

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXIII }
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
UNIVERSIDAD DEL PERÚ. DECAÑA DE AMÉRICA

LIMA, 31 DE JULIO DE 1906

{ N.º 422

TRABAJOS NACIONALES

Flemón de la Cavidad de Retzius

(Historia clínica leída en la última sesión de la Sociedad "Unión Fernandina")

Señor Presidente, Señores:

El trabajo á que voy á dar lectura no tiene mayor valor que el que puede darle el ser quizá, el primer caso á este respecto historiado entre nosotros.

En tal concepto reclamo vuestra benévola atención.

Una noche fuí llamado á la calle de Artesanos, á una habitación que adornaba cómodo y elegante lecho, en el cual reposaba una mujer como de 30 años que podría mos calificar de raza criolla, de buenas formas y no desagradable rostro. El mueblaje, el aspecto, el olor, la camisa de fular rosado, lo adornado del cabello y las esquivaces púdicas de la damicela, me hicieron comprender que me hallaba delante de una meretriz de profesión y que era ginecológico el asunto que motivaba mi presencia. —Comencé á interrogarla.

Era costurera, de 26 años, de buenos hábitos; un poco nerviosa y linfática por herencia, tenía el

sentimiento de haber perdido á su madre víctima de aguda tuberculosis pulmonar é ignoraba de que murió su padre.

No había tenido nunca un embarazo, ni acusaba el menor desarreglo que pudiera achacarse como aborto. Menstruada desde los 11 años, periódica y regularmente, había gozado siempre de buena salud, excepción de un ligero descenso que hacía poco mas ó menos 2 años la obligó á guardar reposo en una de las camas de la sala de "La Merced."

Curada salió de allí á entregarse á su *bona vita*, hasta que otra inflamación y otro ligero descenso acompañado de metrorragias, la obligaron á demandar mis auxilios profesionales.

Hacía días que sentía un peso en el bajo vientre, que aumentaba estando de pie; y un dolor en la región hipogástrica, que la impedía todo movimiento.

A esto venía á sumarse micción ardorosa y flujo sanguíneo que iniciándose con su período, tenía más de medio mes de duración.

Con estos pocos datos me puse á explorar el vientre, redondeado y tibio, y encontré en la región hipogástrica una tumefacción difusa y dolorosa: un plastrón.

La examinaba en el decúbito sacro y sus órganos genitales externos no ofrecían nada de notable.

El útero, pequeño y de sensibilidad aumentada tenía un cuello largo y de redondeada abertura. Los fondos de saco estaban libres á excepción del anterior que, tumefacto y doloroso, acusaba la presencia de un proceso inflamatorio agudo.

Congestionado el ovario izquierdo; rojo el meato y dolorosa la uretra á punto de hacer imposible el cateterismo, completaban el cuadro morboso que acusaba la enferma á quien aconsejé ingresara nuevamente á la clínica ginecológica.

Llegó allá en la mañana del 12 de junio, y el doctor Carvallo, al examinarla tuvo una vez más la oportunidad de hacer clásica su frase: la interjección de dolor, el ¡ay! se convertía en adverbio de lugar cuando se tocaba el plastrón hipogástrico.

Con estos signos y mejor vista en la sala de "La Merced", se hizo el diagnóstico de Flemón de la cavidad de Retzius; ordenando á nuestra enferma reposo absoluto y un tratamiento antiflogístico.

No fueron bastantes tales paliativos para suprimir el proceso morboso. La región hipogástrica continuaba dolorosa é imposible toda exploración uretral. En esta situación no quedaba más recurso que acudir á la cirugía. La colpotomía anterior, como si se tratase del primer tiempo de la histerectomía vaginal, abría ancho campo para que una amplia exudación desengurgitara los tejidos. A partir de este momento fue disminuyendo la tumefacción hipogástrica, desaparecieron los fenómenos vesicales y la temperatura se hizo normal.

Algún tiempo todavía manchó las gasas con pus la herida de la vagina.

Amplia secreción amarillosa se estableció por el hocico de tenca, y la enferma que fue á ocupar el N.º 1 de la salita de "La Merced", empezó á desmejorarse á ojos vistos.

Ella que con sus camisolas rosa-

das, carnes mórbidas y blanquísimos dientes inspiraba compasión y simpatía, pronto perdió la morbidez de sus formas. Sufrió jaquecas horribles, le dolían las muelas, aparecióle un terigion y con su tez pálida y demacrada perdió por completo su expresión de hembra acariciadora y alegre.

Tres meses después dejaba el hospital, donde había perdido todos sus encantos, y con su cara amarillosa, mustia y de expresión tristoná fuése, quien sabe donde,..... donde van las infelices, las desgraciadas que no tienen atractivos.

Tal caso que yo lo había observado bien de cerca, me movió á estudiarlo y consultar á los autores—qué era un flemón de la cavidad de Retzius?—la inflamación del tejido celular situado antes y al rededor de la vejiga, en los puntos en que ésta se desprende del peritóneo.

Dice Constantino Paul que Bouilly fue el primero que diagnosticó un absceso de esta cavidad; y agrega también que en 1850 estas colecciones fueron observadas por Bermutz, pero no es sino después de la descripción anatómica de Retzius, en 1856, que tales flemones son bien distinguidos y puede hacerse el diagnóstico diferencial.

Por lo demás el primer trabajo clínico hecho á este respecto, se debe á Wensel Gruber en 1862, después escriben Worms Labure, Vaus, Castañeda y Campos, Gerardin, Macarez y otros muchos.

Bouilly en 1880, en su tesis de agregación, resume 43 observaciones, precisa en ellas sus caracteres clínicos y divide los abscesos en idiopáticos y sintomáticos; división que siguen después todos los tratadistas.

En estos últimos tiempos se ocupan de este asunto otros muchos autores, mercediendo citarse la memoria de Laussat, las tesis de Villiers, Cristal, Balp, Clenet y por último el trabajo de Gerandiu que apoyándose en la presencia de gán-

glios linfáticos en la cavidad de Retzius, edifica una nueva teoría patogénica, y cree que se trata siempre de un adeno-flemón desarrollado á expensas de esos ganglios.

Pero, antes de estudiar las supuraciones de la cavidad prevesical, conviene recordar un poco las relaciones anatómicas de esta región.

Por delante de la vejiga se encuentran tres espacios susceptibles de tomar en el estado patológico un desarrollo más ó menos considerable.

El espacio retro muscular, *cavum supra pubiano* de Leusser.

El espacio prevesical, al cual se da el nombre de cavidad de Retzius, por haber sido este autor el primero que la describió en la academia de Estocolmo, en 1856; y por último el espacio preperitoneal. El espacio retro muscular, bien descrito por Leusser, es comparable al espacio retro esternal. Está situado por debajo de la sínfisis pubiana y detrás del músculo recto del abdomen. Es una cavidad angular debida á que el músculo se inserta sobre la cavidad anterior del pubis, mientras que la hoja posterior de la vaina pasa por detrás de este hueso. Su base está formada por el borde superior de la sínfisis y su vértice sube 4 ó 6 cent. por arriba. Está lleno por un tejido celular más ó menos cargado de grasa según los sujetos en medio de la cual camina el filete subpubiano de la arteria epigástrica.

El espacio prevesical ha recibido de Waldeyer el nombre de cavidad de Retzius. Está limitada hacia adelante por la fascia transversal. Por detrás sus límites están formados, sobre la línea media, por la aponeurosis umbilíco vesical, y lateralmente por el peritoneo. Hacia abajo se prolonga hasta la aponeurosis pelviana superior, en el espacio que separa la inserción de la fascia transversalis por delante, y de la aponeurosis umbilíco vesical por detrás. Hacia arriba se admite que la cavidad se prolonga hasta el

ombiligo, pero Bouilly la detiene al nivel de las arcadas de Douglas. Lateralmente se continúa, en su parte superior con el espacio subperitoneal. En su parte inferior la adherencia de la aponeurosis umbilíco vesical al borde anterior de la gran escotadura ciática, la tabica herméticamente y la separa de la vaina de los vasos hipogástricos y del tejido celular prerectal.

Así comprendida la cavidad de Retzius tiene la forma de un medio cilindro de concavidad posterior, que abraza la parte anterior de la vejiga. Su porción superior es retro muscular, la inferior retro pubiana.

Está llena de un tejido celular laxo, que facilita la locomoción de la pared anterior de la vejiga, sobre la cara posterior de la pared abdominal y de la sínfisis. Heurtaux la divide en dos compartimientos, pero la anatomía no da señales de esta división.

El espacio prevesical encierra, en medio de tejido celular, ganglios linfáticos que fueron descubiertos por Gerota el 96, mencionados por varios autores, y que según Gerandin son el punto de partida de los procesos morbosos de esta región.

El espacio peritoneal que nos queda por describir está comprendido entre la aponeurosis umbilíco vesical y el peritoneo. Es un cono hueco ligeramente aplastado de delante á atrás. Está ocupado por entero por los detritus de la vaina alantoidiana de Delbet, y sirve de envoltura al uraco y á las arterias umbilicales.

Bouilly, Guyon y Leusser han clasificado los abscesos de la cavidad de Retzius en dos grandes clases. Abscesos idiopáticos y sintomáticos. Englisch, y con él algunos autores, han descrito abscesos idiopáticos, traumáticos, metastásicos y consecutivos ó sintomáticos.

Los abscesos idiopáticos son más frecuentes en la juventud y en la primera mitad de la vida, y según

Bouilly más frecuentes en el hombre que en la mujer.

Los autores modernos Liebold, Michls, Haesler no admiten los abscesos idiopáticos. Para Liebold estas colecciones de causa desconocida, son siempre debidas á un traumatismo, no de la cavidad de Retzius sino del espacio retro muscular, que se fragua un camino hacia el espacio prevesical. Haesler admite igualmente que se deben á un hematoma sub muscular. Michls dice que por no conocer su causa son considerados como idiopáticos.

Los abscesos metastásicos de la cavidad de Retzius no parece que haya ninguna razón para que exista tal denominación. Es raro, en efecto ver desarrollarse metastasis infecciosas en las hojas pre ó periviscerales. Como lo hacen otros Honsell los casos de abscesos de esta naturaleza, observados generalmente en la convalecencia de la disenteria, son miositis que han dado lugar á una supuración en la vaina de los rectos, de donde el pus ha invadido posteriormente la cavidad de Retzius.

Los abscesos traumáticos pueden sobrevenir en un gran número de circunstancias. Sin insistir sobre los traumatismos con solución de continuidad de las paredes abdominales, es evidente que las heridas de la región hipogástrica pueden provocar una supuración del espacio prevesical. Paten y Bouilly citan casos de punciones vesicales seguidas de abscesos de la cavidad.

Las relaciones íntimas que existen entre el tejido celular prevesical y una parte de las vías urinarias, la comunicación fácil de este tejido con el que tapiza las fosas iliacas y la vaina hipogástrica y la presencia de ganglios linfáticos explican la frecuencia de los flemones de la cavidad de Retzius sintomáticos de una lesión de vecindad.

La edad no tiene ningún papel en la etiología de estos abscesos, pero

el sexo tiene una cierta influencia, sobre todo desde el punto de vista del órgano primitivamente afectado. En el hombre las lesiones de las vías urinarias inferiores, en la mujer las inflamaciones uterinas ó periuterinas, son las que predominan. Fuera de los casos de lesiones por propagación todas las enfermedades inflamatorias de la vejiga, prostata, uretra posterior, vesículas seminales y la porción terminal de los uréteres; todas las alteraciones del púbis, las enfermedades del tractus intestinal y de los órganos genitales internos de la mujer pueden ser causa de estos flemones; cuyo desarrollo obedece á dos modos diferentes, ya el pus que existe en los órganos vecinos infecta directamente la cavidad, ó por el intermedio de los linfáticos se realiza esta infección.

Veamos cuales son las afecciones más frecuentes que se señalan como originarias de estos accidentes.

La cistitis crónica es entre las afecciones vesicales la que más favorece la infección del tejido celular prevesical.—Las rupturas espontaneas de la vejiga, y las perforaciones de su pared anterior han sido señaladas también por algunos observadores.—Las cistitis tuberculosas y ulcerosas juegan papel en la contaminación de la cavidad de Retzius así como también los cuerpos extraños de la vejiga, los cálculos que pueden eliminarse por un proceso ulcerativo de la pared anterior.

Las lesiones de la uretra posterior, y de la próstata están igualmente señaladas en un gran número de casos, como el origen de los abscesos de la cavidad de R. El mecanismo de la infección es muy variable; por lo general, á parte de lesiones de cistitis concomitantes, el pus que rodea la próstata ó la uretra, se insinúa entre los haces que componen los ligamentos pubovesicales, y llega hasta la capa célulo grasosa prevesical.

Según los autores que han estudiado más recientemente esta cuestión, las anchas comunicaciones que existen entre los linfáticos de la uretra posterior y de la próstata con los de la vejiga, explican mejor el modo de propagación de estas infecciones.

Por otra parte, las anastómosis de los vasos linfáticos de los intestinos con los de la vejiga, permiten interpretar, de la misma manera, los abscesos consecutivos á una infección intestinal.

Entre las afecciones de la uretra susceptibles de dar lugar á una colección prevesical, el estrechamiento blenorragico es generalmente el más señalado.

Las lesiones del aparato genital en la mujer son una de las fuentes más comunes del flemón prevesical, ya es la propagación de una anexitis, ó lo que sucede más á menudo, es una metritis, gonocócica generalmente, la que sirve para propagar la lesión, máxime cuando á la vez existe una cistitis blenorragica como acontecía en el caso que ha servido de tema á este trabajo.

Bouilly y Rudaux han señalado un cierto número de casos consecutivos al parto, sobre todo existiendo lesiones pubianas.

Bernutz y Guyon han señalado la relación de causalidad que existe entre las afecciones del tractus intestinal, y los abscesos de la cavidad de Retzius; y Tuffier ha comprobado lesiones semejantes debidas á afecciones del aparato digestivo, que se explican por las anastómosis de los vasos linfáticos del intestino y de la vejiga.

Algunos casos curiosos parecen todavía establecer una relación de causa á efecto entre la presencia de vermes intestinales y el flemón prevesical. Esto es lo que parece resultar de los hechos observados por Boherhave, Willes y más recientemente por Laveran y Sikora.

Señalaremos por último, entre las

causas de flemón prevesical, las lesiones óseas del pubis, de origen ó no tuberculoso.

Guyon y Gerardin admiten en la marcha clínica del flemón prevesical tres períodos—uno de trastornos generales, más ó menos graves, otro de trastornos urinarios y un tercero en el cual se observan signos físicos constituidos principalmente por tumefacción hipogástrica.

Para Bouilly esta división no responde á la generalidad de los hechos, y es necesario no admitir más de dos períodos que á menudo se confunden.

Un período de trastornos generales y locales, que indican un estado de sufrimiento del intestino ó de la vejiga, y un segundo período en el cual aparece un tumor hipogástrico con sus caracteres particulares. Los trastornos urinarios no son muy constantes para que se les pueda colocar en un período aparte. En un principio parecen pertenecer á un mismo orden de accidentes que los que se manifiestan del lado del aparato digestivo, y son debidos unos y otros, menos á la flegmasia del tejido celular, cuanto á un cierto grado de repercusión sobre el peritoneo. Para Homell y un gran número de modernos autores, esta división de la enfermedad en dos ó tres períodos, no corresponde á la realidad de los hechos, en un gran número de casos es la tumoración hipogástrica, como ha sucedido en la enferma que hemos historiado, la que aparece desde el principio, mostrándose secundariamente los demás trastornos.

Principio agudo y marcha rápida; principio insidioso y marcha lenta. Tales son las dos modalidades de los abscesos de la cavidad de Retzius.

El principio con fenómenos agudos, es mucho más frecuente en los abscesos de origen intestinal, que

en los flemones de origen urinario. Sin embargo esta ley no tiene nada de absoluta, y se comprende que en los abscesos consecutivos á una rotura de la vejiga ó á un traumatismo, los fenómenos tienen que ser agudos desde el principio haya ó no lesiones peritoneales.

El principio insidioso es más frecuente, sobre todo si se trata de enfermos cuya fas aguda uretral ha pasado ya, y los fenómenos del principio se confunden con los síntomas de la lesión preexistente. El primer fenómeno, que verdaderamente llama la atención es un dolor sordo en la región hipogástrica. Este dolor da una sensación de peso por detrás del pubis. Al mismo tiempo el estado general se debilita, las funciones digestivas se alteran y el apetito desaparece. Hay amenudo diarrea y la caquexia se instala poco á poco. La fiebre falta ó es de mediana intensidad.

En el período de estado el flemón prevesical reviste un aspecto diferente según la naturaleza de la afección que le ha dado origen.

En los abscesos agudos, una de las particularidades más constantes consiste en un dolor violento en el hipogastrio. Este dolor que al principio da una sensación de pesadez pubiana, se vuelve cada vez más violento. Como en la apendicitis las sacudidas imprimidas á la pared abdominal determinan notables sufrimientos. El cambio de posición excava el dolor; y en los casos típicos el paciente no puede permanecer sino con las piernas flexionadas. La palpación del vientre permite reconocer, por detrás de la sínfisis, una resistencia considerable, independiente del estado de plenitud de la vejiga. Esta resistencia tiene su asiento ordinariamente en la línea media; se divide profundamente sobre los bordes laterales del recto; lo más á menudo simétrica, está algunas veces desigualmente desarrollada, y forma entonces una masa irregular que

por la palpación se pueden reconocer sus contornos. Su consistencia es notable, y esta tensión se aumenta todavía por la contracción refleja de los músculos abdominales. La piel, como en todos los casos de supuraciones subyacentes está ordinariamente edematizada.

Entre los síntomas funcionales se observa, lo más á menudo, trastornos de la micción y gastrointestinales.

La retención de orina, contrariamente á la opinión de Castañeda y Campos, raramente se observa según Bouilly. En un gran número de casos la emisión urinaria es normal.

Los abscesos crónicos de la cavidad de Retzius, han sido bien estudiados por Blot, y Jacobo Condermo; su tipo está dado por el absceso frío, proveniente las más veces por una tuberculosis vesical.

Los flemones prevesicales se terminan, algunas veces, por resolución. Villiers ha observado 5 hechos de esta naturaleza y Bouilly en su tesis ha publicado 8 observaciones. Esta resolución demora más ó menos tiempo en efectuarse, de 3 á 7 semanas, y está caracterizada por la mejoría y desaparición gradual de todos los síntomas. Sin embargo, algunas veces persisten induraciones por mucho tiempo.

Lo más á menudo el flemón prevesical se termina por supuración; supuración que no determina mayor gravedad siempre que, hecho el diagnóstico, la mano del cirujano ha dado amplia salida al pus. Si no se interviene á tiempo y de una manera precoz, llega el día en que las diferentes regiones vecinas son invadidas y aparecen síntomas de tal gravedad que pueden acarrear la muerte.

Cuando la supuración no ha sido reconocida, el flemón prevesical, puede abrirse espontáneamente sea á la piel, en el peritoneo ó en un órgano hueco vecino. La termi-

nación más frecuente es la irrupción del pus en la serosa peritoneal y por consecuencia la peritonitis consecutiva y la muerte.

Cuando la colección se abre paso al exterior, es generalmente entre el pubis y el ombligo, á una altura variable según el volumen de la colección.

La abertura en la vejiga es una terminación poco frecuente, rareza que no está justificada por las relaciones anatómicas.

Si la supuración ha invadido la pequeña pélvis, puede observarse la abertura en el recto, como en un caso citado por Pausat, en que el flemón, probablemente consecutivo á una peritiflitis, se abrió en el ciego. Se han observado también otros casos de aberturas en los intestinos, pero son hechos excepcionales.

Después de todo lo dicho sobre los flemones de la cavidad de Retzius nos queda por agregar algo sobre el diagnóstico diferencial de esta afección.

Hay ciertos casos en que los fenómenos vesicales ó intestinales, son de tal intensidad que casi podríamos decir que dominan la escena; más si se piensa en la posibilidad de flemón prevesical, el examen minucioso del enfermo, la palpación profunda del abdomen, permitirán en estos casos no desconocer la verdadera causa de los trastornos observados.

Cuando existe un tumor en la región hipogástrica las dificultades de diagnóstico no son las mismas. El cateterismo alejará la idea de una distensión de la vejiga; y después de haber establecido que el reservorio urinario no es la causa, será amenudo fácil distinguir la colección prevesical de otras colecciones con las que pueda confundirse.

Se eliminará fácilmente las lesiones que tienen su asiento en la pared abdominal; los hematomas, los abscesos desarrollados en la vaina del recto. Colecciones peritoneales

enquistadas se acompañan ordinariamente de signos más notables que los flemones prevesicales. En fin los tumores sólidos ó líquidos de los órganos vecinos, tienen, en general signos propio que no permiten confusión.

En cuanto al tratamiento, al principio de la afección y en los casos benignos, cuando se sospeche que no se ha establecido el proceso supurativo, se puede ayudar la reabsorción de exudados inflamatorios por los métodos corrientes, pero una vez sospechada la presencia de pus el tratamiento quirúrgico es el único que debe instituirse.

DR. MIGUEL C. ALJOVÍN.

RABIA

NOTICIAS MÉDICAS SOBRE CRISTÓBAL ALIAGA

(Continuación)

IV

Antes de tratar de la parte anatómica de la cuestión debo hacer notar una circunstancia, de carácter todavía clínico, que quedó definida, únicamente, en el instante preciso del fallecimiento de Aliaga; me refiero á la duración del "período" que, los médicos autores del diagnóstico de rabia, denominaron "segundo estado ó período de esa enfermedad".

En efecto, el Dr. Maúrtua en su carta que he tenido ocasión de mencionar, declara, implícitamente, que el enfermo se encuentra en el "segundo período" de la rabia; pues, su objeto al mandarlo al hospital fue "ver si era posible evitar la presencia de los síntomas del *segundo período*. El doctor Tamayo confirma, terminantemente, ese concepto cuando asegura al reporter de "El Comercio" que Aliaga "morirá fatalmente, porque la vacuna no puede producir sus efectos, como no

los produce sino en el "primer período".

Ni podía ser, pues, de otro modo. Ellos, mis estimables colegas, lógicos con su diagnóstico tenían que denominar segundo período de rabia, como lo hicieron, al estado de Aliaga cuando estalló en furia; pues, para ellos y para todos, la exaltación nerviosa es como la línea divisoria, permítaseme la expresión, entre el primer período, ó melancólico, y, el segundo, ó de excitación, de la rabia humana.

Ahora bien, dicho período principió en Aliaga el día viernes 15 de setiembre á las 2 de la mañana y terminó el día jueves 21, reservando las horas del viernes 22 para el período paralítico, que sólo dura horas. Es, pues, evidente, matemático, que, en el supuesto de haber sido rabioso Aliaga, ha tenido un período de "excitación" de "seis días", religiosamente contados.

¿Es posible semejante fenómeno? ó, mejor dicho, ¿la ciencia acepta tan larga duración para el "segundo período de la rabia"?

Los tratadistas anteriormente citados se encargarán de contestar á esta observación. Grisolle asegura que este período tiene una "duración común de dos días"; puede ser de 26 horas y alguna vez se prolonga 3, 4 y aún 5 días. Trousseau, dice: "en el hombre sobreviene constantemente la muerte dentro de los cuatro días que siguen al escalofrío inicial y á la dificultad de la deglución"; de suerte que para aquel eminente maestro de la medicina el 2o. y 3er. período de la rabia tenían, conjuntamente, una duración de "cuatro días". Para Jaccoud la duración del 2o. período es de uno á dos días y del 3o. algunas horas. Emminghaus dice: "la duración del período de irritación es, *por término medio, de dos días*, extendiéndose rara vez á tres ó cuatro. Para Charcot, la duración de este período es muy variable, unas veces se reduce á

dos ó tres horas y otras se prolonga á dos ó tres días. Según Dieulafoy, este período dura, por término medio, dos días. Y, por fin, para Brouardel: la duración de este período es de uno á dos días.

También, aquí se ha observado igual cosa. ¿Porqué no he de mencionar la opinión del Dr. Mariano Estrada, modesto médico de Ica, citado por Unánue, en su obra *Clima de Lima*, quien tuvo ocasión de observar 42 casos de rabia en la epidemia desarrollada en 1803, en el Perú y recordada por Charcot y Brouardel? Pues, aquel médico ha bía observado que de todos los enfermos de rabia, los 42 á que se refiere, no pasaron del quinto día, todos murieron dentro de este breve plazo.

Se ve, pues, que ninguno de los autores mencionados acepta para el "segundo período de la rabia" una duración de "seis días", como ha sucedido con Aliaga, cuya enfermedad superó con un día al término máximo, reconocido sólo por Grisolle, y, en más del triple al "término medio" señalado por los demás tratadistas.

Este hecho, como todo hecho, es inobjetable; y, creo yo, ejercerá influencia poderosa en la conciencia de los profesionales.

*
**

Cuanto á las lesiones encontradas al abrir el cuerpo de Cristóbal Aliaga, que como dije anteriormente debían producir luz en el asunto, no se conocen otras que las de mayor bulto consignadas en una publicación de "El Comercio" (1) á que hice referencia, antes de ahora, y copio textualmente, en seguida:

El rabioso Aliaga. — Autopsia del cadáver. — Como lo anunciamos esta mañana se verificó en el

1 El "Comercio", segunda edición de la tarde, del 23 de diciembre de 1905.

hospital de Guadalupe la autopsia del cadáver de Cristóbal Aliaga, *enfermo de rabia*, según algunos de los médicos, que lo asistían y de *alcoholismo*, según otros.

La operación se practicó con el concurso de los siguientes médicos: Cantuarias, Tamayo, Cárdenas, Sosa y Artola, Barton, Maúrtua, Patrón, Orellana y de los señores Gastiaburú y Razzeto, internos del hospital y de gran número de practicantes.

El cadáver presentaba algunas equimosis que se habían producido á consecuencia de los golpes que Aliaga se había dado durante sus accesos de delirio".

Al seccionarse el cuero cabelludo se notó la presencia de una gran hemorragia situada debajo de la aponeurosis (membrana) de la cabeza; pero, que no tenía ninguna relación con el cerebro, pues la bóveda osea se encontraba intacta.

Abierta esta cavidad se notó una gran "inyección de las meninges" y seccionada la masa encefálica se pudo verificar la existencia de un gran "coágulo de sangre del tamaño de una nuez y que ocupaba todo el lóbulo occipital izquierdo".

Esta publicación no ha sido objetada ni modificada, en forma alguna, por ninguno de los médicos nombrados; por consiguiente se debe creer que está implícitamente autorizada por el asentimiento tácito de ellos y reúne, por tanto, todas las condiciones de autenticidad y veracidad, que suelen exigirse en los documentos de carácter científico, cuando menos mientras no sea refutada.

Ese documento, aunque es incompleto, es revelador de importantes verdades. Antes de asignarle la interpretación nosológica, que la corresponde, creo oportuno recordar, ligeramente, la anatomía de la convexidad de la cabeza, para el mejor entendimiento de los hechos.

Los planos anatómicos, de fuera

adentro, son: 1º, piel cabelluda, en la mayor parte de su extensión, con la capa célula adiposa que forma parte de ella; 2º, aponeurosis epicraniana, donde se insertan los músculos del cráneo; 3º, una capa de tejido conjuntivo delgado; 4º, el perióstio y la capa subperióstica; 5º, el plano oseo; 6.º, la dura madre; y 7.º, el encéfalo con sus cubiertas celulo grasosas, (Tillaux). Por supuesto estas diversas capas se comunican íntimamente mediante sus sistemas arterio-venosos.

Ahora bien, se vé, por la relación trascrita anteriormente, que en la cabeza de Aliaga existían los siguientes focos de hemorragia: 1.º, entre la capa aponeurótica y la pared osea, "que se encontraba intacta"; 2º, en las meninges, "cuyos vasos estaban inyectados"; y 3.º en el espesor del lóbulo occipital izquierdo. "donde se encontró un gran coágulo, como del tamaño de una nuez".

De modo, pues, que la autopsia revela la existencia de una hemorragia que se extendía desde las capas superficiales de la porción craneana de la cabeza hasta las regiones profundas, hasta la sustancia cerebral. Tan extensa era la hemorragia, que sin abusar del estilo, podía decirse que se encontró una verdadera "panhemorragia", de aquel segmento de la cabeza.

* *

¿Semejante estado anatómico corresponde á la rabia?

Las lesiones anatómicas que la rabia suele dejar en el encéfalo y sus cubiertas, apreciables á la simple vista, se reducen "habitualmente á congestión intensa de las meninges, repleción sanguínea de los vasos de la pía madre, con edema agudo de esta membrana: ó, extravasaciones sanguíneas de su tejido; hemorragia más ó menos abundante en puntos ó *en cascada* hasta la superficie y predominando,

generalmente, al rededor de los vasos".

Se observa hiperhemiado el tejido nervioso subyacente, sobre todo aparente al corte de la sustancia blanca del cerebro, donde se ven claramente los puntos de los vasos llenos de sangre. Existen otros focos hemorrágicos generalmente de pequeño volumen, puntiformes ó miliares, mejor reconocibles al microscopio". Brouardel.

Para Bavés existen también hemorragia, inflamación, y degeneración de los núcleos nerviosos de la médula oblongada; así como de otras zonas extensas, especialmente motoras, del cerebro y de la médula espinal (1).

Las lesiones señaladas en Aliaga son, pues, tan distintas de las que se encuentran en los centros nerviosos de los individuos que mueren de rabia que bien debía evitarme el trabajo de establecer comparaciones. Sin embargo, para establecer la conclusión de que las lesiones cadavéricas encontradas, en la cabeza de Aliaga, no corresponden á las señaladas para la rabia, diré que me fundo en la gran extensión de las zonas anatómicas inundadas por la sangre y en la abundancia de este líquido derramado; pues las hemorragias observadas en los centros nerviosos y meninges de los rabiosos se limitan, como se ha visto á las partes superficiales de éstos órganos, son también muy limitadas las cantidades de sangre extravasada. Me fundo, también, en que las lesiones son mejor apreciables con el microscopio que á la simple vista; y en que nadie, que yo sepa ha señalado la extensión de la hemorragia hasta las cubiertas cutáneas del cráneo.

* *

¿Las hemorragias señaladas corresponden á la "Paquimeningitis"?

Nada es mas normal y frecuente en la patología de los alcohólicos que las alteraciones anatómicas de la dura madre, á causa de un proceso inflamatorio crónico de esa membrana, por la acción tóxica del alcohol. Ninguna otra, de las causas que se han invocado para explicar las paquimeningitis tienen la preeminencia del alcoholismo (Charcot); y, en el caso presente, no podría dejar de tomarse en consideración esa causa pues se sabe, hasta la evidencia, que Aliaga era borracho. El traumatismo sólo actúa en las alteraciones crónicas de la dura madre como causa ocasional, cuando el terreno está preparado por el alcohol (Charcot).

Las lesiones típicas de la paquimeningitis hemorrágica son las neomembranas de la dura madre, su engrosamiento, y focos de hemorragia de la misma. La autopsia ha revelado la existencia de estos últimos; y no se ha afirmado, ni negado, la existencia ó ausencia de las primeras. Mas, como aquel individuo reunía las condiciones etiológicas necesarias para la evolución de la paquimeningitis, tienen las hemorrágicas de la dura madre, á mi juicio, suficiente importancia para asegurar que ha existido una inflamación en aquella cápsula fibrosa.

Pero, esto no es seguramente todo. Se ha encontrado en el cadáver de Aliaga mucho más que una paquimeningitis. Lo que ha existido es, seguramente una verdadera arterioesclerosis de todas aquellas regiones, por lo menos, inundadas por sangre, cuya explicación plausible se encuentra en el alcohol, que había absorbido aquél; siendo el traumatismo de que se hace mención anteriormente, quizá causa coadyuvante de la hemorragia.

* *

[1] Tratado de Terapéutica de Pensolt to, artículo de Bavés, pag. 583.

Parecía, y era natural pensar así, que la autopsia hubiera sido la parte final de todo aquel proceso de investigaciones clínicas, que hé referido; pero, algunos médicos se pusieron a llevar la cuestion al terreno de la experimentación fisiológica; y, en efecto la llevaron á cabo, haciendo inoculaciones en conejos, de cuyos resultados recibí noticias por una carta que el alumno de medicina don Julio L. Villar dirigió al Dr. Maurtua y tuvo á bien publicarla en "El Comercio", correspondiente al 9 de octubre de 1905.

Dichos ensayos de experimentación fisiológica imprimen á la cuestion, que me ocupa, una nueva y última faz, que es necesario no perderla de vista, toda vez que, de su resultado se ha querido deducir que Aliaga había muerto de rabia, no obstante que la clínica y la anatomía patológica demostraron lo contrario.

DR. GUILLERMO OLANO.

(Continuará).

Instituto de Higiene de la ciudad de Lima

Exámen toxicológico

Lima, 18 de abril de 1906.

Señor Inspector de Higiene.

S. I.

Con este expediente ha ingresado á este Instituto:

A.—Un frasco de boca ancha de 100 c c de capacidad, tapado con un corcho usado, lacrado al rededor y sin sellos; en la etiqueta de papel blanco rayado corriente se lee "contenido estomacal", y un sello en tinta negra que dice Intendencia de Policía. Lima, Sección Médico Legal. El contenido de este frasco estaba constituido por un líquido en cantidad de poco más de

veinte c c, de consistencia fluida, de color pardo negrusco, de olor ácido nauseoso, de reacción ácida, presentando en la superficie, un barniz ó cubierta de color blanco perlado debido á una vejetación cripotogámica.

B.—Un frasco de las mismas dimensiones que el anterior, cerrado de idéntica manera, y con igual etiqueta que dice "contenido intestinal". Este frasco sólo contiene algo más de diez c c, de un líquido negrusco, de olor repugnante de materias fecales, de consistencia fluida y reacción alcalina.

C.—Un frasco de cincuenta c c, cerrado como los anteriores y con la misma etiqueta conteniendo unos diez c c de orina fermentada.

D.—Un frasco de las mismas condiciones que el anterior y cerrado como los otros y con la misma etiqueta que dice "sangre" conteniendo unos diez c c de un líquido de color rojo negrusco con todos los caracteres de la sangre alterada.

E.—Un frasco igual al anterior conteniendo unos diez c c de pulpa esplénica, modificada por la putrefacción.

Estos dos últimos frascos enviados con el objeto de llevar á cabo en el bazo y en la sangre el examen microbiológico y averiguar la existencia de los hematozoarios del paludismo, han sido entregados al Director de la Sección de Bacteriología de este Instituto Dr. Tamayo.

Disponiéndose, como se vé de muy pequeñas cantidades de sustancia, las investigaciones han debido ser dirigidas antes que todo, á averiguar realmente si Laureano Mesa, de cuyo cadáver se extrajeron en la autopsia los líquidos recibidos, había ingerido el purgante de sulfato de soda suministrado por el farmacéutico.

Con este objeto sobre veinte c c del contenido intestinal desecados al B. M., reducidos á cenizas en un horno de mufla y disueltos en agua

clorhídrica, se ha investigado con el cloruro de Bario la existencia de sulfatos obteniéndose sólo vestigios de precipitado.

No ha sucedido lo mismo con el contenido estomacal hechas sobre él las anteriores operaciones en las mismas condiciones se ha obtenido un precipitado de sulfato de bario manifiesto, este precipitado lavado, filtrado convenientemente y verificadas, en fin todas las manipulaciones conocidas para el dosaje del ácido sulfúrico por el bario, ha dado una cantidad de ácido sulfúrico anhidro ($\text{SO}_4 \text{H}_2$) correspondiente á gr. 1,37 por litro ó sea gr. 2,74 de sulfato de sodio ($\text{Na}_2 \text{SO}_4$) si este radical estuvo combinado con la soda. Normalmente no existen como es sabido, sulfatos en el jugo gástrico. En el caso actual, ante la declaración de que Laureano Mesa había ingerido antes de su fallecimiento un purgante de sulfato de soda, se corrobora tal declaración permitiendo explicar la presencia de sulfatos en el contenido estomacal. Dada la existencia de las lesiones simplemente irritativas de la mucosa gástrica encontradas á la autopsia, no era de presumir que pudieran ser debidas á sales metálicas tóxicas, siempre más ó menos cáusticas; sin embargo, he querido comprobar su ausencia, para lo cual, no disponiendo como no se ha dispuesto, de suficiente cantidad de sustancia para seguir el método clásico de destrucción de la materia orgánica, he aprovechado del líquido de la filtración del precipitado barítico en el que eliminado el exceso de cloruro de bario por la adición de suficiente cantidad de ácido sulfúrico filtrado y concentrado, el hidrógeno sulfurado no ha dado ningún precipitado excluyéndose así la presencia de las sales del quinto y sexto grupo (mercurio, cobre, plomo, bismuto, arsénico, estaño, etc.) no obteniéndose con el sulfuro de amonio, sino trazas de un sulfuro negro que se

ha reconocido ser de hierro. Como es sabido, el hierro existe normalmente en el jugo gástrico en muy pequeña cantidad.

Hay que agregar aquí que habiéndose hecho la investigación de las sales metálicas sobre el producto de la incineración han podido sustraerse á la investigación metales volátiles, como el mercurio, el arsénico y el antimonio, sumamente tóxicos; pero ya están excluidos por las lesiones encontradas á la autopsia; pues su acción cáustica en las intoxicaciones agudas determina la formación cuando menos de manchas equimóticas de la mucosa gástrica, no señaladas en este caso.

La circunstancia de haber ocurrido en otras ocasiones de esta forma, la de despachar por descuido el sulfato de zinc por sulfato de magnesia, como acaeció en Lima, no hace mucho tiempo, han sido de otro lado motivo para insistir en este caso en la investigación de los compuestos metálicos tóxicos, entre ellos el zinc, habiéndose obtenido, como se ha visto, resultados negativos.

Llevadas á cabo las anteriores investigaciones y quedando apenas unos diez cc del contenido estomacal, que conservo, como es de uso, para la prueba de control si hay lugar á ella, he procedido á investigar en los diez cc de orina recibidos los elementos anómalos más importantes como son, la glucosa y la albúmina, habiendo obtenido resultado negativo, no habiéndose encontrado tampoco al examen microscópico, ningún elemento figurado, de la sangre, ni del pus, ni de los conductos excretores del riñón, que pudieran dar luz acerca de alguna lesión de que hubiera adolecido Mesa y que pudo haber pasado desapercibida por su médico.

Tales son, señor Inspector, las investigaciones que han podido ser llevadas á cabo en el contenido de

de los tres frascos, del líquido estomacal, líquido intestinal y orina, remitidos por el Sr. Intendente.

De ellos sólo es posible sacar una conclusión que Laureano Mesa, antes de morir había ingerido un sulfato no perteneciente al número de los sulfatos metálicos tóxicos cuya presencia ha sido comprobada en el contenido estomacal, extraído á la autopsia, no habiéndose encontrado sino vestigios de él en el contenido intestinal, seguramente á causa de la diferencia de absorción de ambas mucosas.

S. I.

C. A. GARCÍA.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Tratamiento de la litiasis biliar

POR EL

DR. ATILIO M. LECCI

Conclusión

Recientemente también Milchiet, defiende la colecistomía, él ha reunido 112 casos con 14 muertes, de los cuales 5 sólo son imputables á la operación, lo que da una mortalidad de 4, 46 %.

Kehr á su vez, decía en la asamblea de médicos naturalistas alemanes, "el drenaje del hepático combinado á la colecistostomía, lo considero como el método normal del hatamiento quirúrgico de la coletitiasis crónica recidivante. M. Riedel, que ha sido uno de los principales promotores de la colecistostomía, aconseja actualmente quitar la vesícula en los casos benignos donde ella no contiene más que líquido seroso y bilis espesada, con un cálculo enclavado en el cuello ó en el cístico.

Es evidente que la colecistectomía supone dos condiciones indispensables: 1.º que el colédoco debe estar libre y 2º que la infección no debe ser muy avanzada.

El primer punto es indiscutible pues quitar una vesícula y ligar el cístico cuando la permeabilidad del colédoco no está asegurada sería un contra sentido y un error frecuentemente mortal; así que nunca se decidirá suprimir la vesícula, sin antes haberse asegurado por el cateterismo y sobre todo por la palpación que el colédoco está libre.

La segunda condición, es decir, del grado de infección de las vías biliares es de gran importancia también y es ella la que debe hacer fijar la determinación del cirujano.

Nosotros sabemos, desde los trabajos del profesor Terrier, que el drenaje es el mejor medio de defensa contra la infección biliar y los excelentes resultados de la colecistostomía en las angiocolicitis son conocidos de todos.

Ahora las vías biliares en la litiasis, deben siempre, en la práctica, considerarse infestadas, pero de esto no podemos sacar la conclusión forzosa de que el drenaje se hace siempre necesario, pues depende del grado de infección, así que si tuviésemos las gruesas vías biliares libres, y en la vesícula se encuentra una bilis clara, espesada, ó líquido ceroso, sin embargo, de considerar este contenido como séptico, nada se opondría á la operación radical, pues el drenaje se haría por el lavaje permanente de las vías biliares por la bilis, y si es que nada se opondría á su flujo natural, bastaría para desinfectar esas vías. Pero no sucedería lo mismo cuando estuviésemos en presencia de accidentes agudos graves de angiocolicitis y cuyo contenido vesicular es purulento, turbiosanioso.

De modo que reasumiendo, tene-

mos: que cuando se opera bajo la presión de accidentes agudos, febriles, que la bilis es turbia, purulenta, y el cístico está obstruido é incompletamente abierto, la colecistostomía será la indicada y en aquellos casos crónicos, antiguos, que se opera bien netamente *en frío*, en los casos recientes de hidropesías vesiculares y aún en los de colecistitis calculosas de contenido purulento cuando los accidentes aún están acantonados á la vesícula se hará la colecistectomía.

Lo mismo se hará cuando el canal cístico está completamente obstruido, de tal manera que es imposible que vaya la bilis á la vesícula biliar, ésta ya no tiene objeto de existir, porque ya no llena su función. Además, en estos casos, tampoco pueden salir de ella las mucosidades que sus mismas paredes segregan.

Cuando las paredes de la vesícula biliar están muy distendidas por una inflamación crónica, engrosadas, llenas de abscesos intersticiales y de cálculos pegados á sus paredes, las cuales se encuentran muy friables al punto de desgarrarse al menor esfuerzo, y cuando están ulceradas ó su perforación es inminente a la menor tracción, es mejor extirparla, al menos que exista alguna contraindicación ó en el caso de imposibilidad material de hacerlo. Lo mismo se hará cuando sus paredes presenten alguna degeneración neoplásica. Tales son los casos en que no debe dudarse en practicar la colecistectomía.

Como contraindicaciones de esta operación bueno es citar la existencia de adherencias muy íntimas entre la vesícula y los demás órganos próximos, lo cual puede hacer la extracción materialmente imposible sin exponerse á provocar graves hemorragias que pondrían en peligro la vida del enfermo.

La colecistostomía no presenta ninguna contraindicación absolu-

ta fuera de la degeneración cancerosa y de la friabilidad de las paredes de la vesícula y aún en estos casos puede ser útil abrir la vesícula y sin suturarla á las paredes del abdomen establecer un drenaje en aquel punto.

Fuera de estos casos extremos en que no puede haber duda en la elección de la operación á seguir, hay muchos intermedios en los cuales, el cirujano bacilará, pero teniendo en cuenta las experiencias de casos anteriores y las diversas circunstancias accesorias lo harán decidir por una ú otra.

He reunido en pocas palabras, lo que hay que hacer en los casos de complicaciones vesiculares en la litiasis, así como los accidentes consecutivos á la obliteración del canal cístico.

La obliteración del canal colédoco más ó menos completa da lugar á diversas indicaciones.

El proceder ideal, sería el de propulsar el cálculo hacia el duodeno, por presiones sucesivas y suaves, pero esto sólo es posible, cuando son muy pequeños.

La propulsión del cálculo hacia el cístico y la vesícula es más fácil y no expone á que quede detenido en la ampolla de Watter de donde es muy difícil sacarlos, siendo necesario á veces hacer una colédocoduodenostomía.

Si es muy grande el colelito, trataremos de triturarlo, esta operación es lo que se llama una colédoco-litrotipsia, la que no se empleará más que para los cálculos blandos á fin de no mortificar las paredes del canal.

La intervención más común, racional y metódica en los casos de obstrucción calculosa del colédoco, es la colédocotomía, ya se la practique sola ó asociada á otras operaciones sobre las vías biliares.

Dice Fourdan, "que la colédocotomía consecutiva á una colecistostomía ó á una colecistectomía es menos grave que la colédocoto-

mía simple ó asociada á operaciones sobre las vías biliares infectadas."

La mortalidad de esta operación no pasa actualmente del 13 %.

Si no ha sido posible hacer desaparecer la obliteración del colédoco por los medios que hemos indicado, podremos reunir á la colecistenterostomía que consiste en hacer desembocar la vesícula en el intestino delgado, de preferencia el duodeno, de este modo la bilis pasa al intestino y la vida se hace más compatible, puesto que no se priva al sujeto de su bilis, como sucedería si se le hiciese una colecistostomía ó una colecistectomía. Esta operación la propuso Nussbaum y Winiwarter la ejecutó por primera vez en 1880.

Esta operación ofrece el peligro de las infecciones ascendentes.

Otro de los accidentes á que la litiasis biliar puede dar lugar, es la obliteración del intestino por los cálculos, obliteración que se traduce por los síntomas de la estrangulación intestinal, poniendo en peligro la vida, estos cálculos pueden haber llegado al intestino, por los canales biliares, que se habrían dilatado lo suficiente para darles paso, pero esto, es lo más raro que generalmente el cálculo formado en la vesícula pasa al intestino por una fistula que se establece entre la vesícula y el intestino, siendo el duodeno la parte más frecuentemente afectada.

Cuando pasa el cálculo por una fistula, su pasaje no determina dolores, pero cuando lo hace al través de los canales biliares, entonces se manifiesta por los dolores que conocemos con el nombre de cólico hepático.

En presencia de un enfermo con síntoma de oclusión intestinal, tendremos que practicar una laparotomía, si abierto el vientre vemos que su causa es un cálculo, trataremos de hacerlo progresar hacia el recto, pero, si esto no fuera po-

sible, nos veremos obligados á hacer una enterostomía, pero no precisamente en el punto en que se encuentra el cálculo, sino un poco más abajo ó arriba, porque la pared intestinal estará en mejores condiciones para su más fácil cicatrización; por la abertura dicha sacaremos el cálculo con unas pinzas y luego se hará la sutura con todo el cuidado que en estos casos se requiere.

También es posible entre los accidentes de la litiasis el flemón biliar que no difiere en nada de un flemón común y que se tratará de la misma manera, por la incisión en el punto más rojo ó fluctuante, un lavaje cuidadoso y un buen drenaje; sin embargo, algunas veces la abertura de estos flemones da origen á fistulas que generalmente curan con el tiempo y manteniendo limpio su trayecto. Otras veces es necesario recurrir á la autoplastia, al avivamiento de las paredes del trayecto fistuloso, y en otros casos hay que ir hasta la extracción de la vesícula.

Hay ciertas fistulas, que será más conveniente no tocarlas; prefiriendo que queden abiertas como sucede, por ejemplo, cuando está obliterado el colédoco.

Otros accidentes que complican la litiasis son la angiocolitis y la colecistitis que se tratarán quirúrgicamente.

Es necesario dar salida al pus y á la bilis alterada; limpiando lo mejor posible todos los focos de infección, siendo la colecistotomía la operación que mejor está indicada.

A veces hay supuraciones pericísticas, limitadas por adherencias, y en estos casos la operación puede reducirse á la abertura de la colección purulenta.

(De "La Semana Médica", de Buenos Aires).

BIBLIOGRAFIA

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

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

Publicaciones recibidas

Tratado de Terapéutica, comprendiendo la farmacodinamia y los elementos de Farmacología, por el Dr. Ide, profesor de la Universidad de Lovaina. Traducido, anotado y con un prólogo del Dr. don Manuel Márquez, profesor auxiliar de Terapéutica en la Facultad de Medicina de Madrid.

El Dr. Ide, uno de los profesores más distinguidos, hace en su obra un resumen fidelísimo como pocos de la Terapéutica actual, estudiando los medicamentos según los últimos datos suministrados por la ciencia.

Las importantísimas notas que el distinguido traductor ha puesto á la edición castellana, da un nuevo valor á la obra, que indudablemente tendrá en España la misma entusiasta aceptación que ha tenido en su país.

Este Tratado, cuya edición castellana acaba de publicarse, forma un elegante volumen de 614 páginas y se vende en la Administración de la "Revista de Medicina y Cirugía prácticas", Preciados, 33, bajo, Madrid, así como en las principales librerías, al precio de 12 pesetas.

Dolor neurítico.—Siendo como es más poderosa que los otros miembros de la serie de los aromáticos como un analgésico, no producen las tabletas de Antikamnia dolor de estómago ó roncha en forma de

escarlatina, cianosis ó depresión cardiaca.

En los dolores histéricos ó neuríticos parece que las tabletas de Antikamnia han producido mejores efectos que los bromuros.

Calman la excitabilidad del sistema nervioso, y en algunos casos muy obstinados de insomnio nervioso han producido el sueño.

HISTERIA ALCOHÓLICA

Rx. Tabletás de Antikamnia [Un paquete].

Sig. Tómese una tableta cada dos horas.

CÓLICOS BILIARES Y NEFRÍTICOS

Rx. Tabletás de Antikamnia (Un paquete).

Sig. Tómese dos tabletas cada tres ó cuatro horas.

HEMICRÁNEAS, JAQUECAS, ETC.

Rx. Tabletás de Antikamnia (Un paquete).

Sig. Tómese una ó dos tabletas cada dos horas.

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

Así pues, me complace en hacer justicia á la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao preparada por los señores Scott y Bowne, 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.

Imp. San Pedro.—35881