número de vasos dilatados que abordan el tumor, que, por otra parte, es menos voluminoso y nunca ofrece esas dilataciones serpentinas que caracterizan el aneurisma cirsoideo y que tan manifiestas se presentan en el caso que historiamos. Delbet dice que solo existe un signo seguro para diferenciar ambas lesiones, y es el indicado por M. Terrier: cuando se suspenden todos los fenómenos delatido y soplo ejerciendo presión en un

punto circunscrito del tumor, se trata de un aneurisma arterio-venoso; en los aneurismas cirsoideos, por el contrario, la compresión en un punto limitado del tumor, no produce nunca, ni puede producir, semejante efecto. Pues bien; en nuestro caso, el signo de Terrier habla en favor del aneurisma cirsoideo, porque es imposible suspender los latidos y el soplo, cualquiera que sea el punto donde se haga la compresión.

Los tumores malignos pulsátiles, como los sarcomas ó carcinomas telangiectásicos, tampoco podrían confundirse, porque, en estos casos, el asiento, la evolución, la irreducibilidad, la consistencia, la falta de dilatación vascular en su contorno, y, sobre todo, los dolores más ó menos agudos de que siempre se acompañan, constituyen síntomas más que suficientes para establecer el diagnóstico diferencial.

Se trata, pues, indudablemente, de un aneurisma cirsoideo.

Tócanos ahora hacer el diagnóstico exacto de su localización anatómica, para poder fijar las indicaciones operatorias. Desde luego, parece indudable que el aneurisma se ha desarrollado primitivamente á expensas del tronco y ramas de la arteria auricular posterior, porque, como sabemos, esta arteria, rama colateral de la carótida externa, después de caminar profundamente hacia adentro del vientre posterior del músculo digástrico y de la parte inferior de la glándula parótida, se aloja en el surco aurículo mastoideo, haciéndose superficial, para quedar, por último, aplicada á la parte mastoidea del temporal, que es, como se recordará, el punto donde la enferma refiere que le apareció primitivamente el aneurisma. Para explicar el compromiso total del pabellón de la oreja, recordemos que al nivel del surco aurículo temporal, la arteria auricular posterior se divide en dos ramas terminales: auricular y mastoidea. La primera, que es anterior, se subdivide, á

su vez, en dos ramas, de las que una, la más considerable, está destinada á la cara interna del pabellón; mientras que la otra, después de atravesar el tejido fibroso que une el helix al cartilago de la concha, viene á ramificarse entre el helix y el antelix. La segunda rama, ó sea la mastoidea, que es posterior, se anastomosa con la occipital y la temporal superficial.

Como se vé, pues, la disposición del aneurisma corresponde exactamente á la del tronco y ramas de la arteria auricular posterior. Además, es indudable que algunas de las arterias próximas, en particular la temporal superficial, han sido también comprometidas, aunque sólo en sus últimas ramificaciones anastomóticas con las de la auricular posterior. Casi nos podemos atrever á asegurar que de las ramas colaterales de la carótida externa, el tronco mismo de las arterias tiroidea superior, lingual, facial, occipital y faríngea inferior, no está comprometido; y, por lo que respecta á las ramas terminales, creemos que la ramal interna está indemne, y que, por consiguiente, la única alcanzada es, como hemos dicho, la temporal superficial.

Etiología Patogenia.—Ha llegado el momento de preguntarnos cuál puede haber sido el origen del aneurisma en cuestión.

Como se sabe, dos son las principales causas de los tumores cirsoideos: los traumatismos, ó el desarrollo de un *noeuv* congénito ó de un angioma.

¿Cómo actúan los traumatismos? Para Virchow y Cowfoot, provocando un proceso inflamatorio en las paredes arteriales; para algunos (Jamain, Terreir), el aneurisma resultaría de la dilatación y de las modificaciones sobrevenidas en el tejido de cicatriz que sucede á la lesión traumática; otros invocan una parálisis vaso-motriz; y, por último, Delbet opina que el traumatismo obra moliendo los capilares y los finos ramúsculos arteriales ó

venosos, y originando, de este modo, lagunas sanguíneas accidentales, que hacen comunicarse las arterias con las venas. Esta opinión de Delbet nos parece la más aceptable, porque hoy esta demostrado que la condición fundamental del desarrollo de los aneurismas cirsoideos, son las comunicaciones arterio-venosas múltiples y persistentes.

Respecto á los aneurismas provocados por un angioma ó por un *noevus* congénito, que es el caso más frecuente, puede afirmarse, con el Profesor Broca, cuya autoridad en la materia está sancionada, que ambas lesiones evolucionan naturalmente, aunque no de una manera fatal, hacia el aneurisma cirsoideo. Esta evolución se produciría de preferencia en aquellos angiomas en que la comunicación arterio-venosa es amplia y fácil.

Pueden combinarse también las dos causas anteriores, como sucedería, por ejemplo, en el caso de que un traumatismo viniese á provocar el desarrollo de un *noevus* que hasta entonces permaneciera estacionario.

Por lo que se refiere á nuestra enferma, es muy probable el origen traumático. Deponen en tal sentido, dos consideraciones fundamentales: en primer lugar, la época de su aparición, á la edad de 20 años, sin que antes se hubiera notado la existencia de un *noevus* ó de un angioma al nivel de la región mastoidea derecha; y, en segundo lugar, el antecedente traumático á que nos hemos referido en la anamnesis, pues como se recordará, esta enferma asegura haber recibido una fuerte contusión en dicho sitio 3 años antes de que el aneurisma se hiciera ostensible.

Tratamiento.—Cuatro son los métodos que se han propuesto para el tratamiento de los aneurismas cirsoideos.

El primero comprende todos aquellos procedimientos que tienden á suspender la circulación en el aneurisma, ya sea por medio de la ligadura de los troncos principales del

departamento arterial comprometido, ya por la ligadura de los troncos secundarios, ya, en fin, por la de las arterias aferentes al tumor. Se ha ligado el tronco braquio-cefálico, la carótida primitiva de uno y de ambos lados, la carótida externa ó algunas de sus ramas, &c. Respecto á la ligadura del tronco braquio-cefálico, dice Delbet que no puede discutirse en serio, porque solo ha producido un éxito, que fué el que se logró en el caso de Smith, quien, apesar de ésto, se vió obligado á ligar la vertebral para suprimir una hemorragia secundaria! Respecto á la ligadura de la carótida primitiva, oigamos la opinión de Le Fort, fundada en una estadística de 30 casos. "A no ser en el caso excepcional de Mott (tratábase de un niño de 6 meses, y la observación, brevemente referida, deja dudas acerca de los resultados ulteriores), la ligadura de la carótida primitiva no ha producido nunca más que fracasos ó muertes".—Menos puede esperarse buenos resultados de la ligadura de ambas carótidas primitivas. Bruns y Wuntser recomiendan, como método de elección, la ligadura de la carótida externa; pero, hay que reconocer que las estadísticas no le son favorables. En cuanto á la ligadura de las arterias aferentes á los alrededores del tumor, en 13 observaciones señala Le Fort 11 fracasos, de los que 2 fueran seguidos de muerte, 1 éxito parcial y una sola curación" (Pierre Delbet). En resúmen, pues, vemos que todos estos procedimientos son ineficaces. Ciertamente en un momento dado, pueden dominar, si quiera en parte, las terribles hemorragias que con tanta frecuencia sufren los tumores cirsoideos; pero no puede considerárselos como un tratamiento radical del aneurisma, porque, aparte de otras razones, los anastomosis se encargaran siempre de llenar nuevamente el tumor.

El segundo método comprende los procedimientos que tienen por objeto la destrucción del tumor mismo. So-

lo mencionaremos, para recuerdo, la cauterización, la ligadura en masa y la sección con el asa galvanocáustica, por no ser absolutamente aplicables en el caso que nos ocupa. Entre los procedimientos de este método, la extirpación es, indudablemente, el más eficaz, pues basta recordar que Le Fort obtuvo 14 éxitos en 14 operaciones. A primera vista alarma realmente pasear un bisturí en esta clase de tumores; pero, no hay motivo para ello, cuando se cuenta con los recursos hemostáticos modernos, sobre todo si se tiene la precaución de hacer una ligadura preventiva de las arterias principales que alimentan el aneurisma. Decès, Guéniot, A. Verneuil, etc, han conseguido así extirpar tumores cirsoideos muy voluminosos.

El tercer método comprende los procedimientos que modifican el aneurisma haciendo coagular en él la sangre. En 1857 el Profesor Broca decía: "El método de las inyecciones coagulantes parece inventado para los aneurismas cirsoideos." La sustancia más generalmente empleada es el percloruro de hierro. No obstante los graves accidentes que pueden originar estas inyecciones, como son el desarrollo de un proceso inflamatorio agudo en las paredes vasculares y la transformación en embolias de los coágulos formados, lo que indica que la opinión de Broca es un tanto exagerada, hay que reconocer los buenos efectos que con ellas han obtenido Velpeau, Richet, Middeldorpt, Schut, Gosselin, Demarquay y otros. En 16 casos reunidos por Terrier, se cuentan 10 curaciones completas y 2 mejorías muy notables W." Lannelongue obtuvo una mejoría, que casi equivalía á una curación, en un caso de aneurisma cirsoideo que ocupaba el cuello, la parte inferior de la cara, la bóveda palatina y la lengua, por medio de inyecciones de cloruro de zinc".—Entre los procedimientos coagulantes se comprende también el empleo de la electro-

penctura; pero á este respecto debemos decir que pocos días antes de su ingreso al Hospital, fué sometida á ella nuestra enferma, con pésimo resultado, pues le sobrevino una hemorragia copiosísima. En cuanto á las aplicaciones exteriores de percloruro de hierro, apesar de que Broca refiere un éxito, son muy infieles y hasta peligrosas.

El cuarto método, llamado también mixto y cuya idea pertenece á Malgaigne, esta constituido por la asociación de los anteriormente descritos. En nuestro humilde concepto, este es el que conviene aplicar en el caso actual.

He aquí la intervención que proponemos:

Teniendo en cuenta la localización anatómica del aneurisma, que, como hemos dicho, se ha desarrollado principalmente á expensas del tronco y ramas de la arteria auricular posterior, comprometiendo, al mismo tiempo, pero por vía anastomótica, algunas ramificaciones de la temporal superficial, y quizás también, de la facial y de la occipital; para mayor seguridad, comenzariamos por ligar el tronco mismo de la carótida externa, lo que es de esperarse no presente grandes dificultades, toda vez que esta arteria no se encuentra aneurismática, según hemos probado oportunamente.

Cumplido este primer tiempo de la operación, que hará disminuir considerablemente el aflujo de sangre al tumor, podremos decidirnos, según las circunstancias, ó bien por las inyecciones coagulantes de percloruro de hierro, ó bien por la extirpación cuenta del aneurisma, ya sea en una sola sesión, ó en varias sesiones, más ó menos distanciadas, según las dificultades que se presenten.

Esta es nuestra humilde opinión. Toca ahora á las que tienen bajo su reponsabilidad el tratamiento de esta enferma, hacer lo que estimen más conveniente; pero, hacer algo al fin, porque no hay derecho

para cruzarse brazos ante un sentenciado á muerte, cuando estan en nuestras manos los medios de salvarlo.

Lima, Agosto 8 de 1902.

Los sordos oyen.—El número 4 de *Mundo Ilustrado*, 626, Chiswick High Road, Londres, W., Inglaterra, contiene la descripción de una cura maravillosa para la sordera y el zumbido en las orejas, la cual puede hacerse en casa, y es considerada como intalible. Este número se enviará gratis á toda persona que mande su dirección al editor de dicha revista.

TRABAJOS EXTRANJEROS

PROF. P. BROUARDEL

Enfermedades y accidentes que pueden simular el envenenamiento

[Continuación]

C

Úlcera y perforación del duodeno

La intervención médico-legal es frecuente en los casos de úlcera simple del duodeno, afección descrita por primera vez por Klinger en 1861. La característica de esta afección y lo que más temible la hace, es la ignorancia en que, tanto el enfermo como su familia, viven respecto á su existencia. Así como en la úlcera estomacal hay dolores, vómitos y hemorragias, siendo rara la evolución latente, en la úlcera duodenal, por el contrario, los síntomas locales son escasos y nada característicos, siendo relativamente común la

muerte repentina, cuya causa sólo la autopsia puede descubrir.

Gilles de la Tourette pudo recojer la siguiente observación mientras estaba de interno á mis órdenes en el Hospital de la Pitié. Un joven de dieciocho años y de fuerte constitución, entra en el Hospital quejándose de fuertes dolores y apretándose el vientre con las manos. Todo el día lo habia pasado sin novedad, cuando al llegar las siete de la tarde comenzó á sufrir un dolor horrible entre el higado y el estómago. La muerte ocurrió veinticuatro horas más tarde, estando el enfermo enteramente colapsado. La autopsia demostró una úlcera redonda del duodeno, de borde callosos como la del estómago, estando además perforado el intestino. Los alimentos habian penetrado en el peritoneo, cuya cavidad contenia un litro y medio de líquido.

La etiología de la úlcera duodenal es sumamente vaga. Por mi parte he podido observarla en algunos sujetos atacados de enfermedades infecciosas. He visto junto con Letulle, un enfermo que estuvo á dos dedos del sepulcro por unas hemorragias intestinales que hubimos de atribuir á una úlcera duodenal. Dos meses antes habia sufrido una sinusitis grave. También he asistido varias veces al Profesor Bouley de Alfort, quien habiendo contraído el muermo en los servicios del establecimiento, y después de haber curado de él, conservó durante muchos años unas hemorragias intestinales que Potain, el doctor Bouley (hermano del enfermo) y yo, creímos debidas á una úlcera del duodeno.

D

Apendicitis y perforación del apéndice

No he comprobado ningún caso en que este accidente, muy común según Gallard (tanto que ocurre en

un 70 ú 80 por ciento de casos de la enfermedad) q' haya hecho pensar en un envenenamiento. Aún sería más probable el error inverso, pues desde hace algunos años la atención de los médicos se ha dirigido mucho hacia aquella dolencia. Muchas veces se ha diagnosticado una apendicitis que el operador no ha podido comprobar después de abierto el abdomen. Sea como quiera, el médico-legista obrará muy acertadamente pensando en esta causa de muerte rápida y asegurándose que el apéndice no está alterado, en el curso de la autopsia.

E

Ruptura de la vesícula biliar

"La ruptura brusca de las vías biliares, dicen Gilbert y Fournier, es un accidente excepcional de la litiasis, pero no faltan ejemplos de ella durante accesos violentos de cólico hepático. La misma vesícula distendida puede romperse á causa de un esfuerzo, de un acceso de tos, de los esfuerzos del vómito. Un traumatismo sobre una vesícula calculosa puede dar el mismo resultado." Cuando la bñlis es aseptica no se presenta la peritonitis, pero no ocurre así cuando es infecta, pudiendo morir entonces el enfermo en 24 horas. De los 41 easos de ruptura de la vesícula recogidos por Courvoisier ni uno ha escapado de la muerte.

Lo más frecuente es que los cálculos originen la inflamación de la vesícula, pero entonces pueden formarse adherencias que aseguren en último caso la ruptura de aquella en el intestino y no en el peritoneo. Ahora bien, sea que la ruptura sobrevenga en ausencia de cólicos hepáticos ó durante una crisis de estos últimos, los síntomas concomitantes pueden hacer creer en un envenenamiento. Aún pueden despertarse sospechas en ausencia de una ruptura de la vesícula, á pesar de que la muerte por litiasis biliar es

sumamente rara. Portal, Durand-Fardel, Curry, citan algunos casos. Por mi parte puedo relatar el siguiente, que dió lugar á un peritaje médico-legal.

Una joven robusta, de veinticinco años de edad, tenía una cita en la Estación del Este para un día de campo. Creyendo llegar tarde aprieta el paso para no faltar á la cita, cuando al llegar á la plaza de Strasbourg echa de ver que le sobran algunos minutos. Entonces entra en un café, se hace servir jarabe de grosellas con agua de Seltz, vuelve á emprender la marcha, se reune con sus amigos y entra en el vagón. Pero apenas empieza á marchar el tren, la infeliz se queja de horribles dolores de vientre, exclamando: "En el café han debido envenenarme..... yo no sé lo que me han dado para beber." Al llegar á la estación de Lagny se siente tan mal que le es imposible proseguir el viaje, conduciéndola sus amigos á una fonda cercana. Un médico enviado para la asistencia, diagnostica el caso de cólico hepático y tranquiliza á todo el mundo. A pesar de todo, los dolores aumentan y la enferma fallece por la noche.

Aquella muerte tan rápida excita tanto la consternación, que el comisario de policía manda trasladar el cadáver á la Morgue, donde se practica la autopsia. El conducto coledoco ofrecía un cálculo voluminoso y la vesícula biliar estaba repleta de ellos, pero sin ofrecer perforación alguna. El duodeno presentaba un edema colateral tan considerable que la luz del intestino aparecía borrada por la mucosa, quedando convertido el intestino en un tubo rígido. Este hecho es interesante por no presentar ninguna lesión anatómica grave. Pero ¿cómo explicar entonces la muerte? No hay más que recurrir á una parálisis repentina del corazón por un acto inhibitorio consecutivo á una excitación de los filetes del neumogástrico.

Un quiste hidatídico del hígado

puede romperse en los órganos vecinos, provocando una muerte rápida y sospechosa, sobre todo si la ruptura se efectúa en el peritoneo. La estadística de Cyr da en este caso una mortalidad de un 90 por ciento, mientras que en los demás (abertura en la pleura, vías biliares, bronquios, etc.) aquella varía del 80 hasta el 10 por ciento. Tardieu cita el siguiente hecho, interesante en más de un concepto: "El 2 de septiembre de 1851 he procedido á la autopsia de la señora L *** fallecida muy rápidamente en medio de vómitos incoercibles y dolores intolerables, y en pos de circunstancias que podían hacer pensar en un envenenamiento. En efecto, pocos días antes, su marido la sorprendía en flagrante delito de adulterio. Con todo, la autopsia demostró una causa de muerte muy distinta, y que no dejaba lugar á dudas. Tratábase de un quiste hidatídico roto en el peritoneo, donde se había desarrollado una inflamación hiperaguda."

F

*Ruptura de la trompa uterina
Hematocele peri-uterino*

"He registrado dos ejemplares, dice Tardieu, de derrames sanguíneos en la pelvis menor, formando verdaderos tumores situados detrás del útero. En estos dos casos, observados uno en marzo y otro en noviembre de 1852, se trataba de dos jóvenes en quienes no podía invocarse ninguna idea de concepción, ni tampoco ninguna tentativa de aborto. Ambas sucumbieron con tal rapidez, que las sospechas de envenenamiento motivaron diligencias judiciales, sin que por lo demás se esclareciera la causa de la muerte. Una de ellas era casada de poco tiempo, la otra era una chica de malas costumbres. Tanto en una como en otra, el abuso del acto venéreo había provocado aquel desastre." (?)

Jamás he actuado de perito en casos análogos, pero sí á propósito de la ruptura de un quiste representado por un embarazo extrauterino, seguida de accidentes sospechosos para la justicia. Como es bien sabido, los embarazos anormalmente desarrollados en la trompa uterina, raramente llegan á término. Con el continuo aumento de volúmen del embrión, la trompa acaba por romperse, lo que ocurre generalmente al cuarto mes de la gestación. En cuanto á síntomas, se observa un dolor brusco, seguido de todo el cuadro de una hemorragia interna, que acaba con la muerte en poco rato.

De lo que voy á referir hará como una docena de años. Una actriz inglesa muy en boga, llega á Paris y se aloja en un hotel junto con su doncella de servicio y dos amigos que no saben una palabra de francés. Diríjense los cuatro al Bois para dar un paseo, y una vez allí, la actriz se siente indispuesta y se hace llevar al Pré Catelan, donde toma una taza de leche fría. Sintiendo cada vez peor, la transportan al pabellón de Armenonville y allí muere dos horas mas tarde. Inmediatamente, después de la muerte, la camarera vuelve al hotel con los vestidos de su ama, y telegrafía á Londres, dirigiéndose á un personaje que siempre se había interesado mucho por la difunta dama. Entretanto el comisario de policía llega al pabellón de Armenonville y encuentra el cadáver en una cama, cubierto sólo con una camisa de seda roja. Además, observando el suelo manchado de vómitos y no pudiendo obtener explicación alguna de los ingleses, acaba por enviarlos al cuartelillo y mandar que el cuerpo de la víctima sea trasladado á la Morgue.

Llegado el momento en que debo proceder á la autopsia y se me presenta un delegado del personaje de Londres, diciéndome acto continuo: "No es posible que esta mujer se

halle embarazada. Tengo sérios motivos para creerlo." Nada tenía que responderle y así practiqué la autopsia. A despecho de las preven- siones del noble lord la jóven presentaba un embarazo tubárico de tres meses, habiéndose roto el quiste fetal en el peritoneo. La muerte fué debida á una hemorragia intra- peritoneal, pero el comisario habia creído en un envenenamiento. En este sentido se dirigieron hasta entonces las investigaciones, que dieron por resultado averiguar que la actriz no tomó en el hotel otros ali- mentos que los servidos á sus com- pañeros. El público conmovido por la extraña muerte de la actriz supo por la prensa de actualidad, que posee el secreto de la información fidedigna, que yo atribuía el acci- dente al vaso de leche fría bebido por la actriz en el Pré Catelan!

Puedo relataros también otro he- cho del mismo género y que presen- ta para nosotros un gran interés, ya que se trata de un contratiempo que le ocurrió á un colega. En 1884 un médico jóven se establece en Pa- ris y toma á su servicio una don- cella de 24 años. Una noche sale después de cenar y á su vuelta divi- sa una multitud apiñada á la puer- ta de su casa. Su portera y las co- madres del barrio vociferan, están exasperadas contra él. La mucha- cha se halla moribunda, en la mas completa algidez, afónica y ator- mentada por vómitos, sucumbien- do á no tardar. El jóven fué acusa- do inmediatamente de haber des- honrado á la doncella y de haber querido hacerla abortar con drogas que le habían causado la muerte. El cadáver fué conducido á la Mor- gue, donde la autopsia nos reveló un embarazo de tres meses y medio, roto en la cavidad peritoneal. Gra- cias á las conclusiones de mi infor- me el jóven no fué perseguido, pero se vió forzado á dejar el barrio y establecerse lejos de su primer do- micilio.

III

CONCLUSIONES

Con ocasión de la pregunta del juez instructor: "¿La muerte ó la enfermedad se deben á la ingestión de una sustancia venenosa?" pue- den ocurrir varios casos.

El químico no encuentra sustan- cia tóxica.

—¿Quiere esto decir que no haya habido envenenamiento? Segura- mente que no, puesto que ciertos venenos en la actualidad son difíci- les sino imposibles de descubrir. Tal ocurre con la aconitina y la ubaina que matan á la dosis de un centésimo de milígramo. El químico, pues, debe guardar ciertas reservas; si no ha encontrado veneno, lejos se está de afirmar categóricamente q' no ha ocurrido una intoxicación.

En otros casos se encuentra en la autopsia *una lesión capaz de expli- car por sí sola la muerte natural.* A pesar de esta prueba, no debe descuidarse el análisis químico de las vísceras, pues es muy posible que se haya envenenado á un suje- to gravemente enfermo. No faltan casos en que los asistentes de un po- bre valetudinario han precipitado su fin.

Por fin, podreis encontrar *lesio- nes al parecer insuficientes para de- terminar la muerte sin que sea po- sible hallar tóxico alguno en el or- ganismo.* En este caso es preciso guardar la mayor reserva y confe- sar francamente que no podéis de- terminar la causa de la muerte.

Ya os acordaréis del caso del Ba- rón Reinach, quien hallándose en perfecta salud fué encontrado muer- to en su cama al dia siguiente. Esta muerte pareció sospechosa, pues el Barón estaba á punto de verse complicado en el proceso de Pana- má. La autopsia reveló una dege- neración grasienta del corazón, pe- ro como durante las perquisiciones se descubrió en un mueble una co- lección de venenos vegetales que el Barón recogió en sus viajes, comen-

zó á pensarse en un suicidio. Las investigaciones químicas y fisiológicas no dieron más que resultados negativos.

¿Qué podíamos deducir? Ya sabemos que la degeneración adiposa lo mismo que la insuficiencia aórtica, exponen á la muerte repentina. En el caso del Barón Reinach, la lesión era ligera, pero esto no arguye nada para el pronóstico. Conozco en la actualidad un sujeto de unos 45 años de edad, que desde los 7, y á consecuencia de repetidos ataques ñe reumatismo articular, padece de una insuficiencia aórtica enorme. Todos los médicos consultados entonces por su familia, formaron un pronóstico gravísimo, estando contestes en prohibirle los estudios profundos y hasta los juegos naturales á su edad. Y sin embargo, ese aórtico es inspector de ferrocarril, lleva una vida muy atareada, se fatiga, viaja dia y noche, sin haber presentado jamás síntoma alguno alarmante debido á su lesión cardiaca.

Así pues, hay sujetos que viven con lesiones aórticas considerables, y otros que mueren repentinamente con lesiones ligeras. La verdad es que no sabemos aún porqué. Invocamos (sin duda con razón) las emociones, la fatiga, un desorden intestinal, una congestión pulmonar, pero no podemos graduar la importancia de estas condiciones accesorias, y el médico legista no puede hacer más que invocar la posibilidad de entrar como factores en el caso. Lo mismo que en la insuficiencia aórtica ocurre en la degeneración grasosa del miocardio.

Todo lo dicho es aplicable á muchos otros casos. Muchas veces encontramos riñones atrofiados y esclerosados, cuando en realidad la muerte resulta de un accidente; de un suceso fortuito. A la inversa, hemos autopsiado individuos muertos por ataques de uremia, estando sus riñones mucho menos comprometidos é inutilizados. Esto hace que no sea posible decidir á qué pe-

ríodo la lesión se hace incompatible con la vida.

Y finalmente, no olvideis, señores, que en un gran número de casos de muerte repentina (una mitad ó una tercera parte), no encontramos en el cadáver lesión alguna que nos permita determinar su causa.

(*Medicina y Cirujía*, Barcelona.—1902.

Publicaciones recibidas

Vient de Paraitere.—**La Guérison de la Morphinomanie.**—Sans Souffrance par le docteur Oscar Jennings, Traduit de l'anglais par M. Albert Ball. 1 volume in-18 cartonné 4 fr. —A. Maloine, Libraire-Éditeur 23 25, Rue de l'École de Médecine. París.

Libro anual indispensable.—**Anuario Médico-Farmacéutico de 1902.**—Sexto suplemento al *Diccionario de Medicina y Farmacia Prácticas* por el Doctor Larra y Cerezo Académico electo de la Real de Medicina de Madrid; Profesor de la Academia de Sanidad Militar; primer Vicepresidente de la sección de terapéutica en el XIV Congreso internacional de Medicina de Madrid (1903), etc. Tomito de 150 páginas, elegantemente encuadernado en tela. Precio, 2,50 pesetas, en provincias, 25 céntimos más para el certificado. Los pedidos á la administración: Leganitos, 17, segundo izquierda, Madrid.

La popularidad de que gozan desde hace ocho años estos Anuarios, evita decir nada especial acerca de esta serie, que ha venido á sustituir á la antigua de Dujardin-Beaumontz, en Francia.

Constituyen la historia científica del año anterior, tanto en España como en los restantes países de Europa y América, agrupada por orden alfabético, para su más facil lectura y manejo. Estos tomitos

equivalen, en su lectura, á muchos millares de páginas de obras y periódicos recientes.

La simple enumeración de los principales asuntos tratados en el de 1902, suplira á cualquier recomendación. Demuestra su gran actualidad el hecho de alcanzar sus datos hasta 20 de Mayo de 1902.

Medicamentos nuevos, ó cuyo estudio se ha completado.—Abruma, ácidos glicónico, tiolínico y vanádico; acopírina, adrenalina, *Æsculos*, agar, agaricinas, agua oxigenada en sus novísimas indicaciones, agurinas, alboferina, amiotina aristoquinina, arrenal, atoxil, azul de anilina, bacilol, basol, bismutosa, nuevos cacodilatos, calcínol, cotilalcohol, *corynante johimbe*, creoso alcanfor, cupragol, dermosapol, dimal, dionina, ecezema, *ephedrea nevadensis*, ergotinas de Frommer y Kuller, esquitol, eugoformo, euperina, fenolptoleína, formazal, gabianol, glicogenol, glicosol, hermo-fenil, hetoformo, hidrozono, histerogenol, ibogalina, icetosina, iodo-col, jequeritol, *koemphera galanga*, kindelbah, lactanina, lanoforno, laxol, lecitina, libanol, lisulfol, mucina, neunima, olutkombol, ovolocinina, pancreón, patata, en la glucosuria, peptobromoeigon, *periplaneta orientalis*, peruol, petrosapol, proteína piociánica, purgatol, quinotropida, reumatina, sapolano, solvosol, somnoformo, *sueros diversos*, tanocreosoformo, taquiol, tigenol, triferina, tuá-tuá, urosteril, valil, zotal, zumo de uvas sazonadas, y otros muchos que se copian aquí por falta de espacio.

Métodos terapéuticos.—Actinoterapia, bacteriotepia, clinoterapia, fisicoloterapia, guayacolización intensa, helioterapia, inyecciones intrarraquídeas (nuevas conclusiones); kefiroterapia, método Libby, ozonoterapia, sueroterapia (con todos los sueros nuevos, incluso el de Trunek-Czerny).

Procedimientos quirúrgico y operaciones.—Descortezamiento pulmonar, exosplenopexia, extirpación del

ganglio de Gasser y operaciones de Chalot, Chaput, Chipault, Doyen, Jaubolay, Maydl, la vasotripsia y el procedimiento de Zeller.

Productos farmacéuticos, escipientes, etc, nuevos.—Abolenó, glicerina, endurecida por el formadehído, mercolinte, ætol, *stilispirituosi*, vasolinimentos, viscina, etc.

Opoterapia.—Figuran entre grupo, como innovaciones terapéuticas, la adrenalina, enteradeno, epinefrina, *glandulen Hofmann*, heliosina, mioserum, mucina, opocerebrina, pigmento iridiano, raquitol y otros.

Reactivos nuevos, de orinas, y de ciertos cultivos patógenos, etc.—Ácido metafosfórico vitroso, taurocolato de sosa, etc.

Enfermedades, síntomas nuevos y medios de diagnóstico.—Ákatexia, bronquiolitis fibrosa obliterante, citodiagnóstico, coxo vara, dedo hipocrático, el radium para las lesiones oculares, diazo-reacción (también de valor pronóstico), esofagómetro, halisteris inflamatoria, hemodiagnóstico farmacodiagnóstico, iodopino, matatarsolgia, oniógrafo, oligohidramnia, opsiuria, pseudo-actinomicosis, queratomicosis, sinuscopia, taurocolato de sosa, tatalgia, urémides, uta peruana, Yemen (úlceras de) y yodofila.

Entre las enfermedades y síntomas con nombres propios se consiguen las de Armani-Ehrliche, Bechterew, Bezold, Cherchewski, Morton, Quidquaud, Weillz, Wernicke, y leyes patógenas de Buhl y de Zuber-Weillon.

En cada enfermedad, de las conocidas, se indican los medicamentos nuevamente preconizados contra ella, y en cada substancia medicinal, las indicaciones descubiertas últimamente.

En el orden etiológico se citan los nuevos microorganismo patógenos de Doyen, Jullien, Lewkowitz, *micrococcus neoformaris* y *catarralis*, diplo-estreptococo de nonna, Piorowsky, Shiga, Waichselbaum (de yemen), etc.

Se ha publicado el *Vigésimosegundo Suplemento á La Oficina de farmacia* según Dorvault, que bajo la dirección del ilustre farmacéutico y catedrático D. Joaquín Olmedilla y el eminente químico Filiberto Soria publica la casa editorial de los Sres. Bailly-Baidiere é hijos.

Por el creciente favor que los señores farmacéuticos vienen dispensando á esta publicación, y los grandes servicios que en el laboratorio presta, creemos inútil todo elogio, limitándonos á dar á conocer algunos de los principales estudios que merecen consignarse, pero que no significa, en modo alguno, que sean los únicos dignos de fijar la atención del lector.

Hay, pues, entre los artículos de este volumen más de 200 fórmulas en el recetario, todas de gran utilidad; dos nuevos ureómetros, que facilitan valoración de la urea orina, o algunas observaciones prácticas realizadas con motivo de la nueva edición de la Farmacopea francesa. Merece consignarse un procedimiento que se indica determinar con facilidad las diferencias entre la sangre humana y la de los animales, valiéndose del agua oxigenada, con lo cual se resuelve un importante y transcendental problema químico y médico legal.

Algunas particularidades, de gran valor práctico en la preparación de los extractos fluidos, son igualmente de gran interés, así como las curiosas observaciones que se consignan acerca de la profilaxia del paludismo y su patogenia que revelan la última palabra de la ciencia acerca del patricular.

Son también muy curiosos los experimentos de Leblón respecto á la transformació de algunos cuerpos simples, los cuales se consignan ilustrados con las correspondientes figuras. Debe también llamar nuestra atención lo referente al alumbrado por medio de microbios ó fatobacterias, así como las observaciones acerca de la presión osmótica, que se expone en otro artículo de inte-

santes datos nuevos relativos al análisis de la orina. Tampoco debemos dejar de referir algunas nuevas consideraciones que da á conocer relativas al análisis de las aguas potables y mineromedinales, entre ellas una modificación al procedimiento hidrotimétrico, que convendrá tener presente al emplear este ventajoso medio investigación de la potabilidad del agua.

Mucho sería lo que tendríamos que escribir para dar cuenta exacta del libro, más con las breves consideraciones expuestas creemos haber llamado la atención sobre su importancia, por lo que nos limitamos á recomendarla á nuestros lectores, por considerarla como factor indispensable para el mejor desarrollo de la profesión farmacéutica.

La obra se vende en todas las librerías y en la Casa editorial, plaza de Santa Ana, 10, Madrid.

Vient de Paraitre, Les Aveugles á travers les Ages. La clinique Nationale Ophtalmologique des Quinze-Vingts avec une statistique sur les causes de la Cécité, basée sur 2.000 observations.

L'Hospice des Quinze-Vingts Moderne par le Docteur Constantin Goulesceano. Préface de Monsieur le Docteur J. V. Laborde, membre de l'Académie de Médecine, Directeur des Travaux Physiologique á la Faculté de Médecine de Paris. Volume in 8° 6 fr.

Dans un volume de 270 pages, avec 20 photogravures dans le texte, l'auteur montre la richesse des documents pour tout ce que touche à l'amélioration du sort des Aveugles.

Dans une première partie, les principaux chapitres sont:

Les Aveugles á travers les Ages. L'Institution Nationale des jeunes Aveugles, La Société d'Assistance pour les Aveugles, L'Éducation de l'Aveugle, et les Considérations psycho-physiologiques de l'Enfant aveugle, L'École Braille, Les Aveu-

gles en France et à l'Étranger, etc. etc.

La 2^{me} partie de la Clinique et du Pavillon d'Isolement fait ressortir outre des chapitres intéressants.

L'Historique et le fonctionnement actuel de la clinique, Les grandes opérations, les Conditions à remplir pour se faire opérer, Le Laboratoire de la Clinique, Les statistiques des opérés, les malades traités et hospitalisés depuis la fondation de la Clinique. Le traitement du larmolement et de toutes les affections graves de l'œil.

Le fonctionnement du Pavillon d'Isolement, le traitement des ophthalmies purulentes et de la conjunctivite granuleuse. Des tableaux comprenant 2000 observations détaillées avec réflexions et conclusions importantes sur les causes de la cécité en font une partie tout originale de l'ouvrage.

La 3^{me} partie Hospice. Outre la richesse des documents, traite:

Les conditions d'admisibilité à l'Hospice, la situation de l'aveugle autrefois et aujourd'hui. Le régime, les occupations des pensionnaires, L'Education des Enfants des pensionnaires.

Enfin une Bibliographie très détaillée sur tout ce qui touche au sort de l'Aveugle.

Ce travail par la mise au point et l'importance du sujet occupera sans doute place dans toute Bibliothèque et sera certainement consulté par tous ceux que la question intéresse.

Enciclopedia de Ginecología publicada bajo la dirección de **J. Veit**, de la Universidad de Leiden, con la colaboración de distinguidos profesores. Versión Castellana de los Drs. D. Isidoro de Miguel y Viguri, D. Rafael del Valle, D. Silvio Escolano, D. Miguel Gayarre, D. Gaspar Sentión y D. José Palancar. Precedido de un prólogo por el Dr. D. Eugenio Gutierrez, individuo de la Real Academia de Medicina de Madrid y Ex presidente de la Sociedad Ginecológica Española.

Defiriendo á nuestra solicitud, nos han sido enviados por su editor D. Rafael Ulecia y Cardona, los cuatro últimos cuadernos de esta interesante obra.

Nada puede agregarse á los justos elogios que de esta enciclopedia hace la prensa médica universal. En conformidad con su nombre, enciclopedia, abraza cuanto la ciencia médica y quirúrgica alcanza en el ramo de enfermedades de señoras.

Memorias de la real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona:

Júpiter en 1901 por el Académico Sr. D. José Comas Solá; publicada en abril de 1902.

La "Nova Persei" por el Académico D. José Comas Solá; publicada en abril de 1902.

Comparación Matemática entre los distintos modos de calcular los descuentos simple y compuesto por el Académico numerario D. Antonio Torrents y Monner. Publicado en marzo de 1902.

Del infinito por el Académico numerario D. Luis Rouvière. Publicada en marzo de 1902.

El señor doctor Leonardo Varas, de Lima, dice en extracto á los señores Scott y Bowne de Nueva York, con fecha 17 de abril, 1893:

"Me es sumamente grato participar á Uds. que habiendo propinado á mis enfermos desde hace algun tiempo la Emulsión de Scott en las enfermedades de los bronquios y de los pulmones, he obtenido resultados positivos y verdaderos."

No hay duda alguna que la Emulsión de Scott no tiene igual para fortificar los pulmones, producir uerzas y crear carnes.