

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXI }
/

LIMA, 15 ABRIL DE DE 1904

{ N.º 367
/

Correspondencia de París

Algunas consideraciones

SOBRE LA CAUSA ETIOLÓGICA DE LAS
DISENTERÍAS

Siendo la disentería una enfermedad no rara entre nosotros y antes bien, muy frecuente en algunas localidades del Perú, creo de cierta utilidad la exposición de los hechos mas indispensables y de interés práctico que le conciernen, inspirándome en las ideas expuestas por el doctor Vaillard en el Instituto Pasteur y las consignadas en la tesis de Mlle Broido, que ha condensado todos los trabajos efectuados hasta el día por los que se han ocupado de la cuestión.

Es ya un hecho adquirido que no hay una disentería, sino varias disenterías, de las cuales dos están perfectamente admitidas en la ciencia, mientras que las otras necesitan nuevas comprobaciones para adquirir derecho de propiedad en el catálogo de las entidades morbosas autónomas.

Entre las primeras están la disentería amibiana y la disentería á bacilo de Chantemesse — Widal — Shiga.

En el grupo de disenterías en estudio, se hallan, la á *Balantidium*

coli, las á *Bacilo de Roger*, de Ogate, á *Coco-bacilo de Lesage*, así como la á *bacilos pseudo disentéricos*.

DISENTERÍA AMIBIANA

Es ocasionada por la acción patógena de diferentes especies de amibas, reunidas ó aisladas que se encuentran en las deposiciones de los disentéricos, en las paredes y ulceraciones intestinales, así como en el pus de los absesos hepáticos.

Las amibas son fáciles de reconocer cuando se examinan las heces en condiciones apropiadas, es decir, de manera que puedan ofrecerse al observador dotadas aún de sus movimientos patognomónicos. Las dimensiones de estos parásitos varían mucho con los diversos autores, oscilando entre los límites extremos de 6 μ dado por Massioutine y de 50 μ dado por Dofflein.

En todo caso hay que hacer el examen microscópico con heces recientemente emitidas y de preferencia con un fragmento de mucus grumoso. Patrick Manson, el célebre patólogo tropical inglés, recomienda la técnica siguiente: el grumo mucoso es colocado en una lámina porta objeto y cubierto por una laminilla; se ejerce cierta presión hasta que la sustancia se extiende en capa muy delgada. En los climas cuya temperatura es su-

perior á 26 grados, se examina directamente la preparación al microscopio. á débil aumento, sin necesidad de platina caliente. Las amibas conservan sus movimientos en estas condiciones durante 1 y media á dos horas. En los climas fríos, es menester el empleo de la platina ó en su defecto de una simple placa de cobre agujereada en el punto correspondiente al paso de la luz del espejo del microscopio y provisto de una larga prolongación ó mango, bajo cuya extremidad se coloca una lámpara de alcohol que transmite á la placa de cobre y á la preparación que está encima de ella, una temperatura que puede oscilar entre 26° y 40°. A 25° la amiba se inmoviliza, se enquistada y se hace muy difícil de observar.

Mlle Broïdo, aconseja estudiar las amibas en gota colgante, y para la conservación de las piezas, toma un grumo que somete á la acción inmediata de un líquido conservador tal como el ácido cromosómico, el sublimado, etc. Emplea después la técnica ordinaria de los cortes seriados á la parafina, prefiriendo para la coloración la tianina, el azul de toluidina, la asafraína ó la fuchsina fenicada glicerinada de Czaplcosky ó de Ziehl.

Las amibas están constituídas por un *ectosarco* muy claro que rodea al *endosarco*. Este es granuloso, provisto á veces de un núcleo y de vacuolas no contractiles; encierra además cuerpos extraños que ha englobado, como son: glóbulos sanguíneos, bacterias, etc. Al principio los movimientos pseudopódicos se hacen solo á expensas del *ectosarco*, pero cuando éste se ha extendido algo, el *entosarco* se precipita á su interior, lo llena y la amiba toda experimenta un movimiento de traslación.

El papel de la amiba como agente patógeno de la disentería, ha sido muy controvertido. Se la ha ob-

servado, en efecto, en las heces de individuos completamente sanos, pero ¿el bacilo de Koch, el vibrion colérico, el bacilo de Eberth, los estreptococos piógenos y casi todos los microbios patógenos no se han encontrado acaso en las mismas condiciones? Este simple hecho no es, pues, suficiente para negar todo papel patógeno á los protozoarios en cuestión, dados nuestros conocimientos actuales sobre saprofitismo de parásitos mórbidos.

El aislamiento y cultivo de las amibas es muy difícil, por manera que el único medio empleado por los experimentadores para transmitir la enfermedad á los animales, ha sido, al principio, la inyección de las heces de disentéricos.

Al animal reactivo, el gato, se inyectaron heces disentéricas en el recto practicando en seguida la sutura del ano para mantenerlas algún tiempo sin que fueran expelidas al exterior.

Los resultados fueron positivos, pero se objetó, que la sutura del ano era suficiente causa por sí sola para determinar lesiones intestinales que simularan la disentería, porque con ella se realizaba la cavidad cerrada. Entonces, los experimentadores inyectaron las materias fecales á pequeñas dosis pero repetidas veces y á cortos intervalos, procurando de este modo que permanecieran el mayor tiempo posible encerradas en el intestino. Los resultados también fueron positivos.

Nuevas objeciones surgieron contra el rol de las amibas y se dijo, que al inyectar heces amibicas, se habían introducido al mismo tiempo los verdaderos agentes desconocidos de la disentería que se hallaban en dichas materias al lado de las amibas.

Entonces se repitió la experiencia, no ya con heces, sino con el pus amibiano de un gran absceso

hepático, pus que no había presentado microbios á los diferentes cultivos, ni á las diversas inoculaciones experimentales que se hicieron bajo la piel, en el peritoneo ó en los músculos de diversos animales.

Este pus, provisto de amibas pero estéril de microbios y representando por consiguiente en cierto modo un cultivo puro de amibas, produjo en el gato la disentería amibiana con sus lesiones características.

Desde esta comprobación, la amiba es considerada como el agente causal de una de las variedades de disentería.

Hoy se cree que la vía de penetración de las amibas es la hídrica y hácia esta vía se han dirigido las medidas profilácticas en diversos países, obteniendo buenos resultados en la mayoría de ellos.

La disentería amibiana es la que con mucha frecuencia se complica de abceso del hígado, y la producción de este abceso es explicado de la siguiente manera: las amibas en la disentería, no solo se hallan en las heces, sino que atacan y penetran la mucosa, sobre todo al nivel de las ulceraciones, donde con facilidad encuentran vasos sanguíneos de pared muy frágil, que vencen fácilmente gracias á sus movimientos y caen en la circulación porta que las conduce rápidamente hácia el hígado en el que se detienen. Una vez allí y después de rechazar la fagocitosis orgánica, se multiplican y se nutren á expensas del tejido hepático mismo destruyendo células hepáticas, células endoteliales sanguíneas y linfáticas, tejido conjuntivo etc, de tal manera que una vez que llegan á constituir un cultivo abundante, se mueven en un líquido compuesto de plasma, exsudado, glóbulos rojos, leucocitos y toda clase de desechos celulares reunidos en una cavidad común, sin membrana piógena propia y que da la fisonomía

especial al pus achocolatado del hígado.

DISENTERÍA BACILAR

Al lado de la disentería amibiana se tiene la bacilar cuyo agente patógeno fué descrito por primera vez por Clantemesse y Widal en 1888 y confirmado después por Shiga, Flexner y Kruse.

Es una enfermedad epidémica, eminentemente contagiosa que se complica de hepatitis supurada con menos frecuencia que la anterior. Su marcha es en general mas rápida.

Para buscar el bacilo específico en las materias fecales, es menester cuidar de que éstas sean recientemente emitidas y escoger de preferencia un fragmento grisáceo. Si la obtención de este fragmento se hace difícil en la materia fecal misma, se diluye una pequeña cantidad de ésta en agua esterilizada, dilución que favorece la separación de las diversas porciones de las heces.

Entonces se hacen varios sembríos con este fragmento en la gelosa fundida de Wustz (gelosa ordinaria á la que se añade 2 $\frac{1}{2}$ de lactosa y 1 c. cúb. de tintura de tornasol por tubo).

Se vierte la gelosa aún fundida, en cajas de Petri que se llevan á la estufa á 37°. Al cabo de algunas horas se desarrollan colonias de colibacilo que preceden siempre á la aparición de las del bacilo disentérico. Aquellas se reconocen por su mayor tamaño y por su coloración rosada, debida á la fermentación de la lactosa que hace virar al rojo el tornasol; mientras que las de bacilo disentérico son mas tardías, pequeñas, transparentes y que dejan ver por consiguiente el color azul de fondo.

Al cabo de 24 horas se siembra un tubo de caldo con el contenido de una de estas últimas colonias,

produciéndose al siguiente día un cultivo puro de bacilo disentérico que está en buenas condiciones para hacer la sero-reacción.

Esta reacción se practica de la misma manera que con el bacilo de Eberth en la fiebre tifoidea; me parece pues innecesario de insistir en su técnica. Solo diré que es positiva en el caso de tratarse de disentería bacilar no produciéndose jamás con el suero de los enfermos atacados de disentería amibiana ú otra. Chautemesse preconiza un método de investigación del bacilo disentérico que él llama *gelo-diagnóstico* y que aplica también al vibrión colérico, al bacilo de Eberth etc.

Para ello, siembra un tubo de agua peptonizada, con la materia sospechosa y lo lleva á la temperatura de 37° durante 7 ú 8 horas.

Al cabo de este tiempo filtra el cultivo á fin de despojarlo de los pequeños grumos que hubieran podido formarse y que dificultarían la operación. En el líquido filtrado vierte algunas gotas de suero aglutinante, espera un cuarto de hora para que la aglutinación se realice y centrifuga durante un minuto. En el fondo del tubo se acumulan las masas de aglutinación; decanta el líquido y diluye el depósito en dos ó tres gotas de caldo y vierte todo sobre un papel de filtro colocado de plano sobre una mesa.

Los grupos de microbios aglutinados quedan en la superficie del papel, y para recogerlos aplica sobre ellos la parte plana flameada de un tapón de vidrio á la que se adhieren. Siembra entonces entonces estos grumos frotando ligeramente la cara del tapón que los contiene sobre una capa solidificada de gelosa lactosada en caja de Petri, á la que se ha añadido tinctura de tornasol y dos gotas de

una solución acuosa de ácido fénico á 3 %. Lleva en seguida las placas de Petri á la estufa durante 18 á 24 horas, al cabo de las cuales examina al microscopio y á la sero-reacción, solamente las colonias que han quedado azules.

Para buscar el bacilo en el agua potable, añade 30 gramos de peptona Defresne á un litro del agua sospechosa y lleva á la estufa durante 20 horas, filtra, añade suero aglutinante y termina la operación como con las materias fecales.

Los caracteres asignados por Chautemesse y Widál á su bacilo son los siguientes,

1 á 3 milésimas de milímetro de longitud, movilidad apenas perceptible, extremidades redondeadas, no liquidifica la gelatina, cuando envejece en este medio la colonia forma dos círculos concéntricos, en patata da un cultivo seco y poco abundante, no forma irídol, no fermenta la lactosa, no toma el Gram. Se presenta en los casos de disentería bacilar; inoculado por la vía anal, bucal, intra-intestinal, subcutánea ó intra peritoneal da las lesiones típicas de la disentería con localización en la mucosa del intestino y en los ganglios mesentéricos, produciendo á veces focos de necrosis de coagulación en el hígado.

Shiga aumentó á estos caracteres el que el cultivo en caldo del bacilo era aglutinado por el suero de los disentéricos, que el cultivo superficial en gelatina se hacía en forma de hoja de vid, y por último descubrió el suero antidisenterico cuya aplicación en la clínica no solo ha aminorado la gravedad del mal, sino que aún ha hecho descender su mortalidad de un 50 por ciento.

Resumiendo tenemos:

CARACTERES DEL BACILO DISENTÉRICO

	<i>Chantemesse y Widal</i>	<i>Shiga</i>
Dimensiones.....	1 á 3 μ	Corto
Forma.....	Bastoncito...-.....	Bastoncito
Movilidad.....	Muy b�ebil.....	Muy débil
Gelatina en placas.....	No liquidifica; mancha clara, mas tarde dos círculos conc�tricos..	No liquidifica; colonias superficiales en hoja de vid sobre gelatina � 10 por ciento
Patata.....	Amarillento, seco, poco abundante.....	Barniz poco aparente, seco, blanco después bruno
Formación de indol....	Nula.....	Nula
Reacc. de Gram.....	Negativa.....	Negativa
Leche.....		No coagula
Peptona gelosada.....	No dé gases.....	No fermenta
glucosada.....		
�sporas.....	No existen.....	No existen
Experimentación.....	Positiva.....	Nula, pero aglutinación positiva
	Toxinas aisladas por Vaillard y Dopter.	

La disenteria   *Balantidium coli* admitida por unos, negada por otros, se encuentra aún en el terrede la controversia. Me evito la descripción detallada del parásito enviando al lector   la brillante t sisi de bachillerato presentada por mi compañero el doctor José Fernández, que,   no ser infiel mi memoria, es el primero que ha demostrado con abundancia de datos, la existencia del *Balantidium* en el Perú, observado en la clínica del catedrático doctor Fernández Concha.

He creido de utilidad la exposición de la técnica investigadora de los agentes causales de las dos disenterias universalmente admitidas, con la esperanza de que alguno de nuestros laboriosos alumnos de la Escuela, emprenda su estudio en el Perú donde el material es abundante para establecer cuales son las especies de disenteria mas frecuentes, su mortalidad, sus complicaciones, etc., en una palabra,

para dilucidar con precisión este punto que es de verdadero interés nacional.

Tuve la suerte de encontrar en tres ocasiones las amibas en las heces de disentéricos con abscesos hepáticos. Dos casos observó en Arequipa, uno de los cuales en el servicio hospitalario del doctor Enrique D. Barrios; el tercer caso se presentó en la Maison de Santé de Lima en la sección médica del Profesor doctor Flórez.

Paris, febrero de 1904.

EDMUNDO E. ESCOMEL.

La Peste Bub nica en el Callao (EN ABRIL DE 1903)

TESIS QUE, PARA OPTAR EL GRADO DE BACHILLER PRESENTA   LA FACULTAD DE MEDICINA EL ALUMNO ARISTIDES CASTAÑETA.

[Conclusión]

ANEXO N  4

Pascual Novelli, de 21 años de

edad, constitución débil, temperamento linfático, y domiciliado en la calle de Guisse número 143, es guardián del molino "Santa Rosa."

En la noche del viernes 1° de mayo es súbitamente acometido de escalofríos intensos, seguidos de fiebre alta é intensa cefalalgía frontal.

Aldía siguiente (2) es visitado por el doctor Cárdenas quien lo encuentra con las conjuntivas inyectadas, pupilas dilatadas; piel seca y caliente, temperatura axilar de 40°5, sed intensa, sensación de quemadura interior, lengua saburrosa en el centro y roja en los bordes. La cefalalgia del día anterior se ha hecho mas intensa.

El día 3 la temperatura es la misma, y á los síntomas anteriores se agregan el delirio, marcado sobre todo en la noche, las náuseas y la constipación.

El día 4 hay una ligera epistaxis; en la ingle izquierda acusa ligero dolor, y al examinar la región descúbrense ligero infarto en los ganglios del grupo vertical. Al mismo tiempo la postración y los dolores musculares, que hasta entonces habían sido poco notables, adquieren cierta intensidad.

El día 5 la temperatura es de 39°, el dolor y el infarto ganglionar aumentan; pero el delirio disminuye y el estado general mejora notablemente.

El día 6 el estado general es hasta cierto punto satisfactorio: no hay delirio, la sed es menor y el apetito es hasta exajerado; la temperatura es de de 38°5. En este día descúbrense pequeñas petequias en el abdomen, torax y dorso de las manos, apareciendo al mismo tiempo una pústula en la tabaquera anatómica izquierda.

El tratamiento hasta este día ha sido puramente sintomático, empleándose el salicilato de soda, la quinina, la quina y la kola.

Desde este día hasta la noche del 8, en que es trasladado á la carpa

las condiciones del enfermo han variado notablemente, como que al ser recibido por el doctor Figueroa la postración es tan grande que es preciso conducirlo en brazos del coche á la cama y que la palabra misma es difícil; los dolores musculares han aumentado considerablemente, siendo éste el enfermo que mas se quejara de ellos; el dolor en la ingle izquierda es muy pronunciado, encontrándose aquí una voluminosa adenitis crural dura, roja, muy dolorosa y muy caliente, es decir, con los síntomas inflamatorios clásicos.

Además, encuéntranse nuevos infartos ganglionares en las regiones cervical, pliegue del codo, lado izquierdo é ingle derecha, este último muy pequeño y situado debajo del arco crural.

Como desde el principio, los aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo, así como las vísceras, no presentan síntomas de estar directamente afectados.

La temperatura en el momento de su ingreso á la carpa es de 39°.

El día 9 se le inyecta 20 cc de suero, siendo la temperatura de 38°5 en la mañana y 38° en la tarde.

El 10 el termómetro marca en la mañana 37°5 y en la tarde 38°5.

El 11 se le inyectan 40 cc de suero, á pesar de lo que la temperatura no se modifica, siendo de 37°5 en la mañana y 38°5 en la tarde.

En este día el enfermo se queja de dolor en las bolsas y se descubre una orquitis doble y una gran placa gangrenosa en el raté mediano. La orquitis se resolvió, aunque paulatinamente, con solo el empleo del suspensorio.

En cuanto á la placa gangrenosa, al desprenderla algunos días después, da lugar á una hemorragia alarmante, pero se modifica notablemente con los defensivos calientes y con pulverizaciones de formol.

El 12 la temperatura es de 38° en la mañana y 38°5 en la tarde.

El 13 baja la temperatura en la mañana á 37°5, para subir en la tarde á 38°

En este día se le inyecta 40 cc de suero y se observa que en el dorso de la mano izquierda, dorso del pie y parte posterior de la pierna, región de los gemelos, aparecen, como dice el doctor Figueroa, unas vesículas llenas de serosidad cristalina, muy dolorosas y rodeadas de una aureola roja; esta serosidad transformase en pús al siguiente día, al mismo tiempo que en el vértice de la ya entonces pústula se presenta un punto negro que se extiende, se rompe, deja libre paso al pús y se convierte en una úlcera sucia, negra, como de hollín.

Como se ve, este enfermo, lo mismo que Gonzáles, presenta los llamados carbones pestosos.

Como si este fenómeno fuera crítico, la temperatura baja al siguiente día á 37°5 para no subir mas.

Con este descenso de la temperatura coincide una marcadísima mejoría en el estado general, así como un cambio notable en los bubones, cuyo tamaño disminuye muchísimo y su sensibilidad se hace menor.

Desde este día el enfermo entra en el período de convalecencia, siguiendo los bubones una marcha progresiva hacia la resolución, excepto el erural que pocos días después presentó síntomas claros de supuración. Desbridado y extraídos los ganglios que contenía, sigue su marcha natural, hasta el día 7 de junio en que abandona la carpa, curado de su infección pestosa.

ANEXO N° 5

Alfredo Varela, de 15 años de edad, débil, linfático, domiciliado en la calle del Teatro número 68, es, como los anteriores, empleado del molino "Santa Rosa."

El 8 en la tarde experimenta un brusco, intenso y prolongado escalofrío, seguido de fiebre alta (39°5) postración, cefalalgia intensa y mucha sed.

Pocas horas después los ojos están lagrimosos é inyectados, la cefalalgia es mayor, lo mismo que la sed y el pulso es frecuente, lleno, fuerte.

El exámen de los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo, nada revela.

El 9 en la mañana se queja de mucho dolor en la íngle izquierda, en cuya región se nota una elevación dolorosa, dura y caliente, situada debajo del arco crural. La temperatura es de 41°, hay somnolencia y aumento de la cefaléa. Se le inyecta 20 cc de suero.

Cuatro horas después de la inyección es acometido de delirio furioso, al extremo que abandona la cama y trata de arrojar al mar, por lo que se hace necesario aplicarle camisa de fuerza. En la tarde la temperatura es de 39°4 y el delirio continúa hasta las dos de la mañana.

El 10 la temperatura es de 38° en la mañana y 39° en la tarde; el delirio ha desaparecido y el bubón, muy desarrollado, es muy doloroso y caliente.

El 11 se le inyecta 20 cc de suero. Pocas horas después preséntase el delirio con los mismos caracteres anteriores, que obliga el empleo de la camisa de fuerza. La temperatura que en la mañana era de 38°5, en la tarde es de 39°.

El día 12 la temperatura es de 38° en la mañana y 39°5 en la tarde, y el delirio furioso continúa.

El 13 amanece tranquilo y su temperatura es de 38°9 y 39°5 mañana y tarde, respectivamente.

El 14 se le inyectan 40 cc de suero. El bubón, muy desarrollado, tiene en este día forma y dimensiones de un plátano de la isla, descendiendo de arriba abajo y de fuera

adentro; es duro, doloroso y caliente; la temperatura es de 39° en la mañana y $39^{\circ}5$ en la tarde.

En la tarde de este día presentase nuevamente el delirio furioso y se le inyectan otros 40 cc de suero.

A mas del infarto ganglionar de la íngle izquierda, nótese intartos muy pronunciados en ambas rëgiones poplíteas, siendo este el único enfermo que los presenta en este sitio, y tardando muy poco en desaparecer.

El 15 nótese infartos ganglionares en la región cervical de ambos lados, infartos que como los poplíteos, duran poco tiempo. La temperatura es hoy de $38^{\circ}5$ en la mañana y $38^{\circ}9$ en la tarde.

Día 16. Como ayer, no hay delirio. La temperatura es de 38° en la mañana y $38^{\circ}5$ en la tarde.

El 17 los infartos poplíteos visiblemente desaparecen. La temperatura que en la mañana era de $37^{\circ}5$, es en la tarde de $37^{\circ}8$.

Días 18 y 19. A medida que las localizaciones ganglionares mejoran, los síntomas generales se atenúan, hasta desaparecer casi por completo.

El 20 la temperatura es de $37^{\circ}5$ en la mañana y $38^{\circ}5$ en la tarde.

El 21 se eleva un poco mas la temperatura, que es de 38° y $38^{\circ}5$ mañana y tarde, respectivamente.

El 22 baja la temperatura á $37^{\circ}1$ para no volver á subir, á pesar de lo que se le inyectan aún 40 cc de suero en cada uno de los días 23 y 24, para activar la desaparición del bubón inguinal, única reliquia que de la peste queda.

Al terminar esta historia no dejaré de tomar en consideración la afirmación, tanto de este enfermo como de Fernández, de haber encontrado desde hacía mas ó menos tres semanas, cada vez que entraban al depósito de sacos vacíos, lo que hacían con frecuencia por razón de ocuparse en la compostura de los sacos averiados, numerosas ra-

tas muertas, que él mismo arrojaba al caldero.

ANEXONº 6

Pedro Castro, indio, de 34 años de edad, robusto, sanguíneo, chalaco, casado, domiciliado en la calle del ferrocarril número 320 y empleado como empapelador y pintor en el molino de Santa Rosa, es el que ofrece el caso mas benigno de los observados, sin dejar por eso de ser típico.

La invasión ó principio de la enfermedad en este individuo es igual á la de los demás casos historiadados:

El domingo 3 de mayo experimenta repentino y fuerte escalofrío, casi inmediatamente seguido de fiebre alta, acompañada de cefalalgia intensa, náuseas, vómitos y diarrea, sed intensa y dolor contusivo en todo el cuerpo.

En los días 4 y 5 estos síntomas adquieren mayor intensidad, sobre todo el dolor contusivo y la postración, que lo colocan en una verdadera tortura; al mismo tiempo, desde la noche del 4, se presentan insomnio y delirio tranquilo, pero persistente.

En la mañana del 6 lo visita el doctor Cantuarias y su examen agrega á los síntomas indicados: conjuntivas bulbares inyectadas, aunque poco, lengua cubierta en el centro de una capa de saburra y libre en los bordes, vómitos y náuseas que persisten desde el principio lo mismo que la diarrea, anorexia y sed intensa.

La piel es áspera y seca y el termómetro marca 39° en la mañana y 40° en la tarde.

Al colocarle el termómetro en la axila derecha descúbrese en esta región un infarto ganglionar considerable, duro y muy doloroso, cuyo principio data, según refiere el enfermo, desde el mismo domingo y que le obliga á mantener el brazo

separado del tronco, no permitiéndole el dolor hacer uso de ese brazo ni menos adoptar el decúbito lateral derecho.

Los aparatos respiratorio y circulatorio marchan bien, salvo ligera astenia cardio-vascular.

Prescríbesele un tratamiento sintomático, tónico, antitérmico, mas algunos absorbentes.

Al día siguiente, 7, con gran sorpresa para el médico, el estado general ha mejorado notablemente: todos los síntomas han disminuido, desapareciendo el vómito, la diarrea, el insomnio y el delirio y deprimiéndose sensiblemente el bubón, á la par que el dolor era menor y la temperatura bajaba á 38°

En la tarde del mismo día, persistiendo la mejoría observada en la mañana, sube la temperatura á 40° y preséntase en los dos lados del cuello un dolor bastante pronunciado que hace presagiar la aparición próxima de nuevos bubones en las regiones cervicales, pero que felizmente desaparece por completo en la misma noche.

En el siguiente día 8 es trasladado á la carpa, donde el doctor Figueroa puede apreciar las buenas condiciones en que se encuentra, como que, siendo la temperatura axilar de 39° solo presenta pequeña cefalalgia, ligera postración, un poco de anorexia y polidipsia. El bubón del tamaño de un limón es muy duro, pero no tan doloroso como al principio.

Se le deja á dieta y observación hasta el siguiente día 9, en que se ve claramente el progreso de la mejoría, aunque la temperatura, que en la mañana es de 38' se mantiene en este grado durante la tarde.

El 10 el enfermo amanece apirético, 37°5, el tumor baja sin tratamiento alguno, se hace menos doloroso, más fácilmente palpable.

El estado general cambia rápida y favorablemente hasta el 15, en que se levanta, caminando al prin-

cipio con alguna dificultad, se despierta el apetito y no se queja de dolor alguno.

En cuanto al bubón, sigue en el camino de una resolución lenta, pero no interrumpida, hasta el día 27 de mayo en que, completamente sano, se le da de alta.

Lima, á 25 de julio de 1903.

ARÍSTIDES N. CASTAÑEDA.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Para nuestros hijos cuando tengan dieciocho años

CONSEJOS DE UN MEDICO

Por el Profesor Fournier

TRADUCCIÓN DEL DR. GONZALO ARÓSTEGUI

(Conclusión)

Por ese motivo se ha dicho con toda razón: "la gravedad de las sífilis secundaria es sobre todo para *los demas*." ¿Por qué para los demás? Porque los peligros que ocasiona la enfermedad en ese período, son esencialmente peligros de *contagio*. En efecto, á ese periodo pertenece la temible placa mucosa, que es el origen más fecundo de las contaminaciones sífilíticas. Por sí sola, con toda evidencia, produce la placa mucosa más contagios que todos los otros accidentes sífilíticos reunidos. Es un grano insignificante en su marcha, y por su contagiosidad es la peste.

Si, pues, la sífilis se mantuviera siempre en el período secundario no sería, ciertamente, enfermedad de gran importancia. Pero es menester desconfiar de ella, pues va á tomar bien pronto una nueva marcha, en la última etapa que vamos á considerar.

III. Esa etapa, llamada *terciaria*, no es forzosa, debo apresurarme á decirlo. No es forzosa, sino en aquellos individuos que se tratan de un

modo insuficiente; mientras que falta felizmente, si no siempre, á lo menos en la inmensa mayoría de los casos en que se instituye un tratamiento metódico y prolongado.

En ese período se dan cita todos los accidentes que han valido á la enfermedad su renombre siniestro. Sin contradicción posible puede decirse que todos esos accidentes son graves en distintos grados, pues todos son desorganizadores y destructores; consisten en infiltraciones, depósitos, infartos que se verifican en los órganos, y esas infiltraciones, á menos de ser reabsorbidas y curadas por el tratamiento, no tienen más que dos maneras de determinación llamadas en lenguaje técnico el reblandecimiento gomoso ó la esclerosis. El reblandecimiento gomoso, es la *muerte local* de los tejidos con ulceración, gangrena, pérdidas, mutilaciones; y la esclerosis es (lo cual no es preferible) la muerte funcional (de órgano que sobrevive) pero que no sobrevive sino decaído, degenerado, privado de sus aptitudes propias.

Por otro lado, lo que contribuye á hacer la sífilis terciaria tan temible, es su facultad singular, extraordinaria, de *ubicuidad*. Sin la menor exageración, está ó puede estar en *todas partes*: no hay un sólo órgano que no pueda atacar; y os afirmo que abusa de esa libertad. A lo sumo, no quiero que me creáis por mi palabra, y deseo para ratificar vuestra convicción sobre este punto, de grandísima importancia, como asimismo para daros una idea de lo que puede engendrar la enfermedad, poner á vuestra vista un documento *médico*, irrefutable como lo es todo dato de observación. Observad esto; es sencillamente, la distribución por categoría de órganos, de una lista de accidentes *terciarios* que ha comprobado un médico sobre un total de cuatro mil setecientos enfermos de terciarismo.

	CASOS
Accidentes que atacan piel (sífilides terciarias).....	1.518
Tumores gomosos (gomas sub-cutáneas)	220
Lesiones terciarias de los órganos genitales.....	285
De la lengua.....	277
Del paladar y del velo del paladar.	218
De la faringe y de la garganta.....	118
De los labios.....	45
De las amígdalas.....	12
De la mucosa nasal.....	10
Oseas.....	556
Oseas del esqueleto nasal y del paladar óseo.....	241
Articulares	22
Del sistema muscular.....	23
Del tubo digestivo.....	22
De la laringe y de la tráquea	36
Del pulmón.....	23
Del corazón.....	12
De la aorta.....	14
Del hígado	11
Del riñón.....	39
Del testículo.....	255
De los ojos.....	111
De los oídos	28
De las arterias y de las venas	17
Sífilis del cerebro y de la médula;—tabes ó ataxia locomotriz;—parálisis general, etc.....	2.009
Localizaciones diversas	22

Recomiendo este párrafo á vuestra atención, porque atestigua con evidencia matemática, y por esto lo he reproducido, tres puntos que constituyen la verdadera característica de la enfermedad.

En primer lugar, y sobre todo, denuncia la *gravedad* necesaria, forzosa del período terciario, mostrándolo compuesto de una pléyade de afecciones que interesan los órganos y sistemas más importantes y esenciales, talas como el sistema nervioso, el sistema óseo, el sistema cardio-vascular, el velo del paladar, la lengua, la laringe, el

pulmón, hígado, riñón, ojos, oídos, testículos, etc.

En segundo lugar, revela que á tal multiplicidad de localizaciones debe corresponder una diversidad correlativa de *fisonomías morbosas*; es lo que ocurre, en efecto, y nada mas singular que ver al terciarismo manifestarse bajo aspecto tan distinto, no teniendo nada común entre uno y otro caso, á saber, por ejemplo: en forma de úlcera ó de tumor, de exóstosis ó de aneurisma, de tumor blanco ó de estrechez rectal, etc. En tal enfermo tomará también la sífilis el aspecto de la tisis pulmonar, y en otro el de una afección hepática ó renal, y aún más, en un tercero, el de la epilepsia, ó el de reblandecimiento del cerebro, y así sucesivamente.

Y por último, ese mismo cuadro también revela que la sífilis terciaria no se dirige indiferentemente á este ó al otro órgano, á un sistema ú otro; pues positivamente tiene sus *preferencias*, sus sitios de elección. Por donde puede decirse que afecta con real exceso de frecuencia relativa á los tegumentos cutáneos; —el sistema óseo, y en ese sistema la tibia, que se ha dicho que "es el hueso predilecto de la sífilis"; la nariz, que desportilla, mutila ó ananada con tanta frecuencia; —la lengua, principalmente en los fumadores; —el paladar y el velo del paladar, la perforación y destrucción de los cuales es tan común, el testículo, el pene, los músculos motores del ojo, etc., y sobre todo, y por encima de todo observad bien este gran hecho capital, cuyas nefastas consecuencias apreciaréis dentro de poco; el *sistema nervioso*, (¡2,009 casos de 4,700 enfermos!)

Os ruego que suméis las diversas manifestaciones *nerviosas* que figuran en la estadística precedente, y las veréis elevarse al total exorbitante de 2,008 casos, total superior, con mucho, al de cualquiera otra localización terciaria de las sí-

filis. ¿Qué quiere decir todo esto? Quiere decir que el sistema nervioso es la *víctima preferida*, la víctima por excelencia del terciarismo, y que si el principio de las sífilis constituye un *veneno* para toda economía, lo es sobre todo y principalmente del *sistema nervioso*.

Dada la calidad y la importancia de las funciones de que está encargado ese sistema, que es (¿tendré necesidad de decirlo?) el gran sistema orgánico por excelencia, el sistema director de toda la máquina humana, juzgad la gravedad que adquiere por ese hecho el pronóstico de la sífilis. Quiere esto decir, que de la sífilis derivarán en considerable proporción esos temibles síntomas que constituyen, como todo el mundo sabe, la expresión común de las afecciones cerebrales ó medulares, á saber: parálisis de distinta localización, parálisis parciales, ó bien hemiplegia, paraplegia, parálisis véstico-rectal, parálisis oculares, etc.; —trastornos de los sentidos; —perturbaciones intelectuales, tales como delirio, atontamiento, enagenación, demencia, etc.; enfermedades de decadencia todas, á las cuales sirve la muerte de frecuente terminación.

Sí; la *muerte*, y es necesario que publique aquí también algunas cifras para que os convenzáis de la extrema gravedad que traen consigo esas localizaciones de la sífilis sobre el sistema nervioso. Escuchad, pues, esto. Después del análisis de muchos casos de sífilis del cerebro, que se han presentado á mi observación, he llegado á las cifras siguientes, en lo que se refiere á la terminación de la enfermedad.

Sobre cien casos:

22 casos de curación;

19 casos de muerte,

y, 59, en los cuales los enfermos han sobrevivido; pero ¿cómo han sobrevivido? Con enfermedades permanentes y definitivas (parálisis y decadencia intelectual) de

las cuales algunas casi equivalen á la muerte como resultado.

En total, pues, en estos 100 casos, son 22 enfermos favorables, contra 78 desfavorables en distintos grados: y sobre estos 78 casos, 19 defunciones. ¡Qué triste balance!

Y no es esto todo; pues la sífilis no produce solamente sífilis; origina algo que es peor, la parasífilis. Me explicaré:

Un médico célebre ha dicho: "la sífilis es un estercolero sobre el cual germinan toda clase de podredumbres." Esta salida contiene una gran verdad; pues hay gran número de enfermedades que vienen á injertarse en la sífilis á manera de parásitos sobre un tronco viejo de árbol, y que son consecuencia de la sífilis sin ser sifilíticas en el fondo, por esencia y por naturaleza. Más quiere la desgracia que esas afecciones epigenéticas, injertas en la sífilis y llamadas por esa razón parasifilíticas, sean casi todas de la mayor gravedad por sus síntomas y por sus terminaciones. Os citaré estos ejemplos:

La *parálisis general*, cuyo nombre sólo es un espanto, y que no conoce más que un modo de terminación, inútil de especificar;

La *tabes ó ataxia locomotriz*, que conduce á enfermedades motoras ó sensoriales, (ceguera por ejemplo) de igual incurabilidad;

Y la *leucoplasiá*, que originada muy frecuentemente por la sífilis y por la irritación bucal producida por el tabaco, degenera habitualmente en la más espantosa enfermedad, el *cancer lingual*, inevitablemente mortal en breve plazo. — ("Revista de Medicina y cirugía de la Habana.")

LA LACTANCIA MIXTA. (1)

POR

E. PÉRIER

Los brillantes resultados que el profesor Budin y sus émulos han obtenido con la sola dirección de las madres que consienten en presentar con regularidad sus niños á las *Consultations de nourrissons*, han abierto un nuevo horizonte á todos los que se interesan por la puericultura, empleando la palabra del día.

Todos han dicho: Puesto que la vigilancia de los niños de pecho, por una parte, permite registrar una considerable economía de estas preciosas existencias, antes sujetas á la muerte en proporciones que hoy parecen inverosímiles; y que, por otra parte, la dirección de las madres y la iniciación en su papel han permitido sacar partido de su buena voluntad alimentando aun cuando no parecieran deber ser nodrizas perfectas, vamos á ver aparecer de nuevo los:

... jours heureux du cœur et du bon sens
Où chaque mère élevant ses enfants
Ne laissait point aller à l'aventure
Le devoir saint qu'enseigne la nature!

Seguramente este sería el ideal, el orden normal de las cosas; no obstante, si la naturaleza, siempre previsora, llenase las mamas de la mujer convertida en madre con el alimento natural del recién nacido, *la leche de su madre*, hay casos, preciso es reconocerlo, por raros que sean, en los cuales la lactancia materna, que ofrecería tanta seguridad de un lado, tanta dulzura de otro, es casi imposible.

Pero lo que no debe verse, aquí en adelante, es una madre que pudiendo ser una nodriza superior á aquella otra á la que diera á su hijo, eximiéndose, con propósito deliberado, con toda satisfacción, de

(1) *Ann. de Méd. et. Chir. infant.*, 1.º de marzo y 15 de octubre de 1903.

una tarea que únicamente á ella incumbe. La deserción, todavía muy frecuente, de un deber que es el complemento de la maternidad ¿se justifica tanto como quieren decir por un mal estado de salud ó por una verdadera imposibilidad de criar? ¿No ha de atribuirse, en parte, á la complicidad indulgente de los médicos que aceptan con harta ligereza las razones de ineptitud que le dan las familias?

Hecha excepción de la proporción débil de madres enteramente ineptas para la lactancia, las demás (dado que el médico no encuentre que el estado de salud las inutiliza por completo), pueden llegar á criar á sus respectivos hijos.

Esto está muy bien, dirán, para las mujeres que tienen mucha leche; pero las otras, las que tienen poca ó muy poca ¿cómo podrían satisfacer las necesidades del niño?

Queda para éstas el gran recurso de la lactancia mixta, que asocia la lactancia artificial á la lactancia con el pecho.

Este sistema no vale tanto, ciertamente, como la lactancia exclusiva con el pecho materno; pero, gracias á una dirección y á una vigilancia convenientes, sobre todo, desde el empleo de la leche exenta de gérmenes, da muy buenos resultados. Hay, sin embargo, una condición: el que la madre tenga realmente leche, es decir, que la mama no sirva para ocultar una crianza puramente artificial. En la lactancia mixta, comprendida de este modo, el biberón debe ocupar el segundo puesto y la madre hallarse en condiciones de conservar el primero.

Merced á esta clase de lactancia se puede sacar partido de toda la buena voluntad de una madre, que sería una nodriza insuficiente, sin hacer correr al niño los riesgos de una lactancia exclusivamente artificial.

Examinar cuales son las circuns-

tancias que permiten la lactancia mixta; mostrar las ventajas que, bien dirigida, presenta sobre la lactancia artificial y el partido que de ella se puede sacar; indicar, por último, como es necesario conducirla y vigilarla: tales son las diversas cuestiones que examinaré aquí.

I

Circunstancias en las cuales la lactancia mixta es aplicable

Veamos, ante todo, algunas de las circunstancias en que la lactancia mixta podrá aplicarse *temporalmente*, ó de una manera *definitiva*, desde el nacimiento hasta el destete:

LACTANCIA MIXTA TEMPORAL.—

A. *La lactancia mixta permite esperar la subida de la leche.*—Séase una mujer joven que tiene el primer hijo y en los primeros días sigue al nacimiento del mismo. Quiere criar, pero la subida de la leche tarda en verificarse, quizás en sus pechos, mal preparados para la lactancia, se presentaron, desde las primeras succiones, grietas que la hacen sufrir atrozmente cada vez que da de mamar. ¿Se le ha de dejar desanimarse y renunciar, sin ir más lejos, á que dé de mamar á su hijo, á pesar de que tiene descos de hacerlo?

Nó: esta joven madre, vigilada por su médico, irá, al mismo tiempo que dé el pecho, dando mamas salteadas, reemplazándolas por una toma de leche. Las mamas que dé serán suficientes para facilitar la subida de la leche ó mantenerla; entretanto, esta leche se hará más abundante en aquélla en la cual las subidas tardan en verificarse, y más fácil de tomar en la que tenía que formar los pezones mal conformados, ó curar las grietas ó excoriaciones.

Sea también una mujer joven que

tiene necesidad de reposo para soportar la fatiga que le causa la lactancia; por la noche le es imposible dar el pecho, so pena de no poder, una vez despierta, reconciliar su sueño interrumpido; aparte de esto, es una mujer sana, capaz de criar su hijo. ¿Se le aconsejará una nodriza? Antes, por el contrario, que continúe; se reemplazará, durante la noche, una mamada por leche que ha de darla una persona que cuide al niño.

Más tarde, en un momento cualquiera de la lactancia, la madre sufre una indisposición ó una enfermedad que no debe durar, pero durante la cual la leche, que no podrá ser nociva, será insuficiente. ¿Se ha de reemplazar esta nodriza natural, que ha sido hasta ahora perfecta, con una nodriza mercenaria, difícil de hallar, más difícil aún de dirigir tanto más exigente cuanto que no se trata de un recién nacido sino de un niño de varios meses? Se ha hecho esto durante mucho tiempo, y se ha sentido frecuentemente haber, en estas condiciones, privado un niño del pecho materno para darlo á una nodriza ó bien, como muchas veces pasa, á una serie de nodrizas.

Todavía en este caso el remedio está en la lactancia mixta, merced á la cual el niño no sufrirá y *la madre será la nodriza de su hijo.*

La lactancia mixta es un recurso para los niños de pecho indispuestos ó enfermos. Cuando, durante la lactancia natural, un niño enferma, sobre todo si se trata de trastornos digestivos, estos accidentes son, en general, ligeros; duran poco, gracias á las mismas condiciones en que es criado.

En la lactancia artificial con el biberón, estos mismos accidentes adquieren con frecuencia una considerable importancia, hasta el punto de obligar á que se recurra á una nodriza provisional, siempre difícil de aceptar por el niño si éste

tiene ya varios meses y está acostumbrado al biberón.

Si el niño es sometido á la lactancia mixta, no hay cosa más fácil que suprimir momentáneamente el biberón y dar exclusivamente el pecho, que bastará al niño enfermo, el cual necesita menos cantidad de leche que en estado de salud.

LACTANCIA MIXTA DESDE EL PRINCIPIO —En los casos en que la leche es insuficiente desde el principio, la lactancia mixta puede adoptarse de golpe como método. Hay, en efecto, ha dicho el profesor Budin (1), "mujeres que casi desde el principio son nodrizas insuficientes; se debe, si se quiere que continúen lactando, añadir cierta cantidad de leche esterilizada á la que suministra la mama". Y explica que, en el mundo parisién, un determinado número de damas quieren criar, pero muchas veces no tienen bastante leche. Antes estaban obligadas, en razón de su insuficiencia, á tomar una nodriza. Hoy, gracias á la leche esterilizada, que dan ellas mismas, se bastan para la lactancia:

En otro orden de ideas, una mujer que críe no puede renunciar á sus obligaciones mundanas, por cuya causa debe ausentarse de la casa algunas horas, ó una trabajadora de la fábrica, una empleada en almacén ó despacho, que no quiere ó que no puede dejar su trabajo, decidirán criar haciendo que otra las supla dos ó tres veces al día. Si se trata de mujeres sanas y de buenas nodrizas, el niño se criará mucho mejor, no como si no hubiere criado sólo por su madre, pero ciertamente mejor que con el pecho de una nodriza mercenaria, mal vigilada, ó como si se criara exclusivamente con el biberón.

Con la leche de la madre que ha dado buenos resultados hasta ahora, y que conviene al niño, por lo

(1) *Le Nourrisson*, pág. 224.

tanto, no debe intentarse tener nodriza, siempre difíciles en estas condiciones, frecuentemente peligroso, sí, como ordinariamente sucede, se apresuran á aceptar, sin meditarlo, la primera nodriza que la necesidad ó la penuria les imponen.

Uno de los niños de pecho más hermosos que he visto, fué criado así. La madre, joven inglesa, ocupaba un gran puesto en una casa de comercio y se vió en la alternativa de dejar la colocación si quería criar al niño, ó darlo á una nodriza si deseaba continuar en su empleo. Cuando me consultó, le demostré que el niño que acababa de dar á luz me parecía raquítico, y el encomendarlo á una mujer extraña era exponerse á perderlo. Se decidió que se tomase una nodriza mercenaria en la casa; pero yo objeté que el niño, falto de una vigilancia suficiente, corría aún gran peligro, y le propuse que la madre diera de mamar á su hijo por la noche, y durante el día se confiara á una mujer de confianza que le llevase el niño á las oficinas en que trabajaba dos ó veces al día; las demás mamadas se reemplazarían con biberones de leche esterilizada, preparados por la misma madre cada mañana.

Todo fué á pedir de boca: el niño aumentó de 30 á 40 gramos por día, dobló el peso en tres meses y se crió sin ocurrir ningún incidente. La madre conservó su empleo y su hijo. Los resultados fueron tan satisfactorios que el segundo hijo que tuvo esta joven, decidió, de antemano, criarlo como se hizo con el primero.

Muchas veces he citado este ejemplo á madres que titubeaban en emprender una conducta que temían no conduciría á ningún fin bueno.

La lactancia mixta puede permitir á una mujer criar varios niños.—Nos parece, dice Budin (1), "que

(1) *Le Neurrisson*, pág. 240.

una mujer, después de haber dado de mamar á su hijo durante cierto tiempo, dos, tres ó cuatro meses, pudiera, si el médico inspector lo autoriza, darle una poco de leche esterilizada, cuya dosis aumentaría progresivamente. En este momento, daría el pecho á otro niño, á un recién nacido. Ambos niños, bien vigilados, atentamente pesados, se desarrollarían con regularidad. *Continuará.*

Publicaciones recibidas

Bibliografía Científica.—Acaba de aparecer en la librería *J. B. Bailliere et fils*, 19 rue Hautefeuille, París, un *Catálogo general de los libros de ciencias* que comprende el anuncio detallado por orden alfabético de los nombres de los autores de cerca de 5000 obras de medicina, historia natural, agricultura, arte veterinario, física, química, tecnología, industria, con fecha de publicación, formato, número de páginas, de figuras, y de planchas. Da además la indicación de los principales autores que han escrito sobre más de 1500 topics de orden científico.

Esta bibliografía, indispensable para todos los que trabajan, se enviará gratis y franca á todos los lectores de este diario que la pidan á M. M. Bailliere et fils por carta postal [con respuesta pagada.]

Introducción á l'elude de la medecine por G. H. Roger professeur agregue á la Faculté de Medecine de París, Medecin de l'hospital de la Porte d'Auber villiers.

Deuxieme édition, rerue et considerablement augmentee.

París C. Naud, éditeur. 3 rue Racine 1904.

Agotada rápidamente la primera edición de esta obra tan útil para el práctico como para quienes se inician en los estudios médicos, ha

visto la luz su segunda edición. No podemos hacer de ella mejor comentario que copiar algunos párrafos del artículo encomiástico que le dedica el Dr. De Lavarenne en "La Presse Medicale."

"No menos útil para los estudiantes, necesario para dirigir metódicamente sus estudios es el libro de que M. Roger acaba de publicar la segunda edición bajo el título de *Introduction l'étude de la Médecine*. Obra de alta enseñanza médica, las cualidades pedagógicas de este libro, debidas tanto al espíritu sintético, como á la claridad y precisión que caracterizan á su autor, lo hacen para el estudiante que principia, un verdadero "livre de chevet" de que debe hallarse penetrado si quiere marchar derecho, sin desfallecimientos ni tanteos, en la vía de los estudios necesarios para practicar la profesión médica.

El plan adoptado es muy simple. M. Roger se ha esforzado en mostrar cual es el objeto de la medicina y cuales los medios de estudiarla. Después de haber establecido porqué y como se enferma, determinada las causas morbíficas y las reacciones diversas que producen, ha estudiado los modos de reacción del organismo, psicología patológica; después las alteraciones orgánicas, la anatomía patológica; en fin los trastornos funcionales, la semiología".

Formulaire des médicaments non veaux pour 1904 por H. Bocquillon Limousin, docteur en Pharmacie ed. l'Université de Paris. Introduction por le docteur Huchard, médecin des hôpitaux 1 vol in 18 de 322 pages, cartonné:— 3 fr. *Librairie J. B. Baillière et fils* 19 rue Hautefeuille, Paris.

El año 1903 ha visto nacer un gran número de medicamentos nuevos: el formulario de Bocquillon-Limousin registra las novedades á medida que se producen. La

edición de 1904 contiene gran número de artículos sobre los medicamentos introducidos recientemente en la terapéutica, que no han encontrado todavía lugar en ningun formulario, ni en los mas recientes.

Citaremos en particular: Acetil salicilato de metilo, Atoxil, bismutosa, bromipina, bromoquinol, Cacodilato de magnesia, citarina, Colargol, epitól, eter amido benzoico, Eugenol iodado, gaisanol, gelatina antidiarreica, glicogeno, glicolato de metilo, helmitol, Aceite de cedro del Atlas, Iodipina, iodo cacodilato de mercurio, iodolina, iodo thirina, ioduro de codeína, ioduro de metilo, codiloformo, Lacto-serum, mercurio coloidal, mesotano, fosfomanitato de fierro, purgeno, piranun, quinafenina, Septoformo, Stipticina, tanato de piridina, teocina, theriaco mineral, cricloracetato de tymilo, veronal y un gran número de plantas coloniales y exóticas recientemente introducidas en terapéutica.

Trujillo, febrero 19 de 1893.

Señores Scott y Bowne. — Nueva York.

Muy señores míos: Muy á mi satisfacción es la forma, modo y composición del precioso medicamento Emulsión de Scott, que prescribo con mucha frecuencia á mis enfermos y familia, con éxito feliz. No produce las indigestiones que causa muy á menudo el aceite de hígado de bacalao puro.

En las enfermedades escrofulosas tan comunes en nuestro clima, en la tuberculosis pulmonar, raquitismo y otras, sus efectos, á veces lentos, son siempre prodigiosos. Me vanaglorio de haber preferido la Emulsión de Scott. Las convalecencias lentas y el desarrollo de las jóvenes linfáticas tienen en este preparado un reconstituyente especial.

DR. NICOLÁS CARLOS DE VEGA.

Imprenta de San Pedro