

# CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

## MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXII }

LIMA, 15 DE JUNIO DE 1905

{ N.º 395

Instituto de Higiene de la Ciudad de Lima

### La reglamentación de la importación de conservas alimenticias

MEMORÁNDUM

Señor Director de Salubridad:

La reglamentación de la importación de las conservas, desde el punto de vista higiénico, si no es imposible por lo menos, en el estado actual de las cosas, no produciría grandes provechos.

Para fundar lo anterior veamos cuales son las diferentes clases de conservas y como es que ellas pueden llegar á ser nocivas, determinando las intoxicaciones ó infecciones que producen el síndrome clínico conocido con el nombre de botulismo, que como es justo, debe llamar la atención de las autoridades higiénicas.

#### DIFERENTES CLASES DE CONSERVAS

Para poder conservar y transportar á distancia las carnes de los diferentes animales, la industria,

en los distintos países ha puesto en práctica una serie de métodos más ó menos apropiados con los que se obtienen productos, que no difieren sustancialmente del que les dio origen, conservando sus propiedades alimenticias, con un sabor más ó menos agradable.

Las conservas de carne se obtienen, generalmente, reduciendo esta á una forma resistente á cualquier alteración, por desecación, cocimiento, salazón, etc. Desde los tiempos antiguos en algunos países del Asia se hace secar completamente la carne y después se le reduce á polvo. En la América setentrional se prepara así la carne de bisonte. El llamado "Pemmikan" es una carne pulverizada, desecada é incorporada á un poco de grasa. La chalonga, el charqui entre nosotros es también carne desecada al sol y salada. En España se deseca y se exporta la carne de cabra y carnero; en Melbourne el "Patrik Hayes" prepara carneros enteros, disociados, salados y aromatizados.

Otro medio de conservar la carne es la fumigación, que consiste en exponerla, salada á nó, al humo de leña, un tiempo prolongado. La carne de pecho y de lomo de vaca, la cadera, las costillas y el vientre del carnero, las caderas y lengua de chanco, son de preferencia para estas preparaciones. Así se tiene

las lenguas fumigadas de Zurigo, las salchichas de Strasburgo, los chanchitos de Straz, etc. También algunos peces: arenques, salmones, se preparan de este modo.

La simple salazón es un medio practicado desde hace mucho tiempo para la conservación de las carnes. Se efectúa diversamente, según los países, pero consiste esencialmente en cortarla en trozos y cubrirlos de sal (12 á 20 %) y algunas veces sal de nitro. El jamón no es otra cosa que los músculos de chanco salados, desecados y á veces cocidos.

El cocimiento y la eliminación del aire son también medios eficacísimos y muy usados para la conservación de las carnes. La carne en cajas se conserva por estos medios. Se practican según varios sistemas (Appert Fastier Ligroc etc); así se tienen cajas en que se hace el vacío, otras en que la carne está completamente sumergida en un líquido salado ó que preventivamente lo ha estado y después ha sido secada ó ahumada, (sistema Cirio Betti, Tonmetti etc) ó colocadas en grasa fundida (de la Victoria Company de Australia) etc. También se ha aprovechado de la acción de los antisépticos ácido bórico, bórax, alumbre, etc. en la mayor parte de las veces mezclados á la sal común. También se conservan las carnes de gallina y otros volátiles en cajas llenas de gelatina, como son algunas preparaciones yankees.

Tales son las principales clases de conservas. Sin embargo el uso ha establecido que se designen, de un modo especial, con el nombre de *conservas á las sustancias cocidas desecadas incluso en recipientes metálicos herméticamente cerrados*.

## ENVENENAMIENTO POR

### LAS CONSERVAS (1)

Es un hecho completamente averiguado que la ingestión de conservas provoca á veces accidentes. Estos accidentes pueden ser debidos á la existencia de sustancias tóxicas ó á la de gérmenes vivos capaces de provocar infecciones intestinales.

¿Cuál de estas dos causas es verdadera? Ambas, pero en distinto grado de certidumbre.

Desde luego parece establecido, al revés de la importancia que se ha dado á la intervención de venenos minerales, que estos no influyen esencialmente en la toxicidad de las conservas; porque en efecto la naturaleza ó la sintomatología de estas intoxicaciones no corresponde á los accidentes producidos por las sales de plomo, que podrían tener su origen en las soldaduras á las que tanto se ha incrementado. En cuanto á lo que se refiere á los tóxicos que pudieran producirse á consecuencia de las mutaciones químicas determinadas por el envejecimiento en depósitos cerrados, es evidente que estas transformaciones pueden traducirse por modificaciones al análisis. En efecto puede demostrarse en ciertas conservas viejas, el ataque de las soldaduras,

(1) Los estudios al respecto desde el punto de vista químico bacteriológico, que es el aspecto bajo el que debemos considerar la cuestión han sido hechos con mucha detención en Francia, muy especialmente por Vaillard, sobre las conservas de carne que sirven para la alimentación del ejército francés. De un estudio de este autor aparecido últimamente en la Revue d'Hygiene, tomamos la mayor parte de los datos, opiniones y muchos conceptos consignados aquí. Como los procedimientos de fabricación de las conservas de carne no difieren esencialmente de las de los otros productos empleados en la alimentación (sardinas, atún etc.) las conclusiones sacadas del estudio de las primeras, tienen un alcance general.

la saponificación parcial de la grasa, la disminución de la acidez, el cambio de color y de aspecto de las fibras musculares, la gelatinización fácil por el agua hirviendo, etc., pero no se ha podido demostrar que estas transformaciones lleguen hasta la producción de albúminas tóxicas. Y además habría que tener en cuenta, lo que no sucede en estos casos, que las transformaciones profunda de la materia, cuando no son debidas á gérmenes animados exigen la acción de fuerzas químicas enérgicas, pues de otro modo, la materia albuminoidea debe conservarse inmutable. A lo que se añade el hecho de que si los envenenamientos debidos á las conservas tuvieran su origen en la formación de albúminas tóxicas á consecuencia del envejecimiento, no sería explicable el que la ingestión de conservas de 5 á 6 años de preparadas, no produzcan accidentes de ninguna clase.

Es á los microbios ó á los productos que ellos originan, á los que se atribuye actualmente los accidentes conocidos con el nombre de botulismo.

Hay que ver ahora de qué manera es posible explicar la presencia de gérmenes ó de sus toxinas en las conservas, que han pasado por la esterilización.

En primer lugar debe tenerse en cuenta el que bien puede emplearse para la preparación de las conservas animales enfermos (piomía, septicemia enteritis, meteorismo etc.) y que los productos tóxicos originados por la enfermedad no hayan sido destruidos por la temperatura á la que se hace la esterilización. Lo mismo habría que decir, del *Surmenage*. Pero aun siendo el animal sano, la carne puede hacerse tóxica á consecuencia de una invasión microbiana, por retardos é imperfecciones en el trabajo de preparación, demoras en la esterilización cuando las cajas estén ya soldadas y nueva esteriliza-

ción tardía, etc.etc. En estos casos aunque los gérmenes se destruyen pueden subsistir sus toxinas. Lo mismo ocurre si por una esterilización imperfecta las conservas fermentan en las fabricas, produciendo esos levantamientos característicos de las tapas; entonces con abrir un pequeño agujero para dar salida á los gases cerrando la abertura una vez salidos y vuelta á esterilizar la conserva se podrán destruir también los gérmenes, pero no queda inofensiva la conserva.

Los exámenes microscópicos hechos en estos casos han demostrado en efecto la existencia de un número inmenso de cadáveres de microbios.

Se comprende fácilmente como es posible la existencia de conservas en las que, sin haber gérmenes activos, los productos tóxicos originados durante la vida de ellos, que nada prueba que haya sido destruidos en el autoclavo, subsistan y determinen accidentes que se presentan con los caracteres de verdaderas intoxicaciones. Georges, operando sobre cuarenta cajas de conservas, ha podido extraer de ellas dos albúminas tóxicas que inyectadas en el peritoneo de una cobaya una mató á las 24 horas y la otra fulminó al animal. Pouchet, ha llegado á establecer en sus experiencias, que la carne de numerosas cajas á dado extractos tóxicos pero de desigual toxicidad inyectados en el peritoneo de la cobaya; y hace notar que las cajas de donde provenían estos extractos no presentaban ninguna apariencia de alteración.

Todo esto en el caso de que la esterilización en el autoclavo sea completa; pero, esto no sucede siempre como lo comprueban las alteraciones espontáneas que se producen después de la fabricación, no sólo en el curso del primer año sino en los subsiguientes; y las investigaciones directas que han demostrado, en un gran número de exámenes, que de 100 cajas de conservas de

carne, 70 contenían gérmenes revivificables, no sólo en conservas de reciente preparación y de un solo origen, sino de distintas proveniencias y contando, 5, 6 y aun 7 años. Con la circunstancia de que á menudo los caracteres organolépticos no han sufrido ninguna modificación.

Los gérmenes encontrados en las experiencias aludidas pertenecen á la categoría de los aerobios, ó sean gérmenes que necesitan del oxígeno para vegetar. No se encuentran anaerobios, porque no necesitan estos organismos de oxígeno para su subsistencia y desarrollo, encuentran en las cajas de conservas cerradas, si la temperatura ambiente les es favorable lo que sucede generalmente en el verano, un medio propicio para su pululación y de ahí la fermentación con producción de gases que determinan el hinchamiento de las tapas y su rechazo como producto ya malogrado; ó si la existencia no ha salido aún de la fábrica la *represervación* ó sea una nueva esterilización, previa la expulsión de los gases.

Los gérmenes aerobios, si el calor del autoclavo no ha llegado aniquilarlos, como exigen la presencia de oxígeno para vivir su vida activa y no encuentra este elemento en las cajas cerradas, permanecen en un estado de somnolencia de la que los hará salir fácilmente su contacto con el oxígeno del aire; con tanta mayor facilidad cuanto que transformándose más y más de ácido en alcalino el medio á medida que por la presencia del oxígeno los microorganismos se vivifican, esta alcalinidad, favorece también la multiplicación. La menor solución de continuidad en las cajas, su permanencia durante ya cierto tiempo de abiertas, expuestas al aire libre, con una temperatura favorable, provocará pues una vejetación activa.

Una comprobación de lo anterior resulta si se colocan á la estufa á

37° las cajas de conservas. En este caso sucede que en vez de hincharse como debería acontecer si tuviesen gérmenes anaerobios, permanecen inalterables, mientras que si se abre en la caja un pequeño agujero para dar acceso al aire, y se coloca en estas condiciones en la estufa, entonces se pueden obtener culturas exhuberantes de gérmenes aerobios. Igual resultado se obtiene sembrando en caldo alcalino, partículas de conserva en estas condiciones.

Los gérmenes aerobios que las culturas ponen en evidencia en las conservas pueden ser muy variados: cocos, bacilos esporulados ó nó, hongos.

Se han llegado á encontrar bacilos frágiles que no resisten á una temperatura de 100° y aun 60 grados, lo que probaría lo imperfecto de la esterilización al autoclavo; pero constituyendo esto la excepción, lo corriente es encontrar bacilos de esporas muy resistentes, entre los que deben citarse el bacillus subtilis y las diversas especies de mesentéricus (mes. vulgatus; mes. ruber; mes. fuscus).

La inoculación subcutánea de las bacterias extraídas de las conservas no determinan accidentes, en los animales de laboratorio ó los determinan poco intensos. Lo mismo sucede con la ingestión. Sin embargo se ha encontrado un bacilo corto, pero móvil que mataba bruscamente por inyección subcutánea á la cobaya.

En cuanto á la ingestión se ha llegado á producir: vómitos, diarreas fétidas á veces mortales.

#### CONCLUSIONES

De todos los hechos apuntados sumariamente se deduce:

1°—No es á la presencia de las sustancias metálicas á las que las conservas deben su nocuidad.

2°—No es el simple envejecimiento el que modificando la composición química comunica á estas pro-

piedades patógenas. (Una conserva bien hecha no debe alterarse).

3º—Una conserva puede ser peligrosa porque está fabricada con carnes mal sanas (animales cansados ó enfermos, porque no está fabricada con limpieza; porque errores deplorables, pueden introducir carnes alteradas (represervación); y en fin por que los procedimientos de fabricación, no realizan una esterilización perfecta de las carnes.

Cuál sería pues la manera de evitar el peligro que trae consigo el uso de conservas impuras. La respuesta debe ser categórica; suprimir todos esos errores voluntarios ó involuntarios, en que incurren los fabricantes de estos productos. Y es por esto que la comisión instituida en 1889 por el Ministerio de Guerra Francés, bajo la presidencia de M. Brouardel para estudiar las causas de los accidentes provocados por el empleo de las conservas de animales y los medios de remediarlas establecía las siguientes reglas muy simples: hacer uso de una materia prima irreprochable y pura en su origen, esforzarse en mantenerla tal durante todas las fases de la fabricación conservándola en fin en este estado después de la oclusión de las cajas. Lo que se puede expresar así:

1º—Vigilancia sanitaria de los animales destinados á las conservas.

2º—Limpieza y asepsia en los procedimientos de fabricación.

3º—Esterilización rigurosa de las conservas.

Se comprende la dificultad de llevar á la práctica estas prescripciones dada la directa é inmediata vigilancia que debería ejercerse para controlar la pureza de las materias primas y la pulcritud en las múltiples y delicadas manipulaciones que exigen la preparación de las conservas.

Pero es ahí sin embargo y ahí sólo, donde deben dirigirse sus prin-

cipales miradas los encargados de velar por la salud pública.

Una reglamentación que no vaya á producir sus efectos en las fábricas mismas, no daría resultados eficaces ó no daría ningún resultado.

Teniendo en cuenta todo lo dicho. ¿Sería posible establecer reglas sanitarias para la importación de las conservas?—Lo que podría hacerse sería prohibir la exportación de las confeccionadas con sustancias antisépticas: ácido bórico, alumbre, etc. prohibidas en todos casi todos los países, lo mismo que aquellas cuyas cajas estén cerradas con soldaduras que contengan más del 10 % de plomo (1); pero desde que es imposible, comprobar sus condiciones microbiológicas, desde que no puede deducirse del examen de una caja, la bondad ó mala calidad de las demás de una partida, pues abiertas las cajas, la conserva se inutiliza, es evidente que no se podría establecer ninguna regla fija, ni puede caer la importación de las conservas, desde este punto de vista, bajo las prescripciones de una ley ó de un decreto gubernativo.

Lima, 31 de mayo de 1905.

C. ALBERTO GARCÍA.

(1)—No es á las sales de plomo á las que hay que atribuir como se ha visto, los accidentes ocasionados por las conservas; pero no sería posible suprimir de las legislaciones sanitarias esta prescripción subsistente á la hora actual en todas ellas, hasta que estas opiniones individuales, no hayan sido adoptadas oficialmente.

## CORRESPONDENCIA

DESDE PARIS

**El problema de las afasias**

(Para La Crónica Médica).

La afasia, ese síntoma que tan sencillo parece á primera vista, y cuyo conocimiento se creía completo, se ha complicado de manera notable en estos últimos años. El descubrimiento de la *agrafia*, primero, y el de la *sordera* y *ceguera* verbales, después, ha aumentado considerablemente las dificultades de esta cuestión, ya de suyo escabrosa, sin tener en cuenta las dificultades que crean en este problema otras incógnitas más ó menos estudiadas, como la afasia sensorial, y las complejas observaciones de la anatomía patológica, que nos conducen á un dédalo casi inextricable.

En estos últimos meses he tenido ocasión de hacer este estudio de una manera más seria en el servicio del Dr. Pedro Marie, en Bicêtre; y aunque no estoy en completo acuerdo con las ideas de tan ilustre maestro, quiero dar á conocer á los lectores de *La Crónica Médica* el resultado de tan interesantes trabajos.

Al final de esta correspondencia diré en qué disiento del maestro respecto á las conclusiones de los trabajos hechos en su servicio.

Desde luego he comenzado por aprender á examinar á un afásico, examen sin el cual no se puede llegar á ninguna conclusión, ni aún reconocer este estado en algunos individuos aparentemente curados. El ilustre neurologista P. Marie ha ampliado en gran manera este examen con el objeto de darse cabal cuenta del estado mental de los afásicos, punto sobre el cual poco se

había llamado la atención, y que por eso había originado graves errores de diagnóstico repetidos con harto demasiada frecuencia.

Antes de dar una idea del modo de practicar éste examen quiero dejar constancia de que él se refiere exclusivamente á la afasia motriz de Broca; después diré algo de la afasia sensorial.

El examen debe comenzar por la palabra espontánea, repetida, haciendo recitar al enfermo un verso, una frase larga ó nombrar y escoger un objeto, se le dicta un acto, se le hace cantar y se le obliga á contar.

En esta primera parte del examen se nota las siguientes particularidades. Si tomamos como ejemplo á un individuo que tenga una afasia ligera, se observa defectos de pronunciación en algunas palabras y este individuo que habla casi correctamente no podrá repetir una frase un poco larga como lo hace un hombre normal. Es curioso también que muchos afásicos que casi no pueden hablar, pueden pronunciar perfectamente las palabras al cantar una canción.

También se observa que la moción de número es la que se pierde con más dificultad, á tal punto que si se pide á muchos afásicos que casi no hablan que nombren los días de la semana, contestan: uno, dos, tres, etc.

En el examen de la lectura se observa que los individuos que sufren incapacidad absoluta de leer, si se les presenta un libro ó un periódico invertidos para que lean, todos, automáticamente, lo ponen derecho.

Si se les hace leer letras, palabras ó cifras, se observa que algunos lo hacen con facilidad al paso que estos mismos no pueden leer la hora en un reloj; conviene también hacer que expliquen el uso de un objeto que se les presenta, que cuenten con los dedos, y que digan el valor de las monedas, de las cartas del naipe, etc.

Se pasa luego al examen de la escritura, que nunca es perfecta, pues por lo general el enfermo sólo dispone de la mano izquierda. Casi todos los afásicos pueden escribir su nombre, notándose que estos mismos rara vez pueden pronunciarlo, lo que se explica fácilmente por que en la vida práctica no se tiene costumbre de pronunciarlo.

El examen de la escritura debe ser muy prolijo, haciendo la comparación entre la escritura espontánea y la dictada ó copiada, y en este último caso se les da por modelo escritura impresa ó manuscrita, en letras mayúsculas, minúsculas ó en cursiva, y por último se les pide que escriban con un juego de letras.

Es también muy interesante hacerles escribir cifras y hacerles calcular con ellas. Haciendo este examen de una manera metódica se observa que, por lo general, los enfermos no pueden escribir sino empleando sólo mayúsculas; que escriben cifras con más facilidad que letras, y que—cosa notable—son raros los que pueden restar, y privilegiados los que llegan á dividir.

Con nueve profundamente las ideas clásicas que se tiene sobre este punto el ver la total perturbación mental en que se hallan estos enfermos, que al hacer una resta, comienzan por la izquierda, aún cuando sean personas de una cultura intelectual bastante avanzada.

Continuando el examen esta noción se destaca más clara y completa. Si se presenta al enfermo dibujos de los más simples, como un círculo, un cuadrado, etc. para que los copie, se observa el caso curioso de la dificultad que tienen para hacer un triángulo.

En el primer momento, al ver gesticular á un afásico, se pensó que en la imposibilidad de comunicarse por medio del lenguaje articulado suplía con sus gestos; pero pronto se reconoció el error. En efecto, el afásico se halla á este respecto muy por debajo de un individuo normal

que pretenda hacerse entender por la mímica; sólo le queda la mímica emocional, cuyo abuso hace pensar de ese modo, pero si se pide á enfermo que explique por gestos su oficio, por ejemplo, se notará que no logra hacerse comprender.

Grandes son también las sorpresas que reserva el examen de la memoria descriptiva, hasta el extremo de decir que un caballo es un animal que tiene tres patas.

También está profundamente perturbado el sentido de la orientación, siéndoles imposible decir el camino que hay que tomar para llegar de una calle á otra. Cosa semejante sucede con la memoria de los colores, aunque en general se nota que la memoria óptica y la acústica están mejor conservadas que las otras.

Para probarlas se recurre á diversos expedientes: se imita, por ejemplo, el maullido del gato y se le pregunta si así hace el perro; se le presenta varios colores y se le pide que señale el color de la hierba; se deja caer una moneda ó se enciende un fósforo detrás del enfermo, pidiéndole en seguida que indique á qué corresponde el fenómeno observado.

Un modo seguro de descubrir una afasia larvada es dictar al enfermo un acto complejo que, en el caso de existir tal dolencia, no podrá ejecutar. He visto practicar y practicado este examen metódicamente en unos treinta enfermos, y he adquirido la convicción de lo erróneo que es el juicio que se tiene de los afásicos. Este resultado ha sido tan completo que ha motivado una interesantísima comunicación del célebre profesor Marie á la Facultad de Medicina de París.

En efecto, el afásico no es simplemente un individuo privado del uso de la palabra, de la lectura y de la escritura; su estado mental está profundamente perturbado en un sentido negativo, y lejos de tener una cerebración normal, bajo cier-

to punto de vista, se halla en los linderos de la imbecilidad y de la inconsciencia.

El recuerdo de la afasia sensorial, descubierta por Wernike en el año 1874 confirma esta manera de pensar. Antes de él los afásicos sensoriales eran confundidos con los dementes, y la confusión es tan fácil que hace poco los primeros médicos de París, y el profesor Marie entre ellos, cometieron un *hermoso error*, según la expresión de este último.

El afásico sensorial es generalmente un gran hablador, pero sin comprender lo que dice, ni él ni los que le escuchan: en ocasiones las palabras están simplemente modificadas (parafasia); en otras son completamente incomprendibles (jergafasia). La parálisis de estos enfermos no es una verdadera hemiplejía sino lo que los autores alemanes llaman *apraxia*, es decir que no pueden usar sus miembros del lado derecho, pero pueden accionar con ellos cuando hablan.

Lo que más llamó la atención en la comunicación del Dr. Marie, fueron las conclusiones que deduce de sus profundos estudios sobre la anatomía patológica de la afasia.

En una extensa y muy interesante digresión sobre la escritura, de la que sólo recordaré los puntos más culminantes, probó que la escritura fue primero representativa y que poco á poco ha evolucionado hasta adquirir el carácter actual, lo que puede considerarse como una conquista relativamente moderna. Recordó que hasta hace apenas siglo y medio, en la edad media, la escritura era el patrimonio de los monjes y que de estos casi todos eran frailes que pasan por no haber tenido descendencia, y que sólo hace cuatro ó cinco generaciones que la escritura puede considerarse como algo inherente á los individuos.

Según él, pues, es absurdo hablar de un centro cerebral de la escritura, por que aun admitiendo que él

pueda desarrollarse, no ha tenido tiempo para hacerlo.

Las mismas objeciones hizo respecto á la existencia de un centro de la sordera verbal, haciendo notar que no se ha observado ningún trastorno auditivo aun cuando esté lesionada la primera circunvolución cerebral: tampoco tiene razón de ser un centro de ceguera verbal.

En fin, con un tanto de timidez, el Dr. Marie atacó la existencia del centro del pie de la tercera circunvolución frontal, declarando que había observado un caso típico de afasia motriz con integridad absoluta del centro clásico, mientras que, al contrario, había observado otro caso en que se manifestaba evidente la lesión descrita por Broca, sienda así que el sujeto no había presentado en su vida ningún signo de afasia. Encuentra el mismo profesor la confirmación de sus ideas en el hecho de que en los hemipléjicos infantiles por lesión del cerebro izquierdo, es regla que jamás se encuentra trastorno de la palabra.

Concluyendo, declara el profesor que no se puede admitir la existencia en el cerebro de centros que correspondan á la afasia, á la agrafia ó á la alexia; que sólo se puede reconocer la existencia de una zona para el lenguaje articulado ó escrito. Esta zona correspondería, según él, á la cisura de Rolando y á la ínsula de Reil: la porción anterior de esta zona correspondería á la afasia de Broca y la porción posterior á la afasia de Wernike.

En concepto del Dr. Marie pasaría en la afasia lo mismo que sucede en la hemiplejía: se ha pretendido descubrir en la cápsula interna haces destinados á las distintas regiones del cuerpo, y sin embargo habría que considerar esto como un puro idealismo y conservar sólo una porción anterior, motriz, y otra posterior, sensitiva.

La lesión en la hemiplejía sería cuestión de cantidad y no de cali-

dad, puesto que no se observan hemiplegias parciales sino grandes ó pequeñas hemiplegias. Exactamente lo mismo pasa con respecto á las afasias.

Por último, las lesiones evidentes de la inteligencia toda que se observan en los afásicos, confirman completamente esta manera de pensar: el afásico no es simplemente un individuo que no puede hablar, sino un sér que tiene su inteligencia profundamente deprimida, sobre todo en lo que se refiere á las facultades de la memoria y del lenguaje.

En obsequio á la brevedad me he visto obligado á restringir esta comunicación sobre los estudios hechos en Bicêtre y las conclusiones del Dr. Marie; estos estudios podrían ser tema de larguísimas y muy merecidas inserciones, tanto por su importancia intrínseca, cuanto por la fe que merecen los trabajos de un hombre como el Dr. Marie, que ha sabido llegar á tan alto puesto entre los más encumbrados neurologistas del mundo.

Sin embargo, me atreveré á hacer notar que no es posible, en mi humildísima opinión acatar estas conclusiones como absolutas. Si bien es cierto que el afásico es antes que todo un individuo cuya cerebración está profundamente afectada, hasta el punto de perder las nociones más elementales de su oficio, como lo he pedido observar numerosas veces: si también es verdad que desde el punto de vista Médico-legal poco ó ningún valor puede tener el testamento hecho por un afásico, hay que tener en cuenta que el profesor Marie ha hecho sus observaciones casi exclusivamente de viejos, que son los que forman el personal hospitalario de Bicêtre, y que teniendo esto presente hay que tachar de exageración tales conclusiones.

Creo que también se ha exagerado algo el examen. Por ejemplo, al examinar la palabra repetida se ha

dicho al enfermo una frase tan larga ó se ha dictado un acto tan complejo que ninguno de nosotros habría podido repetir aquella ó ejecutar éste. Lo mismo sucede con el famoso examen de las imágenes acústico-ópticas de Oppenheim, que tampoco pueden expresar bien los individuos normales.

En fin, para poder llegar á conclusiones científicas habría que eliminar las lesiones secundarias, entre las que se encuentran las hemiplegias sifilíticas y los trastornos producidos por las arteritis concomitantes, entre otros muchos.

Me creo muy lejos de tener suficiente autoridad para juzgar las conclusiones anatómo-patológicas del Dr. Marie, que han despertado gran interés en el mundo científico; pero no dejaré de hacer notar que no se ha tenido en cuenta los fenómenos de suplenia cerebral, aunque es indudable que no puede admitirse todavía de centros para la escritura ó para la lectura, y que estas son resultantes de la cerebración toda; pero las pruebas de la existencia del centro de Broca son tan variadas y numerosas que hoy es temerario dudar de ella.

DR. HELÁN JAWORSKI.

## TRABAJS EXTRANJEROS

### LA ESTOVAINA

(Conclusión)

Para el tratamiento de las úlceras dolorosas, de las llagas y de las grietas, se puede emplear la siguiente fórmula:

Estovaina.....	25 cgs.
Gomenol.....	5 grs.
Lanolina.....	10 „

Vaselina..... 10 ,,

La estovaína puede también utilizarse para el tratamiento de las hemorroides dolorosas, en forma de pomada, así formulada:

Estovaína..... 6 ggs.  
Adrenalina al milésimo.....xxx gts.  
Vaselina..... 10 grs.

O bien:

Estovaína..... 1 gr.  
Extracto de ratania..... 2 ,,  
Ungüento populeón.....: 30 ,,

En la cirugía general ha sido estudiada por el profesor P. Reclus, cuyos trabajos sobre el empleo quirúrgico de la cocaína todos conocen. En la Academia de Medicina de París (Sesión del 12 de julio de 1904) dijo que la misma potencia analgésica tienen la cocaína y la estovaína, y que inyecta sin temor más estovaína que inyectaba cocaína. También el doctor Chaput, cirujano de los Hospitales de París, ha hecho investigaciones, de que ha dado cuenta á la Sociedad de Biología de París (Sesión del 7 de mayo de 1903), y dice:

“La acción analgésica de la estovaína local á 1/200 es idéntica á la cocaína. La estovaína no es tan tóxica como la cocaína; tiene una acción vaso-dilatadora que, congestionando el bulbo, suprime el síncope y permite á los enfermos se les opere sentados y se levanten así esté terminada la operación. Pura ó asociada con la cocaína, la estovaína mejora considerablemente la anestesia lumbar, porque no palidece á los enfermos, y suprime las probabilidades de síncope.

La estovaína lumbar permite emprender cualquier laparatomía, aún las más difíciles, y llevarlas á cabo con éxito cuando los enfermos no son demasiado impresionables.”

En oftalmología, la ha estudiado

el profesor J. de Lapersonne y dice (1): “que las instilaciones de estovaína permiten hacer casi todas las operaciones de la córnea ó de la conjuntiva, hasta la operación de la catarata. Excepto una débil descamación epitelial sin consecuencia é inconstante, no tiene inconveniente alguno sobre la marcha de la cicatrización, pero es inferior á la cocaína, por ser su aplicación siempre dolorosa y porque, á dosis iguales, la anestesia córnea es menos completa y duradera.

En inyecciones sub-cutáneas y sub-conjuntivales, en cambio, la estovaína nos ha parecido inferior á la cocaína. La insensibilidad es completa en menos de un minuto, y dura el tiempo preciso para una operación.”

En odontología, la emplean con éxito los dentistas Sauvez (2), Nogué (3), Pont (4) y otros.

En laringología, el ilustrado especialista Dr. Tapia lo ha empleado, y al final de un trabajo que sobre esta materia ha publicado (5) da á conocer las soluciones siguientes:

1<sup>a</sup> La estovaína es mucho menos tóxica que la cocaína; 2<sup>a</sup>, es tan buen analgésico, como la cocaína; 3<sup>a</sup>, es buen antiséptico y antitérmico; 4<sup>a</sup>, no es vaso-constrictor, lo cual es muy de estimar en nuestra especialidad, en que todas las pequeñas operaciones requieren que el enfermo esté sentado; 5<sup>a</sup>, posee una acción tonicardiaca que la hace muy superior á la cocaína por este motivo; 6<sup>a</sup>, la considera diurética y de fácil eliminación renal, á lo que atribuye su escasa toxicidad y 7<sup>a</sup>, es más barata que la cocaína (0,50 franco el gramo).

(1) *Presse médicale*, abril, 1904.

(2) *L'Odontologie*, abril, 1904.

(3) *Archives de Stomatologie*, abril y mayo, 1904.

(4) *Lyon Médical*, mayo, 1904.

(5) *Boletín de Laringología, Otología y Rinología*, 1905.

El Dr. Tapia hace actualmente uso casi exclusivo de este anestésico local, y lo recomienda como muy eficaz.

Vamos á transcribir las fórmulas que se emplean más frecuentemente.

En anestesia local, empléense las soluciones siguientes:

1ª Estovaína..... 75 cgs.  
 Agua destilada, cantisuficiente para.....100 c. c.

Esterilícese al autoclave á 105°-110° durante quince minutos, y consérvase en ampollas cerradas. Dicha solución, utilizada para la cirugía general, operaciones de almorranas, hernias, varicoceles, hidroceles, uñero, panadizos, etc., según la técnica del profesor Reclus, puede inyectarse á la dosis de 40 c. c. sin originar la menor molestia.

Recordamos la observación de M. Pouchet acerca de la comunicación del Dr. Huchard, que para producir su acción analgesiante la estovaína necesita estar en contacto con el nervio sobre que se quiere obrar. M. Reclus ha insistido desde hace tiempo, respecto á la cocaína, sobre la necesidad que hay, para la anestesia de la piel, de hacer la inyección intra dérmica y no hipodérmica. Se debe ver, durante la inyección, el líquido correr bajo la epidermis.

2ª Estovaína..... 1 gramo  
 Agua destilada c. s.  
 para.....100 c. c.

Dicha solución puede utilizarse para las pequeñas operaciones. Es la que emplean los dentistas.—En *Oftalmología* se emplean dos clases de soluciones:

1ª Estovaína ..... 1 gramo  
 Suero fisiológico c. s.  
 para .....100 c. c.

Esterilícese á 105°-115°, y con-

sérvese en ampollas, para inyecciones.

2ª Estovaína ..... 4 gramo  
 Suero fisiológico c. s.  
 para.....100 c. c.

Esterilícese para *instilaciones*.

*Los laringologistas* se sirven de las dos soluciones siguientes, según los casos:

1ª Estovaína ..... 5 grs.  
 Cloruro de sodio..... 5 "  
 Agua destilada c. s. para.....100 c. c.

2ª Estovaína..... }  
 Cloruro de sodio... } áá 10 grs.  
 Agua destilada c. s.  
 para ..... 100 c. c.

Se puede prescribir la estovaína en *pastillas* de 2 mg.

La *pomada*, al 1 por 100, da excelente resultado en las grietas, hemorroides, quemaduras y cura de heridas.

Se pueden también recetar *pociones, gargarismos y supositorios*, á la misma dosis que la cocaína.

Se la puede asociar á cierto número de medicamentos, cuya inyección es dolorosa, y he aquí dos fórmulas en que han dado buen resultado:

Cianuro de mercurio.....30 cgs.  
 Estovaína ..... 5 "  
 Agua destilada c. s. para.....10 gr.

Esterilícese al autoclave á 105-110°

Biclorhidrato de quinina..... 3 grs.  
 Estovaína..... 5 cgs.  
 Agua destilada c. s. para.....10 c. c.

Esterilícese al autoclave á 105-110°

*Incompatibilidades*.—Como la estovaína precipita por todos los reactivos de los alcaloides, ¿será contraproducente el asociar dicho medicamento con el bicloruro de mer-

curio, el biioduro de mercurio, el yodo, los yoduros, etc.?

*La asociación con los alcalinos ha de evitarse igualmente, siendo desviada la base de ese medicamento por las huellas más leves de alcalí.* Sobre el particular impónese esta práctica: Cuando se haya utilizado agua boratada para esterilizar la jeringa de inyecciones, será imprescindible lavarla varias veces con agua destilada hervida antes de servirse de ella.

F. GÓMEZ DE LA MATA.

(De *Los Nuevos Remedios*, de Madrid).

## VARIEDADES

### Efectos del fusil japonés

Los informes que de la guerra ruso-japonesa llegan á nosotros están de acuerdo en que las heridas causadas por el fusil japonés son de curación fácil. Sabido es que el Japón posee un fusil de calibre reducidísimo (6mm5) adoptado también por Italia, Rumania, Suecia y Noruega. Este calibre parece que es el mínimum á que se puede llegar útilmente, por más que la marina norteamericana tiene el fusil Lee, de 6 mm. y los mexicanos de 5 mm.

Cuando se declaró la guerra en Extremo Oriente llegóse á dudar de la eficacia de esta arma japonesa. Podía temerse especialmente que, no obstante la excepcional tensión de la trayectoria, la bala no tuviera efecto suficiente para echar á tierra al hombre inmediatamente, dejándole seguir en la lucha hasta que se manifestaran los efectos de la herida.

Esta cuestión ha sido objeto de un estudio especial del general médico Kikuchi, realizado en vista de

los heridos rusos. Las observaciones de este médico son doblemente interesantes porque justamente él estuvo encargado de un informe cuando se adoptó el nuevo fusil *Meiji*: entonces no podía basarse en experimentos de guerra en hombres vivos, sino sólo en cadáveres ó en animales. Tales experimentos le hicieron admitir, sin embargo, que cada balazo por poco que tocase en alguna parte vital del cuerpo tenía que dejar al hombre fuera de combate, no obstante ser más elevado que antes el tanto por ciento de curaciones.

“Los resultados de la actual guerra—dice M. Kikuchi—no han hecho más que confirmar de manera evidente mis anteriores observaciones. Aparte de la enorme fuerza de penetración de nuestro proyectil, está probado que el efecto que produce en la persona herida es bastante para ponerle inmediatamente en imposibilidad de combatir, aunque las heridas no sean graves. Por el contrario, la sorprendente rapidez con que se curan las heridas debe considerarse como un gran bien de humanidad. Este resultado se debe sobre todo á que el proyectil, muy liso, penetra rápidamente sin producir grandes destrozos ó fracturas con desgarre de las partes heridas.”

Entre los prisioneros rusos observados se hallaban los heridos en los combates del Yalú: á los cuarenta días la mejoría era tal que podían considerarse casi todos curados y muchos salieron ya del hospital. Y sin embargo, no pocos habían sido gravemente heridos. Uno de ellos, por ejemplo, había recibido un balazo que le atravesó un pulmón, con derrame de cerca de un litro de sangre: este hombre fue dado de alta, como curado. Otro recibió un peligroso balazo en el bajo vientre; otro tuvo atravesados el brazo izquierdo, el pulmón, de parte á parte, y el brazo dere-

cho. Otro fue atravesado por la parte superior de ambas nalgas. Otros, en fin, recibieron heridas análogas. Y no solamente no murieron, sino que se curaron pronto.

“Si estas heridas de los rusos—añade M. Kikuchi—hubieran sido hechas con nuestro antiguo proyectil *Murata*, la curación habría sido muy dudosa y muy larga. Durante la guerra de China (1894—95) en la que nos servimos exclusivamente del fusil *Murata*, las heridas de esta naturaleza se encontraban y entonces estaba perdido el paciente. Hoy casi siempre son favorables los pronósticos, pues no tenemos que temer graves complicaciones ulteriores, como no sea en proporciones ínfimas. Hasta podría afirmar que no obstante la rapidez con que la bala pasa á través del cuerpo y no obstante la poca extensión de las heridas, el efecto en los heridos es mucho más rápido que el causado por nuestro antiguo fusil *Murata* (1). Según mis observaciones personales, basándome en mi experiencia de la guerra de China y de la cual, podría afirmar que la bala de *Murata*, de penetración lenta, no seccionaba netamente las venas y nervios que encontraba: los empujaba separándolos como tubos de caucho, dejando las venas intactas. No sucede así con el fusil *Meiji*, pues el proyectil de éste atraviesa todo cuanto se le pone delante y secciona siempre las venas, lo que ocasiona naturalmente gran pérdida de sangre y pone el herido fuera de combate. Entre los heridos rusos había muchos que tenían no una sino hasta siete heridas y aun más, lo que me hizo pensar, al pronto, si en algunos casos no habría quedado el herido fuera de combate desde su primera herida: esto habría dado razón á mis adversarios. Pro-

fundicé estos casos particulares, interrogué personalmente á los hombres que tenían más de una herida, para saber cómo habían sido heridos. Mi investigación dio por resultado establecer que con raras excepciones los heridos habían caído á tierra desde el primer balazo. Con la extraordinaria tensión de la trayectoria de nuestro fusil estos desgraciados que caían en la primera línea de combate y no eran recogidos por sus ambulancias, sufrían nuevamente el fuego de nuestra infantería: según ellos las balas japonesas barrían, por decirlo así, el suelo. Por espantosas que pudiesen parecer estas subsiguientes heridas, diré que quedé satisfecho con esta explicación, pues confirmaba mis primeras explicaciones”.

Estas observaciones sobre los efectos de los fusiles de pequeño calibre se completarían útilmente con los informes acerca de las heridas causadas por los proyectiles japoneses y en especial por los obuses con explosivos poderosos. Desgraciadamente la marina ha logrado hasta hoy conservar el secreto sobre la naturaleza de los proyectiles empleados, especialmente en el combate de Tchempulpo.

Algunas personas competentes que vieron á rusos heridos en Tchempulpo entienden que los japoneses no han empleado más que shrapnels, mientras que en el Japón la creencia general es que se trata de obuses cargados con un explosivo poderoso, que estallan en mil pedacitos lo mismo que los shrapnels. Por lo demás hay un hecho cierto y es que los marinos rusos estaban completamente acribillados de heridas y que de algunos de ellos se han extraído más de cien pedacillos metálicos.

La *Revue d' Artilleria* dice que seguramente los japoneses tienen en su pólvora el poderoso explosivo llamado “Shimosis.” Dícese que este explosivo es exactamente el mismo empleado por el ejército ale-

(1) El fusil *Murata* era una copia bastante exacta del fusil *Gras*.

mán.....Para los japoneses—y desde el punto de vista militar—lo esencial es tener una pólvora superior, armas notables y soldados que saben manejar todo esto mucho mejor que los rusos utilizan sus recursos análogos.

(De *La Escuela de Medicina*, de Méjico).

## MEDICINA PRACTICA

### Régimen alimenticio

de los albuminúricos

(*Jaulin*)

*Régimen lácteo absoluto:* leche hervida, tres litros, un tazón cada dos horas: tomar por la noche. Para facilitar la digestión, 10 á 20 centígramos de pancreatina después de cada toma.

*Régimen lácteo atenuado:* leche y huevos, platos de leche, kéfir, koumys.

*Régimen mixto:* comer lentamente, mascar con cuidado. Tomar muy poca sal, 2 g. próximamente por día.

(*Alimentos permitidos*)

Pan, pastas, sopas *maigres* (1).

*Entremeses:* ostras, rábanos, manteca, aceitunas.

*Pescados:* no están permitidos sino los pescados muy frescos, y aun algunos autores los proscriben en absoluto.

Entre los pescados permitidos, el bacalao, la merluza y los peces de río

*Carnes:* carnes blancas, aves, jamón, cerdo fresco, tocino, riñones.

Cordero de tarde en tarde, ranas, esosos.

(1) *N. de T.*—Lláma-se en Francia *potage maigre* una sopa hecha únicamente con agua, sal, manteca de vacas y legumbres.

*Legumbres:* patatas, guisantes, lentejas, lechuga, achicorias, legumbres verdes, semillas, granos, raíces.

Azúcar, macarrones.

Bizcochos secos, tostadas.

*Frutas:* todas ellas.

*Bebidas:* leche, te, café, vino blanco raramente, cerveza de Malta.

Aguas naturales y minerales, Alet, Pougues, Bussang.

(*Alimentos prohibidos*)

*Sopas:* caldo, sopa de acederas, de queso, extractos de carne.

*Entremeses:* salchichón, anchoas, sardinias en aceite.

*Pescados:* todos los pescados de mar, á no ser que estemos seguros de su frescura; salmón, cangrejo, langosta, esturión, caviar.

*Todas las conservas*

*están proscritas*

*Carnes:* buey y jabalí, carnero, vaca, morcilla, callos, especias.

*Legumbres:* col, coliflor, col de Bruselas, repollo, espárragos, setas, alcachofas, acederas, espinacas, tomates, trufas, berenjenas.

*Ensaladas:* berros.

*Postres:* quesos fermentados; Camembert, Bric, roquefort, ect., yruyère, parmesano.

*Bebidas:* alcohol, coñac, ron, licores, vino tinto, sidra, cerveza fuerte.

### Urticaria

1º Evitar las irritaciones cutáneas y no colocar directamente sobre la piel franela ni vestidos de lana.

Reglamentar la alimentación, suprimiendo los manjares que hayan sido la causa de la urticaria.

Como bebida, la leche mezclada con agua de Vals.

2º Mantener la regularidad de las disposiciones y tomar un purgante ligero.

Citrato de magnesia..... 4 gramos.

3º Tomar mañana y tarde un sello de:

Salicitato de quinina.... 25 cgrms.

Para un sello. Núm. 4.

5º Tomar todos los días un *baño de almidón alcalinizado*, y durante el día lociones con agua y vinagre.

5º Espolvorear en seguida con almidón ó hacer unturas son;

Mentol..... 1 gramo.

Oxido de zinc.. ..... 5 —

Vaselina ..... 50 —

### 300 Pesos mensuales.

Todos pueden ganarlos, vendiendo hermosísima novedad artística. Escribid en seguida á Pennellypes C<sup>a</sup>. MILAN ITALIA.

### Publicaciones recibidas

**Una obra notable de Química.**—Entendiendo los editores Sres. Bailly-Bailliere é Hijos la gran importancia que tiene para el mejor ejercicio de un considerable número de carreras y profesiones la resolución de muchos problemas cuya transcendencia está pendiente de un buen análisis químico, acaban de publicar la obra de mayor valor científico concedida, titulada *Técnica de los Análisis Químicos*, fruto del minucioso y concienzudo trabajo del ilustre químico francés, profesor de la Escuela de Montpellier y jefe de ensayos de mercancías de la Escuela Superior de Comercio, J. Tarbouriech, y que ha sido traducida al castellano por el distinguido químico y docto catedrático de la Facultad de Farmacia de Madrid D. Joaquín Olmedilla y Puig.

Sin más que dirigir una mirada al conjunto de cuestiones que abraza esta obra, se comprende su interés. Además, este libro, por su va-

riedad de conocimientos, se ve que interesa por igual á los laboratorios químicos de un ingeniero, de una escuela de comercio ó de un industrial, que al médico y al farmacéutico. Su objeto es facilitar á todos la realización de los análisis, siguiendo el camino más breve y sencillo para conseguirlo; así observamos que el industrial tiene resueltas sus cuestiones analíticas sobre abonos, tierras, estaño, minerales de hierro, monedas, aguas industriales alcoholes y aguardientes, azúcares, calizas, sales, cementos, jabones, sebos, petróleos, etc. A los que han de llevar á cabo análisis comerciales les facilita el conocimiento de los productos alimenticios con sus análisis sobre vinos, cervezas, sidra, vinagre, agua, leche, aceite, mantecas, harinas, pan, etc. El médico encuentra el medio seguro para hacer un buen análisis de orina, cálculos, jugos y de cuantas cuestiones se le presenten en la práctica. Y por último, el farmacéutico, tanto el profesor como el alumno, encuentran en esta obra el más completo arsenal de conocimientos de análisis químicos que en el delicado ejercicio de su profesión le son necesarios. Es sin duda alguna esta parte de la obra la más extensa é importante; pero desde el principio se observa que toda ella entra de lleno en el extenso campo del ejercicio de la profesión del farmacéutico, quien por la variedad de sus trabajos está obligado á conocer cuanto se relaciona con el análisis químico.

Tal es, á grandes rasgos, el libro más práctico que de esta materia se conoce y que debe poseer todo el que quiera salir airoso en sus trabajos de laboratorio. Consta de cerca de 600 páginas, profusamente ilustrado y encuadernado en piel; se vende al precio de 8 pesetas en todas las librerías y en la de sus editores, plaza de Santa Ana, 10, Madrid.

**Obra utilísima para los médicos prácticos.** — *Lecciones sobre la acción de los medicamentos.* — (Farmacología y Terapéutica), por Sir **Lauder Brunton**. — Las Lecciones sobre la acción de los medicamentos, dadas en la Escuela médica del hospital de San Bartolomé, de Londres, reflejan, como pocos libros, los profundos conocimientos de su autor en Terapéutica. Con un lenguaje claro y sencillo, sin entrar en disquisiciones teóricas, sin describir los caracteres físicos y químicos de los diversos medicamentos, explica el doctor **Lauder Brunton** su acción fisiológica y terapéutica, precisando sus indicaciones, sus contraindicaciones y sus dosis, en una palabra, todo cuanto el médico necesita para saber *cuándo* debe emplear un medicamento y *cómo* debe emplearlo, con objeto de que el enfermo obtenga mejores resultados de la medicación.

La obra del eminente terapeuta doctor **Lauder Brunton**, prestará un verdadero servicio á los médicos de nuestro país, y de esperar es que sea acogida con el mismo entusiasmo que en Inglaterra, donde en pocos años se han agotado **TRES NUMEROSAS EDICIONES.**

La edición española forma un elegante volumen en 4º de 728 páginas, esmeradamente impreso é ilustrado con grabados.

Precio: 15 pesetas.

De venta en la administración de la *Revista de Cirugía y Medicina prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid, y en las principales librerías.

**Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique**, publié en fascicules sous la direction de **M. M. P. Brouardel**, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut et **A. Gilbert**, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Broussais.

Los tres primeros fascículos es-

tan en venta. Hemos recibido el primero.

**Enfermedades microbianas en general.** — Por **Paul Carnit**, profesor agregado á la facultad de Medicina de París, médico de los hospitales-1905. 1 volgr. in-8 de 232 páginas y 54 figuras.....4 fr.

*Sumario.* — Anatomía y fisiología comparadas del microbio y de la célula orgánica. — Etiología general de las infecciones. — Hétero y auto-infecciones.... Patogenia general de las infecciones. — La lucha citomicrobiana. — La inmunidad. — La virulencia: — Anatomía patológica general de las infecciones. — Seimiología general de las infecciones. — Evolución general de las infecciones. — diagnóstico y pronostico generales de las infecciones. — Bacterio diagnóstico. — Toxino diagnóstico. — Cito diagnóstico. — Sero diagnóstico. — Terapéutica general de las infecciones. — Vacunaciones. — Seroterapia. — Métodos terapéuticos anti-infecciosos.

*Librairie de J. B. Bailliere et fils.* — 19, rue Hautefeuille, pres du Boulevard Saint-Germain Paris. 1905.

Lambayeque, enero 15 de 1903.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: Me place manifestarles que he usado la Emulsión de Scott con muy buen éxito en mi clínica, especialmente en las afecciones del pecho, raquitismo, etc. La prefiero al aceite puro de hígado de bacalao por ser más fácil de digerir y por no tener olor tan repugnante.

Soy de Uds. muy Atto. y S. S.,

DR. JUAN DAWSON.

Imp. San Pedro.—33398