

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXIII } LIMA, 15 DE JULIO DE 1906 } N.º 421

TRABAJOS NACIONALES

RABIA

NOTICIAS MÉDICAS SOBRE CRISTÓBAL
ALIAGA

(Continuación)

III

Los datos que respecto de Aliaga he recibido, están contenidos en la carta del doctor Manuel Concha y Boza; los que, además de estar autorizados por un diplomado, tienen la ventaja de haber sido recogidos en el lugar mismo donde principió la enfermedad de aquel hombre y de las personas que, como testigos oculares, deben merecer fe.

Copia textual de dicha carta es la siguiente:

Huancayo, Octubre 23 de 1905

Sr. Dr. Guillermo Olano
Lima

Mi estimado colega:

Tengo el agrado de acusar recibo de su muy atenta fecha 12 del presente, en la que se sirve U. pedirme datos de Cristóbal Aliaga,

el enfermo que ha puesto en revolución al cuerpo médico de esa y del Callao.

Tan luego como recibí su carta me puse al habla con el Gobernador de Sicaya, que felizmente estaba aquí en esos momentos, y me manifestó que Aliaga no era de Sicaya sino de un anexo llamado Huachac y concertamos constituirnos en ese lugar el día 20 del corriente.

Llegado á Huachac, he podido conseguir algunos informes que si no son del todo satisfactorios, por lo menos podrán ayudar en algo el diagnóstico.

Pasó á exponer estos datos dando respuesta á cada una de las preguntas que U. me hace.

1ª pregunta. ¿Si Aliaga ha sido mordido realmente por un perro, en que fecha; si el perro estaba enfermo y qué se hizo con él?

Respuesta. Aliaga fué mordido por su propio perro el 29 de Julio pasado; por más que he hecho no he podido sacar en claro si el perro estaba enfermo ó nó, solamente dicen que *babeaba mucho* y que fue muerto al día siguiente.

2ª Si en la misma época han sido mordidas otras personas por el mismo perro ú otro?

Respuesta. No ha sido ninguna otra persona; pero si varios "perros los que hasta la fecha no presentan síntomas de rabia.

3ª ¿Qué enfermedades tuvo Aliaga?

Respuesta. Niegan toda enfermedad asegurando que siempre ha sido muy sano.

4ª ¿Si tomaba alcohol en abundancia y con frecuencia?

Respuesta. Si: "según datos por lo menos se embriagaba tres veces al mes".

5ª ¿Que motivo le obligó á venir á esta ciudad?

Respuesta. Fue allá por cumplir un compromiso de enganche, "este fue el objeto principal de su ida"; y, aprovechar esta circunstancia para hacerse curar la mordedura.

6ª ¿Quién es la persona que autoriza los datos y qué relación tenía con Aliaga?

Respuesta. Las personas que autorizan estos datos son la viuda y la cuñada, que habitan en la misma casa.

Como ve U., estimado compañero, los datos no son muy abundantes; pero, hay que dar gracias á que siquiera esto se haya podido conseguir, de personas tan ignorantes como las que los han suministrado.

Estando para retirarme, se me presentó una mujer llamada María Jesús Lindo de Castro, la que me manifestó que su marido, que hacía tres días había muerto, le había mordido la mano la víspera de su muerte y que "tenía miedo por que Castro había sido mordido" el 5 de junio último por el perro que mordió al perro de Aliaga.

Como era natural, procuré tomar los datos más exactos de los síntomas que presentó Castro en su última enfermedad y opino fundándome en ellos, "que el delirio" que presentó Castro fue un "delirio alcohólico en el curso de una neumonía".

Deseando que esta le sea de alguna utilidad me es grato suscribirme de U. su amigo y compañero

M. CONCHA Y BOZA.

De este documento se deducen los siguientes hechos principales:

1.º—Que el perro que mordió á C. Aliaga mordió también á varios perros que, después de 90 días, no presentaban señales de rabia y continuaban sanos;

2.º—Que dicho perro no presentaba otro signo de enfermedad que *babear mucho*;

3.º—Que Aliaga era efectivamente alcohólico;

4.º—Que una mujer llamada María Jesús Lindo de Castro, del mismo caserío que Aliaga, se encontraba *temerosa* de tener que sufrir de rabia, por haber sido mordida por su marido, que lo había sido por un perro; y

5.º—Que, según todas las probabilidades, Castro había muerto de neumonía, con complicaciones cerebrales de origen alcohólico.

* * *

Todo el que tiene idea clara del modo de vivir de los indios, de nuestra sierra, se explicará fácilmente, los hechos que me refiere el doctor Concha y Boza. En Huachac, anexo del distrito de Sicaya, de la provincia de Huancayo, viven sus habitantes en pequeñas casitas, próximas unas á otras, donde cada familia tiene por lo menos dos perros, dedicado á cuidar el hogar y el ganado; y, como no siempre están bien alimentados, esos animales conservan, naturalmente, sus instintos normales de morder en mayor actividad, si es posible, aguijoneados por el hambre. Así, no es, pues, difícil explicarse esa lucha frecuente de los insociables individuos de la jauría, de que me habla el médico titular de Huancayo. Lo que, si no se puede comprender, ni aceptar, es como, habiendo existido un perro rabioso entre los luchadores de aquel caserío, no se haya generalizado la rabia canina, en aquel lugar; y, más

inexplicable es que ni en *uno sólo* se haya presentado semejante enfermedad.

*
* *

No presendo pasar por alto la interpretación que debe hacerse de la *salivación* que se había notado en el perro que mordió á C. Aliaga; desde que este fenómeno es considerado como síntoma de rabia en esa clase de animales, aunque no sé si es por el vulgo, exclusivamente; porque Menetrier (Brouardel loc. cit pag. 659) describe la rabia en el perro, en los siguientes términos:

"En el perro la rabia *furiosa* es la *mas común*, se traduce por modificaciones del humor y del carácter análogos á los síntomas del estado prodrómico en el hombre; después se presentan perversiones singulares del apetito, alucinaciones, alteración especial de la voz, espasmo de los *músculos* de la faringe, que producen disfagia; pero, jamás son seguidos de fenómenos hidrofóbicos, como el vulgo lo cree. La fiebre se presenta desde el principio. En el período de la rabia declarada, la excitación aumenta, el animal es víctima de impulsiones locomotrices, y está animado de un furor de morder, que lo obliga á lanzarse sobre los animales y personas, que encuentra en su camino. La enfermedad termina por un estado paralítico, con descenso progresivo de la temperatura, hasta la muerte.

La rabia muda está caracterizada por una parálisis progresiva, que principia, habitualmente, por los *músculos* de la mandíbula. El animal, por tanto, no puede ni quiere morder; y, es peligroso por su baba que es virulenta. La duración de las enfermedades es de tres á cuatro días.

Como se ve no menciona Menetrier la salivación en la rabia furiosa. Lo mismo E. d'Nocard y E. Lec anche prescinden de dicho fe-

nómeno ocupándose de la rabia en el perro [1].

Pero, cualquiera que sea la significación sintomática de aquella excitación funcional no tiene importancia, en el caso mencionado, si se tiene presente la ineficacia de las inoculaciones hechas por el perro mismo, con el producto de su salivación anormal, al morder á sus congéneres, que por razones de fisiología patológica debían haber rabiado, sino todos, por lo menos uno de ellos.

*
* *

El temor de Maria Lindo de la posibilidad de tener que sufrir de rabia, por la circunstancia señalada, por el Dr. Concha y Boza, no es tan simple, como aparece á primera vista, ni es impertinente el caso; tiene por el contrario, ciertas relaciones, aunque algo remotas, con la enfermedad de Aliaga. No sería absurdo suponer que, sin la palabra discreta y persuasiva del Dr. Concha y Boza, se hubieran presentado síntomas de *rabia nerviosa* en aquella mujer, desde que el *temor de los mordidos* suele ser el primer paso, el principio de la mencionada neurosis.

Tenemos, pues, dos diferentes hechos ó manifestaciones psíquicas, originados en circunstancias semejantes, producidas en ambas personas por la idea de haber sido contagiadas de rabia; en una de ellas por mordedura de un perro, supuesto rabioso, y en la otra por un hombre, supuesto también, infectado de rabia. El primero, Cristóbal Aliaga revela el estado de su fisiología por manifestaciones verdaderamente morbosas, por delirio de persecución y por la imitación, más ó menos perfecta, que hacía ese hombre, en los paroxismos de su de-

(1) Biblioteca de Veterinaria, tomo 13, año 1905, pag. 14, Teilex López.

lirio, de un perro en lucha con otro; esto es, probablemente, por lo que Regis llama "delirio metabólico de la personalidad". La segunda, María Lindo manifestaba su estado psíquico por la fórmula más simple de un incipiente proceso morboso, por el *miedo agudo*.

En la literatura de la rabia y en recientes antecedentes sobre rabia humana, en el departamento de Junín, creo que es posible encontrar la explicación satisfactoria, atendida por lo menos, de los fenómenos mencionados.

Preciso es tener idea de la importancia del *miedo* como factor etiológico de la *rabia nerviosa* y de los trastornos psíquicos de otro orden. Para convencerse de ésto basta conocer el siguiente caso observado por Trousseau y señalado, como clásico, por tratadistas posteriores.

"Un magistrado francés montaba frecuentemente á caballo y llevaba en sus excursiones un perro de caza, que tenía la costumbre de saltar á la mano en que llevaba el látigo, según iba andando. Acababa de hacerlo así, un día el tal perro, cuando encontrando un rebaño de ovejas se precipita sobre ellas y se pone á morderlas; todavía obedecía, sin embargo, á la voz que le mandaba, su aspecto era extraño; en seguida volvió de nuevo á morder perros, vacas y bueyes, y por fin atravesó un río muriendo á las pocas horas. En breve supo el amo que gran número de los animales mordidos por el tal perro morían rabiosos. Esta noticia le afectó mucho y entonces se acordó de que el perro que había hecho tantas víctimas, le había lamido la mano derecha; como notara en esta mano algunas cicatrices pequeñas, le dio *miedo* y no pudo ya tocar el agua para afeitarse, creyéndose rabioso; se llamó á un médico de Orleans y en vano trató al principio de calmarle; la excitación y el delirio duraron todavía algunos días y por

último, después de haberle dicho al enfermo que las personas afectadas de rabia canina morían con rapidez y que el no podía estar, por tanto, rabioso, una vez que hacía ya diez días que tenía horror al agua, se le hizo leer lo que estaba consignado en todas las obras acerca de la duración de la rabia confirmada, con lo cual concluyó el enfermo por dejarse persuadir, despareciendo su hidrofobia tan luego como se convenció de que si hubiera estado rabioso habría muerto mucho tiempo hacía".

Pero, el *miedo* á la rabia no solamente se presenta en el individuo, sino que suele presentarse en las multitudes; se propaga por "contagio nervioso" entre las colectividades, sobre todo cuando son éstas ignorantes y supersticiosas, como veremos en seguida.

En España es, probablemente, donde los desgraciados rabiosos eran mirados con verdadero *pavor* por las multitudes, tan *crédulas hoy mismo*, en ciertas poblaciones, en la influencia misteriosa de los *sanadores* ó *chupadores* de mordeduras, como lo demostraría el cruel tratamiento *de muerte á paños*, que por acción popular, solía aplicarse á aquellos desgraciados. El Dr. Cuesta Ckerner (1) asegura haber visto con los doctores Pozo, Rubio y Cabeza Mezada, en Cuenca en setiembre de 1858 á un enfermo de rabia llamado Melquiades Mejía, cuyo padre, teniente alcalde de la villa de Horacio de Santiago, le dijo al expresado médico: "El mozo que ha visto U. es mi hijo el cual sigue empeorando, por momentos, y como no tiene cura y puede hacer daño á la familia venimos á decirlo ó le dá U. una sangría suelta ó nosotros le mataremos; pero queremos contar con el parecer de U."

(1) Obras citadas de Emminghaus. Tratado de Patología del Dr. Cuesta, de 1875.

El cirujano del pueblo, interrumpiendo al Dr. Cuesta que iba á contestar al padre del rabioso, agregó á lo dicho por el alcalde: "eso mismo se hizo en el hospital de Leon con un cura que rabió en aquella ciudad y con otro hombre de campo; y, eso he oído decir que se hace en todas partes con estos enfermos.

Cuando el Dr. Cuesta discutía y rechazaba, enérgicamente semejante tratamiento, se hallaba rodeado de una multitud armada de *palos* para ejecutar la sentencia del cirujano y la del *saludador*, á quien también se había acudido. El Dr. Cuesta tuvo la suerte de convencer á la multitud; se apoderó del enfermo y lo asistió en el hospital del pueblo.

Un hecho muy semejante ocurrió en el Perú, no harán tres años, en la provincia de Jauja, del que dio cuenta el periódico "La Unión", de Tarma, que los diarios de Lima reprodujeron y, cuyo texto, tomado de "El Comercio", es el siguiente:

"Una pobre mujer llamada Susana Alcántara, *embarazada de seis meses*, fue mordida por un perro hidrófobo; y, la madre de dicha mujer, llamada Isidora Ordóñez, con la cooperación de dos individuos, cuyos nombres ignoramos, la hizo desnudar completamente y colgar á un árbol donde fue ahorcada el 22 del actual y, acabada de asesinar á garrotazos en el cráneo, que se halló completamente destrozado".

Esta horrorosa noticia me fue confirmada por uno de los hijos del conocido hacendado de Jauja, Sr. Valladares; "quien me dijo: la noticia es verdadera; pero ligeramente alterada en los detalles".

El mismo periódico aseguraba que aquel acto de barbarie se había practicado, "sin que la mujer presentase señales de contagio, por simples suposiciones sugeridas por la ignorancia crasa de esta desgraciada gente".

Esta última parte de la afirma-

ción, del periódico citado, es increíble. Algún fenómeno nervioso debe haber presentado aquella infeliz mujer, cuando su propia madre le mandó aplicar el tratamiento más bárbaro y cruel de que han podido ser víctimas los rabiosos.

¿Esa mujer habrá sido realmente, contagiada de rabia, ó fué simplemente, un ejemplar nada raro de *hidrofobia nerviosa*, de que su mismo estado de embarazo era causa poderosa de predisposición? Ninguno de los extremos de este dilema podría demostrarse hoy.

En cambio de este hecho puede deducirse, lógicamente, que en el espíritu de ciertas gentes se conserva aún el miedo, á la rabia en sus formas primitivas; y, que el tratamiento verdaderamente salvaje, consistente en la ejecución de una infeliz enferma, debe haber producido terrible efecto en el ánimo de todos los habitantes ignorantes de Concepción y de los pueblos vecinos, tan susceptibles al miedo y á las preocupaciones de toda especie.

Esta deducción adquiere mayor fundamento si se tiene presente la frecuencia con que se mencionan casos de curación de rabia confirmada, que la ciencia en su estado actual no acepta. Tan pronto como se conoció en Lima la noticia de la enfermedad de Cristóbal Aliaga, por los diarios, "El Comercio" recibió una carta del comandante Arnaldo Pacheco, en la que él aseguraba haber visto curarse dos casos de rabia, uno en Ayacucho y otro en Andahuailas, con hojas de maguey verde ó cabulla. Ese señor, seguramente, no tiene interés en fallar á la verdad, dice: que *refiere hechos que ha visto*. Por otra parte la ciencias médicas, que nosotros profesamos y se enseñan en todos los pueblos cultos del orbe, no aceptan la curación de la verdadera rabia declarada; y, se ha demostrado la perfecta inutilidad de

la cabulla ó pita en el tratamiento de esa enfermedad (Babes). Por consiguiente, tendríamos que aceptar, en homenaje á la sinceridad que se nota en aquella carta, que los casos mencionados deben haber sido de *hidrofobia nerviosa* ó de alguna dolencia semejante.

Al mismo tiempo que se asistía Cristóbal Aliaga, en el Callao, y los diarios trasmitían las noticias del caso, á los confines de la República, en ese estilo *nervioso* que traduce la impresión psicológica de las personas que no tienen motivos profesionales para observar, con tranquilidad, á los enfermos graves "El Comercio" publicaba un telegrama procedente del Cuzco, con fecha 19 de setiembre de 1905, que decía: "El explorador de nuestras montañas señor Mariano Yabaz Almonza, que había sido mordido por un perro hacía ya un año, ha principiado á sentir los síntomas de la rabia y se encuentra en mal estado".

Noticias posteriores anunciaron que ese enfermo había sanado.

Pocos días después, el 25 de setiembre, el mismo diario transcribía de "El trabajo" de Jauja, la noticia de que un hombre, llamado Manuel Aylas, había sido mordido por un perro rabioso, en una de las calles de la ciudad; por lo que dicho periódico provinciano pedía la *extinción* de los perros callejeros de aquel lugar.

También en el mismo mes de setiembre ocurrió el siguiente hecho: En la calle de las Cómodas número 49, altos, vive una respetable familia Pérez y forma parte de ella un niño llamado Leopoldo, de 11 años de edad. Un día este niño se aproximó á un perro, de su propia casa, que estaba enfermo, y le echó una bocanada de agua, entonces el animal le saltó y mordió en ambos párpados del lado derecho. La familia *temerosa* de que el perro fuera rabioso, y, por consiguiente, por

el porvenir del niño, consultó al Dr. Changanquí lo que debería hacer. Este médico aconsejó á la madre de Leopoldo que llevara á este al Instituto de Higiene para que le hagan inyecciones preventivas de rabia. En dicho establecimiento se limitaron á practicarle *uno inyección de agua esterilizada* (1); y no obstante esto, el niño se encuentra *perfectamente de salud*.

En este caso no fue el mordido la víctima del *miedo*, probablemente por sus pocos años; sino la madre y otros parientes que esperaban, por momentos, ver rabir al mordido.

Y, por último, á esa época corresponde también la afirmación del Dr. Tamayo (2) de haberse presentado un caso de rabia, en Yauli, en el asiento mineral de Alpamina; respecto del que hechos observados por un profesional, dejaron *perfectamente* establecido lo erróneo del diagnóstico él y sólo como evidente los *temores* más ó menos justificables que acerca del caso se habían abrigado.

Estos buenos sucesos de rabia, en distintos puntos de la república, en el memorable mes de setiembre, á raíz de los comentarios, al rededor del proceso de Aliaga, ¿no constituyen, en verdad, una rara coincidencia morbosa, que demanda explicación?

*
**

La exposición precedente deja en mi ánimo, por lo menos, el convencimiento de que, en algunas partes del interior de nuestro país, se conserva el miedo á la rabia camina, como ya dije, con el agregado de las preocupaciones de épocas de oscurantismo de la humanidad; que en Jauja, Concepción, Sicaya,

(1) Dr. Tamayo, La Crónica Médica, 15 de marzo de 1906.

(2) Loc. cit.

Huacchac, etc., todos pueblos próximos, íntimamente unidos por el comercio, se conserva vivo el recuerdo del martirio de la "hidrófoba" Susana Alcántara; que ese hecho probablemente era conocido por Aliaga y María Lino, habitantes de Huacchac, lugar separado de Concepción por pocas horas de camino; y, su memoria no ha podido dejar de influir en el ánimo de ellos en el momento en que se creyeron inoculados de rabia.

Ya ser por esta causa ó por cualquier otra, lo indiscutible es que tanto Cristóbal Aliaga como María Lino de Castro fueron víctimas de viva emoción, de verdadera conmoción moral, al ser mordidos, que en la primera produjo el *miedo de padecer de rabia* y en el segundo, sujeto de cerebro preparado, por intoxicación alcohólica, para el desequilibrio, dio lugar á un falso concepto, y después á una idea fija, de haberse transformado en perro furioso, cuyas diferentes actitudes imitaba, y que es en lo que consiste una de las modalidades del delirio metabólico ó de cambio de la personalidad (Regis). Esta forma de delirio no es infrecuente, probablemente, entre los alcohólicos. Muchos médicos, entre estos el Dr. W. Salazar, deben recordar de un enfermo que asistía el Dr. Manuel A. Muñiz, en el manicomio, que creía haberse transformado en gallina con pollos. Imitaba el *cloqueo* de esa ave; se colocaba en los rincones de las habitaciones en cuclillas y separando los brazos los dejaba en tales posiciones que parecían simular las alas de una gallina, cuando se acomoda para abrigar á sus pollos, etc.

¿De qué modo el miedo á la rabia puede haber causado aquella forma especial de delirio en Aliaga? Esta cuestión corresponde al estudio de las diversas teorías sobre la patogenia del delirio y de las alucinaciones.

Creo dejar con lo expresado, suficientemente explicado mi concepto, dentro de la esfera de mis modestos conocimientos, sobre la parte clínica del proceso Aliaga. De modo que restan, aún, para ocuparme los datos de la autopsia y los experimentales, deducidos de las inoculaciones que se habían practicado en conejos.

DR. GUILLERMO OLANO.

(Continuará).

Correspondencia de Londres

Contribución a la Terapéutica de la Blenorragia

La blenorragia es el día de hoy una enfermedad tan común, que todos los ensayos de nuevos métodos de tratamiento merecen de llamar la atención de los prácticos.

El Dr. Boss (de Estrasburgo) ha sido el primero á emplear, hace algunos años, una combinación muy eficaz de la resinas de Kawa con la esencia de Sándalo Indio—el *Gonosán*, como auxiliar de las inyecciones uretrales. Después de él, muchos de los más distinguidos médicos de Alemania, Inglaterra, Suiza, España, Italia, y de otros países, ensayaron con los más brillantes resultados el mismo remedio y las conclusiones de todos son perfectamente afirmativas acerca de su acción favorable, no sólo en las uretritis anteriores y posteriores, sino también en las útero-cistitis.

Es sabido que la esencia de Sándalo Indio, además de causar frecuentemente trastornos gastro-intestinales, no tiene influencia alguna sobre los fenómenos subjetivos: escozón y comezón, erecciones do-

lorosas, disuria y estranguria, que suelen acompañar muchas veces la blenorragia en su período inflamatorio. Es la resina de kawa el agente anestésico que hace desaparecer estos fenómenos y al mismo tiempo estimula la secreción de la orina y disminuye el flujo uretral.

Lewin ha extractado de la raíz del *Piper Methysticum*, arbusto de las islas del Pacífico, que los indígenas emplean como específico de la blenorragia, una masa resinosa adonde la análisis descubre, además de dos principios inertes ó sin aplicación terapéutica, "el *kawaino* y el *yangonino*, dos resinas, *Alpha* y *Beta*. Entrambas poseen las mismas propiedades farmacológicas y pasan en la orina bajo la forma de ácidos resinosos. Pero los efectos de *Beta Kawa* no son ni al mismo grado enérgicos ni tan permanentes. La solución de estas resinas químicamente puras en la más rectificada esencia de Sándalo de las Indias Orientales, es la preparación llamada *Gonosán*.

Numerosas experiencias bacteriológicas han demostrado que los gonococos son muy sensibles á la acción del *Gonosán*. En cinco minutos estos micro-organismos sumergidos en la orina de pacientes que tomaban el *Gonosán*, fueron muertos (observación de Piorkowski). Saalfeld cree que, además de la propiedad bactericida, los efectos sedativos del nuevo medicamento no se limitan á quitar los dolores sino tienen una influencia muy valiosa como agente curativo. Meyer ha tratado con el *Gonosán* 95 enfermos. De este número, unos 60 padecían de uretritis anterior y posterior y de útero-cistitis.

No se administró otro remedio y no se dieron inyecciones. Los dos tercios de los casos fueron curados con el *Gonosán* solo y el tratamiento no ha sido por esto más largo. Un tercio necesitó que se diesen inyecciones de Protargol ó de Albargin para suprimir el ligero flujo ma-

tinal. Meyer asegura que el *Gonosán* tiene un efecto bactericida positivo sobre el gonococo. He aquí sus conclusiones: El *Gonosán* representa un notable progreso en el tratamiento de la Blenorragia; en los tres cuartos de los casos se alcanza la curación sin otro remedio local; en los otros su influencia sobre el proceso blenorragico es tan señalada, que las inyecciones no tienen más que un papel secundario, porque ayudan á quitar el flujo. El *Gonosán* tiene al mismo tiempo propiedades anestésicas y bactericidas, como la desaparición gradual de los gonococos lo ha demostrado. Haciendo ácida la orina, limpiando la mucosa de la uretra, oponiéndose al desarrollo de los gonococos, el *Gonosán* ofrece una enérgica resistencia al proceso patológico. Una de sus ventajas y no de las menos importantes, es la de no ofender á los riñones y de ser bien tolerado por el tubo digestivo. El autor concluye su trabajo diciendo que se cree autorizado á recomendar calurosamente el *Gonosán* por sus excelentes propiedades específicas y también por los favorables resultados obtenidos con su empleo.

Boss explica de este modo la acción fisiológica del *Gonosán*:

"Respecto á la influencia favorable que el *Gonosán*, ejerce sobre el proceso blenorragico, yo deseo presentar la explicación siguiente. Los ácidos resinosos del *Gonosán* se combinan con el potasio y con el sodio existentes en el organismo, bajo la forma de jabón resinoso, el cual siendo soluble en el agua, es excretado en la orina bajo la forma de un ácido resinoso de potasio. La orina se hace muy ácida y por consiguiente aséptica antes de ser expulsada. Es sabido que la descomposición de la orina se retarda después que el *Gonosán* ha sido administrado, y posee un marcado poder bactericida. Así se hace claro como una orina concentrada, que tiene esta propiedad, en su pasaje en la ure-

tra inflamada, ejerce precisamente el mismo efecto que se tendría haciendo una inyección forzada con una solución antiséptica. Los gonococos superficiales son arrastrados fuera y los otros más lejanos se hacen inócuos. Por lo que respecta á los gonococos profundamente escondidos en las criptas ó folículos de la mucosa, que el flujo de la orina no puede regar, no se sabía si estaban también bajo la influencia de un proceso de inhibición. El examen microscópico hizo ver que ellos eran muertos por el Gonosán. En la secreción acida del estómago, la resina se transforma en un ácido resinoso. Después de su absorción en el tubo intestinal, este ácido es secretado por los riñones. Yo creo que tiene la propiedad de neutralizar la virulencia del gonocóco patógeno, haciendo provocar una hiperleucocitosis y activando también las energías fagocitarias en los células de la sangre. Este proceso exalta los poderes naturales de resistencia del organismo. La hipótesis en cuestión me parece confirmada por el hecho que el reumatismo no ha sido observado en los pacientes que tomaban el Gonosán; se presentaba pronto si ya existía artritis una mejoría general de sus síntomas."

Me parece superfluo de mencionar aquí las observaciones hechas en mi servicio clínico, aunque todas muy interesantes, pero dos conclusiones puedo sacar de ellas:

1º Que la esencia de Sándalo Indio por sus propiedades astringentes y antisépticas mata el gonococo;

2º Que las resinas de Kawa en el acto en que se convierten en la orina en ácidos resinosos manifiestan su acción anestésica, sensible ya desde el segundo día, paralizando los nervios superficiales del sistema urinario y previenen así la sensa-

ción dolorosa de los tejidos inflamados por el gonococo.

Londres, abril de 1906.

DR JOSÉ FERRÚA.

Profesor agregado de Patología General.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Tratamiento de la litiasis biliar

POR EL

DR. ATILIO M. LECCI

Continuación

Otras veces la extracción de cálculos ha sido completa pero la mucosa vesicular está enferma, y los dolores que sobrevienen ulteriormente son debidos á una colecistitis persistente, produciendo falsos cólicos.

Otra causa de dolores y accidentes secundarios son las adherencias de la vesícula á la pared, al epiploon, al intestino, codadura ó torción consecutiva del canal cístico, etc. Estas adherencias se observan mucho más frecuentemente á continuación de una colecistostomía, 17 % de los casos según Kehr, que de la colecistostomía 1 %.

Como conclusión podemos decir, que el mejor modo de curar la litiasis biliar, sería practicando una colecistectomía, á lo que podríamos llamar la cura radical ó sino la colecistostomía que nos pondría al abrigo de las numerosas complicaciones peligrosas á que dan lugar las migraciones de los cálculos.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LA LITIASIS BILIAR.

La litiasis biliar puede dar lugar á muchas complicaciones, de las

cuales unas son puramente mecánicas, como por ej. la detención de un cálculo en uno de los canales biliares y cuyo calibre obstruye, ó la migración de un cálculo al exterior, á través de una fístula, la obstrucción del intestino por uno ó varios cálculos que puedan haber llegado allí por diversas vías, etc., otras complicaciones son debidas á infecciones como ser angiolecistitis y periolecistitis, etc.

El tratamiento médico no puede beneficiar al enfermo absolutamente en nada, cuando se trata de complicaciones de origen mecánico y si son de origen infeccioso, es tan poco lo que el clínico puede hacer, que no deberemos tenerlo en cuenta.

Es el cirujano el único que sacará de las garras de la muerte, á más de un enfermo que tenga la desgracia de verse atacado de algunas de estas complicaciones de que nos ocupamos.

El médico tiene pues la obligación de hacer un buen diagnóstico y cuando se presenten algunas de estas complicaciones debe ceder su puesto al cirujano, que es el único que podrá beneficiar al enfermo.

Son varias las operaciones que pueden hacerse en estos casos y muchas veces dependen del criterio y de la intrepidez del cirujado, así como también de las diversas circunstancias que rodean al enfermo.

El diagnóstico preciso de una complicación no es siempre fácil hacerlo, y por esto en la mayoría de los casos nos vemos obligados á principiar por hacer una laparotomía exploradora, la que nos permitirá examinar el aparato biliar y sus anexos, con lo cual el cirujano podrá ya formular su diagnóstico y, por consiguiente decidirse por tal ó cual procedimiento operatorio.

Decía que se debía principiar por hacer una laparotomía exploradora, cosa en que están de acuerdo todos los cirujanos, pero no ocurre

lo mismo respecto á su modo de practicarla, estando las opiniones divididas al respecto. Unos son partidarios de que la incisión del abdomen se haga de arriba á bajo, siguiendo el borde externo del recto anterior mayor del abdomen, sobre su mismo borde ó un poco por fuera, y los otros dicen que es mejor hacerla en la línea media.

Cada uno de estos procedimientos tiene sus ventajas así como también sus inconvenientes.

Los partidarios de la incisión mediana dicen que á esta le dan la preferencia, porque abriendo en la parte media, resulta más fácil porque no hay que atravesar planos musculares y por lo tanto la hemorragia sería menor, así como también el campo operatorio de que se dispone es mayor y permite trabajar con más independencia.

Con una incisión en la línea alba se consigue explorar bien el hígado, y el canal colédoco, cuyo examen es de la mayor importancia.

Todas estas ventajas son ciertas, pero también ofrecen el inconveniente de que con una incisión mediana no es posible explorar como se debe á la vesícula biliar, á menos que á la primera incisión vertical le agreguemos otra perpendicular que vaya hacia la vesícula cortando transversalmente á los rectos y oblicuos.

La ventaja de la incisión lateral está en caer sobre la vesícula, lo que no es poco, porque en la inmensa mayoría de los casos esta es la interesada, pero á su vez tiene el inconveniente de que con ella se hace difícil la exploración del canal colédoco.

A mi modo de ver, creo que no debemos seguir de una manera tan sistemática tal ó cual incisión, sino que según los casos daremos la preferencia á una ó á otra, así, por ej., si se tratara de hacer una anastomosis entre los canales y los intestinos, entre estos y la vesícula, ó si se quisiera hacer

una laparotomía exploradora damos la preferencia á la incisión media y en cambio sería preferible la incisión lateral cuando creamos que debemos dirigirnos con preferencia sobre la vesícula biliar. Sin embargo, si estas incisiones verticales no nos bastan haremos otra transversal que ensanchará el campo operatorio.

Otra de las incisiones de que nos podemos servir es la en S alargada que ha sido preconizada por Arthur Dean Beven de Chicago. Consiste en una incisión vertical, a lo largo del borde externo del gran recto, con una incisión oblicua hacia arriba y adentro de la extremidad superior, y una incisión oblicua hacia abajo y afuera de la extremidad inferior.

De este modo se tiene un fácil acceso hacia la cara inferior del hígado.

Abierto ya el abdomen es preciso explorar de una manera muy minuciosa la región, pues de este examen depende muchas veces el éxito de la operación. Algunas veces resulta cosa fácil el examen de las distintas partes del aparato biliar, pero en cambio tenemos otras que es muy difícil, tal sucede cuando á consecuencia de fenómenos inflamatorios se han establecido adherencias entre las distintas partes y la pared abdominal, lo que hace que el cirujano no se pueda dar cuenta exacta de la región que tiene ante sus ojos, sino yendo con mucha precaución. A veces son tales las dificultades que no es posible hacer la distinción entre las distintas partes del aparato biliar, teniendo que renunciar á seguir adelante.

Cuando la región está libre de adherencias, entonces hay que ir en busca de la vesícula biliar, como primera precaución, porque en la mayoría de los casos, ella es la que está afectada, pudiendo ser esta parte sola, la alterada ó acompañada de lesiones en otras partes del aparato biliar, siendo muy ra-

ro encontrar indemne á la vesícula cuando hay alguna alteración en las vías biliares.

Se le puede encontrar ya atrofiada, distendida ó con las lesiones más diversas. Su examen es de tal importancia que hay casos en los cuales él solo basta para hacer un diagnóstico exacto ó hacernos sospechar la complicación que tenemos por delante; así por ejemplo, si nos encontramos con una vesícula cuya distensión es considerable y sus paredes están blandas y suaves, nos hará pensar inmediatamente en que un cálculo estará enclavado en el canal cístico ó que el colédoco está comprimido por algún neoplasma del páncreas. Cuando es la incisión lateral la que hemos practicado se nos presentará inmediatamente á nuestra vista, pero hay casos en los cuales está metida debajo del hígado, lo que hace necesario ir en su busca.

Una vez reconocida la vesícula, iremos á explorar los canales biliares. El cístico es el que sigue á la vesícula, siendo el dedo índice el que debe servirnos para encontrarlo llevando el índice desde el cuello de la vesícula hasta el Hiatus de Wislow se sigue el canal cístico.

Cuando este canal está sano, el dedo lo recorre sin sentirlo, pero si se siente un cuerpo más ó menos redondeado y fijo, es muy probable que se trate de algún cálculo enclavado. Digo muy probable, porque muy bien puede suceder que se trate, no de un cálculo, sino de un ganglio infartado que nos dé esa sensación. Sin embargo, por el hecho de que el dedo no sienta el canal cístico, no podemos deducir que esté sano; pues bien puede ser que haya un cálculo muy pequeño que sea insuficiente para obliterar el cístico. Luego se examina el colédoco, que hace continuación al cístico, y que se encuentra en el epiplón gastro-hepático, inmediatamente por delante y á la derecha de la vena porta, á lo largo del bor-

de del epiplón, extendido del surco medio del hígado al ángulo del duodeno, luego se mete detrás de este ángulo, por debajo del borde inferior del Hiatus y pasa por detrás de la cabeza del páncreas; hay pues una posición supra, otra retro y otra sub-duodenal.

La porción supra-duodenal es fácil de explorar; el dedo, así como en el cístico, es el que nos servirá de guía y si está sano y no contiene ningún cálculo no se le sentirá; la menor concreción situada en su interior dará al dedo la sensación de una masa resistente y dura. La exploración de las porciones retro y sub-duodenales es más difícil y se practica pocas veces.

Tales son las etapas, que hay que recorrer, en una exploración metódica de las vías biliares, investigación y exploración de la vesícula, luego el canal cístico y en seguida exploración de la porción supra duodenal del colédoco y algunas veces las de las otras dos porciones.

Esta investigación metódica y perfecta, no es posible más que en los casos en que la región sub-hepática, ha conservado su aspecto normal; cuando ya se han establecido adherencias todas estas maniobras resultan casi impracticables.

Según las lesiones que se encuentran variará de clase de operación á practicar.

Entre los accidentes quirúrgicos de la litiasis, uno de los más simples es la distensión de la vesícula á consecuencia de la obliteración del canal cístico. Cuando el líquido contenido en la vesícula es aséptico, lo que no es raro, la indicación es establecer el libre curso de la bilis por aquel canal desobstruyéndole.

En cuanto al obstáculo puede variar mucho, tanto en su composición, como en su situación, tamaño y número. Se puede encontrar un solo cálculo ó una serie de ellos que pueden ser de pequeñas dimensiones y apesar de eso, ser su-

ficientes para obstruir la luz del conducto. No es cosa fácil el descubrir algunas veces, los cálculos que son la causa de la obliteración.

Puede también suceder que un cálculo de dimensiones grandes no oblitere tanto el conducto como un pequeño, circunstancias todas estas que hay que tenerlas en cuenta, para no olvidarse de hacer un minucioso examen y exponerse así á dejar incompleta una operación.

Al mismo tiempo que cálculos metidos en el cístico, encontraremos generalmente otros en la vesícula biliar, pero á veces no los hay ó se hace muy difícil encontrarlos, porque nadan ó flotan en el líquido que la llena.

Si no hemos podido encontrar por la palpación cálculos en la vesícula es muy probable que nos baste hacer progresar el cálculo, á lo largo del canal para dejarlo desobstruido y se restablezca el curso de la bilis, pero si hemos notado que la vesícula contiene un gran número de cálculos entonces podemos seguir dos procedimientos: ó bien hacerlos salir haciéndolos progresar á lo largo del cístico, uno á uno, siempre que su tamaño lo permita ó sino practicar la colecistotomía ó la colecistectomía.

He dicho que si hay cálculos detenidos en el cístico, se les hace progresar á lo largo de él, hasta que lleguen al intestino, cosa que es muy fácil decirlo, pero que muchos casos es difícil llevarlo á la práctica, pues sucede á veces que el cálculo es muy grande y está muy encajado y entonces la progresión se hace imposible á menos que no expongamos á romper el conducto, debiendo en este caso intentar romper el cálculo para disminuir su volumen y hacer posible su progresión pero esta cístico-litotripcia no es tampoco suficiente en ciertos casos y ofreciendo además sus peligros, como ser, la mortificación de la pared del cístico por las compresiones que ha tenido que soportar; esta

compresión se puede hacer con los dedos ó con unas pinzas provistas de una envoltura de cauchú.

Cuando fracasa la cístico-litotripcia, que fué imaginada por Lawson Tait, y que se practica muy pocas veces, porque pocos son también los casos en que se presenta indicación, entonces se recurre á la incisión del canal cístico, operación á la que se le ha dado el nombre de cisticotomía. Fué ejecutada por primera vez por Lidner en 1891 y más tarde Kehr la hizo muchas veces con éxito, pero á título de operación complementaria después de una colecistotomía.

El Dr. J. L. Faure, refiriéndose á esta operación dice:

“No creo que la cisticotomía se haya practicado aisladamente; es sin embargo posible que con la vesícula sana y que se deje intacta, pueda dar buenos resultados y que aún sin hacer una sutura minuciosa de los labios de la herida, pueda restablecerse el curso normal de la bilis sin accidente alguno. Es conveniente en todos los casos por precaución colocar un drenaje á su nivel, por lo menos durante unos cuantos días, á fin de evitar el derrame de bilis en el interior de la cavidad peritoneal. Si al mismo tiempo se deja abierta la vesícula biliar, permitiendo así el derrame de la bilis al exterior entonces veremos producirse la cicatrización del cístico más rápidamente.

“No creo que esta cisticotomía pueda estar indicada, sin que parezca al mismo tiempo necesario abrir la vesícula. Cuando el canal cístico está obstruido por un cálculo que se juzga conveniente sacar, la vesícula está ordinariamente aumentada de volumen, distendida, lo que hace bastante difícil saber si hay ó nó, cálculos en su interior, imponiéndose entonces la colecistotomía.

“La misma cosa hacemos si la vesícula se encuentra semi-atrofia-

da y deja percibir cálculos en su interior.

“Si la vesícula estuviese deforme, atrofiada y sus paredes atrofiadas, está demasiado enferma para ser conservada y entonces á la incisión del canal se agregará, la extracción de la vesícula, operación á la que se le da el nombre de colecistectomía, pero no creo dice el doctor J. L. Faure, que á una obliteración completa del canal cístico capaz de justificar una cisticotomía, pueda encontrarse con una vesícula absolutamente normal, creo pues aparte de los casos absolutamente excepcionales, la cisticotomía no puede ser más que una operación accesoria, complementaria de una intervención sobre la vesícula biliar”.

El método soberano en el tratamiento de las complicaciones vesiculares de la litiasis, es en la inmensa mayoría de los casos la intervención directa sobre la vesícula misma.

Son muy distintas las operaciones que en ella pueden hacerse; unas veces puede ser necesaria la extirpación completa de la vesícula y su contenido y es lo que se llama una colecistectomía; otras veces sólo se reduce á abrirla, para extraer su contenido, operación que toma el nombre de colecistotomía.

Esta misma operación puede á su vez ser practicada de diversa manera y según el caso, toma el nombre de colecistotomía propiamente dicha, ó el de colecistostomía, en el primer caso, es decir, la colecistotomía propiamente dicha ó ideal consiste en abrir la vesícula, vaciarla de su contenido y se la vuelve á cerrar inmediatamente, y en el segundo caso ó sea la colecistotomía consiste no sólo en abrirla y vaciarle su contenido, sino que se le aboca á la herida de la pared abdominal dejándola abierta, lo que da lugar á una fistula biliar de duración variable. Esta opera-

ción se practica más que la colecistotomía ideal.

La colecistotomía es de todas las operaciones practicadas sobre las vías biliares la más usual, fué vulgarizada por el doctor Lawson Tait.

La colecistectomía fué aconsejada en 1767 por Herlin, cirujano francés, quien había hecho experimentos en animales y en 1826 fué de nuevo defendida por Campigrac, demostrando con razonamientos fundados en la anatomía patológica que era posible quitar este reservorio sin inconvenientes para la vida. Se practicó por primera vez en el hombre en 1882 por Langenbuch, pero su uso no se ha generalizado sino en estos últimos años, en que se tiene una idea más completa de la litiasis y á mas debido á los perfeccionamientos aparatosos y á la técnica más cuidadosa de la ligadura del pedículo constituido por el cístico y su arteria; estando sus resultados terapéuticos muy por encima de su rival la colecistostomía.

Estas dos operaciones colecistostomía y colecistectomía comparan el favor de los cirujanos. La fistula que se establece despues de la colecistostomía, no tiene peligro alguno, puesto que sirve como drenaje y se cierra luego espontáneamente sin mayores consecuencias.

Los cirujanos no están aún de acuerdo, en que casos hay que practicar la colecistostomía y en cuales otros lo colecistectomía. Hay casos en que la conformidad es perfecta, pero estos son los menos, pues en la mayoría de las veces resultan que unos aconsejan una operación y otros otra; el factor que desempeña un gran rol en la decisión por tal ó cual operación es la habilidad del cirujano.

En el Congreso de 1900 M. Michaux se quejaba de que la colecistectomía no fuese más frecuentemente practicada "pues yo creo,

agregaba el, que ella da mejores resultados que la colecistostomía sin exponer como esta á las fistulas interminables y pone á los enfermos al abrigo de las recidivas." En 45 operaciones sobre las vías biliares, él hubo recurrido 32 veces á la colecistectomía, con 28 curaciones y 4 muertes, y la observación prolongada de sus operados, que ascendía á 10 ó 11 años, para los primeros le había demostrado la excelencia de los resultados lejanos.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA

La Question sexuelle exposée aux Adultes cultivés por M. Anguste Forel, ancien Professeur de Psychiatrie á l'Université de Zurichi.

Paris—G. Steinheil editeur 2, rue Casimir Delavigne—1906.

El asunto desarrollado en este libro está en perfecto orden. M. Forel no se ha limitado á tratar una parte de la vida sexual, lo que hubiera hecho de su libro un manual de la prudencia familiar: toma la cuestión desde mayor altura, lo hace un libro de la humanidad, un libro en que estudia la cuestión sexual, como lo dice en el prólogo, bajo todos sus aspectos: "científicos y etiológicos, patológicos y sociales" Y con una amplitud de pensamiento y perfecta claridad de expresión, ha dicho lo que era necesario decir sobre esta vasta materia, nada más de lo que debía decir, pero también todo lo que es tontamente criminal ocultar.

Ha tomado en el germen mismo el trabajo mecánico de la evolución, manteniéndose desde el principio en el terreno puramente científico para exponer los problemas más difíciles de la generación, lle-

gando después de algunos capítulos, al examen de las cuestiones que interesan al más alto grado la vida moral del individuo y del hogar, la vida social de un pueblo, mostrando porque nuestros procedimientos de educación no son los que debían ser aplicados para alcanzar la mejor y más útil prosperidad de la especie.

Trata con mesura perfecta y loable franqueza del amor, de tus apetitos, de sus atonías, de sus perversiones, de sus decadencias, y ni una sola página de su libro parece desplazada para un espíritu de adulto. El le expone todo lo que será su vida fisiológica tan íntimamente ligada á su vida social, y se hace para el que se da la molestia de comprenderlo y reflexionar con él, un guía seguro sin estrechez de miras ni consecuencias de consecuencias peligrosas.

El libro del profesor Forel, es pues, de los que deben divulgarse. Es necesaria su lectura para los adultos. No es el tiempo de confundir el verdadero pudor con las tonterías sentimentales. Hay prejuicios que han envejecido; ha sonado la hora de borrarlos de nuestras costumbres, y la obra del Dr. Forel es castante fuerte para ayudar en esta tarea de moral y de salud públicas.

Mme. Camille Pert publica un juicio crítico de la obra del Dr. Forel, y después de hacer su apología declarándolo admirable y necesario porque viene á llenar el número que falta en todo programa escolar de historia natural: la cuestión sexual, dice así:

"Hacemos reserva de nuestra admiración sobre algunos puntos psicológicos relativos á las mujeres, donde el sabio nos parece equivocado. Es un error creer que en principio las facultades sensuales de la mujer sean diferentes de las del hombre. La mujer moral y sana sufre los mismos deseos que el hombre en iguales condiciones. Pero no debe

olvidarse que una gran cantidad de mujeres jóvenes se hallan es estado patológico de anemia y de clorosis no aparente que destruye en ellas la norma sexual, mientras que en otras la educación y las necesidades sociales modifican ó refrenan las tendencias naturales y les modelan una personalidad aparente ficticia".

"Toda la fisiología sexual de la mujer, en el libro de M. Forel, nos parece errónea ó caprichosa; pero esto que es una ínfima parte de la obra, no perjudica en nada su belleza general. Sentimos sin embargo la falta, porque los hombres jóvenes que lean esta obra serán arrastrados á creerla ciegamente sugestionados por la ciencia que domina en el resto del volumen, así se perpetuará el prejuicio de la mujer misteriosa, especie de ídolo frío, sentimental, nunca de acuerdo con el ardor sensual masculino".

Publicaciones recibidas

Os primeiros Signaes de tuberculose pulmonar (diagnostin precoce) pelo Dr. Claudio de Souza, médico consultante do dispensario contra á tuberculose "Dr. Clemente Ferreyra", etc.

S. Paulo. Espindola & Cia. Rau Direita, 10-A-1906.

—

El **Mes Bibliográfico** publicado por la *Liberia Académica*, calle del Prado, número 11 Madrid. Es un catálogo que se envía gratis y con regularidad á quienes lo soliciten directamente á la casa.

—

La influencia de las diversas clases de escritura en la postura higiénica y las deformaciones de los niños de las escuelas por el Dr. D. Manuel Uribe y Troncoso. Mejico, D. F.

Méjico, Imprenta y fototipía de la Secretaría de Fomento, callejón de Bellemitas número 8.—1906.

La alimentación.—Nada más interesante al hombre que aprender a alimentarse normalmente; pues con ello, á más de conservar su juventud y vigor, los enfermos de artritis y gota, los jaquecosos ó neurálgicos, los neurasténicos, los raquíuticos, los que padecen gastralgias, enteritis, gran número de enfermos de la piel, los que sufren degeneraciones físicas ó intelectuales y gran número de afecciones del corazón, hígado y riñones y diabetes, encontrarán en la aplicación de una alimentación racional y metodizada, en la mayoría de los casos su curación, y en otros una gran mejoría.

Esto, que para todos es una necesidad conocer, en el médico es una obligación, pues nada más importante que la aplicación de un buen régimen alimenticio al enfermo.

A estudiar con verdadero detenimiento cuanto se relaciona con la alimentación y los regímenes alimenticios se dedica un libro interesantísimo que acaba de publicar la Casa Bailly-Baillière é Hijos.

La obra magistralmente hecha, es original del sabio profesor Armando Gautier, nombre universalmente conocido como el más autorizado en la materia. Titúlase "La alimentación y los regímenes alimenticios en el hombre sano y en los enfermos", y ha sido traducida al castellano por el Dr D. Agustín Fúster Fernández. Dividida en tres partes, estudia en la primera el desarrollo de los principios generales de la alimentación normal en el hombre sano; en la segunda da á conocer la naturaleza y aplicaciones de cada una de las sustancias alimenticias, y en la tercera expone la variación de los reglamentos según los individuos, las razas, los

climas y las edades en el hombre sano ó en los enfermos.

Este libro forma un voluminoso tomo de 620 páginas, y se vende al precio de 12 pesetas en Madrid y 13 en provincias, en todas las librerías y en las de sus editores, Bailly-Baillière é Hijos, plaza de Santa Ana, núm. 10, Madrid.

Tabletas de antikamnia.—(30 centigramos).—Eficaz en Neuralgia, Mialgia, Ciática, Reumatismo agudo, Hemicránea y en todas las fiebres; también en dolores de cabeza y otros males nerviosos debidos á las irregularidades de la menstruación. Tomada en Asma, Refriados, influenza, la Gripe y enfermedades análogas, asegura los resultados apetecidos.

No ejerce depresión sobre el corazón.

Dosis: una ó dos tabletas cada tres ó cuatro horas, seguidas de un trago de agua ó vino.

Pocas veces una preparación farmacéutica reúne á la vez el buen gusto y la eficacia en su efecto.

Así pues, me complazco en hacer justicia á la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao preparada por los señores Scott y Bone, pues á más de que su sabor no es desagradable á los enfermos, cuantas veces me ha sido necesario recetarla he visto con complacencia que he alcanzado siempre el éxito que me había propuesto obtener.

A. FERNÁNDEZ DE CÓRDOVA.

Médico y Cirujano.

Huacho, marzo 1906.

Para recuperar fuerzas y carnes úsese la legítima Emulsión de Scott.