

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXIII } LIMA, 15 DE ABRIL DE 1906 } N.º 415

Intoxicación por pasteles de crema

Informe del director de la Sección química del Instituto Municipal de Higiene

Hace algunos días que despertó justificada alarma en el vecindario el insistente rumor de haber ocurrido algunos casos de intoxicación por la ingestión de pasteles de crema.

La inspección de higiene dispuso que se recogiese algunas muestras de los referidos pastelillos y se procediera por el Instituto de higiene á analizarlos.

Llenada esa comisión, el doctor Carlos Alberto García, Director de la sección química del instituto de higiene ha emitido el siguiente informe:

Instituto de Higiene
de la
ciudad de Lima



Lima, 21 de marzo de 1906.

Señor Inspector de Higiene.

S. I.

A raíz de varios casos de intoxi-

cación producida por la ingestión de pasteles de crema, que tan justamente fueron motivo en días pasados de la alarma del vecindario, U.S. hizo pesquisar y remitir á este Instituto para su análisis, muestras de las distintas dulcerías y pastelerías de Lima.

Oportunamente he ido dando cuenta á la Inspección de Higiene del resultado obtenido en dichos análisis habiéndose comprobado en todos los casos, como habrá visto U.S. la buena calidad de las muestras recibidas.

No ha sido desgraciadamente posible examinar los pasteles de crema que ocasionaron los accidentes tóxicos aludidos, á consecuencia de lo tardío del conocimiento del hecho por la Sección de Higiene y por el público en general. No se puede por consiguiente hacer ninguna afirmación directa, acerca de la relación existente entre la naturaleza de ellos y los trastornos gastro intestinales, más ó menos graves, sobrevinidos á las personas que los ingirieron.

Creo sin embargo en mi deber, llamar la atención de U.S. acerca de la naturaleza de los accidentes producidos por la ingestión de cremas, que acaecidos á lo que yo sepa por primera vez en Lima, no han sido infrecuentes en otros países, bastando para demostrarlo el citar los más importantes. Tales son, el

caso de Pessac—(Gironde) en el año 98 en que de 9 personas atacadas murió una; el de Kharkov el año 99 en el que más de 200 personas que habían comido en el mismo día pasteles á la crema de la misma pastelería presentaron síntomas gastro intestinales que simulaban la intoxicación por el arsénico; el caso de Burdeos en agosto de 1900 con 6 atacados; el de Inglaterra en 1901 en el que de 19 personas murió una; el de Valence d'Agen en el mismo año con 116 atacados y 2 víctimas; el de París Auteuil en 1902 con 2 víctimas; el de Panieres (Ariège) en el mismo año con un muerto de 9 atacados; el de Burdeos con 150 intoxicados, etc.

No es del caso entrar aquí en detalles sobre la sintomatología de estos accidentes definitivamente tóxicos; el hecho es que, aun cuando habitualmente la ingestión de las cremas es inofensiva, puede llegar y llega un momento—lo que no ocurre por felicidad con frecuencia—en que esta sustancia alimenticia se hace positivamente tóxica, siendo los accidentes que produce á veces mortales.

Dado el interés que el asunto reviste la explicación de estos hechos ha debido ser como lo ha sido, motivo de investigaciones y estudios de parte de las diversas instituciones y hombres de ciencia interesados en el asunto.

Se incriminó al principio sucesivamente la causa de estos fenómenos á todos los elementos que sirven para la confección de las cremas; desde luego á la alteración de los huevos; á la leche que pudiera estar impurificada por sustancias fermentecibles, al empleo de vainillas, alteradas, al de la vainilina producto sintético etc.

Todas estas causas que pueden influir en la toxicidad de las cremas parecen á la hora actual resolverse ó dejar en último lugar el principal papel en la interpretación de estos fenómenos á factores de orden micro-

biológico. En efecto, ya desde hace tiempo es sabido, que los huevos crudos, ó más ó menos modificados constituyen un excelente medio de cultivo para ciertos gérmenes, que aun cuando no sean por si mismo muy nocivos, pueden llegarlo á ser indirectamente transformando la albúmina en productos más ó menos tóxicos del tipo de las *Ptomai-nas* de Gautier.

Ahora bien, es fácil comprender, que la pululación de tales gérmenes, ya sea en las mezclas que sirven para la preparación de las cremas, ya sea en los huevos mismos que hayan perdido la cubierta protectora formada por la cáscara, puede determinar la alteración del producto, sobre todo si esta contaminación es favorecida por la elevación de la temperatura, lo que fácilmente ocurre en el verano.

Así, en efecto, en el examen bacteriológico de las cremas que determinaron envenenamiento en Kharkov, se constató la presencia del *stafilococcus piogenus aureus* en cultura casi pura; y en experiencias hechas con cremas preparadas de la misma manera que la anterior, no se consiguió sino á una temperatura superior á 15° el desarrollo de dicha *stafilococcus*. A parte de la mayor ó menor nocuidad de los gérmenes mismos, parecen pues ser modificaciones de orden bioquímico de los materiales albuminoideos las que comunican á las cremas sus propiedades tóxicas.

Tal es, señor Inspector, á la hora actual la explicación de las intoxicaciones producidas en condiciones excepcionales por las cremas, y de las cuales hemos tenido que lamentar algunos casos felizmente benignos ocurridos en el mismo día en conocidas personas de la localidad á consecuencia de la ingestión de pasteles de esa clase, confeccionados por una acreditada dulcería. Justo es declarar aquí la relativa irresponsabilidad del industrial, de cuyo establecimiento

salieron los pasteles que ocasionaron los accidentes anotados. Dada la circunstancia de no haber ocurrido antes en Lima nada semejante y la ignorancia de las precauciones necesarias para evitarlo, tanto pudo ocurrir el caso en éste como en cualquier otro establecimiento.

He creído sin embargo de mi deber llamar la atención de U. S. sobre estos puntos, extendiéndome como lo he hecho, tanto por la gravedad misma de él cuanto porque es justo que U. S. dicte las medidas convenientes para evitar, en cuanto sea posible, la repetición de estos accidentes.

Entre esas medidas estarían las siguientes: 1º Recomendar á los industriales muy especiales cuidados de limpieza é higiene en la sección del establecimiento dedicado á la preparación de las cremas, lo mismo que en los utensilios empleados y en el personal encargado de confeccionarlas; 2º recomendarles también la rapidez de la manipulación de estos productos tan fácilmente contaminables, de tal modo que una vez hechas las mezclas que han de servir para preparar los pasteles, etc., proceda á su empleo en el menor tiempo posible, conservándolas, si acaso en el verano, á una baja temperatura por medio de la refrigeración; y 3º prohibir en lo absoluto la venta de huevos que no estén protegidos por su cáscara ó cubierta. A este respecto he tenido conocimiento de que con el nombre de huevos para la pastelería, de los que hacen uso en alguno de esos establecimientos, se venden éstos, no ya por su número, porque destruída la cáscara es imposible contarlos, sino en depósitos abiertos como jarros, baldes, etc., siendo esta, señor Inspector, como se comprende, una de las maneras como los huevos pueden hacerse más fácilmente nocivos.

En vista de lo anteriormente ex-

puesto, U. S. resolverá lo que crea conveniente.

Dios guarde á U. S.

CARLOS A. GARCÍA.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Nuevo concepto del síndrome cólicos hepáticos y sus deducciones quirúrgicas

Trabajo leído en el 1er. Congreso Médico Nacional

POR EL DR. JOSE A. PRESNO

Secretario del Congreso

La actual interpretación del síndrome cólicos hepáticos, tan distinta de su tradicional concepto, es una consecuencia legítima de los datos adquiridos recientemente acerca de la litiasis biliar y de las inflamaciones de la vesícula, de las colecistitis. A las operaciones sobre el vivo, á los progresos de la cirugía abdominal, tanto ó más que á la bacteriología y á la Patología experimental, debemos las nuevas nociones. Las biópsias, en efecto para emplear la expresión familiar de Lawson Tait, han permitido sorprender desde su comienzo y asistir á las fases sucesivas del proceso patológico que clínicamente se traduce por el síndrome doloroso paroxístico que caracteriza al cólico hepático.

La antigua concepción de Boerhaave sobre el cólico hepático se admite aún por la generalidad: "calculus ex ipso, dum quiescit, nihil mali facit; nisi ponderis sensum".

(El cálculo de por sí, mientras no se mueva, no produce ningún otro daño ni molestia que la sensación de peso). Es lo que repitió Trousseau en sus lecciones clínicas y es lo que se encuentra todavía en los Tratados de Patología que andan en manos de prácticos y estudiantes.

De tal manera la idea de cálculo domina la patogenia del cólico hepático, que se ha propuesto llamar á este último, parto calculoso (Dupré).

Mas, dos hechos capitales están hoy definitivamente comprobados:

1º El cólico hepático suele presentarse independientemente de la litiasis biliar, en ausencia de todo cálculo.

2º En la litiasis biliar, el cólico hepático no depende de los movimientos ó de la emigración del cálculo.

Por su interés é importancia me ha parecido útil exponer estos datos desde aquí, para cuyo efecto he revisado la literatura moderna de la cuestión en tesis, Monografías y Revistas, y reunido mis observaciones personales, que me han permitido comprobar desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista operatorio, las recientes adquisiciones sobre la significación de este síndrome.

Aunque el síndrome que nos ocupa aparezca sobre todo en la litiasis, se observan muchos casos en los cuales no sucede así. Hay cólicos hepáticos con cálculos y sin ellos; en otros términos, hay cólicos calculosos y no calculosos.

El cólico calculoso se presenta:

a) en las colecistitis no litógenas ó no calculosas.

b) en las peritonitis circunscritas á la región vesicular (pericolecistitis).

Por otra parte, la litiasis biliar, la gran productora del síndrome, recorre en su evolución dos fases clínicas;

1ª una fase vesicular, fase inicial.

2ª una fase avanzada ó profunda, infección de los conductores excretorios, de los canalículos.

En la primera puede haber cólicos ó no; litiasis confirmada ó litiasis latente, cuya existencia es tan común. La segunda es precedida siempre de cólicos hepáticos.

PATOGENIA INFLAMATORIA DE LOS CÓLICOS HEPÁTICOS

Colecistitis

En el LXX Congreso de Médicos y Naturalistas alemanes celebrado en 1898 en Düsseldorf, fue discutida la patogenia del cólico hepático por los médicos y cirujanos de más reconocida autoridad en la materia: los profesores Nuhn, de Estrasburgo; Riedel, de Yena; Kehr, de Halberstad; Loebker y otros. Allí se demostró la patogenia inflamatoria de las crisis de cólicos hepáticos, aceptándose como causa productora de éstos un brote inflamatorio de la vesícula biliar, una colecistitis. La infección de la vesícula, de las vías biliares—infección de origen intestinal—ocasiona la colecistitis, con ó sin angiolocolitis, calculosa ó no calculosa, que á su vez da origen al síndrome doloroso.

La antigua patogenia exclusivamente mecánica del cólico hepático resulta errónea. El cólico hepático tiene ahora análoga significación que el cólico apendicular, que no implica la presencia de cuerpos extraños en el apéndice, sino que traduce dolorosamente la forma más simple de la inflamación del apéndice cecal.

Normalmente, las vías biliares superiores son asépticas, como lo han demostrado las experiencias realizadas por Mieczkowski en la clínica de Mikulicz. En el curso de quince intervenciones abdominales

realizadas por este cirujano, Mieczkowski examinó la bilis obtenida por punción de la vesícula, resultando estéril; idéntico resultado obtuvieron Netter, Gilbert y Girode en sus exámenes de la bilis en animales y en cadáveres humanos. Pero si la bilis fresca tomada en la vesícula, es normalmente estéril, no sucede así con la que ocupa el colédoco, habitualmente séptica según lo comprobó primeramente Duclaux; experimentando en animales [un perro y tres curieles], Mieczkowski sólo una vez encontró el colédoco libre de microbios, y en cambio, en todos encontró estéril el resto de las vías biliares. ¿Cuál es la causa de esta esterilidad de las vías biliares superiores? Únicamente la acción mecánica de *barrido* que ejerce la corriente biliar, desde el conducto hepático y desde la vesícula, sobre los microorganismos del intestino, oponiéndose ó dificultando la penetración y ascenso de ellos más allá del colédoco. La pretendida acción bactericida de la bilis es tanto más ilusoria cuanto que para algunos gérmenes, como el colibacilo, constituye ella un buen medio de cultivo.

Dedúcese de estos datos, que todo obstáculo funcional ó mecánico, que toda causa general ó local que entorpezca el libre curso de la bilis hacia el intestino, facilitará la infección ascendente y progresiva de las vías biliares. Así sucede con las enfermedades generales febriles, que disminuyen la contractilidad de las paredes de los conductos biliares y exaltan la virulencia de la flora microbiana; con las estenosis cicatriciales de los conductos, en la compresión ejercida sobre ellos por un cáncer de la cabeza del páncreas, ó del duodeno ó por otro tumor abdominal; en los embarazos repetidos y el abuso del corsé en la mujer, en los acodamientos por adherencias peritoneales, por peritonitis sub-hepática, por ptosis viscerales, en las obstrucciones por ascárides

ó distomas, ó hidátides; y en la enfermedad que mejor campo ofrece al éxtasis y á la infección biliar: en la calculosis, en la colelitiasis.

En cualquiera de estos casos, la bilis infectada retenida en la vesícula, irrita la mucosa vesicular exagerando su trabajo secretorio: las glándulas de la mucosa se inflaman se constituye la colecistitis; y desde la simple tumefacción de la mucosa vesicular hasta las lesiones más profundas y graves todas las alteraciones de la pared, todos los grados de la colecistitis pueden observarse.

COLECISTITIS NO CALCULOSAS

Muchas son ya las observaciones de colecistitis que tratadas quirúrgicamente para combatir los cólicos hepáticos, no se encontró en ellas durante la operación señal ninguna de cálculo. Numerosos casos han publicado Fraenkel, Kehr, Riedel y Longuet.

Puede citar como caso interesante de colecistitis no calculosa y dando origen á crisis repetidas de cólicos hepáticos, la siguiente observación en la que intervine quirúrgicamente.

Gertrudis D., natural de España, de 37 años de edad; siempre había sido buena su salud, hasta hace tres años, que después de un traumatismo sobre el hipocondrio derecho, comenzó á sentir molestias y dolor á la presión en la región de la vesícula. El dolor experimentaba exacerbaciones periódicas acompañadas de náuseas y de vómitos; la digestión era siempre difícil; nunca tuvo ictericia, ni accidentes bilio-sépticos. La vesícula biliar parecía circunscribirse bajo la forma de un pequeño tumor. Nada en la esfera genital ni en ningún otro aparato. La enferma, mujer del pueblo y cansada de seguir infructuosamente tratamiento médico, acudió á mi consulta para ver si

era posible operarla. Hicimos el diagnóstico de colecistitis provocada por el traumatismo y muy probablemente calculosa. La operamos con el concurso del Dr. Souza en el Hospital Número Uno, en abril de 1903. Al practicar la laparotomía, encontramos la vesícula sólidamente fijada por bridas peritoneales al píloro y al colón transversal, muy poco aumentada de volumen y regular cantidad de bilis bastante espesa en su cavidad. No contenía cálculos, ni arenillas, como tampoco los contenían las demás vías biliares. La operación, extirpación de la vesícula, se realizó sin incidentes y á los pocos días la operada era dada de alta; hasta la fecha ha quedado libre de sus dolores.

Fraenkel, en su Memoria sobre la "Pericolecistitis" (*Centralblatt für Chirurgie*, núm. 35, 1892) refiere el caso de Knaggs, quien operó un enfermo que desde hacía 12 años sufría crisis hepáticas con ictero; la intervención consistió en una simple liberación de adherencias, y las piedras que se pensaba extraer no se encontraron. El paciente fue curado definitivamente. Cita también un caso análogo de Sandler y dos de Gersuny.

Riedel, en un trabajo "Sobre las inflamaciones adhesivas que se producen en la cavidad abdominal" (*Arch. f. Klin. Chir.* XLVII, 3-4, trad. en la *Semaine Méd.*, 1894, pág. 515) refiere observaciones personales de intervención quirúrgica en las que las adherencias vesiculares se manifestaban "por crisis dolorosas en el hipocondrio derecho que hacían imposible su diagnóstico con la colelitiasis".

Kehr, cuya experiencia en cirugía biliar es tan grande, dice que á veces en el curso de sus operaciones ha debido desprender la vesícula de sus adherencias con el intestino y el píloro, "adherencias que explican las alteraciones gástricas tan amenudo observadas en la colecis-

titis" (*Deutsche Hertschr, f. ch.* XXXVIII, 4-5. *Sem méd*, 1895, pág. 59).

Longuet, en su tesis sobre el *Traitement chirurgicale de l'angiocholecystite non calculeuse*, París, 1896, publica observaciones de Thiriar y de Reutier en las que la destrucción de adherencias perivesiculares, ha bastado para favorecer la desaparición de la colecistitis no calculosa y de los ataques dolorosos que la acompañaban.

*
**

Demostrada la asepticidad habitual de las vías viliarias y su mecanismo de infección ascendente productora del "catarro" mucoso especial que constituye la angiolecistitis, proceso infeccioso que es también la condición patogénica de la colelitiasis, ocurre en seguida preguntar ¿porqué esta colecistitis es unas veces calculosa ó litógena y otras nó? En definitiva se ignora la respuesta.

Pero puede invocarse aquí la cuestión terreno, la predisposición diatésica, hereditaria. "Para tener un cálculo de la vesícula, dice el Profesor Bouchard, será preciso tener una infección biliar, pero es preciso además ser un artrítico, es decir, pertenecer al grupo de individuos que tienen en sus destinos la *arthritis*, la gota". A la hora actual es ya una enfermedad infecciosa local, una colecistitis litógena, porque la vesícula es el asiento casi exclusivo de las piedras, y dede que en 1891 Nannyn expuso en el Congreso de Médicos alemanes de Wiesbaden, estas ideas, divulgadas en Francia por Gilbert y Fournier, la Bacteriología la Patología experimental y la Clínica se han encargado de suministrar las pruebas de ello.

COLECISTITIS CALCULOSA
Ó LITÓGENA: LITIASIS BILIAR

Diversos experimentadores como

Gilbert y Dominici, Hanot, Letienne, han demostrado la existencia de microbios dentro de los cálculos recogidos al azar en las autopsias; y hoy el número de cálculos extraídos del vivo durante las operaciones sobre las vías biliares y analizados bacteriológicamente, con resultado positivo, es considerable.

En 29 de enero de 1897, Gilbert encontró en la vesícula de un perro inoculado con el colibacilo "un pequeño cálculo biliar perfectamente organizado". Mignot, en 1898, ha podido también obtener cálculos artificiales, experimentales, inyectando en curieles cultivos atenuados colibacilo y favoreciendo en la vesícula cierto grado de inercia ó de éxtasis biliar; en más de un tercio de los casos que obtuvo "verdaderos cálculos, duros y extratificados compuestos casi exclusivamente de colestestina". Miyake, en 1900, repitiendo las anteriores experiencias de 16 casos, obtuvo cálculos en 5. Gilbert y Fournier han obtenido cálculos de bacilo de Eberth. La misma significación que estas experiencias de laboratorio tienen algunas observaciones clínicas. Naunyn ha encontrado cálculos biliares es un joven de 14 años, poco después de una fiebre tifoidea. Droba ha publicado la observación de una mujer que hacía ya años había padecido una fiebre tifoidea y á la que se practicó ahora la colecistotomía por cólicos hepáticos; el líquido de la vesícula así como uno de los cálculos, contenían bacilos tíficos.

Rokitzky extrajo de la vesícula cuatro semanas después de una fiebre tifoidea, 58 cálculos de colestestina, en cuyo interior se encontró el bacilo de Eberth.

De manera que los microbios hacen aquí el papel de centro ó de núcleo sobre el cual van agrupándose los productos de secreción de la mucosa inflamada; elementos de descomposición epitelial y precipitados de bilirrubinato de cal y cristales de colestestina.

Pero esta infección litógena que preside la formación de los cálculos es una infección atenuada, tanto que la litiasis biliar es con frecuencia una enfermedad *sin síntomas* y las piedras hallazgo de autopsias ó de biopsias. Ya lo había hecho notar Cruveilhier. La producción de cálculos biliares, decía Cruveilhier, "es una de las lesiones más comunes de la especie humana.....tanto que en la inmensa mayoría de los casos los cálculos biliares no son reconocidos sino al abrir el cadáver". El ginecólogo, expresa Kehr, cuando abre el vientre para una ovariectomía, si introduce la mano en el hipocondrio derecho encontrará amenudo la vesícula llena de cálculos, sin que nunca haya tenido la paciente crisis de cólicos hepáticos. Como ya hemos dicho anteriormente, la litiasis se convierte en la causa productora más frecuente de cólicos hepáticos al ofrecer el más abonado terreno para los brotes agudos de colecistitis, como que en la litiasis biliar, la vesícula se halla en estado de "microbismo latente".

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS DEL

CÓLICO HEPÁTICO

Expuestos someramente estos datos, ahora podemos explicarnos los síntomas que más principalmente caracterizan al cólico hepático.

DOLOR.— El brote inflamatorio agudo de que es asiento la vesícula, aumenta la tensión de sus paredes, irrita las fibras nerviosas terminales las recorren y produce el dolor paroxístico que caracteriza al cólico hepático. Se demuestra, dice Kehr, que este dolor es provocado por la expansión de la vesícula, por la experiencia siguiente: "Si en un enfermo al cual después de incisión de la vesícula y de habersele establecido una fistula, se le inyecta con una jeringa una solución fisiológica de agua salada se queja en segui-

da de un calambre violento de estómago". La patogenia del dolor es por lo tanto inflamatoria y nó mecánica; nada tiene que ver con la emigración ó el enclavamiento de los cálculos. Esto explica las crisis dolorosas que se presentan en las colecistitis no calculosas, y la desproporción á veces tan grande entre el volumen de él ó de los cálculos y la intensidad y duración del dolor en las colecistitis litiasicas. En estas, tampoco influye sobre el dolor, el movimiento de las piedras, porque el cólico más intenso puede resultar, y amenudo resulta, "infuctuoso, para emplear la denominación de Riedel".

Trousseau, ya había hecho notar la frecuencia de cólicos hepáticos vivísimos seguidos de la expulsión nada más que de arenilla. No es raro observar, por el contrario, la expulsión de piedras relativamente voluminosas sin que el enfermo sienta el menor dolor. Una de mis primeras colecistectomías fue practicada para poner término á cólicos hepáticos de una duración é intensidad extraordinarias y que hacían insupportable la vida de la enferma. La operación muy difícil en este caso, por las grandes adherencias, me permitió suprimir una vesícula muy engrosada, que aprisionaba un solo cálculo como avellana. (Presentación de la operada á la *Academia de Ciencias de la Habana*, Octubre 1902).

Anteriormente he referido una observación muy curiosa de colecistectomía que curó radicalmente á una mujer cuyos sufrimientos eran casi continuos. No había cálculos en sus vías biliares. También hemos hablado de la gran frecuencia de la litiasis *latente*, en la cual los cálculos que se encuentran casualmente al explorar las vías biliares en el curso de una laparotomía ó en la autopsia, nunca originaron molestia alguna.

FIEBRE.—Con mucha mayor frecuencia de lo que se cree, la crisis de cólico hepático se acompaña de fie-

bre. En más de la mitad de los casos se observa un ligero movimiento febril, que á veces se nota desde antes de la aparición de los dolores (Naunyn). Las ideas que se profesaban acerca de la patogenia mecánica del cólico hepático, hicieron creer á Charcot, que la elevación térmica que le acompaña [fiebre hepática] era de origen reflejo, ocasionada por los desgarros de la mucosa al paso del cálculo, como en la llamada entonces fiebre uretral. Aquí también es preciso invocar, al menos en muchos casos, la noción de la colecistitis infecciosa; porque se observan ataques de cólicos hepáticos apiréticos y seguidos de la expulsión de cálculos; además, la hipertermia local del hipocondrio derecho, en el momento de la crisis supera hasta uno y dos grados la temperatura del lado opuesto, lo que induce á atribuir á la inflamación de la vesícula el movimiento febril.

ICTERO.—La ictericia es el síntoma menos frecuente de los cólicos hepáticos; falta en el 75 por 100 de los casos (Kehr) y traduce la propagación del proceso inflamatorio infeccioso de las vías biliares accesorias, á las profundas (angiocolitis canalicular). En efecto: si muchas veces el íctero es signo de obstrucción calculosa del colédoco, obsérvese también en enfermos que no tienen sino litiasis vesicular ó cística, ó persiste en ocasiones después de la expulsión de los cálculos; y Griffon ha comunicado á la *Sociedad Anatómica* de París, en 1896, cuatro casos de obstrucción calculosa de la extremidad duodenal del colédoco sin íctero y sin cólicos.

DEDUCCIONES QUIRÚRGICAS

Del precedente análisis se deduce que el cólico hepático no es más que la expresión clínica de una colecistitis infecciosa, calculosa ó no, de

un proceso local. El síndrome doloroso que le caracteriza, es el mismo en ambos casos, pero la marcha y la intensidad de los síntomas son distintos. Las colecistitis no litiasicas se acompañan frecuentemente de angiocolitis y por lo tanto de síntomas de infección más intensa. La expulsión de cálculos ó de arenilla con las heces fecales permite reconocer la colecistitis calculosa, y cuando la vesícula está distendida formando tumor, signo de Courvoisier permite en muchos casos distinguir las colecistitis litiasicas de las que no lo son.

La vesícula se atrofia, cuando el colédoco se obstruye por cálculos; se dilata cuando el colédoco es comprimido por un tumor. Este signo de diagnóstico diferencial sobre el cual ha llamado la atención Courvoisier, es bastante importante para que se le erija en ley.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la ley de Courvoisier no es absoluta, que tiene muchas excepciones y que sólo puede aplicarse á las colecistitis crónicas que retraen la vesícula; pero en los casos agudos es frecuente observar la vesícula distendida por pus ó bilis y cálculos. En apoyo de esto, he aquí una observación personal de colecistitis calculosa con enorme distensión de la vesícula y que tuve ocasión de observar hace ya algún tiempo. La enferma fue vista en consulta con los Dres. Gutiérrez Lee y J. Plá.

Era una señora, con antecedentes de litiasis biliar, de unos 60 años de edad, y á la que vimos en un estado muy grave de infección bilio-séptica. Habrían trascurrido 20 días desde que la enfermedad se inició por cólicos hepáticos intensos y que fueron seguidos muy rápidamente de angiocolitis y de obstrucción del colédoco: fiebre alta, íctero acentuado, decoloración de las heces fecales. La vesícula era un tumor de volumen seis ú ocho veces

mayor que normalmente. Propusimos intervenir con urgencia, pero la enferma se negó rotundamente á ser operada; cuando ya los médicos y los familiares habfan perdido toda esperanza de salvación, la enferma comenzó á expulsar cálculos y arenilla en cantidad extraordinaria y la gravedad del caso fue desapareciendo, hasta obtenerse la curación. Parecido á este caso refiere Naunyn irónicamente, como hecho observado por el mismo, el de un enfermo que se trasladó á la clínica quirúrgica para ser operado y salió de ella curado al cabo de pocos días y sin haber sufrido la operación.

Pero sin grave detrimento de la clínica, no es posible tener en cuenta estos casos bizarros, que se observan á veces en cualquier proceso patológico y que nunca podrán afectar la indispensable oportunidad de la indicación en la intervención quirúrgica.

Si la colecistitis no calculosa se acompaña de angiocolecistitis, está indicado practicar la desinfección del árbol biliar, por drenaje de la vesícula (colecistostomía) ó del conducto hepático si se presentan fenómenos generales graves.

Si éstos no aparecen, indicio de que el proceso inflamatorio ha quedado limitado á la vesícula ó al peritoneo inmediato (pericolecistitis), hállese ó no distendido el reservorio por pus, bilis ó serosidad, su extirpación se impone.

El concepto patogénico que hemos expuesto, es también quien ha hecho modificar por completo la terapéutica de la litiasis biliar, haciendo del dominio quirúrgico una afección hasta ayer exclusivamente médica.

Si la litiasis biliar es una enfermedad local, más ó menos influenciada por causas generales—artritis, herencia—esto es, una colecistitis litógena, su tratamiento debe ser local, y como muchas veces es

una enfermedad latente, porque la infección litógena es una infección atenuada, al aparecer los cólicos hepáticos revelando con su infección secundaria una litiasis silenciosa, la indicación terapéutica es tratar de conseguir que la enfermedad confirmada vuelva á su estado latente. Aquí está indicado el tratamiento médico por la cura de Carlsbad y el régimen higiénico apropiado. La medicación litontrípica sólo puede mencionarse ya á título histórico. No ejerce acción alguna sobre los brotes agudos de colecistitis infecciosa de todos los sufrimientos. Si esta *latencia* no se consigue, es necesario pensar en el tratamiento quirúrgico, precoz, cuando la litiasis no afecta más que á la vesícula ó alcístico. Cuando á la colecistitis acompaña la infección de las vías biliares profundas, la coledocitis, la angiocolitis, el estado general se compromete gravemente; la enfermedad no es entonces un proceso local y la urgencia y la gravedad del tratamiento operatorio se hacen muy considerables.

En conclusión: en las crisis repetidas ó intensas de colecistitis litiasicas, á pesar de una cura hidromineral y de un régimen dietético severo, está indicada una operación que asegura la cura radical de la enfermedad y pone al paciente al abrigo de complicaciones temibles. Es la extirpación de la vesícula biliar, la colecistectomía, operación de elección realizada por primera vez por Langenbuch en 1882, y que desde que la practicamos por vez primera en Cuba la hemos realizado once veces con once éxitos; inmediatos y lejanos, porque no he perdido de vista mis primeros casos, presentados á la *Academia de Ciencias de la Habana* en 1902 y 1903.

Cuanto á la colecistostomía, es una operación de necesidad, una intervención de urgencia. En las litiasis complicadas, cuando el ícte-

ro intenso, la temperatura elevada y los fenómenos generales infecciosos revelan la angiocolitis, es forzoso acudir á esta operación valiosa que nos permitirá combatir los accidentes del momento. En tres ocasiones he realizado esta intervención con dos curaciones y una muerte. En este último caso, que opere en la Clínica Internacional en 1904, se trataba de una angiocolicistitis calculosa, operada al décimo día de haber comenzado el ataque y encontrándose la paciente en deplorables condiciones; la temperatura era de 40°, la disnea intensa, el pulso de 130 y la lengua tostada en el momento de la operación. Hicimos una colecistostomía extrayendo una bilis negra y más de 40 cálculos, pero aunque los fenómenos generales remitieron un poco, la infección biliar era tan profunda que al tercer día sucumbió la operada. Para estos casos extremos será necesario practicar el drenaje del conducto hepático, ideado por Kehr y que permitirá combatir con mejor éxito la infección bilio-séptica por el más amplio drenaje de las vías biliares.

(De la "Revista de Medicina y Cirugía", de la Habana).

CRONICA

De la rabia

En su casa, abril de 1906.

Sr. doctor Eduardo Bello, Secretario de "La Crónica Médica".

Localidad.

Mi querido doctor y amigo.

En el último número de "La Crónica Médica", que se ha distribuido

entre los suscritores, aparece á luz una parte de la memoria que el Director del servicio Bacteriológico Municipal había elevado al Inspector del Ramo en que corre una afirmación cuya veracidad no fue suficientemente demostrada, como no lo está, aún ahora, en el terreno estrictamente científico. Me refiero al caso patológico de Cristóval Aliaga, cuyo diagnóstico litigioso de *Rabia humana* permanece hasta hoy en el mismo estado dudoso del principio; no obstante el tiempo trascurrido y los diversos medios empleados para disipar las dudas.

Mientras aquella cuestión de diagnóstico se discutía en diarios políticos, no era serio darle importancia á las opiniones que en público se atribuían á los médicos, pero hoy que el asunto se presenta en un periódico médico, donde deben ventilarse las cuestiones técnicas de nuestra profesión, no es posible tratarle con la misma indiferencia. Es, al contrario, imperativo para los que tuvimos ocasión de ver á C. Aliaga y seguir su morbosos proceso, procurar que con criterio sereno, sin apasionamientos perjudiciales, y sin otro interés que el de la ciencia, se deslinden los límites entre la verdad y el error, que pudieran existir en la memorada observación clínica.

Para los muchos médicos que asistieron á C. Aliaga no existía otro interés, seguramente, que el de salvarle la vida ó recoger una enseñanza, para aplicarla, en nueva dolorosa ocasión, en bien de la humanidad. Ya que no se pudo conseguir lo primero, aprovechemos, si quiera, para nuestra profesión toda la utilidad *física y moral* que el martirio de aquel infeliz indudablemente nos ha legado.

Es indispensable para conseguir esto:

1º Que se dé publicidad á la relación circunstanciada ó protocolo de la autopsia que se practicó del

cadáver de Aliaga; pues, es evidente que dicho documento contiene el secreto clínico que se trataba de averiguar, ó por lo menos, la luz que aclarará el camino á la verdad, en cuya investigación se habían empeñado tan distinguidos colegas.

2º Es igualmente indispensable la concurrencia intelectual de los médicos que observaron al paciente, que nos ocupa, dando á luz los apuntes ó recuerdos que conservan de él.

Cuanto á esta segunda condición puedo asegurarle, por lo que á mí se refiere, que con el mayor agrado daré forma á los apuntes que sobre el particular guardo y los remitiré oportunamente á esa redacción, si quiere Ud. honrarme dándoles cabida en "La Crónica Médica". Puedo anticiparme también en decirle que si ellos han de revelar mis deméritos no tienen otra inspiración que la de la verdad y sinceridad, y versan sobre un caso que no es vulgar en nuestras clínicas y de importancia incuestionable.

Seguro de que la presente merecerá su publicación en "La Crónica Médica", me es grato suscribirme su amigo y compañero.

G. OLANO.

Warren Triennial Prize

The Warren Triennial Prize. — (Premio trienal Warren) fue fundado por el finado Dr. J. Masón Warren en memoria de su padre, y su testamento manda que los intereses acumulados del capital instituido sean adjudicados cada 3 años al mejor trabajo, considerado digno de premio, que verse sobre algún punto de fisiología, cirugía ó anatomía patológica; constituyendo el jurado los médicos y cirujanos.

nos del Massachusetts General Hospital.

El tema para ese concurso en el año 1907 es: *Some special subject in Physiology, surgery or pathology.*

Los trabajos deben ser escritos en letra clara y estar bien arreglados para que puedan manejarse con facilidad. El nombre del autor irá bajo cubierta separada y cerrada con un epígrafe correspondiente al que acompaña el trabajo.

Toda explicación dada por el trabajo, ó acto del escritor que revele su nombre antes que el premio sea adjudicado, lo pone fuera de concurso.

El monto del premio para 1907 será de 500 dolares.

En caso que ningún trabajo sea considerado suficientemente meritorio, no se adjudicará el premio. Se reciben los trabajos hasta el 14 de abril de 1907.

Se da mucho valor de los trabajos originales.

HERBET B. HOWARD.

Resident Physician.

Boston, febrero de 1906.

MEDICINA PRACTICA

Tratamiento del estreñimiento habitual.—El Dr. *Tobías* distingue siguiendo en esto á *Fleiner*, dos formas de estreñimiento habitual: una, la más frecuente, atónica; otra, más rara, espástica. En la forma atónica no hay relación entre la fuerza y el trabajo que tiene que ejecutar, y de aquí que las deposiciones sean raras é insuficientes, y las heces fecales más consistentes y pobres en agua que las normales y su forma irregular; el vientre está meteorizado. El espasmo afecta casi siempre á individuos neuropáticos, cuyo vientre está hundido y sensible

la presión. A menudo se encuentra el esfínter del ano sumamente contraído. Las heces fecales son de pequeño calibre y están constituidas en parte por bolitas; el deseo de deponer es frecuente, pero va seguido de la expulsión de evacuaciones pequeñas y que no satisfacen la necesidad. Estados análogos se encuentran en el cólico saturnino, y el autor lo ha observado en un caso de crisis intestinal tabética.

El primer principio que debe guiarnos en el tratamiento del estreñimiento habitual es el de proscribir el abuso de los purgantes. En lo demás, la terapéutica se acomodará á la forma del estreñimiento.

En los casos de atonía se deben elegir alimentos que exciten al intestino y que sean además abundantes y muy acuosos. Se apelará también á la hidroterapia, siendo el tipo de aplicación en este caso el del contraste térmico: lo mejor de todo es un baño eléctrico ó de vapor seguido de un semicupio 30° C. y más tarde sólo de 24° y de poca duración. En algunos casos, en vez del baño, basta con una fricción fría. En ciertos enfermos basta con este tratamiento general. De no ser así, da también muy buen resultado el baño de asiento [hasta 15° centígrado) y la ducha escocesa al vientre. También se emplean el masaje, que es preferible practicar con la mano, la gimnasia de sala y la de resistencia, el ejercicio, algún deporte y por más que no tiene tanta importancia, la electricidad, siendo preferible la corriente farádica. El empezar el tratamiento hay muchos casos en que es necesario apelar á los enemas. Si al principio no se puede prescindir por completo de los purgantes, se elegirán los de acción muy suave. El autor no tiene gran fe en las curas termales, que en realidad no vienen á ser otra cosa que la administracion prolongada de purgantes; en cambio es útil pasar una temporada en los baños de Bohemia y de

Silesia, que son los más importantes para el caso, y que por su favorable situación invitan á dar grandes paseos.

En los casos de espasmo, la alimentación debe ser suave, nada irritante y muy rica en grasas. Están contraindicados los contrastes térmicos, y en cambio se recomiendan las envolturas de 24 á 18° centígrados, seguidas de fricciones ó duchas de lluvias que se van enfriando lentamente. De cuando en cuando se intercala un baño muy prolongado de hojas de pino. Es preferible prescindir por completo de procedimientos locales y además de esto los pacientes deben estar lo más tranquilos posible y no dedicarse á ningún deporte. Los purgantes son muy perniciosos, y todo lo más se podrán emplear supositorios con opio ó belladona. Importa mucho educar bien al intestino, el paciente debe acostumbrarse á ir al retrete á una hora determinada. Al principio son útiles los enemas calientes con agua ó las irrigaciones de aceite.

En los casos de espasmo hay que seguir al pie de la letra el principio de no interrumpir el tratamiento hasta que se haya conseguido el resultado; en cambio, en los de atonía, conviene á veces semejante interrupción.

El Dr. Bröse dice que la causa del estreñimiento habitual sea mucho más frecuente en el sexo femenino, depende de que la mujer se mueve poco y de que por carecer casi siempre de profesión determinada, no está tan acostumbrada á la puntualidad; esto sin contar con que también ingiere menos líquido que el hombre. No es raro que baste con fijarse en estas particularidades para vencer la afección. Pero además intervienen circunstancias que se relacionan con la vida sexual de la mujer. En el puerperio no se puede pasar sin purgantes, y no todas las mujeres poseen la energía suficiente para quitar la cos-

tumbre adquirida. El espasmo y la atonía no se pueden distinguir siempre de un modo tan riguroso como lo ha hecho el conferenciante, y tampoco es fundado el poco aprecio que ha concedido á la electricidad, puesto que el autor ha empleado con éxito corrientes galvanofarádicas enérgicas que hacía pasar á través del cuerpo por medio de electrodos muy grandes, aplicados al vientre y á la espalda.

El Dr. *Zabludowski* ensalza la importancia del masaje en ambas formas de estreñimiento, pero es preciso que la técnica se acomode á las circunstancias de cada caso particular. Cuando hay atonía conviene más la gimnasia sueca de resistencia; cuando hay espasmo el masaje suave manual y vibratorio.

El Dr. *Fürbringer* llama la atención acerca de la utilidad del ciclismo, que obliga á trabajar á todos los músculos del cuerpo, y que constituye al mismo tiempo un masaje vibratorio suave. En la mayor parte de los casos no hay solo atonía ó sólo espasmo, sino que se trata de formas mixtas.

El Dr. *Lassar* pondera las ventajas de la equitación, que únicamente en los hemorroidarios favorece el estreñimiento. Menciona además la relación que existe á menudo entre los procesos digestivos y las afecciones cutáneas, relación que se puede apreciar muy bien en los niños que padecen de escrofulosis, de urticaria ó de prurigo. En muchos de estos casos se consigue dominar el mal con pequeñas cantidades del polvo pectoral de Curella que, por el sulfato de magnesia que contiene, paraliza los venenos intestinales, asociando á dicho medio la regulación del régimen alimenticio. En los adultos le ha dado muy buen resultado seguir el consejo de Noorden, de administrar patatas cocidas al horno y con manteca, estando el estómago en ayunas, y de hacer uso lo más abundante posible de arandanos.

El Dr. Ewald insiste mucho en la necesidad de individualizar y de no atenerse á un método de tratamiento determinado.—(Sociedad de Medicina, de Berlín).

Algunas incompatibilidades.— M. Devalmont ha indicado en la *Revue Médicale de Normandie* cierto número de incompatibilidades interesantes.

Puesto el arseniato de sodio en presencia de una sal de alcaloide, clorhidrato de estricnina, por ejemplo, se comporta como si estuviese disasociado en arseniato de monosódico y en sosa libre. Esta sosa se apodera entonces del ácido de la sal de alcaloide y la base se precipita. En la práctica no se deberá pues asociar nunca el arseniato de sodio con sales de alcaloides.

El clorhidrato de cocaína jamás debe asociarse al agua cloroformada saturada, porque en dicha mezcla el cloroformo se precipita al fondo del frasco, en gotitas extremadamente finas. Para evitar este inconveniente, basta emplear el agua cloroformada no saturada, agregándole 1% de ácido cítrico ó 50% de alcohol.

La mezcla de clorato de potasa y alumbre desprende cloro libre.

La adición de yoduro de potasio al unguento mercurial, da lugar á la formación de yoduros mercurioso y mercurico, que ejercen á menudo, sobre la piel, una acción irritante.

En presencia de la glicerina, el borato de sodio obra sobre el bicarbonato, produciéndose desprendimiento de ácido carbónico. El biborato de sodio se descompone por la glicerina, la eritrina, la manita, dextrosa, la levulosa, la galactosa.

El mismo cuerpo, puesto en presencia del cloral lo desdobra en cloroformo y formiato. La adición de glicerina impide este desdoblamiento y permite el uso de una pre-

paración frecuentemente prescrita.

En solución, si se adiciona borato de sodio al clorhidrato de cocaína, se forma un precipitado grueso, que necesita agitarse fuertemente para que se reparta con equidad la materia activa en el líquido pues de lo contrario no se tendría ningún resultado. Para obtener una solución límpida, basta agregar poco á poco, y agitando, una cierta cantidad de glicerina.

La goma arábica, en razón de sus propiedades oxidantes, puede alterar profundamente las sustancias á las que se asocia (Bourquelot). Esta oxidación se manifiesta ya sea por una coloración (resina de gayaco, naftol, piramidón), ó bien por un precipitado: eserina, adrenalina, morfina, vainillina [Serat]. Este es un hecho interesante: la vainillina empleada tan á menudo para aromatizar los productos azucarados, contiene goma. La goma es pues incompatible con el jarabe de goudrón, el agua creosotada (gayacol), el extracto de haba de de Calabar [eserina], todas las preparaciones opiáceas líquidas (láudano), elixir paregórico, gotas negras inglesas (morfina), el extracto de las cápsulas suprarrenales (adrenalina), la tintura y las preparaciones líquidas de áloes, la tintura de gayaco.

Las propiedades oxidantes de la goma se deben á un fermento cuya acción desaparece á 80.° Se podrían pues emplear todas las sustancias precedentes en solución gomosa, á condición de que se hubiera mantenido algún tiempo á 100.°

Los señores Astuc y Robert han señalado recientemente una incompatibilidad importante, con respecto al *jarabe de Gibert*. Algunos autores prescriben:

Bioduro de mercurio...	1.20 egs.
Ioduro de potasio.....	1.20 gms.
Agua destilada.....	600 „
Jarabe de quinquina....	1,800 „

El biioduro de mercurio iodurado se emplea como reactivo general de los alcaloides [reacción de Velón] y da con el jarabe de cascarilla oficial [preparado con la cascarilla calisaya), una preparación blanco-amarillenta turbia, debiéndose este color á la precipitación de los alcaloides de la cascarilla estado de iodo mercuratos.

Según los señores Astruc y Robert se podría evitar esta precipitación de los alcaloides, agregando al jarabe de quinquina 15 gramos de alcohol á 90° ó 40 gramos de glicerina para 100 de jarabe. Pero el jarabe obtenido así precipita cuando se le agrega agua.

La asociación, en una misma porción de tinturas de *hidrastis canadensis* y de *hamamelis virginica*, produce un enturbiamiento que se puede hacer desaparecer agregando glicerina á 30° en cantidad igual al peso de las dos tinturas ó una gota de ácido clorhídrico para 15 gramos de tintura, ó también ácido cítrico (Bendel), recomendado desde hace mucho tiempo por Fr. Gay para impedir la precipitación de la mezcla de tintura de kola y de tintura de coca. Con el objeto de operar rápidamente es preciso agregar á la mezcla de tinturas algunas gotas de la siguiente solución concentrada: ácido cítrico y alcohol á 90° partes iguales.

El ácido cítrico ayuda también á solubilizar las diversas mezclas siguientes:

a, Tintura de *hidrastis canadensis*,—de *hamamelis virginica*,—de *viburnum prunifolium*; b, tintura de ruibarbo,—de colombo; c, tintura de genciana,—de nuez vómica—de colombo,—de quinquina; d, tintura de kola,—de coca; e, tintura de badiana,—de genciana; f, tintura de ruibarbo—de quinquina; g, tintura de nuez vómica,—de Baumé; h, tintura de badiana,—de ipeca,—de nuez vómica,—de Boldo; i, tintura de *grindelia robusta*,—de *drósera*,—de ipeca.

Todas estas tinturas dan en efecto mezclándose, precipitados abundantes que contienen precipicios activos.

La antipirina forma un precipitado tóxico, de color verde con las *substancias que contienen ácido azótico* [nitrito de amilo, nitrito de etilo], también precipita por el *fenol* y el *tanino*; con el salicilato de sodio da una masa pastosa, semilíquida: es necesario pues, no prescribir nunca esta mezcla en *cachets* ó sellos, sino en poción; con el cloral, da un líquido aceitoso é igual resultado da con el salol el naftol B y la resorcina.

Y no es la antipirina la sola substancia que presenta tan numerosas incompatibilidades. Dan también en efecto, productos líquidos ó masas pastosas las siguientes:

La *acetanilida* asociada al cloral mentol, timol, resorcina. El *naftol B* á la antipirina, alcanfor, mentol, fenol, uretano.—El alcanfor al naftol C, cloral, exalgina, mentol, fenol, pirogalol, resorcina, salol, timol, uretano.—El *bromuro de alcanfor* al cloral, fenol, salol, timol. El *cloral* á la acetanilida, alcanfor bromuro de alcanfor, exalgina, mentol, metacetina, fenacetina, fenol, salol, timol, uretano.—La *exalgina*, al cloral, naftol B, mentol, fenol, pirogalol, resorcina, salol, timol, uretano.—El *salicilato de sodio* á la antipirina, fenol.—La *fenacetina* al naftol B, cloral, fenol.—El *fenol* á la antipirina; naftol B, alcanfor, bromuro de alcanfor, cloral, exalgina, mentol, metacetina, salicilato de sosa, pirogalol, resorcina, salol, timol, uretano.—El *pirogalol* á la antipirina, alcanfor, exalgina, mentol fenol.—La *resorcina* á la acetanilida, bromuro de alcanfor, exalgina naftol B, mentol metacetina, fenol, uretano.—El *ácido salicílico* á la exalgina, mentol, uretano.—El *salol* á la antipirina, alcanfor, cloral, exalgina, fenacetina, pirogalol, timol.—El *timol* á la acetanilida, antipirina, alcanfor

cloral, exalgina, mentol, fenol, salol, uretano, y el uretano á la anti-pirina, naftol B, alcanfor, cloral, exalgina, fenol, pirogalol, resorcina, ácido salicílico, salol, timol.

Tales son las incompatibilidades principales, publicadas en estos últimos tiempos y que nos ha parecido interesante darlas á conocer. —(*Gazette des Hôspitaux*).

Publicaciones recibidas

Nouveau traité de Medicine et de Therapeutique publie en fascicules sous la direction de M. M. P. Brouardel et A. Gilbert, Professeurs á la Faculté de Medecine de Paris. (Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, á Paris).

El octavo fascículo que acaba de aparecer está dedicado á *Los Reumatismos* y se debe á los doctores Widal, J. Teissier y G. Roque (1 vol. gr. in. 8 de 164 páginas con 16 figuras; 3 fr. 50).

Guide formulaire de Therapeutique generale et speciale, par le Dr. HERZEN, 3er. edition, 1 vol. in-18 de 812 pages, cartoné: 9 fr. (Librairie J. B. Bailliere et Fils, rue Hautefeuille, a Paris).

Dolor útero-ovárico.—Lo que más desean los prácticos en estos casos es su alivio rápido, sin que deje rastros.

Si el dolor reside en el borde superior del hígado, parte inferior del estómago, ó en pocas palabras sea dolor de cabeza, de costado, de espalda ó de algún otro punto acusado por la irregularidad de la menstruación ó su supresión, se aliviará con solo dos Tabletás de Antikamnia y Codeína. Esta dosis puede repetirse á la hora, ó dos horas, si fuese necesario para que su acción sea más rápida, siendo de recomendarse que se desbarate la ta-

bleta y se tome disuelta en vino ó agua.

INSOMNIO

Rx. Tabletás de Antikamnia y Codeína. (Un Paquete).

Sig:—Tómese una ó dos tabletás cada dos horas.

VÓMITOS DE LA PREÑEZ

Rx. Tabletás de Antikamnia y Codeína. (Un Paquete).

Sig:—Tómese una tableta cada tres ó cuatro horas.

DOLORES DE PARTO

Rx. Tabletás de Antikamnia y Codeína. (Un Paquete).

Sig:—Tómese una ó dos tabletás, según se ordene.

Lima, abril 7 de 1903

Señores Scot y Bowne, Nueva York

Muy Señores míos: Me creo obligado en conciencia y por deber de humanidad á declarar que la ya popular Emulsión de Scott—recomendable por la feliz asociación de sus poderosos componentes—produce en la práctica los más halagüeños resultados como reconstituyente heróico y regenerador de organismos debilitados ó afectados de escrofulosis, linfatismo, raquitismo y tuberculosis, enfermedades por desgracia tan generalizadas en esta Capital. Los niños en quienes son más frecuentes tan funestos padecimientos, toleran perfectamente tan benéfica preparación.

MATEO CASTILLO

Imp. San Pedro.—35312