

LA
CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXI }

LIMA, 15 MAYO DE DE 1904

{ N.º 369

TRABAJOS NACIONALES

Accidentes secundarios de la sífilis que simulan una infección septicémica de marcha sobreaguda.

HISTORIA CLÍNICA

Un principio enteramente comprobado por las enseñanzas de la Clínica y que ha recibido ya la sanción de todos los observadores es, sin duda alguna, el polimorfismo que revisten las afecciones cutáneas en la sífilis; de allí que aquel grupo de dermatosis bautizadas con el nombre de sífilides englobe un inmenso número de formas, pudiendo decirse que desde la insignificante mácula hasta la roseola perfectamente caracterizada; desde las pápulas mas discretas que simulan una urticaria vulgar hasta el goma y el tubérculo; desde el acné simple y la ordinaria descamación del epidermis hasta aquellas grandes superficies supurantes que simulan perfectas cavernas sífilíticas y las repugnantes formas escamosas y crustáceas, no existe una sola que escape á su notable variabilidad; de todas se aprovecha este proteo para enmascararse y desorientar al clínico que debe despistarlos para enrayar sus efectos aniquiladores de la especie humana.

Nueva prueba de este grande polimorfismo viene á darnos una enferma asistida en el servicio de mi maestro de práctica Dr. Julio Gómez Sánchez en el Hospital de Santa Ana, enferma que ha llamado bastante nuestra atención y cuya historia clínica es la siguiente:

• Teodosia Mesías, doméstica, de 24 años, de raza mestiza y constitución fuerte, ocupa la cama n.º 14 de la sala de Sto. Tomás el 31 de octubre del año próximo pasado, presentado como única lesión una placa de gangrena en el borde izquierdo de la lengua, acompañada de la consiguiente inflamación del parénquima del órgano que se presentaba con siderablemente aumentado de volumen á punto de llenar por completo la cavidad bucal, imposibilitando la palabra y manteniendo la boca entre abierta, por la cual se escapaba constantemente la saliva, que recibía la enferma en trapos aplicados á sus mejillas.

No existía reacción febril; tampoco infarto de los gánglios cervicales; pero era bastante notable el dolor que la enferma acusaba en la boca y principalmente en la lengua que á una exploración mas prolija se encontraba dotada de consistencia bastante dura y como erizada de vellocidades á causa de la notable prominencia que formaban las papilas linguales.

Este estado databa solo de tres días y como único antecedente refería la enferma haber padecido de constantes dolores á la cintura y á los miembros, dolores que calificaba como reumáticos y á consecuencia de los cuales asistía al dispensario de Sta Teresa en demanda de su curación.

La causa de esta glositis que había llegado hasta la gangrena fué imposible determinarla por falta de datos que ilustraran nuestro criterio y en tal virtud el tratamiento instituido consistió en enjuagatorios emolientes y desinfectantes y una acción estimulante.

Este sistema curativo se usó por varios días y dió como resultado la eliminación de la placa gangrenosa, la disminución del volumen de la lengua la abolición del dolor, en una palabra la desaparición de todos los síntomas y de consiguiente la completa curación de la paciente, á punto tal que pidió su alta el 10 de noviembre sin acusar sufrimientos de ninguna naturaleza.

En la noche ese mismo día llama á las puertas del Hospital una camilla portadora de aquella misma enferma que en las primeras horas de la mañana había sido dada alta en las mejores condiciones de salud aparente, con gran sorpresa de la madre y personal de asistencia del servicio; fué colocada en el lecho que horas antes ocupaba, y á la mañana siguiente cuando acompañaba en la visita á mí maestro Dr. Gomez Sanchez y el externo del servicio Sr. Gavidia, quedamos sorprendidos admirando la notable transformación operada en esta enferma por un agente infeccioso que en aquel momento era imposible descubrir.

El estado de lo sufermedad era el siguiente: prostración notable; agobiada por el sufrimiento que exteORIZABA lanzando agudos quejidos, se hallaba inmóvil en su lecho y sus únicas palabras eran para expresar los dolores que la

atormentaban; cualquier movimiento que le provocáramos, cualquier contacto de nuestras manos por ligero é insignificante que pareciera producía la exacerbación del dolor que por ningún medio podrá ser cesado, existía pues una gran hiperestesia, mucho más notable en los miembros. La temperatura era 40.1, se contaban 136 pulsaciones por 29 respiraciones al minuto; el semblante pálido, demacrado; lengua seca, grandemente aumentada de volumen, ostentando en el borde derecho cerca de la punta una pequeña placa de gangrena en todo análoga á la que días antes había presentado el lado opuesto. En su cuerpo se veía una erupción polimorfa que llamó mucho nuestra atención. En el ángulo interno del párpado superior izquierdo se apreciaban tres vésicopústulas rodeadas de una zona de edema inflamatoria que deformaba considerablemente la fisonomía de la enferma; otras cuatro existían en la frente bastante distanciadas, pudiendo decirse con más propiedad que eran estas verdaderas vesículas, de las dimensiones de una arberja poco más ó menos; otras más pequeñas limitaban las comisuras labiales dando la apariencia de un herpes vulgar. En la cara interna del labio inferior y también en la interna de la mejilla derecha se apreciaban dos superficies ulceradas con señales evidentes de mortificación reciente, rodeadas de una zona de endurecimiento y edema que aumentaba el espesor de las partes que le servían de asiento. En los miembros era completamente distinto el aspecto de la erupción observada: en ellos se encontraban verdaderas escaras desde el diámetro de algunos milímetros hasta el de una peseta; siendo notables dos radicadas en el muslo izquierdo que además de la zona gangrenosa ostentaban otra vesiculosa en los alrededores, dando un aspecto en todo análogo al de

una pústula maligna; igual disposición tenían otras dos radicadas una en la parte superior de la rodilla derecha y otra en el codo izquierdo. Además esparcidas en ambos miembros se veían otras variedades de erupciones: vesiculares unas, vésico-pustulares otras, verdaderas ampollas de aspecto penfigoide las más y entre estas últimas las había de contenidos diversos, seroso, sero-mucoso, sero-purulento y sero-hemático; todas ellas se hallaban rodeadas de una zona inflamatoria más ó menos considerable según las dimensiones de la erupción. Donde esta zona alcanzaba notables proporciones era en el codo izquierdo y en la región ántero-interna del brazo homónimo á tal punto que habían desaparecido los relieves ó seos ó musculares de estas regiones y presentaban todos los caracteres más saltantes del verdadero proceso flegmonoso. No era esto todo, se presentaba un nuevo elemento dermoide para hacer más intrigante el cuadro y confundir nuestro criterio clínico: esparcidas por distintas regiones encontramos verdaderas pápulas de diversas dimensiones, hallándose algunas de ellas coronadas por un desprendimiento de la epidermis en forma de ampolla.

Existía un infarto general de los gánglios en todas las regiones donde ellos eran accesibles, y si á todo esto agregamos anorexia absoluta, diarrea abundante, taquicardia y debilidad de la impulsión cardiaca, conservándose intactas las facultades mentales, tendremos el cuadro clínico ante el cual quedamos llenos de asombro y envueltos en una gran perplejidad. Nuestro maestro de práctica vióse pues obligado á reservar su diagnóstico así como también reservaron el suyo los Doctores Corpancho, García y Bello á quienes se consultó sobre la naturaleza del caso en cuestión.

Acto continuo se solicitó el curso del Sr. Julio C. Gastiaturú, alumno distinguido de nuestra Facultad y dedicado con empeño y fruto á estudios bacteriológicos para que despejara nuestra sospecha, harto fundada desde luego, como sería fácil probarlo de que se tratara en la enferma que se nos presentaba de una manifestación de la peste que desde entónces teníamos ya por desgracia entre nosotros. La información dada por el señor Gastiaturú fué á este respecto completamente negativa, no se encontró el bacilo pestoso ni ningún otro germen específico, abundando sí los gérmenes vulgares de todo proceso supurativo ó necrobiótico.

El régimen por ese día se redujo á inyecciones de morfina y aceite alcanforado y como interno píldoras de salicilato de quinina con ácido fénico.

En los días subsiguientes el estado de la enferma se agravaba cada vez más, haciendo temer un fin próximo: hasta el séptimo día de su ingreso la temperatura se sostuvo entre 40°1 y 38°6; pero en la mañana del octavo día sobrevino un descenso notable hasta 36°2 para presentar nuevamente 38° en la tarde y descender en la mañana siguiente, conservando desde entónces un límite inferior al normal. Debemos hacer presente que apesar del notable descenso de la curva termométrica; apesar de no haber sufrido la temperatura elevaciones subsiguientes, la disnea y la frecuencia del pulso subsistieron por algunos días llegando las respiraciones á 22 y las pulsaciones á 106 por minuto.

Durante los primeros días inoculamos á un cuí por medio de una inyección intraperitoneal de una emulsión glicérica del raspado de una de las escaras asociado al contenido de una de las vésico-pústulas: el animal no reaccionó y alimentándose perfectamente aumen-

tó en peso y después de un mes de inoculado no presentaba síntomas de dolencia alguna.

No fué posible hacer un análisis completo de la orina, pero sí nos convencimos repetidas veces de que carecía de elementos anormales.

El régimen empleado en los primeros días fué bastante complejo, se administraron compuestos químicos, salicílicos, yodurados, mercuriales, etc, sin descuidar los tónicos y estimulantes, empleándose las inyecciones subcutáneas de suero de Chéron, del cual se aplicaron en distintas sesiones 1.500 gramos.

En los días transcurridos observamos de cerca la marcha del proceso dermoide en esta paciente y pudimos convencernos de que todas aquellas erupciones que ofrecían caracteres tan diversos no eran sino distintos grados de desarrollo de una sola entidad eruptiva: efectivamente, vimos en todas aquellas formas papulosas levantarse la epidermis para formar flictenas ó ampollas de contenido diverso según el líquido exudado, luego romperse para dejar escapar la serosidad que albergaban en su seno y por último comenzar en algunas de ellas el trabajo necrosante para continuarse hasta dejar convertida la pápula primitiva en una verdadera escara. Esta escara era después eliminada, pero, cosa digna de mencionarse, la cicatriz resultante era apenas apreciable; solo algunas de ellas dejaban como recuerdo de su presencia una coloración ligeramente cobriza del tegumento sin prominencia ni deformación visibles.

Las vesículas de mas pequeñas dimensiones nacían y evolucionaban generalmente como tales, siendo las mas grandes las que al abrirse se infectaban en contacto del aire y daban por resultado la formación de una pústula de forma redondeada, sin umbilicación, y que avanzando el tiempo se cubría de

una costra que al caer lo hacía casi sin dejar huella.

Tal fué, en pocas palabras, el ciclo evolutivo de esta erupción que ostentaba tan grande polimorfismo, ciclo recorrido en el corto espacio de quince á dieciseis días y que al terminar llevó consigo todo el aparato cortejo sintomático con que manifestaba su existencia.

Trascurría pues el tiempo y esta afección evolucionaba á nuestra vista, dejándonos envueltos siempre en la mayor incertidumbre sin poder dar la verdadera interpretación que le correspondía.

Peró una feliz casualidad nos puso pronto en el buen camino dándonos á conocer el secreto del diagnóstico: en la visita del día 18 de noviembre la enferma dice que tenía un *granito* en la margen del ano que le producía incomodidad en el acto de la defecación; nuestro Jefe dirigió entonces su exámen hacia ese lado y nos hallamos con que el *granito* en cuestión era nada menos que una *placa mucosa* con caracteres tales que hacía imposible toda duda á cerca de su naturaleza.

El diagnóstico, pues, se imponía; y es el momento en que hagamos notar que si nuestra primera idea fué la posibilidad de que se tratara de un caso de peste de forma carbuncosa; pasó también por la mente de nuestro maestro de práctica la idea de que se tratara de manifestaciones secundarias del mal venéreo, dirigiendo en ese sentido la mayor parte del interrogatorio que dió resultados completamente negativos y no llegando á descubrir por el examen de los órganos genitales nada que fuera característico; solo en el labio mayor izquierdo se apreciaba una cicatriz pequeña en extremo borrosa, sin núcleo de endurecimiento, en una palabra sin caracter ninguno que hubiese podido afirmar las sospechas que abrigaba el criterio del clínico.

Precisándose ya el diagnóstico se

unificó el tratamiento en el sentido conveniente empleándose el mercurio por vía subcutánea asociado al arsénico y el yoduro de potasio por vía gástrica: se aplicaron 21 inyecciones de amido succinato de mercurio (solución de 0'001 por centímetro cúbico) y otras tantas de cacodilato de sodio (sol. de 0'005 por centímetro cúbico); á la vez que algunos gramos de suero de Chéron, de cuando en cuando.

Apesar de este tratamiento vimos presentarse dos nuevas crisis en todo análogas á la ya descrita, pero de manifestación mucho mas benigna en la primera de estas últimas (sobrevvenida al día siguiente de un baño tibio que se hizo tomar á la enferma) la temperatura sólo subió á 38° 5 con pequeñas oscilaciones por espacio de tres días, hubo también hiperestesia, dolores generalizados á todo el cuerpo y siempre mas notables en los miembros, erupción polimorfa análoga á la ya descrita pero en extremo discreta y también una pequeña placa de gangrena en el vértice de la lengua. La segunda mas atenuada aún sólo produjo un día de alta temperatura, ligeros dolores y consiguiente malestar, reduciéndose esta vez la erupción á unas pocas vesículas.

Estas recidivas obligaron á emplear un compuesto mercurial mas enérgico, usándose como tal el bicianuro (solución de 0'02 por centímetro cubico) del cual se aplicaron cuatro inyecciones.

Después de esta segunda crisis que sobrevino el 15 de diciembre y que desapareció bastante rápidamente no presentó la enferma ningún trastorno en todo el tiempo que permaneció á nuestra vista; llegando á adquirir un restablecimiento bastante satisfactorio á punto que pidió su alta repetidas veces accediéndose á permitir su salida, en vista de su buen estado, el día 5 de marzo.

Encontrada ya la incógnita de és-

te complejo problema clínico, hagamos notar en pocas palabras los puntos de contacto que tenía con el cuadro de una de las formas de la infección pestosa ó el de otra infección de cualquier naturaleza, de manifestación sobre aguda; en primer lugar la brusquedad en la aparición, ésta enferma en la mañana del 10 de noviembre sale del servicio en estado de buena salud aparente y en la noche es acometida en la calle, según su propia declaración, de un fuerte escalofrío con cefalalgia, dolores agudísimos á todo el cuerpo, imposibilidad para la marcha y aún para tenerse en pié, ansiedad suma, quebrantamiento general, y un estado de adimamia y agotamiento que obliga su inmediata traslación al hospital; además al día siguiente agravación del estado general, temperatura de 40° erupción polimorfa de la piel y mucosa bucal con coexistencia de varias lesiones de aspecto carbuncoso, infarto general de los ganglios linfáticos, lengua seca, olor gangrenoso del aliento, en una palabra un cuadro verdaderamente tifoide, una infección sobreaguda á todas luces; era pues justo, era lógico que trajera á nuestra mente la idea de una de aquellas formas sobreagudas de aspecto septicémico y manifestación carbuncosa de la peste bubónica que había ya adquirido derecho de hospedaje entre nosotros.

Felizmente los resultados negativos obtenidos del exámen bacteriológico y de la inoculación practicada á un cui y despues la marcha de la afección despejaron todas las dudas, borrando de nuestra mente la idea de una posible infección de tal naturaleza.

Estos mismos recursos de que nos valimos demostraron la independencia absoluta que existía entre el caso en cuestión y los accidentes producidos en el organismo por uno cualquiera de los gérmenes

nocidos como agentes de procesos infecciosos ó septicémicos.

Todos los accidentes observados han sido pues debidos á la infección sifilítica, como resulta demostrado por la presencia de algunas lesiones de origen indiscutiblemente específico y mas que todo, por el régimen medicamentoso triunfante.

De aquí se deduce que dicho caso clínico es altamente ilustrativo, pues prueba que para la infección sifilítica no hay terreno vedado: va el campo de las lesiones cutáneas hasta producir la verdadera gangrena y en su variadísimo y tan complicado mecanismo evolutivo goza tambien del poder de dar nacimiento á productos pirogénicos que al invadir la economía simulan el cuadro de una infección sobreaguda, marcadamente septicémica.

LIZARDO A. LÓPEZ

Mayo de 1904.

TRABAJOS EXTRANJEROS

FAGOCITOSIS, INMUNIDAD, VACUNACION, SEROTERAPIA

[La lucha contra la Tuberculosis]

E. B. BERHING

CONFERENCIA DADA EN EL CONGRESO DE CASSEL, EL 26 DE SEPTIEMBRE DE 1903.

(Bulletin de l'Institut Pasteur)

El discurso-programa, pronunciado por el Prof. Berhing es de aquellos que están llamados á una gran resonancia, tanto á causa del nombre del autor, como por el asunto interesante de que trata.

Todos somos más ó menos tuberculosos, declara Berhing; nuestra tuberculosis data desde nuestra infancia, de la época en que la mucosa de nuestro tubo digestivo se dejaba fácilmente penetrar por toda clase de virus, particularmente del virus tuberculoso.

La patogenia de la tuberculosis, así concebida, comparte naturalmente todo un programa terapéutico nuevo, y es inspirándose en esta nueva concepción sobre el origen de la tuberculosis que Berhing trata de emprender una lucha contra esta enfermedad que amenaza á toda la especie humana.

Que todos somos tuberculosos resalta con evidencia de las observaciones de Naegeli, de Zurich, quien no ha podido encontrar un solo cadáver de hombre de más de 30 años, exento de lesiones tuberculosas; según este autor los cadáveres de individuos de 18 á 30 años presentan la tuberculosis en un 96 por 100; los de 14 á 18 años un 50%; entre 5 y 14 años, la tuberculosis se observa en 33%; siendo menos frecuente (17%) en los niños de 1 á 5 años, y cosa curiosa, no ha podido ser demostrada de una manera cierta en los niños de menos de un año.

Esta frecuencia de las lesiones tuberculosas, observadas por medio de las autopsias, concuerda muy bien con la sensibilidad tan frecuentemente comprobada á la tuberculina. Se sabe que, gracias á esta substancia, se puede revelar la presencia de lesiones tuberculosas mucho antes que éstas se traduzcan por síntomas clínicos, y Berhing añade que la tuberculina permite diagnosticar la tuberculosis, cuando el examen clínico más minucioso, practicado en distintas ocasiones durante la vida, no había jamás despertado la menor duda sobre esta enfermedad. Cita el caso de R. Koch que, después de haberse inyectado, hace ya mucho tiempo, una fuerte dosis de bacilos tuberculosos muer-

tos, se enfermó seriamente; él creé que una dosis 100 veces más pequeña equivalente á $\frac{1}{2}$ centígramo de la antigua tuberculina, sería suficiente para provocar en el caso de Koch una elevación de temperatura, y Berhing concluye de esta reacción de Koch, que en otro tiempo el célebre bacteriólogo ha debido ser infectado por bacilos tuberculosos. El mismo se inyectó hace diez años, 4 miligramos de tuberculina, tuvo fiebre, malestar acentuado y durante muchos días se vió obligado á guardar cama. Berhing no tiene la menor duda de que esta reacción fuese debida á que su organismo había sido presa de una infección tuberculosa.

Un médico militar, Franz, tuvo ocasión de corroborar los datos anátomo-patológicos de Naegeli por medio de observaciones clínicas hechas en grande escala. Inyectó tuberculina á soldados, á la dosis de 1—3 miligramos por consiguiente, una dosis bastante débil; y no elevaba la dosis hasta 5 miligramos sino cuando repetía las inyecciones. Pues bien; á pesar de la pequeña cantidad de tuberculina inyectada, y á pesar de la buena salud aparente de los soldados sometidos á experiencia, la tuberculina ha provocado reacción en 61% entre los soldados que hacían su primer año de servicio, y en 68% entre los que hacían su segundo año. En una nota manuscrita dirigida recientemente á Berhing sobre este asunto, el autor añade que, cuando él empleó 1 cc. de tuberculina, según la indicación de Koch, el número de sujetos que han reaccionado á la tuberculina, fué de 96%. Recordemos que Naegeli también ha encontrado, en sujetos de 21 años, lesiones tuberculosas en 96% de los casos.

Berhing con este motivo establece una relación entre esta frecuencia tan sorprendente de la tuberculosis en el adulto y su rareza ó, mejor, su ausencia en la infancia.

Así él cita la observación de Berend, médico húngaro, que ha examinado 96 niños de la primera infancia; en ninguno de ellos la tuberculina ha producido la menor reacción; aunque los había en este número que eran enfermizos (chetif) y algunos entre ellos eran hijos de padres manifiestamente tuberculosos, y aunque la dosis fuese muy elevada, hasta á 1 centígramo. Esta es, pues, una nueva confirmación de los hechos anátomo-patológicos recogidos por Naegeli sobre la ausencia de lesiones en los niños menores de un año.

¿Cómo nos hacemos tuberculosos? Según Berhing no existe ningún hecho demostrativo de que el hombre pueda contraer la tuberculosis pulmonar por modos de infección distintos de los que acostumbramos á observar en la naturaleza.

Hasta en los casos de infección directa, como sucede en las picaduras anatómicas en los sirvientes de las salas de autopsias, en los carniceros, en los experimentadores que se inoculan el virus bajo la piel; hay lugar á preguntarse si este mismo traumatismo infeccioso habría dado origen á una tuberculosis pulmonar en estos sujetos si ellos no hubiesen estado anteriormente infectados de tuberculosis. De una manera general, donde quiera que el contagio parece desempeñar el único papel (respiración de polvos cargados de bacilos tuberculosos, etc), Berhing cree que en realidad existía anteriormente una tuberculosis en estado latente, que, bajo la influencia de nuevas condiciones favorables al desarrollo del bacilo tuberculoso, se ha transformado en una tuberculosis clásica, aparente.

El origen principal de la tuberculosis es, según Berhing, la leche con que se alimenta al niño en la lactancia. Y no obstante, se sabe con cuanto cuidado se atiende á la esterilización de la leche, sea que se

trate de la leche materna, ó de la de vaca, en la lactancia artificial.

Berhing prevee esta objeción: no es tanto la leche por sí misma lo que constituye el peligro para el niño, responde Berhing, es la organización del aparato digestivo de éste el que constituye la causa del mal, porque en los que lactan, sean humanos ó animales, este aparato carece de los medios de defensa propios del estado adulto y deja por consecuencia penetrar los agentes patógenos del tubo digestivo á los tejidos. En apoyo de esta tesis, sobre la cual basa su doctrina de infección tuberculosa, Berhing aporta una serie de argumentos.

El hecho de que la mucosa intestinal de los recién nacidos se deja fácilmente atravesar, ha sido establecido por Ræmer, el colaborador de Berhing. Este autor, introduciendo ciertas sustancias albuminoideas en el tubo digestivo de animales recién nacidos, ha visto estas sustancias atravesar sin alteración la pared intestinal y producir el mismo efecto sobre el organismo como si ellas hubiesen sido inyectadas directamente en la sangre. Y en cambio, en los animales adultos, estas sustancias, introducidas en el tubo digestivo, no pasan á la sangre sino después de haber sufrido la digestión y haber sido transformadas en peptonas.

Berhing expone observaciones del más alto alcance científico y práctico con motivo de la absorción de los sueros antitóxicos.

Se sabe que por más que se administre á los adultos por la boca los sueros antidiftérico y antitetánico, éstos quedan sin acción sobre el organismo; mientras que, según las experiencias de Berhing, sucede de otro modo tratándose de recién nacidos; los principios activos de los sueros en cuestión atraviesan sin alteración la pared intestinal y se encuentran integralmente en la sangre circulante.

Sentado esto, Berhing se pregunta si en los recién nacidos la misma permeabilidad de la mucosa intestinal existe también para los microbios. A este efecto ha introducido á curieles adultos por la boca leche adicionada con bacteridias carbunculosas virulentas. No tardó en apercibirse que al cabo de poco tiempo estas bacteridias han sido eliminadas con los escrementos.

Pero esta misma mezcla de leche y bacteridias, administrada á curieles de menos de ocho días de nacidos por la vía bucal, ha producido en ellos una infección carbunculosa generalizada, como si el microbio hubiese sido inyectado por otra vía cualquiera.

Otra experiencia, aun más demostrativa, ha sido hecha con bacteridias atenuadas; éstas eran tan poco virulentas, que siendo inyectadas bajo la piel del curiel eran incapaces de producir la muerte.

Mientras que estas bacteridias introducidas por la boca, eran bien pronto eliminadas con los escrementos en los curieles adultos, en los recién nacidos sucedía que estas bacteridias atravesaban el intestino y aparecían en seguida en la sangre donde permanecían algún tiempo sin matar el animal. La permeabilidad del intestino de los recién nacidos, es pues evidente.

Observaciones análogas han sido hechas también con el bacilo tuberculoso: inyectando una cierta cantidad por la boca, el autor ha conseguido transmitir la tuberculosis á curieles jóvenes, de varios días de nacidos, mientras que la misma dosis de bacilos dejaba indemnes á los curieles adultos; no obstante, hemos de añadir que forzando un poco la dosis se llegaba también á convertir en tuberculosos á los curieles adultos.

Berhing hace notar que en los curieles inoculados por la vía gástrica, se ve á la tuberculosis aparecer, en primer lugar, al nivel de los glándulos cervicales, mientras que

el animal se halla en un estado general excelente; establece una relación entre este comienzo de la tuberculosis en los animales y las primeras manifestaciones escrofulosas en el hombre; este hecho merece tanto más la atención cuanto que ulteriormente en los animales inoculados por el tubo digestivo, la tuberculosis evoluciona del mismo modo que en los que han sido infectados por las vías respiratorias.

En esta experiencia Berhing ve la confirmación de su hipótesis, según la cual, la tuberculosis pulmonar, tanto en el hombre como en los animales, sería de origen intestinal y contraída en una edad muy temprana.

Esto por lo que se refiere á la patogenia de la tuberculosis.

Y el tratamiento? Puede este ser preventivo ó curativo.

Berhing no duda de nign modo de la posibilidad de conferir al hombre la inmunidad activa inyectándole, como á los bovídeos, el virus tuberculoso atenuados. Pero esta cuestión necesita ser más estudiada todavía, sobre todo desde el punto de vista de la investigación de los mejores medios de atenuación del virus: por el momento el procedimiento de Levy de atenuación por la glicerina (véase el Bulletin de l'Institut Pasteur, página 345) le parece el mejor. Mas, añade, Berhing aun el día en que nos hallemos en posesión de un virus atenuado, respondiendo á todos nuestros deseos, no se atreverá á

inyectarlo á título de preventivo en la vena de los niños.

Si, dice Berhing, sobre 500 vacas, vacunadas por la vía venosa, muere una de ellas, el procedimiento es considerado como bueno, con tal que las 499 restantes queden vacunadas contra la tuberculosis; pero este razonamiento no es aplicable á la especie humana, y es por consiguiente desechable. Berhing espera realizar la vacunación activa en el hombre (y en este sentido practica experiencias) haciendo ingerir á los niños de pecho el virus tuberculoso convenientemente preparado.

Habría también otro medio mucho más inofensivo, de conferir la inmunidad al hombre: el de vacunar al niño que lacta con la leche de vacas hiperinmunizadas. Las experiencias emprendidas en este orden de ideas, muestran no obstante que la inmunidad así conferida no es de larga duración; si estos resultados se confirman, se tendrá todavía el recurso, declara Berhing, de combinar el virus y el *anti-cuerpos* (anticorps), cuya combinación se ha mostrado bien eficaz en buen número de otras infecciones.

Al fin de su discurso, Berhing, discute largamente la cuestión de la dualidad de las tuberculosis humana y bovina, teoría sostenida por Koch, y concluye declarándose categóricamente á favor de la identidad de ambos virus.

(REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICO FARMACÉUTICO de Cuba)

LA LACTANCIA MIXTA.

POR

E. PÉRIER

(Continuación)

LECHE	PROTEIDES	AZÚCAR	MANTECA	SALES
Leche de mujer.....	16 X 100	65 X 100	35 X 100	2.5 X 100
„ „ vaca.....	33 „ „	55 „ „	37 „ „	6 „ „
Mezcla de Marfan.....	22 „ „	71 „ „	25 „ „	4 „ „

Si se calcula el calor de combustión de la mezcla, y si se la compara á la de la leche de mujer, se comprueba que le es muy poco inferior: un litro de leche de mujer representa, aproximadamente, 650 calorías; un litro de mezcla, 620 calorías.

Budin, Variot y otros militan en el campo opuesto al de los partidarios de la mezcla con agua; quieren que se se dé la leche pura.

Elección del instrumento.—*Biberón; galactóforo.*—Cuando se ha escogido la leche, es preciso buscar el mejor modo de darla. La cuchara ó el vaso tienen demasiados inconvenientes para que se recurra á ellos; el niño traga demasiado pronto ó con demasiada lentitud; no mezcla á la leche su saliva, que es útil á la digestión, como hace en la succión natural. Así es que se ha cuidado desde largo tiempo de emplear instrumentos que imiten más ó menos el pecho. Los aparatos varían hasta el infinito. El mejor de todos no vale nada sino se conserva su absoluta limpieza, y el malo pierde parte de sus inconvenientes si cumple esta condición.

Se ha acabado en todos los casos por suprimir los antiguos biberones complicados con largo tubo de caucho.

Y se debe, puesto que ha precisado conservar el caucho para la tetina, velar para que ésta no tenga olor ni mezclas peligrosas, y que sea fácil de cambiar en todos sentidos para limpiarla tanto por fuera como por dentro.

He aquí el más sencillo de todos: tomad un frasco cualquiera, sin anfractuosidades ni rugosidades interiores, en el cual hayáis esterilizado la mezcla de la leche y agua necesaria para una comida, adaptad á este frasco un embudo cualquiera el galactóforo de Budin preferentemente, que contiene dos tubos juntos, uno para el paso de la leche, y otro, mucho más delgado, casi filiforme, para el aire.

El galactóforo de Budin no es más que un biberón de tubo muy reducido, que asegura la succión y la toma de aire necesaria para ésta por un doble tubo niquelado.

Al entrar el aire lentamente en el frasco, la leche viene con regularidad á la boca del niño, condición que recuerda la lactancia en el pecho. Además de esto, se encuentran puntas de caucho que tienen dos lengüetas como picadura de sanguijuelas: una que se abre de dentro á fuera para dar paso á la leche, otra de fuera á dentro para la penetración del aire durante la mamada.

Es conveniente que las botellitas que sirven para dar la leche estén graduadas, como lo están, y que la punta de caucho sea flexible para que se pueda volver como un dedo de guante.

Limpieza del biberón.—Cuando el aparato es sencillo, la limpieza es sencilla; cuando es perfeccionado, que significa generalmente complicado, la limpieza es también complicada. Se hace de ordinario con un cepillito *ad hoc*. Debe lavarse el instrumento tanto como sea posible, cuando haya servido, y mantenerlo en agua fría hasta la comida siguiente. Esta precaución es, sobre todo, útil para el pezón artificial, que, sea cual fuere, debe conservarse en el agua para que se mantenga blando y flexible.

Cuando la botella se ha limpiado con agua muy caliente, mezclada con un poco de carbonato de sodio, y la tetina por fuera y por dentro con el cepillo, no debe quedar en ella el más pequeño grumo de leche. Notad que en ningún caso es preciso emplear la granalla de plomo como se hace para las botellas; se sabe cuán peligrosas pueden ser las sales de plomo, y un médico ha citado un caso de envenenamiento producido de este modo.

Temperatura de la leche.—*Recalentamiento de la leche para la co-*

mida.—Esterilizar la leche no basta: es preciso también que, para aproximarse á las condiciones de la lactancia en el pecho, la leche sea tibia antes de presentarla al niño. Se sumerge la botellita en el agua caliente, cuya temperatura es aproximadamente de 50°; de tal suerte, que la leche se eleve á unos 37°, temperatura de la leche en la mama.

Se prueba la leche, para estar seguro que es convenientemente caliente y que no tiene mal gusto, y se da entonces al niño la cantidad que deba completar la mamada.

Acabada la comida, se tira lo que pudo quedar en la botella y se lava en seguida, como ya se ha dicho, así como la tetina ó el galactóforo.

Por la noche no se han de suprimir estos cuidados: una lamparilla permitirá tener siempre agua caliente para dar al frasco de leche la temperatura oportuna.

IV

Las mamadas en la lactancia mixta

Las opiniones son contradictorias respecto á la distribución de las mamadas y del biberón, de suerte que la lactancia mixta puede practicarse de diferentes maneras.

Escuchemos á Comby: "La madre libre da el biberón cada seis horas. Algunas personas aconsejan la mezcla de las dos leches, femenina y animal. Biberón de 50 á 100 gramos al principio, é inmensamente después dar al niño el pecho. Este procedimiento, dicen, permite al niño digerir con más facilidad la leche demasiado pesada de la vaca. Es seguramente preferible el procedimiento inverso, dar el pecho primero y después el biberón. Pero creo yo que es mejor abstenerse de esta mezcla que nada justifica.

"La madre que trabaja durante el día dará el pecho varias veces por la noche. En estas condiciones, la

"lactancia mixta dará rara vez buenos resultados, porque: 1°, la madre, fatigada, da una leche insignificante é imperfecta; 2°, los niños tienen exceso de alimento durante la ausencia de la madre. Por el contrario, en las familias acomodadas la lactancia mixta bien reglamentada puede dar excelentes resultados superiores á la lactancia artificial. Algunas madres, queriendo conciliar el sueño, dan el pecho de día y por la noche el biberón" (1).

Ahora escuchemos á Marfan; "La lactancia mixta puede practicarse de dos maneras: ó reemplazando una ó dos mamadas por uno ó dos biberones, ó dando el biberón después de cada mamada que se reconoce insuficiente. Se logra mucho mejor éxito con el segundo modo, que es, en verdad algo complicado, por que exige pesadas mamadas antes y después de las mamadas. Pero dando al niño el pecho con asiduidad se estimula mucho mejor la secreción láctea. Algunos médicos han aconsejado dar el biberón primero y en seguida el pecho: es una mala práctica; si se satisficiera el niño dándole primero el biberón, mamaría con menos fuerza de la madre y no estimularía suficientemente el reflejo; la secreción láctea no se establecería de una manera conveniente. Se le darían, pues, ambos pechos cada dos horas, pesando al niño antes y después de la mamada; si la cantidad de leche que tomó fué insuficiente, se completará la ración con leche de vaca esterilizada y, según la edad, mezclada la mitad ó el tercio con agua hervida azucarada." (2).

Se puede proceder de diferentes maneras, pero nosotros aconsejamos dar el pecho en idénticas

(1) Comby, *Traité des maladies de l'enfant*, t. 1, p. 33.

(2) Marfan, *Traité de l'allaitement*, 2ª edición p. 268.

condiciones que si el niño estuviese sometido á la lactancia natural, y completar la mamada con un biberón que contenga la cantidad de leche que falta al pecho materno.

Entre las dos opiniones enunciadas más arriba no titubeamos en declarar que somos partidarios de lo que dice Marfan.

Si, como sabemos, la leche de la madre reúne ambas condiciones.

1° Ser fácil de digerir y, por consiguiente, no exigir fermentos digestivos muy activos;

2° Contener fermentos estimuladores y reguladores de la nutrición que los tejidos del niño de pecho no elaboran en cantidad suficiente, asociaremos la leche materna y la de vaca; así el niño de pecho podrá utilizar completamente la leche de vaca que se le da para completar su comida.

La lactancia mixta alternativa sigue empleándose frecuentemente cuando se trata de niños de algunos meses.

En este caso se hace alternar con regularidad la mamada del pecho con el biberón.

De este modo el pecho no se agotará tan pronto si se da exclusivamente el biberón, ó durante el día [para las obreras que están en sus casas sólo por las noches], ó por la noche para las que pueden criar únicamente de día á fin de descansar luego á la noche.

V

Reglamentación de la

lactancia mixta

Después de las reglas de la lactancia con el pecho, debe regirse por el número y el intervalo de las comidas. En los primeros días la leche de la madre basta, algunas horas después del nacimiento al recién nacido se le da el pecho, sucesivamente en una y otra mama, ó mejor dicho: cinco ó diez minutos en cada una. Se empieza de nuevo cuatro ó cinco horas después, y se

continúa así durante los dos ó tres primeros días, después se acortan las mamadas para fijarlas cada dos horas aproximadamente, á partir del quinto día. Desde las cinco y seis de la mañana y diez ú once de la noche, el niño de pecho hará siete ú ocho mamadas y la madre descansará seis horas poco más ó menos. Inútil es recurrir á la leche complementaria en los primeros días; el niño tiene poca necesidad, y si se satisface con el biberón mamará con menos fuerza y el pecho se llenará menos. Hecha excepción para los casos de hipogalactia primitiva, en los cuales, sea que la subida de la leche tarda en hacerse, sea que sólo se haga lentamente, el niño no está bastante alimentado, y vale más dejarle exclusivamente con el pecho, teniendo buena cuenta con la balanza si toma cantidades suficientes.

Desde la semana, el niño aumenta de 20 á 30 gramos diarios; si su peso se estacionara, "á fortiori" si tendiese á disminuir, se pudiera empezar la lactancia mixta.

Cuando esté decidido el empezar la lactancia mixta, se hará dar ambos pechos cada dos horas, teniendo que pesarse necesariamente el niño antes y después de la mamada. Si la pesada indica que la mamada es insuficiente, se dará una cantidad complementaria de leche preparada como más arriba se ha dicho, sin apartarse de las cantidades de leche necesarias á cada período de lactancia.

Hemos visto casos que, á pesar de la idea preconcebida de emplear la lactancia mixta, esta práctica había hecho excelentes nodrizas de mujeres, que era temer sólo lo fueran medianas. Pinard, Biedert y Marfan han visto casos semejantes en que la lactancia mixta había de este modo terminado en la lactancia exclusivamente materna.

CANTIDAD DE LECHE POR COMIDA Y POR DÍA—Sea cual fuere la cantidad de

leche que el niño haya tomado en el pecho, se la completará desde que no alcance las que corresponden á las mamadas que dará el mismo niño exclusivamente en el pecho.

Si se quiere cifras que se graven fácilmente en el espíritu, el cuadro que va á continuación podrá satisfacer á las personas que sólo quieren poseer los datos generales aplicados á los niños sanos. se verá que diariamente la cantidad de leche aumenta por comida en 5 gramos y la cantidad total tomada por el niño en 50 gramos y esto durante los primeros días. Después en cada mes, según sean las mamadas, se aumentarán 15 gramos y la cantidad cotidiana total 50 grm :

Edad	Número de comidas	Intervalos de las comidas	Cantidad por comida	de leche diaria
1er día.....	2	3 horas	5 gramos	10 gramos
2o ".....	3	"	"	50 "
3er ".....	6	"	15 "	100 aproximadamente
4o ".....	7	"	20 "	"
5o ".....	8	"	25 "	"
6o ".....	8	"	30 "	250 "
7o ".....	8	"	35 "	300 "
2a semana.....	8	"	50 "	400 "
Hasta el 1er mes.	8	"	55 á 75 gr.	450 á 600 grm.
Del 2o al 3er mes.	8	"	80 á 100 "	650 á 800 "
4o " 5o "	8	"	105 á 110 "	850 á 900 "
6o al 10o "	7	"	130 á 150 "	950 á 1,100 "

COMPROBACIÓN DE LA LACTANCIA MIXTA.—Aparte del aspecto exterior del niño, hay dos elementos que han de servir de comprobación: las deposiciones y la curva de los pesos. Cualquiera reconoce un niño de pecho en perfecto estado de salud en el hermoso chiquillo de cara rolliza, de tinte fresco, fisonomía alegre, de mirada viva, piel suave, tejidos sólidos.

Curva de los pesos.—La curva de los pesos de un niño sometido á la lactancia mixta debe tanto como se pueda seguir la curva comparativa de un niño criado exclusivamente con el pecho, que está en las mismas buenas condiciones generales de salud. El aumento del peso debe verificarse con regularidad, pero sabemos que es preciso juzgar los progresos considerando el conjunto de la curva, más que las subidas cotidianas ó aún semanales que frecuentemente se hacen por saltos seguidos de descensos y de aquí las oscilaciones que desaparecen en el conjunto.

Excrementos.—Los excrementos han de parecerse á los del niño lactado en el pecho. Transcurridos los primeros días en que expulsa materias negruzcas, luego verdosas, el recién nacido tiene excrementos de un color amarillo de oro, amarillo claro, amarillo obscuro, que recuerda los huevos batidos, sin olor. Son homogéneos, de consistencia blanda, semi-líquida.

A veces se ve grumos blancos de grasa.

El niño lactado exclusivamente en el pecho, si goza de buena salud, tendrá siempre excrementos como los más arriba descritos. Pero el niño criado en el pecho y con leche de vaca no tendrá siempre tal constancia en materias fecales, que se pueden llamar normales. Importante, pues, examinarlas cuidadosamente, y desde que el olor sea fétido, desde que el aspecto se diferencie del que presentan los excrementos tipos del niño criado en el pe-

cho, nos convendrá estar prevenidos.

Y aquí es donde justamente aparece para las clases pobres la utilidad de las consultas de niños de niños de pecho que tienden á generalizarse.

VI

Consultas de niños de pecho

En las clases pobres, las consultas de niños de pecho y las "gotas de leche" de París y de todos sitios han contribuido en gran parte á rehabilitar la lactancia materna, gracias, sobre todo, á que se puso en práctica la lactancia mixta. El ejemplo, citado á todas horas y en todas ocasiones por los médicos de estas obras filantrópicas, por otras también mujeres de mundo ó del pueblo, que han obtenido buen éxito cuando se creían insuficientes nodrizas, ó lo eran realmente, ha hecho mucho; y la ayuda, que les han dado con buena leche esterilizada hizo lo demás, como ha dicho Budin en el Congreso internacional de Higiene de Bruselas: "Todos parecen hoy estar de acuerdo: es necesario establecer por todas partes consultas donde se pese á los niños y donde se aconseje á las madres. Estas consultas no han de ser escuelas de lactancia con biberón, porque no conocemos todavía los medios de criar á los niños artificialmente sin hacerles correr grandes riesgos, por lo ménos en los primeros meses. La mejor gota de leche es siempre la que el niño encuentra en el pecho de su madre, lo que no quiere decir con esto que las otras dejen de ser útiles y necesarias aún en cierto número de casos".

Trad. por RUIZ RODRÍGUEZ (J), para la CACETA MÉDICA CATALANA.

Porqué fracasa muchas veces el raspado uterino

POR

DON JUAN HERRERA ORIA

Del Sanatorio del Dr. Medraza (Santander).

Desde que Recamier á mediados del siglo pasado, y más tarde, Olshausen, idearon y perfeccionaron el raspado uterino y precisaron sus indicaciones, la ginecología cuenta con un tratamiento tan eficaz y práctico, como racional para el más frecuente de sus procesos morbosos.

Parecía que una operación fácil como es el raspado, no habría de producir sino bien, y sin embargo, pocas han fracasado más veces, y ninguna como ella ha desacreditado á la ginecología. La razón de esto es, que siendo la endometritis enfermedad muy frecuente y sencilla la técnica del raspado, todos han tenido ocasión y pocos lo han desaprovechado de ensayar este tratamiento, y muchas veces en circunstancias que no permiten guardar aquellos cuidados y precauciones de que por ninguna razón puede prescindir el cirujano.

Sin duda que muchos de los fracasos deben atribuirse á que no habiendo diagnosticado alguna lesión anexial ó periuterina, éstas se reavivaron y agudizaron con el traumatismo ó á que se ha metido la cucharilla en un útero con fibromiomas submucosos ó intersticiales que caen en fusión icorosa (si bien aun en este caso se puede evitar la complicación cuidando como se debe de la asepsia), pero la mayor parte de las veces, á falta de esos cuidados, deben atribuirse los fracasos.

Y es necesario estar pleramente convencido de que el raspado no se puede ejecutar, sino siendo práctico conocedor de los mil detalles que exige la asepsia, cuya esencia no consiste en otra cosa que en el exac-

to conocimiento y mecánica aplicación de aquellos detalles y minucias, por los cuales llaman á los cirujanos exagerados y aparatosos; porque sin este convencimiento fácilmente se cae en la tentación de corregir con un raspado los molestos síntomas locales y los innumerables y variadísimos trastornos reflejos que produce la endometritis, afección insidiosa en sus comienzos, molestísima en su curso, pequeña en sus lesiones y en su tratamiento tan fácil y tan racional; que si no es lícito introducir en el útero ningún instrumento, ni aun el histerómetro, sin antes asegurarnos, por los medios que para esto se emplean, de que no vamos á perjudicar, mucho menos ha de serlo convertir toda la superficie uterina en enorme puerta de invasión para los microorganismos, precisamente cuando la vecindad del enemigo y las excepcionales condiciones que á su desarrollo ofrece el encharcamiento sanguíneo de que están afectados los órganos en esta enfermedad, hacen imminente la infección.

Y lo primero que se necesita para salir airoso en esta empresa, es disponer de un número suficiente de ayudantes expertos. Con auxiliares improvisados (y en este número entran las vecinas, amigas y parientes de la enferma) ó con practicantes poco prácticos, no se puede hacer nada bueno; si hay que ocuparse de todos y de todo y operar al mismo tiempo, si además, y es lo más frecuente en estos casos, no se da cloroformo y la enferma grita y se revuelve, no se deben esperar resultados muy felices ó será dar la mayor prueba de candidez que puede dar un cirujano.

Para hacer el raspado hay que dar cloroformo; cuando no se da es, ó porque se considera la operación de poca importancia, y esto es un error, como espero se deduzca de este trabajo, ó porque no se cuenta con ayudante de confianza que pueda encargarse de aquella misión,

siempre delicada; y entonces no se debe operar. No es muy dolorosa la operación, cierto, pero también es verdad que se necesita muy poco para sublevar los nervios de una mujer, ya dispuesta á alterarse con la visión del movimiento y aparato que exige la asepsia aún imperfectamente practicada: si además, para dilatar el cuello se ha usado el tallo de laminaria (práctica frecuente cuando no se da cloroformo, porque la dilatación gradual aumenta las molestias y prolonga la operación), la enferma, tras una noche de insomnio y malestar, llega á la mesa de operaciones, nerviosa y nada dispuesta á sufrir resignada las manipulaciones y ultrajes de la intervención. El tallo de laminaria no tiene ninguna ventaja sobre los dilatadores graduales si se administra cloroformo; la rapidez con que el cuello uterino reacciona y se cierra después de dilatado, quita todo fundamento á la esperanza de los que cándidamente se las prometen muy felices con el mayor desagrüe (dicen), que permiten la dilatación y reblandecimiento que á los tejidos del cuello presta la laminaria al hincharse.

De la asepsia no hay que decir sino que debe ser rigurosa, el procedimiento para alcanzarla importa nada, como sea verdad que se llegue á conseguir, sólo si advertiré, que si no se afeitan el pubis y los grandes labios, ningún recurso será bastante bueno para desalojar al enemigo de sus posiciones.

Como breve comentario á los éxitos obtenidos en varios cientos de casos, expondré en seguida la técnica que se emplea en el Sanatorio del Dr. Madrazo, para conseguir una asepsia rigurosa; pero antes quiero denunciar la pésima costumbre de algunos compañeros que, no dando al raspado uterino mayor importancia que á una operación de policlínica, le practican en su gabinete de consulta: la operada, en un coche se trasladada á su

casa, y á los tres días se levanta y.....á los veinte, en esta otra vez en la consulta del cirujano con los mismos síntomas é idénticos trastornos; sucede que se repite la operación otra ó más veces, hasta que la enferma se cansa y va á manos de otro compañero de más delicada conciencia se aburre y se convierte en pregón ignominioso del legrado, que paga los vidrios que rompió un desaprensivo legrador.

En resumen, que el legrado uterino fracasa muchas veces, porque teniéndole por intervención de poca importancia, se prescinde al practicarle de la anestesia general, no se procura obtener la asepsia, que se enmascara con una limpieza engañosa, se practica muchas veces fuera de la casa de la enferma, y por último, el tiempo que se tiene en cama á la operada no es suficiente.

En el Sanatorio del Dr. Madrazo, se bañan, se afeitan y jabonan la región y se las da una irrigación de lisol la víspera de la operación. En la sala de operaciones las vuelve á lavar con agua y jabon y se repite la inyección vaginal. Se cubren con paños esterilizados y empapados en sublimado al 1 por mil, ambas piernas y y el vientre, y previa la anestesia clorofórmica, se procede al raspado: practicando la dilatación con los tallos metálicos de Hagar y terminándola con una inyección de percloruro y otra de agua caliente, para arrastrar el exceso de caústico; después se rellena la vagina con gasa yodofórmica. A los siete días se hace una inyección que se repite cada tres ó cuatro hasta el veinte ó veintidos en el que se levanta la enferma y se la da el alta. En los libros en que se registran las operaciones hechas en el Sanatorie quirúrgico, mas de 400 veces se encuentra el legrado uterino; ni una vez fué necesario repetirle ni se

presentó accidente ó complicación dignos de notarse.

Ningún otro argumento será más poderoso, para defender la importancia que la asepsia exagerada (si en esto puede haber exageración) tiene en el raspado uterino y la que hay que conceder á la permanencia en la cama durante veinte ó veintidos días después de la operación.

Publicaciones recibidas

Introducción á l'etude de la medecine por G. H. Roger, professeur agrégue á la Faculté de Medecine de Paris, Medecin de l'hospital de la Porte d'Aubervilliers.

Deuxieme édition, revue et considerablement augmentee.

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

Cajamarca, enero 31 de 1903.

Señores Scott y Bowne.
Nueva York.

Muy señores míos:

He experimentado la Emulsión de Scott desde hace dos años próximamente, y tengo el agrado de manifestar á ustedes que los resultados obtenidos con su uso en gran número de enfermos han sido siempre los más excelentes y notables. Puedo asegurar que pocas especialidades se le igualen en el tratamiento de las afecciones consuntivas y de los catarros pulmonares.

Aprovecho esta ocasión para ofrecer á ustedes las seguridades de mi más distinguida consideración.

De ustedes atento S. S.

DOCTOR MIGUEL A. ROJAS.

No hay que olvidar que la Emulsión de Scott devuelve fuerzas á los débiles y carnes á los raquíticos.

Imprenta de San Pedro.—31,315