

# LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXIII } LIMA, 31 DE MAYO DE 1906 } N.º 418

## TRABAJOS NACIONALES

### RABIA

H. EMMINGHAUS

#### *Hidrofobia humana* (1)

Etiología.—La hidrofobia no se presenta jamás en el hombre de un modo espontáneo.

Sintomatología y Patogenia.—El principio de la enfermedad se anuncia á veces por diversas sensaciones en el sitio donde tuvo lugar la herida ó por ciertos trastornos materiales de la cicatriz.

Dolor lancinante que de la cicatriz se irradia á lo largo de los troncos nerviosos. Estos síntomas no son constantes.

Sueños agitados, interrumpido por pesadillas, cambio de carácter, etc.

Existen otros síntomas caracte-

rísticos de este período prodrómico que demuestran de modo preciso la naturaleza específica de la afección. Tales son: 1º aversión á las bebidas, á los líquidos en general, y á los alimentos; 2º sensación de constricción intermitente ó continua, del cuello, generalmente doloroso; 3º dificultad respiratoria y opresión al pecho; y 4º la sensibilidad exagerada aún á las corrientes más ligeras de aire. Estos síntomas existen, casi siempre, en este período y anuncian, aunque vagamente, los rasgos de una escena que más tarde ha de sobrevenir".

2º Período.—(Stadium irritationis ó hidrofobicum).—Síntomas.—1º Coléricos é impetuosos, hablan más y con mayor rapidez, gesticulan vivamente dando á sus respuestas sorprendente precisión, 2º Movimientos convulsivos é impetuosos de deglución, y 3º Síntoma culminante *invencible y brusco horror* que experimenta el enfermo al mirar un líquido cualquiera; por ejemplo al ir á lavarse ó al tratar de beber agua que el mismo enfermo pide para apagar su sed.

"A partir de este momento las convulsiones se repiten por la más pequeña causa: el recuerdo de acceso sufrido, el murmullo de un líquido que corre, la vista de un objeto brillante; en fin, todo cuanto pueda recordarle la idea del agua ó de otro líquido cualquiera. Tal es

(1) En el tratado de enfermedades generales de niños, publicada bajo la dirección de Gerhardt. El doctor Emminghaus es actualmente profesor de una clínica en Wurzburg. La monografía á que me refiero ha sido escrita después que su autor observó; personalmente, en su servicio clínico, 50 casos de rabia en niños. Hago esta aclaración porque el traductor español de la obra ha incurrido en la falta, seguramente involuntaria, de no señalar el año de la publicación.

la forma clásica de la hidrofobia humana, con todos sus trastornos intelectuales”.

4º Período de Parálisis.— Este período puede durar de pocas horas á medio día. Los ataques convulsivos disminuyen ó desaparecen por completo. Puede el enfermo á partir de este momento ingerir grandes cantidades de agua”.

En resumen, es conveniente para formar el cuadro nosológico de esta afección en la infancia, considerar como característicos tan sólo aquellos síntomas constantes propios del período de excitación, son estos: excitabilidad y convulsiones generales, agitación, hiperestesia casi siempre generalizada y que alcanza el grado de aereofobia, convulsiones accesionales deglutivas y respiratorias, convulsiones de algunos grupos musculares, hidrofobia de diversos grados, cambios de carácter y perturbaciones intelectuales. Como síntomas no constantes, pero más ó menos frecuentes, puedan indicarse ligera cianosis, respiración difícil, ronquera, pulso pequeño y frecuente, temperatura elevada, sed, tenesmo vesical y rectal, movinientos atáxicos, temblor, gritos, paroxismos y excitaciones maniacas, un seguro presentimiento de la muerte y delirios alucinatorios cuyo aspecto dominante es el terror”.

Diagnóstico... (1). Si á esto añadimos una brusca aversión á los líquidos y los espasmos deglutivos y respiratorios quedará el problema resuelto con grandes probabilidades de acierto toda vez que la *hidrofobia como síntoma* sólo por rara excepción se presenta en otros procesos patológicos de la infancia”.

Charcot. — Tratado de Medicina tomo 1º pag. 596, año 1892).

Síntomas. — Incubación.— “Entre el momento en que se realiza la

mordedura y aquel en que aparecen las primeras manifestaciones rábicas transcurre un espacio de tiempo bastante considerable”.....

En resumen, lo que importa saber para la práctica es que la incubación de la rabia oscila generalmente entre 20 y 60 días; que la rabia es rara después de los tres meses y excepcional más allá de los seis.

Período prodrómico.— Melancolía, aislamiento, irresistible necesidad de andar, sueño inquieto y agitado, pesadillas, visiones terro-ríficas, insomnio completo.

“Puede ocurrir más todavía si pierde la razón por completo ó sobreviene una locura dulce, triste, melancólica, ó bien accesos pasajeros de incoherencia ó ideas de persecución y se han visto enfermos con impulsos irresistibles al suicidio que lo han realizado ahorcándose ó disparándose un tiro.....

No es raro ver estas manifestaciones tristes y depresivas interrumpirse por la vuelta á la alegría pero es una alegría ficticia y á menudo exagerada. Entonces dominan los sentimientos afectuosos y el enfermo manifiesta una ternura que no acostumbra”.

Estos síntomas diversos y contradictorios recuerdan algo lo que se observan en el período prodrómico de la meningitis tuberculosa”.

Lo que justifica más esta comparación es la existencia de diversos trastornos sensoriales, como la fotofobia y la hiperacusia, lo mismo, que la hiperestesia cutánea”.

Segundo período ó de excitación.— El desarrollo del agente patógeno en la región bulbo protuberancial se manifiesta al principio por modificaciones respiratorias.

Después son atacados los otros núcleos bulbares y se vé aparecer el fenómeno más característico de la rabia confirmada que es el espasmo hidrofóbico.

“Algunas veces, sin embargo, el rabioso puede tragar algunas go-

(1) El autor trata del diagnóstico analizando previamente otros síntomas.

tas y sólo sufre el espasmo después de beber una pequeña cantidad de líquido. También puede soportar ciertas bebidas, como el agua con vino ó la leche, ó bien chupar hielo, luego sobrevienen períodos de calma durante los que puede beber el enfermo.

Los antiguos observadores, desde Mead y Morgani, han citado casos sin hidrofobia; y, en efecto se observan hechos de este género, aunque raros y se observan sobre todo en la forma parálitica, que describiremos más adelante”.

C. H. Roger (autor del artículo sobre rabia en el tratado citado de Charcot) dice, pág. 613: “recordamos con este motivo haber observado en el hospital Tenon un rabioso que en la víspera de su muerte no tenía hidrofobia, podía beber fácilmente pero la aerofobia era tan grande que el menor soplo de aire determinaba un violento acceso en aquel desgraciado”.

“El estado intelectual es bastante variable.....” “Satiriasis y ensueños voluptuosos.

Se observan constantemente una elevación térmica. La temperatura sube entonces á 39.° y más á menudo á 40 y 41.°, se eleva á veces á 42, 42.8 y 43.° y aun puede subir 1' ó 1.8 después de la muerte.

“La duración de este período es muy variable: unas veces se reduce á dos ó tres horas y otros se prolonga dos ó tres días. Tercer período ó parálitico.—Cae en el colapso .....Suelen observarse parálisis diversas en este período.

“Es raro que después del primer acceso bien caracterizado sobreviva el sujeto más de dos ó tres días”.

Diagnóstico.—De la rabia con la hidrofobia nerviosa habrá que fundarlo en la falta de incubación, estado neuropático anterior.

“El tétano presenta en su sintomatología muchas manifestaciones parciales á las de la rabia; si bien

diffiere por la generalización de las convulsiones tetánicas por el trismo la falta de hidrofobia y porque aparece pronto.

Se ha confundido la rabia con el *delirium tremens*, porque en los dos casos la agitación es extrema, la respiración ansiosa, y existen alucinaciones que por lo común son terroríficas; pero, en el *delirium tremens*, es el delirio que inicia el cuadro y lo domina y se acompaña de alucinaciones mucho más marcadas que en la rabia; y en esta infección el espasmo faríngeo, la dificultad respiratoria y la fotobia son los fenómenos más notables”.

Es fácil distinguir la rabia el *delirio agudo* de los maniacos.

La confusión en la *epilepsia* no es posible más que durante el acceso.

En los tumores cerebrales, la uremia, la pericarditis hidrofóbica de Buceret, y la fiebre perniciosa palúdica de Alibert, un examen atento del enfermo permite encontrar la lesión somática á que deben atribuirse los fenómenos observados”.

Dieulafoy (1).

Rabia.—Etiología. Por mordedura de animal rabioso, (perro, lobo, gato). Jamás espontáneamente.

Síntomas.—Período incubación. Este período tiene duración variable. de: “3 á 8 meses hasta 10, 12 y 18 meses”.

2.º Período ó prodrómico.—En este período dominan las “ideas melancólicas”. A veces puede faltar.

3.º Período.—Hiperestesia excesiva de todos los sentidos. La *Hidrofobia es el síntoma dominante*. Convulsiones epileptiformes.—Satiriasis,—“No tiene el hombre rabioso tendencia á morder á las personas que le rodean como vulgar-

(1) Patología Interna, t.º 4.º pag. 353, año 1904.

mente se cree. La temperatura asciende á 41 y 42 grados y puede aún elevarse despues de la muerte (Pester). *Este período* dura por término medio dos días.

4.º período, paralítico.—Agotamiento de fuerzas, colapso y muerte. Sólo dura *pocas horas*.

Diagnóstico.—El diagnóstico diferencial de la rabia debe hacerse con las enfermedades en las cuales puede existir, aparentemente la hidrofobia en el estado de síntoma (histeria, alienación mental). En el *delirium tremens* la disfagia y el saliveo, no van acompañados de los espasmos laringo faringeos, tan característicos de la rabia”.

DR. GUILLERMO OLANO.

(Continuará).

## TRABAJOS EXTRANJEROS

### Tratamiento de la Hemiplegia cerebral por la reeducación de los movimientos

POR

DON MIGUEL GAYARRE

Doctor en Medicina, Madrid.

(Conclusión)

Un hecho, muchas veces comprobado, obliga á deshechar la teoría de Mann. Hay casos de hemiplegia espinal, de parálisis espinal espasmódica, de parálisis espinal sifilítica, en que la distribución de la parálisis del miembro inferior es idéntico á la hemipléjica cerebral. En un caso de parálisis espinal sifilítica, que observo en la actualidad, la paresia afecta á los músculos que acortan el miembro inferior derecho; el enfermo anda exactamente lo mismo que un hemipléjico cerebral. No se puede invocar aquí la

conservación parcial de unas fibras piramidales, porque éstas marchan reunidas en un haz en el cordón lateral y no dispersas como en la cápsula interna. Para salvar esta dificultad recurre Mann á otros hipótesis por demás artificiosas é improbables, cuya exposición es inútil para nuestro objeto. Además, como observa Lewandowsky (1), cuando se paraliza una pareja de músculos antagonicos, por ejemplo, un extensor y un flexor, ó todos los músculos de una extremidad, debía producirse, según Mann, contractura de todos los músculos paralizados, puesto que la destrucción de las fibras piramidales excitomotrices produciría parálisis, y la de las fibras moderadoras de todos los músculos determinaría la contractura. Sin embargo, no sucede tal cosa. Lewandowsky (2) ha observado recientemente que en la hemiplegia cerebral infantil, los músculos agonistas y los antagonistas suelen paralizarse por parejas, y en tales casos falta el tipo Wernicke-Mann, de disociación de la parálisis, tan frecuente en la hemiplegia del adulto, y tampoco hay contractura. Por estas razones, la teoría de Mann es inadmisibile. Como prueba de ella indica este autor que la hemiplegia producida por lesión de las vías extrapiramidales, tiene caracteres completamente distintos de la hemiplegia ordinaria piramidal, y cita un caso muy interesante (aunque sin autopsia) de hemiplegia y hemiataxia cerebelosas: la hemiplegia era por completo diferente de la cerebral (había hemiparesia flácida sin contractura,

(1) Lewandowsky, Bemerkungen über die hemiplegische Kontraktur. "Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde", t. 29, sept embre 1905.

(2) Lewandowsky, Ueber die Bewegungsstörungen der infantilen cerebralen Hemiplegie und über die Athetose double. "Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk", t. 29, noviembre 1905.

sin trastornos de sensibilidad, sin tñntoma de Babinski). Según Mann, la hemiplegia cerebelosa tiene origen centrípeto; se debe á trastornos de la sensibilidad inconsciente, y su causa es una lesión de la vía cerebelo-pedúnculo—cerebeloso superior—corteza cerebral. Como carece de fundamento autópsico, toda esta explicación es puramente teórica. El hecho es que está aún por demostrar que el cerebelo tenga función motriz. Nadie admite la opinión de Adamkiewicz, que sostiene que el verdadero órgano nervioso motor es el cerebelo (1).

No haré más que mencionar la teoría de la diáquisis de Monakow, en el que juegan el papel principal las "Schaltzellen" de este autor. Como no está demostrado que tales células tengan la función que se les atribuye, huelga toda la teoría.

Otro tanto puede decirse de la de Van Gehuchten, fundada en el supuesto antagonismo entre la vía cortico-espinal (piramidal) y una vía hipotética córtico-ponto-cerebeloso-espinal; la primera es moderadora de los movimientos; la segunda excitomotriz; cuando, como sucede en la hemiplegia cerebral, se interrumpe aquélla, predomina el efecto de la última y se produce la contractura. Esta hipótesis no explica la contractura que se presenta en las lesiones medulares (hemisección de la medula, por ejemplo). El mismo Gehuchten la ha abandonado.

Lewandowsky (2), que asigna á vía extrapiramidal un trayecto aún más complicado que Gehuchten (corteza cerebral—pedúnculo-cere-

bral-puente—pedúnculo cerebeloso medio—corteza del hemisferio cerebeloso opuesto núcleo dentado—núcleo rojo—fascículo Monakow—medula espinal) y que admite que esta vía es la principal motriz después de la piramidal, cree que la contractura tiene su origen en la sensibilidad muscular que por acción refleja excita dicha vía extrapiramidal y mantiene contraídos los músculos que habían empezado á recobrar sus movimientos. Se funda para ello en que la hemiplegia que se presenta en los tabéticos no suele ir seguida de contractura.

Supone además que la posición que adopta el miembro contracturado depende en parte de la posición pasiva que se le da en los primeros tiempos de la hemiplegia, sin que intervenga para nada la falta de inhibición supuesta por Mann. Consúltese, para más detalles, el artículo ya citado de Lewandowsky sobre la contractura hemipléjica.

Por último, Rothmann, en su artículo antes mencionado, supone que la distribución de la parálisis en la hemiplegia cerebral, depende de la estación bípeda humana, por virtud de la cual los extensores del miembro inferior han ganado en robustez, mientras que en el superior la han perdido y se han desarrollado más los flexores en armonía con las nuevas funciones de cada extremidad. No satisface esta explicación. La estación bípeda podrá hacer que los miembros abdominales sean más robustos que los torácicos, pero no que en un mismo miembro predominen los extensores sobre los flexores ó viceversa.

Resulta de lo dicho que la fisiología patológica de la contractura nos es tan desconocida como la de la parálisis hemipléjica, lo cual nada tiene de extraño, puesto que tampoco se conoce exactamente la función de la vía piramidal. Podría, pues, parecer inútil toda la exposición anterior. Sin embargo, yo la

(1) Adamkiewicz, Die Wahren Centren der Bewegung. "Neurol. Centralblatt", 1904. n.º 12.

(2) Lewandowsky, Untersuchungen über die Leitungsbahnen des Truncus cerebri, etc. ref. en "Neurol. Centralbl.", 1905, n.º 3.

creo necesaria, porque demuestra que el problema de la hemiplegia es mucho más complicado que lo que suponía Charcot, y admite aún la mayor parte de los prácticos y, sobre todo, porque prueba que, según el estado actual de la neuropatología, la hemiplegia cerebral no es absolutamente irreparable.

Pero aun prescindiendo de la utilización de las fibras piramidales que han quedado intactas y de la vía extrapiramidal, la reeducación de los movimientos se propone utilizar otros factores, que son principalmente el hemisferio cerebral sano y las vías comisurales y de asociación que unen entre sí las dos mitades y las diversas regiones del cerebro y médula.

Lazarus (1) resume así la misión de este tratamiento:

1.º Utilizar el hemisferio sano en la compensación funcional.

2.º Emancipar los ganglios subcorticales (cerebelo, etc.) y convertirlos en centros motores voluntarios, esto es, apelar á la vía extrapiramidal.

3.º Facilitar ó aumentar la función de las comisuras cerebrales y medulares y de los sistemas cerebrales de asociación.

Cada hemisferio cerebral está en relación con las dos mitades de la médula, aunque en mucho menor grado con la mitad homolateral. No se puede conceder gran eficacia á estas fibras no cruzadas, porque su número es muy escaso, porque se desconoce la función del cordón piramidal anterior no cruzado y porque las fibras piramidales no cruzadas del cordón lateral, si existen, forman un sistema insignificante. Mayor importancia tiene la utilización de las vías extrapiramidales. Los sistemas comisurales

(cuerpo caloso, comisuras medulares, etc.) parecen poco permeables á nuevos impulsos, según se deduce del experimento de Porter (véase el artículo de Rothmann).

Una condición necesaria para el buen éxito del tratamiento es que las vías centrípetas no estén totalmente alteradas, porque si lo están la restitución de los movimientos es imposible.

Estas son las ideas generales que deben guiar el tratamiento por la reeducación de los movimientos.

El plan que debe seguirse es análogo al que se emplea en la tabes dorsal. Se empezará por movimientos sencillos y se pasará después á enseñar las sinergias musculares necesarias para la marcha, la presión de objetos, etc. Por ejemplo, se ordena al enfermo que haga todo el esfuerzo posible para doblar dorsalmente el pié, ayudándole el médico pasivamente si es necesario. Se consigue mejor el resultado apretado, haciendo al mismo tiempo que intente mover el pié paralizado que efectúe el mismo movimiento con el pié sano. Después se enseña á andar, subir y bajar escaleras, correr, cojer objetos, escribir, etc., esto es, á coordinar los movimientos sencillos antes aprendidos.

Las excitaciones periféricas (masaje, electricidad) facilitan el buen resultado, hecho que está en armonía con los datos experimentales. Bubnoff y Heidenhain demostraron que se necesita una menor excitación cordical para producir un movimiento de los miembros cuando, inmediatamente antes de la excitación, se hace pasar por la extremidad correspondiente una corriente inducida ó se amasan suavemente los músculos.

Si se efectúan los movimientos con los ojos cerrados y se repiten en esta forma los movimientos pasivos, se renueva la memoria motriz y se despiertan las sensaciones kinestésicas, necesarias para la ejecución de los movimientos. La interven-

(1) P. Lazarus, Die Bahnung-therapie der Hemiplegie. "Zeitschrift für klinische Medizin", 1902, t. 45.

ción se limitará á los grupos musculares paralizados. No debe empezarse el tratamiento hasta que no se haya establecido la hemiplejía residual.

No podemos ocuparnos en este artículo del tratamiento de la contractura y del modo de evitarla.

También la afasia es accesible á la reeducación. Con este método se obtienen resultados muy notables (1).

Los ejercicios deben durar poco tiempo y sin producir la menor fatiga. Es necesaria también gran perseverancia por parte del médico y del enfermo.

La reeducación de los movimientos ha dado resultados muy apreciables en muchos casos de hemiplejía cerebral. Ha conseguido hacer andar á enfermos inválidos desde mucho tiempo antes y devolver la palabra á afásicos antiguos. Bien valdría la pena de emplear sistemáticamente este método en los hemipléjicos, como se le practica en los tabéticos. Sea cualquiera la explicación que se intente, los éxitos son indudables. Aunque su eficacia fuera totalmente debida á la sugestión, estaría plenamente justificada su aplicación. Al enfermo, como no sea médico, le tiene sin cuidado el mecanismo de su curación. Nadie sabe dónde acaba lo subjetivo y donde empieza lo objetivo. Si así no fuera, no habría dificultad alguna en el diagnóstico de las psiconeurosis; sería imposible confundirlas con enfermedades somáticas. Lo mismo sucede con los recursos terapéuticos: en muchos casos no es posible deslindar con seguridad su influencia sugestiva de su acción objetiva, no psíquica. Hasta en las intervenciones quirúrgicas influye mucho el factor psíquico, por ejemplo, en las resec-

ciones nerviosas para combatir neuralgias, etc., sin que por eso estén injustificadas.

En resumen, una enfermedad tan frecuente (según Monakow, en el cantón de Zurich, muere anualmente de hemorragia cerebral el 9 por 1.000 de la población), tan interesante por su anatomía y fisiología patológicas como por su sintomatología inagotable (cuya descripción merecería capítulo aparte, por que apenas transcurre un año sin que se descubran síntomas nuevos), como es la hemiplejía, no merece el desdén con que suelen mirarla los médicos prácticos, que la entregan por completo á los recursos curativos naturales.

#### BIBLIOGRAFÍA

No he citado más que los trabajos que he consultado directamente, excepto la monografía de Lewandowsky sobre el tronco del cerebro y la de Probst, ambas muy importantes, pero que no he podido adquirir. Conozco sólo el resumen de ellas, hecho en *Neurologisches Centralblatt*. Merecen leerse, sobre todo, los artículos de Rothmann, los de Lewandowsky, el de Lazarus (que trata de la reeducación), el de Mann, el de Marinesco y los tratados de Oppenheim (4ª edición, 1905) y de Monakow. Heilbronner ha publicado recientemente un artículo interesante, en el que describe un síntoma nuevo (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. 28, 1905).

“La Revista de Medicina y Cirugía Prácticas”, de Madrid.

(1) Véase Gutzmann, Tratamiento de los desórdenes del lenguaje en el *Tratado de Terapéutica* de Penzoldt y Stintzing.

## Tratamiento de la litiasis biliar

POR EL

DR. ATILIO M. LECCI

### INTRODUCCION

Hasta hace poco tiempo se consideraba á la litiasis biliar como una de las enfermedades del grupo llamado por Bouchard, "por retardo de la nutrición". Dicho autor había desarrollado también su teoría y tenía en su favor, al parecer tan gran número de hechos, que fué admitida por la mayoría de los médicos, que consideraba á la *litiasis* de la misma familia que la obesidad, la litiasis renal, la gota, la diabetes, el reumatismo, etc., por el hecho de que procedían, según la teoría de Bouchard, del mismo desorden primordial, de la braditrofia, siendo manifestaciones diversas de una misma diátesis.

Todo aquello que retardaba ó hacía incompletas las oxidaciones orgánicas era considerado como una causa predisponente y se debía tener en cuenta para la institución de un régimen profiláctico ó curativo.

Esta teoría cuenta hoy día con algunos partidarios, pero no es ya admitida por la gran mayoría de los médicos.

Naunyn, ante el Congreso de Wiesbaden (Alemania), en 1891 formuló numerosas críticas á esta teoría y expuso una nueva, según la cual debe atribuirse la *litiasis biliar* á una angricolitis descamativa la cual á su vez, sería ocasionada por una infección á los canales y vesícula biliares.

El XIIIº Congreso Internacional de Medicina, celebrado en 1900, aceptó como suficientemente demos-

trada la verdad de la teoría sostenida por Naunyn, siendo hoy la que se admite por casi todos los médicos, quedando muy pocos que aun acepten como cierta la teoría humoral Bouchard.

Naunyn admite como causa predisponente á esta afección la influencia que ejerce la estancación biliar en las vías biliares.

Esta estancación favorece la infección y por lo tanto la aparición de la *litiasis* ó sea la formación de cálculos. Es en este sentido que ejercen su acción predisponente en las mujeres el corsé y la preñez.

En los viejos, entre los cuales es muy frecuente la litiasis, la estancación es producida por el debilitamiento de tonus de los músculos lisos de las paredes de los conductos biliares, lo mismo que la paresia intestinal y vesical es debida en ellos á la atonía de la musculatura lisa del intestino y de la vejiga.

Las alteraciones cualitativas y cuantitativas de la bilis tienen así mismo gran influencia predisponente y es por ese lado que debemos buscar la explicación de la influencia que ejercen los trastornos digestivos, la sobrealimentación; el artrismo, la herencia, etc. Las modificaciones físicas y químicas de la bilis facilitan la infección de las vías biliares por los microbios del intestino. Varios son los microorganismos capaces de producir la infección de las vías biliares y la formación de cálculos, pero parece que los más frecuentes son el colibacilo y el de Eberth.

Al decir que la colelitiasis es producida por una infección de estas vías biliares, no queremos decir que todas las infecciones de estas vías la produzcan.

Parece probada la posibilidad de una *litiasis toxi microbiana* y puede suponerse que se produzca dicha litiasis en el hombre, durante el curso de infecciones diversas, pero estos casos deben ser raros.

Lejars hace notar que la infección no sólo existe en el principio de la enfermedad, sino que se la encuentra en todas sus faces y es, según él, el factor principal del pronóstico.

Más detalladamente y con más argumentos trato del origen microbiano ó infeccioso de los cálculos, en la segunda parte de este trabajo.

El tratamiento de la litiasis biliar, comprende por una parte el de la afección misma, y por otra el de los distintos accidentes que ocasiona ó puede ocasionar dicha enfermedad, como son el cólico hepático, la obstrucción intestinal, la obliteración permanente de los canales biliares, etc.

Primero me ocuparé de la afección misma, y luego seguiré con el tratamiento de los distintos accidentes.

Siguiendo un buen tratamiento médico por un tiempo algo largo, se puede llegar á hacer disminuir notablemente el número de crisis dolorosas, así como su intensidad. No sólo se puede arribar á este resultado sino que á veces se consigue suprimirlas, lo que equivale á decir, que hemos obtenido una curación clínica de la litiasis biliar, puesto que en la inmensa mayoría de los casos se manifiesta esta enfermedad solamente por ataques de cólico hepático. Unicamente un tratamiento quirúrgico nos puede dar la certeza de una curación completa sobre todo si hemos practicado la operación que puede llamarse, la cura radical de la litiasis biliar, operación de que se tratará en la parte quirúrgica.

En tres grandes grupos podemos colocar los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la litiasis fuera de los fenómenos dolorosos agudos.

Los del primer grupo tienden á la destrucción y á la disolución de los cálculos ya formados; es una

medicación conocida con el nombre de litontríptica.

Los del segundo grupo se proponen facilitar la expulsión de los cálculos por las vías naturales; es la medicación llamada colagoga. La migración regular de los cálculos, es lo que constituye el proceso normal de curación.

Finalmente tenemos los medicamentos del tercer grupo, que procuran conservar al litiasico, la integridad de sus funciones digestivas y prevenirle hasta donde le sea posible, las infecciones secundarias del aparato biliar.

Cuando la teoría humoral de Bouchard estaba en gran boga en el mundo médico, se daba mucha importancia al régimen alimenticio que había de aconsejarse á un litiasico; actualmente ya no se le da tanto valor.

El régimen alimenticio que se imponía era el siguiente: comidas frecuentes pero poco abundantes y tomadas á intervalos regulares, debiendo evitarse en ellas todas las sustancias ricas, en colesterolino y las aguas calcáreas; á estas se las consideraba como una de las principales causas predisponentes á la enfermedad. Tampoco podían tomarse bebidas gaseosas azucaradas y alcohólicas, la cerveza, los licores, etc. pero se aconsejaba beber mucha agua para diluir la bilis. Las carnes, las grasas, los alimentos feculentos, los azucarados no estaban prohibidos del todo pero se aconsejaba hacer poco uso de ellos.

Todos los medios que conocemos para activar la nutrición como ser: el ejercicio físico, la vida activa al aire libre, la hidroterapia, las fricciones, etc. debían ponerse en práctica.

Actualmente sabemos que la absorción de las sustancias ricas en colesterina, como son los huevos (yema), los sesos etc. y las aguas calcáreas no ejercen influencia alguna en la producción de los coeli-

tos; resulta por lo tanto que es inútil que privemos á un litíásico de alimentos tan útiles.

Lo que no debemos olvidar de prescribir es la recomendación que hacían de poner en práctica los medios anteriormente indicados para activar la nutrición.

También es bueno aconsejar que no lleven vestidos que produzcan desplazamientos y desviaciones en los canales biliares, pues esto se considera como una causa predisponente. Se debe por lo tanto privar del uso del corsé á las mujeres, ó más bien dicho, del mal uso que de él hacen por los caprichos de la moda (1).

Serán útiles también las siguientes recomendaciones, como son: evitar las comidas copiosas, porque determinan la producción de una gran cantidad de bilirrubina; abstenerse de substancias indigestas, para evitar los desórdenes digestivos y las infecciones ascendentes por los microorganismos que pululan el intestino y se hacen más virulentos en estos casos. Teniendo en cuenta esto, es que debará prescribirse á los litíásicos el régimen lácteo, cuyo considerable influencia sobre la flora intestinal han puesto de manifiesto las excelentes investigaciones de los Gilbert y Dominici siendo admitido ya sin ex-

(1) Schvartzen ha comprobado que la tortura continua que ejerce el corsé sobre el hígado de las mujeres, perturba considerablemente las funciones de esta víscera, altera la secreción biliar y entorpece la circulación de la sangre.

Virchow en una conferencia que dió en Berlín sobre las Enfermedades del hígado sostuvo que la mitad por lo menos de las afecciones de esta víscera en las mujeres son debidas á la compresión ejercida por el corsé citando el caso de una bailarina del teatro Imperial, muerta repentinamente, y cuya autopsia demostró que había fallecido de asistolia, debido á haberse apretado la cintura de una manera excesiva, para aparentar mayor esbeltez. El hígado estaba aplastado y deformado horriblemente.

cepción por todos los médicos. Su uso se aconsejará en todos aquellos casos, en que se ha de temer la infección secundaria de las vías biliares, y especialmente en los diversos períodos de la migración de los cálculos, sobre todo si dicha migración se hace de un modo irregular. El pan se tomará en pequeña cantidad. Lo que debe ser excluído del régimen alimenticio de un litíásico, son ciertos alimentos de difícil digestión así como también todos aquellos que produzcan toxinas, obligando al hígado á ejercer un gran trabajo, contribuyendo á congestionarlo, como ser los mariscos, la caza, los feulentos, el azúcar, los embutidos, fiambres, excepto el jamón, hongos, conservas, coliflores, los alcoholes en general, los ácidos, etc.

A.—*Medicación litotriptica.*— Esta medicación tiende á tratar de disolver los cálculos que se han formado.

Actualmente, ya no se hace casi uso de ella, aunque no hace mucho tiempo se le empleaba bastante.

El doctor G. See, refiriéndose á ella, dice lo siguiente en una de sus últimas publicaciones: "Ya no se cree, hoy día, que se pueda llegar por el uso de medicamentos internos á disolver los cálculos biliares. La cuestión de los litotripticos parece relegada ya al número de las ilusiones del pasado."

Los medicamentos que han gozado de fama como litotripticos son: el éter sulfúrico y la esencia de trementina. En esto estaba basado el remedio de Durande, el cual estaba muy en boga, y se componía de diez partes de esencia de trementina y quince de éter sulfúrico, mezcla que tiene la propiedad de disolver los cálculos *in vitro*.

Dice Rosemberg, que se han obtenido algunos buenos resultados con el remedio de Durande, sin duda alguna; pero más bien deben atribuirse á la acción colagoga de la esencia de trementina y no á su

acción disolvente, pue es indudable que no llega á la vesícula sin haber sufrido cambios químicos en su composición. Si se quisiera hacer uso de esta medicación, la mejor manera de administrarla es en capsulas gelatinosas en la forma siguiente: tomar cuatro perlas, dos de trementina y dos de éter tres veces al día, así lo prescribe el doctor Ayerza, de Buenos Aires.

*B.—Medicación colagoga.*—Tiene de esta medicación á favorecer la expulsión de los cálculos, aumentando la secreción biliar y haciendo más fluida la bilis. Los medicamentos que gozan de estas propiedades se les llama colagogos, siendo estos varios y de los cuales los más importantes son los siguientes:

*El salicilato de sodio*, es el colagogo por excelencia, según resulta de muchos experimentos hechos por algunos médicos, y de entre los cuales podemos citar á Lewascheff, Prevos y Binet.

Tomada la dosis de uno ó dos gramos, de los 30 á los 45 minutos hace aumentar considerablemente la cantidad de bilis y la vuelve más fluida. No sólo tiene esta propiedad el medicamento que nos ocupa, sino que es además un buen anti-éptico y está dotado de una acción analgésica indudable, todo lo cual hace que sea un medicamento de elección en el tratamiento de la litiasis.

En cuanto á su modo de administración diremos que, siendo un medicamento de acción cáustica sobre el estómago, es conveniente no darlo bajo la forma de sellos sino en solución. Un buen modo de usarla es prescribiendo la solución Clin.

*Benzoato de sodio.*—Posee una acción semejante á la del salicilato de sodio, aunque no tan manifiesta, se administra de diversas maneras, en sellos, soluciones, jarabes, píldoras, etc., á la dosis de uno [1] á dos [2] gramos, siendo el

medicamento casi inofensivo; puede decirse, pues, sin ningún inconveniente que se pueden tomar de 15 á 20 gramos en las 24 horas. Asociado con el salicilato de sodio, es una de las mejores formas en que pueda administrarse, Chauffard los asocia del modo siguiente:

Rp.

Benzoato de sodio.....0.30 grs.

Salicilato de sodio.....0.60 grs.

Para un sello.

A tomar 3 por día en el momento de las comidas. Este tratamiento debe ser continuado durante 10 ó 20 días al mes, durante varios meses y aun por espacio de un año.

El doctor G. de See recomienda se haga tomar el salicilato de sodio en una abundante cantidad de agua y aconseja á más que se le asocien los purgantes ligeros, que estimulan la acción peristáltica del intestino, é impiden la reabsorción de una bilis ya alterada. Los mejores purgantes en estos casos son los vegetales, como el *podofilo*, *ruibarbo*, *cáscara sagrada*, etc., pudiéndose asociar varios de ellos, como en la fórmula que sigue:

Rp.

Extracto de ruibarbo..... 0.05 grs

„ cáscara sagrada...a 0.03

Podofilo.....a 0.03

Jabón medicinal.....a 0.03

Para una píldora.—Una ó dos al día.

Si empleamos la cáscara sagrada, se puede dar en sellos, de 0.30 á 0.50 grs. cada uno, para tomar un sello después de la comida de la noche, ó en su defecto podemos emplear la cascarina Leprince.

Un buen purgante y mejor que los ya mencionados, es el calomel, cuando existe un poco de fiebre. Se dará, p. ej., un sello de 0.70 á 0.80 grs. por la mañana y se recomendará al enfermo no tome nada con sal, para evitar la formación de bicloruro de mercurio y producirle un envenenamiento; sin embargo, de que actualmente se dice que la sal y el calomel no darán lugar á

la formación de bicloruro de mercurio si no están estas sales en presencia del aire.

La bilis ha sido propuesta por Schiff, quien ha obtenido buenos resultados; administra la bilis de buey desecada, que contiene gran cantidad de coleato de sodio; se da bajo la forma pilular.

El mismo autor ha demostrado el efecto colagogo de las sales biliares, y la propiedad que tienen de determinar una abundante producción de ácido glicocólico, cuya acción disolvente sobre la colesteroína no se pone en duda.

El aceite de olivo está también dotado de propiedades colagogas; en Italia y en Grecia era desde hace mucho tiempo, un remedio popular, contra la litiasis, fué dado á conocer en Francia como colago por el doctor Faillé (de Angers) el cual prescribía 125 gr. de aceite, 5 ó 6 horas después de una ligera comida, y al día siguiente le hacía tomar al enfermo 40 grms. de aceite de ricino.

En Norte América también se hizo mucho uso del aceite de olivo, pero se administraba en dosis masivas y repetidas, cada dosis era de 400 grs. tomada por la mañana en ayunas, en dos veces con media hora de intervalo (y para facilitar la acción del medicamento se aconsejaba al enfermo que durante tres horas se acostara al lado derecho).

Donde se obtuvieron los mejores resultados con el aceite de olivo fué en los Estados Unidos de Norte América; era muy común notar que después de su administración desaparecían los dolores y era expulsado el cálculo. Poco á poco su uso se ha ido generalizando hasta que en Francia los doctores Chauffard y Dupré, Bucquoy, Hayem y otros, también lo experimentaron en numerosos casos siendo el resultado muy satisfactorio. Reconocieron que efectivamente que el aceite

de olivo calma el dolor y favorece la expulsión del cálculo.

Más modernamente se ha hecho nuevos estudios y especialmente por el doctor Willemín [de Vichy] y las propiedades colagogas del aceite de olivo han sido ya plenamente confirmadas y son admitidas por todos.

Rosemberg ha constatado que en los perros sometidos á la alimentación normal, la ingestión de 100 gramos de aceite de olivo determina generalmente, al cabo de 30 á 45 minutos y á veces al cabo de 2 horas, el aumento de la secreción biliar; esta secreción llegaría á su máximun entre la 3ª y la 5ª hora.

Comparando la cantidad de bilis obtenida bajo la influencia de la alimentación por los albuminatos y los hidratos de carbono, el mismo Rosemberg ha encontrado que estas cantidades son muchísimo más considerables cuando se administra el aceite, que cuando no se hace uso de él; de esto resulta que la digestión de los cuerpos grasos, sería para la secreción biliar un excitante mucho más enérgico que la digestión de los cuerpos azoados é hidro-carbonados. La bilis se vuelve más rica en sustancias sólidas, pero como al mismo tiempo aumenta la cantidad de agua en su composición, se torna más fluida.

Contra las experiencias de Rosemberg, están las de Smichmid y Bidder según las cuales el aceite de olivo y en general las sustancias grasas hacen disminuir la cantidad de bilis segregada; sin embargo, son más admitidas las conclusiones de Rosemberg.

El aceite de olivo se da á dosis variable.

Tonatre y muchos otros médicos lo administran á la dosis de dos grandes vasos (más ó menos 400 grs.) tomados con media hora de intervalo. Rosemberg lo hace tomar á la dosis de 150 grs. adicio-

nado 15 grs. de cognac, 2 yemas de huevo y mentol (0.25 para 100 grs.) El doctor Chauffard lo hace tomar á la noche, en una sola vez, á la dosis de 300 á 400 grs. ó en tres noches seguidas en dosis de 100 grs. cada vez.

Esta medicación es mejor tolerada de lo que á primera vista parece, sin embargo, hay algunos enfermos que manifiestan una marcada repugnancia para tomar el aceite; y en estos casos recurrimos al uso de la sonda. En resumen el aceite de olivo, como colagogo, es útil y se deberá darlo á los litíasicos de tiempo en tiempo, en cualquiera de las formas ya indicadas. Ya veremos también que, según Villemin, es muy útil para calmar los dolores del cólico hepático. La administración del aceite presenta á veces varios inconvenientes; por la repugnancia que ofrece á los enfermos. Se puede, entonces, en estos casos, darlo en enemas de 300 á 500 grs. tibio. El enfermo deberá estar acostado, con la pelvis elevada por medio de una almohada.

Recientemente el doctor Ferrand ha preconizado la glicerina como sucedáneo del aceite de olivo, ésta también tiene la propiedad de aumentar la secreción biliar y hacerla más fluida.

No falta quien atribuya la propiedad colagoga del aceite de olivo, á la glicerina que se forma en el intestino, por el desdoblamiento en ácidos grasos que se precipitan debido á la acción del jugo pancreático. Si esto fuera cierto, sería pues más racional administrar glicerina en cambio de aceite. La glicerina se da á dosis de 20 á 30 grs. en el momento de la crisis dolorosas á y en los intervalos una ó dos cucharaditas de mañana en ayunas, en un vaso de agua de Vichy.

Algunos médicos prescriben el aceite de Harlem (aceite de Cade) en cápsula de 20 gramos, á tomar una ó dos diarias.

El doctor Allende [de Córdoba]

lo da asociado á la boldo-glucina de Chapoteaut en la siguiente forma: durante dos semanas se tomarán al acostarse dos cápsulas de aceite de Harlem y en las otras dos semanas restantes se substituirá por dos ó tres cápsulas de Boldoglucina de Chapoteaut.

Entre los medicamentos colagogos que se han propuesto para la para la cura de la litiasis, mencionaré el podofilo, la evonimina y la hidrastina.

Los alcalinos y en especial las aguas alcalinas como las de Vichy, Vals, Mondariz, VillyPalau del Rosario de la Frontera (Salta, República Argentina), Carlsbad etc., han jugado un gran papel en el tratamiento de la litiasis, y son en la actualidad muy empleadas, siendo su eficacia admitida por todos. Estas aguas minerales, aumentan y fluidifican la bilis, por lo tanto son colagogas.

Se puede tomar durante diez días por mes un vaso de agua alcalina, tibia, antes de cada comida; durante otros diez días, se tomará salicilato ó benzoato de sodio y los diez días que restan del mes se dejará para descanso.

Las aguas calientes son más activas que las frías.

Las aguas minerales alcalinas empleadas en la litiasis se dividen en: aguas bicarbonatadas sódicas (Vichy, Apollinaris, Vals, Mondariz, Vichy Palau); aguas sulfatadas sódicas (Carlsbad) aguas cloruradas sódicas (Châtel-Guyón, Niederbrunn) y en fin, aguas débilmente mineralizadas, como Wittel, Contrexéville.

Bajo la influencia del agua de Vichy, se ve reaparecer el apetito y regularizarse las digestiones, pero frecuentemente sucede que algunos días después de haberla empezado á tomar, sobreviene un ataque de cólico hepático, esta es causa de que el enfermo se crea empeorado por el uso del agua de Vichy pero siguiendo este tratamiento, bien

pronto notará una marcada mejora en un corto espacio de tiempo, pues estos accesos se hacen cada vez más raros y aun llegan á desaparecer si se sigue con el mismo tratamiento. Casos como estos, han podido observarse en el Rosario de la Frontera: sin embargo esta agua (Vichy Palau) está contraindicada para los litíasicos atacados de afecciones cardíacas, de arterio-esclerosis, cirrosis del hígado, y de caquexia biliar.

Cuando se trata de un enfermo debilitado se le darán aguas débilmente mineralizadas, como ser: Wittel, Pougues, etc.

C.— *Medicamentos que regulan las digestiones y previenen las infecciones secundarias.*—En el tercer grupo de medicamentos, tenemos los que procuran conservar al litíastico la integridad de las funciones digestivas, y prevenir en lo posible las infecciones secundarias.

En este grupo tenemos los desinfectantes como el benzonaftol, naptol-beta) que deberán usarse de cuando en cuando; los purgantes, especialmente los vegetales, como el podofilo, la cáscara sagrada, el ruibarbo, etc.; y las aguas minerales bicarbonatadas sódicas, que si bien obran algunas veces por su acción colagoga, cosa más frecuente, otras lo hacen regularizando las digestiones y excitando el proceso nutritivo.

Algunos autores dicen que cuando no se puedan dar las aguas minerales, por tratarse por ejemplo de una persona pobre que no puede proporcionárselas, ni acudir á las fuentes naturales, se podría utilizar el bicarbonato de soda disuelto en agua, pero esto, no está admitido por todos por no estar probada la acción colagoga del bicarbonato, sino que más bien parece disminuir la cantidad de bilis.

Nunca se mandará á una cura termal á un litíastico que presente ictericia crónica por obstrucción ci-

rrrosis calculosa, infección biliar manifiesta, ó arterio-esclerosis.

(Continuará).

## MEDICINA PRACTICA

### La cloretona en los vómitos del embarazo

La cloretona ( $C_4 H_7 O Cl$ ) es un derivado del cloroformo y de la acetona, de olor y sabor parecidos al del alcanfor. Se disuelve bien en el agua caliente, el aceite, el alcohol, la glicerina, etc.; no se altera por el calor ni por la luz, y las secreciones gástricas á intestinales tampoco modifican su composición. Teniendo en cuenta que los vómitos del embarazo son debidos á un aumento de actividad de los nervios sensitivos del estómago, combinado con la hiperexcitabilidad de los filamentos nerviosos del centro gástrico, el Dr. Boweock aconseja en estos casos la cloretona, que obra principalmente sobre el sistema nervioso central, como otros anestésicos é hipnóticos de la serie ácida grasa, pero sin producir, como la mayor parte de éstos, efectos deprimentes sobre el aparato circulatorio. Pasa sin descomponerse á la sangre, y, según Wilcox, se descompone al llegar al sistema nervioso central, quedando libres el radical metilo ( $CH_3$ ) y el cloro (Cl), los cuales obran directamente sobre los filamentos nerviosos y los apéndices protoplásmicos, produciendo el sueño; el efecto hipnótico desaparece gradualmente sin que se produzca el hábito. La cloretona puede decirse que es el hipnótico ideal, el sedante más eficaz del centro del vómito y uno de los mejores anestésicos del estómago. — (*The Therapeutic Gazette*).

**FORMULARIO**

**Anestésicos cutáneos**

Leredde hace notar que casi todos los anestésicos cutáneos emiten vapores que penetran fácilmente en la piel y obran sobre los nervios irritados.

Acido acético.—Se usa en varios países en forma de lociones y de baños acidulados (un litro por 250 de agua) en Alemania en pomada.

Acido acético.....	2'50 gms.
Lanolina.....	5 "
Vaselina.....	30 "

y en pasta:

Acido acético.....	2 á 10 gms.
Vaselina.....	8 "
Lanolina.....	12 "
Almidón.....	10 "

Acido cianhídrico.—Al 1 por 10 mil es antipruriginoso.

Acido fénico.—Se puede usar en lociones (1 á 3 por 100). en pinceladas (solución alcohólica y oleosa), en pomada y en pasta al 1 ó dos por ciento. Unna lo emplea en solución al 4 por 100 en espíritu de jabón de potasa, uniendo así un antiséptico y un reductor.

Acido tartárico.—Muy usado en forma de glicerolado al 1 por 30.

Agua cloroformada.—Se la puede emplear cuando la piel no es muy irritable.

Agua destilada de almendras amargas.—En solución alcohólica ó acuosa sirve para lociones.

Alcanfor.—Es un excelente antipruriginoso. Se recurre á las lociones con aceite alcanforado, á las pomadas:

Lanolina.....	90 gramos
Aceite Alcanforado.....	10 "
Hidrato de cloral.....	1 "

y á las pastas:

Oxido de zinc.....	} aa. 25 gramos
Creta preparada....	
Aceite alcanforado.	
Agua de cal.....	

Belladona.—Antes muy usada y hoy apenas se prescribe como no sea unida á otros medicamentos. Su acción anestésica es dudosa, salvo en el ano, vulva y regiones ulceradas. Se emplea la pomada del 5 al 10 por 100 y la tintura diluída al décimo.

Benjuí.—La tintura se ordena en pomada:

Lanolina.....	30 gramos
Vaselina.....	10 "
Agua.....	5 "
Tintura de benjuí.....	3 "

Cañamo indiano.—La tintura al 1 ó al 12 por 100. Leistikow utiliza la pomada:

Extracto de cañamo..	10 gramos
Colofonia.....	5 "
Cera amarilla.....	45 "
Aceite de olivo.....	50 "

Cloral.—Se usa en solución acuosa ó alcohólica al 1 por 100 ó en pomada al 10 por 100.

Cocaína.—Se añade á la solución acuosa fénica (Malcolm) ó á la alcohólica de sublimado (Unna). Brocq la prescribe en pomada (del 10 al 20 por 100), á la que añade ácido fénico y cloral. Su acción sobre la piel, como la de todas las substancias que no emitan vapores no está demostrada; pero no ocurre así con aberturas mucosas, fisuras y excoriaciones.

Eucaliptol.—Solución acuosa al 1 ó 2 por 100.

Lisol.—Solución acuosa al 1 ó 2 por 100.

Mentol.—Es el más usado, y lo es en todas las formas posibles: solución alcohólica, al 1, 3 ó 6 por 100, pomadas y pastas, al 1 por 100 como término medio: jabones.

Salicilato de metilo.—Sus efectos son más acentuados, pero menos duraderos. Leredde, que lo propone se vale de la pasta al 5 á 10 por 100.

Timol.—De poca eficacia (1).

## Publicaciones recibidas

*De Grandmaison. h'Albuminurie Goutteuse.* 1 vol., in-18, 288 pages. 4 fr.

Según el autor la gota reconoce triple origen desde el punto de vista patogénico; hiperacimilación hepática, hipoasimilación renal y muscular. Se caracteriza pues no solamente por accesos dolorosos articulares sino por una serie de síntomas que revelan un estado general, mantenido por la lentitud de la nutrición, que constituye el temperamento gotoso.

La albuminuria muy frecuente, que declara el examen de las orinas, está asociada á otros síntomas urinarios, como son la oliguria, lactiuria, oxaturia, urobilinuria, peptonuria. Todos estos síntomas dependen de las mismas causas: trastornos funcionales del hígado mantenidos por la sobre-alimentación; mala higiene muscular, por falta de ejercicio; caída de la presión arterial, etc.

La albuminuria gotosa no está pues ligada á una nefritis intersticial, es producida por faltas de higiene que conducen á la gota y la sostienen. Su tratamiento es resorte exclusivo de la higiene terapéutica.

El Dr. Grandmaison dedica pues la parte destinada al tratamiento á desarrollar extensamente la higiene de la alimentación y de las bebidas, á la dietética, á los diversos procedimientos capaces de ac-

tivar las funciones musculares, á las diversas curas de aire, de aguas termales, susceptibles de mejorar la gota y su consecuencia habitual, la albuminuria gotosa.

Este volumen es el primero de una colección de obras que aparecerán sucesivamente bajo el rubro de "Biblioteca de la nutrición."

A. Maloine, editeur. — 25-27, rue de l'Ecole-de Medecine. — París.

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—producen 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.

Felicito á Uds. por tan marcado adelanto en la senda del progreso y tengo el placer de suscribirme de Uds. su obsecuente S. S.,

MATEO CASTILLO

Ex-Profesor de Obstetricia y enfermedades de los niños de la Facultad de Medicina de Lima; Especialista en enfermedades de los niños.

(1) Revue prat. des mal. cut.