

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión-Fernandina



AÑO XXIII } LIMA, 30 DE SETIEMBRE DE 1906 } N.º 426

TRABAJOS NACIONALES

Los coolís y el ejercicio de la medicina

En todos los pueblos civilizados, en los que el ejercicio de la profesión médica está científica y legalmente constituido, se observa que al lado del médico titulado, con diploma autorizado por el estado, ejercen el arte, ó la industria, de asistir enfermos otros individuos que no tienen más título que su *habilidad* para convencer á gente más ó menos crédula, más ó menos sencilla, de los prodigios de su arte misterioso ó de su ciencia oculta. Esto ocurre, con relativa frecuencia, en Alemania, en Francia, en Inglaterra.....en los diversos pueblos de América y, por supuesto, el Perú no se ha exceptuado de haber sido tierra de promisión de aquel género de industriales. Aquí, en Lima, conservamos recuerdo del afamado y grotesco especialista, en la *solitaria*, quien durante algunos meses aprovechó de la nerviosidad de nuestro público, que suele apasionarse de todo lo que parece raro, para hacerle creer que en este país la *solitaria* ó tenia era muy frecuente; que á él le era suficiente mirar la pupila de una persona para descubrir la presencia del helminto en sus entrañas; y, que poseía un

específico infalible para hacer expulsar á tan molesto huésped. Aquel hombre fue tan afortunado aquí, en su propaganda, que en pocas semanas logró su objeto: convenció á muchas personas de su singular habilidad "les hizo expulsar la solitaria" y en recompensa obtuvo *gratitud* y *dinero* de sus ingenuos clientes y admiradores. Terminado su negocio, en esta capital, se dirigió á Chile, donde fue verdaderamente infeliz. La gente de ese país, poco impresionable, no se dejó seducir por la propaganda del charlatán, pronto le descubrió el fraude y le aplicó, en acto público, castigo corporal tan severo, que, poco tiempo después, lo condujo á mejor vida, según nuestras informaciones.

Como Castellanos han venido, al Perú, otros individuos; así recordamos, de entre otros muchos, al *orientalista* Dr. Saharack, que hizo creer á los sencillos que poseía para curar la *ciencia oculta* de los *fakires*; y, últimamente, Paúl Edwards ó "San Pablo", como se hacía llamar por sus creyentes, cuya historia no se ha olvidado seguramente por ser, puede decirse, de ayer.

Hechos por el estilo, de los mencionados, perseguidos en otros países, no nos llaman la atención; los consideramos como fenómenos sociológicos normales, que tienen su explicación en las necesidades físicas del hombre y en la sicología

de las colectividades. Ellos tendrán que repetirse, aquí como en cualquier parte, mientras la humanidad sea lo que es. Pero, lo que á los médicos peruanos nos causan vergüenza y nos obliga á protestar, en la forma tranquila y medida que vamos á hacerlo, es lo siguiente.

El gobierno de nuestro país cree conveniente contratar á individuos de raza amarilla para el servicio de nuestra agricultura fijándose, seguramente, en que el *chino*, por su situación inferior en la escala de las razas humanas, tiene necesidades menos apremiantes y dispendiosas que los individuos de otras razas, perfeccionadas, de la blanca, por ejemplo, y, por consiguiente considera al elemento chino como el más económico, como el más apropiado, para las labores en nuestros campos de cultivo. Y, á este concepto de administración obedece, sin duda, la importación de un número considerable de coolís que se ha hecho, últimamente, y se continúa haciendo.

A nosotros no nos corresponde el estudio del asunto en su aspecto principal, en el aspecto que acabamos de insinuar. Nuestro deber se limita á presentar á la consideración pública, y principalmente de nuestros hombres de estado, una faz de la cuestión, que si bien nos toca de cerca, personal y profesionalmente, toca también al país porque se refiere á un gremio, que más que industrial es científico, al cuerpo médico, que en todos los pueblos, donde hay hombres pensadores, es motivo de todo género de consideraciones.

Nuestro pensamiento, en forma concreta es pues, este:

Para nadie es cosa secreta, en Lima, que aquellos coolís contratados para la agricultura, abandonando sus compromisos ó después de cumplirlos, se dedican al trabajo por cuenta propia y principian-do por miserables ocupaciones pa-

san á desempeñar oficios de zapatero, sastre, carpintero, etc., etc., en los que logran aniquilar, industrialmente hablando, al obrero nacional y, en su camino de progresión ascendente, los más astutos llegan unos hasta la elevada clase de comerciantes de primera fila y otros hasta la categoría de hombres de ciencia, de médicos y farmacéuticos, causando, bien se comprende, legítima alarma entre los damnificados.

Por lo que se refiere á los médicos, menos generalmente llamados *herbolarios*, las cosas han llegado á un extremo que parece increíble que sucediera en un país de las condiciones de cultura nuestra capital y es, sin embargo, la más penosa realidad. Uno de esos, que son numerosos ya ha tenido la audacia de establecer su *consultorio* frente á la primera casa de salud, mejor organizada, que ha tenido Lima, frente á la casa del doctor Negre. Otro ha tenido la *honra* de ser consultado por uno de los hombres más notables de nuestra política, y de asistirlo en la misma época en que lo trataban médicos nacionales y extranjeros de reputación ejecutoriada. Y, por último, hay uno que ya no se limita á recetar las *yerbas asiáticas*, que aseguraban vender á los enfermos, sino ha comprado *coche de médico* y en él visita enfermos á domicilio, del mismo modo como lo hacen los médicos nacionales ó extranjeros incorporados, legalmente, al gremio médico peruano.

Es esto lo que nos causa vergüenza, como decíamos antes, y lo que nos obliga á pedir, á quien corresponda, se revise la legislación sobre el ejercicio de la medicina en el Perú.

Esa revisión no solamente es indispensable se haga como remedio del mal que hemos señalado; sino porque, seguramente, no existe en el mundo legislación más absur-

da que la de nuestro país sobre la materia.

Para convencerse de la verdad de esta afirmación basta considerar la siguiente desigualdad establecida por disposiciones de carácter legal.

Un peruano ó extranjero, que se haya recibido de médico en la mejor *universidad del mundo*, si quiere ejercer la medicina en el Perú, necesita asociarse al cuerpo médico cumpliendo los trámites expresados en nuestras leyes. Esta misma disposición rige en otras partes.

Y, para que un *chino* ejerza la medicina sólo necesita dar aviso de su determinación á la Facultad respectiva. No se diga que el chino no es médico sino herbolario; porque una vez que hemos señalado la manera cómo el chino ejerce la profesión sería simplemente nimio hacer semejante distinguo.

La situación legal entre un médico peruano, de cualquier universidad extranjera, que pretenda ejercer su profesión en el Perú y la de un chino que manifiesta la misma pretensión no puede ser, pues, más desigual, ni más ocasionada á injusticias.

Más razones podríamos alegar, aún, á favor de la revisión que pretendemos; pero, eso nos conduciría á extender este artículo ya innecesariamente, puesto que los motivos expuestos tienen, á nuestro juicio, suficiente fuerza de convencimiento para que se reconozca la justicia que nos asiste.

De momento se salvaría la situación si el Supremo Gobierno dero-ga ó aclara el sentido del decreto en virtud del cual se permite á los chinos el ejercicio de la medicina. Decimos de momento, porque según hemos oído hablar, á personas que parecen bien informadas, la dirección de salubridad se ocupa, desde hace algún tiempo, de preparar un proyecto de ley sobre el ejercicio de la medicina, en el que, seguramente,

se consulta la insubsistencia del decreto aludido.

Hepatitis supurada

(Conclusión)

El 6 de junio, tuvo un fuerte acceso de tos y expulsó una cantidad de sangre, que sólo se contuvo después de algunos días.

Viendo que su tos no se quitaba, vino al hospital, el 21 de junio, á la sala de San Francisco N. 32, de mi amigo el doctor Velásquez, de donde á nuestra solicitud, ha sido trasladado al nuestro.

Cuando se examina á este hombre se nota, á pesar de todo, una constitución robusta y un semblante de halagadora apariencia. El examen de su hígado por delante y por arriba nada ofrece de particular; por debajo avanza unos dos traveses de dedo del reborde costal, marcándose también en la región epigástrica, pero no hay dolor. Por el costado y por atrás nada se advierte digno de mencionarse. La presión de todos los espacios intercostales, despierta un dolor muy oscuro. El bazo está normal, así como el estómago é intestinos. El corazón está sano. Su pulso es satisfactorio, contando 90 pulsaciones. El examen de los pulmones enseña lo siguiente: Las vibraciones vocales están más aumentadas en la parte media y lateral del pulmón derecho. La percusión nada revela de notable. La auscultación descubre un foco de estertores subcrepitantes finos; en el lugar en que las vibraciones están aumentadas, no hay modificación apreciable de la voz. Esto es todo lo que se observa. El examen de la sangre ha sido el siguiente: Hematies 4 millones 900,000 y leucocitos 8,400. Es-

te análisis es normal. No hay leucocitosis, como ustedes ven.

El examen de la orina ha dado el siguiente resultado: Olor, normal; color, amarillo claro; aspecto, transparente; sedimento, nulo; reacción, ácida; densidad 1,025; urea A6.50; ácido úrico 0.45; fosfatos 2.50; cloruros 7.55.

El examen del esputo ha permitido comprobar la existencia de células hepáticas, lo cual establece, para decirlo de una vez, la verdadera identidad de su lesión.

Si fuéramos, señores, á juzgar este caso á la luz del proceso analítico que su examen arroja, sin tener en cuenta lo que el examen del esputo ha revelado, es indudable que no quedaríamos muy edificados para formular una opinión. En efecto, en la actualidad, el hígado parece ser absolutamente extraño á los graves desórdenes que todavía existen, porque ni está doloroso á la presión, en términos sospechosos, ni aumentado de volúmen tampoco, desde que su presencia por debajo del reborde costal, es una contingencia muy común, entre nosotros, perfectamente explicable por la intervención, las más veces solidaria, del alcohol y del paludismo. Pero, sin embargo, es muy lógica y natural creencia la de suponer que su condición ha sido muy distinta, hacen dos meses, cuando estaban en actividad los desordenes que determinaron la expulsión súbita, de esa cantidad de materia, de que hemos hablado.

Tres fenómenos importantes han tenido este hombre que resuelven toda duda con respecto á su enfermedad. Fiebre con sudores, dolor pungitivo en el lado derecho del pecho, con irradiaciones al hombro y expulsión brusca, de una cantidad de pus, color chocolate, en el que se descubrieron células hepáticas. Por consiguiente, nos encontramos al frente de un absceso hepático, escondido, muy probablemente, en plena cara convexa, y que se ha

abierto paso á través de los bronquios del lado derecho.

Hacen tres días, este hombre ha sufrido una hemoptisis de alguna consideración, que ha vuelto á aliviar el dolor que nuevamente tendía á aparecer, en el lado derecho, y ayer ha vuelto á presentarse la misma hemoptisis, en una buena proporción.

Estos DOS EJEMPLOS nos presentan dos distintas evoluciones de abscesos hepáticos. En el primero, ven ustedes una tendencia constante y eminentemente provechosa del proceso destructivo, cual es la de ganar, á toda fuerza, la superficie de la piel, circunstancia que entraña, casi siempre, mejores disposiciones del pronóstico. En el segundo, ustedes ven un absceso que se desarrolla, en las profundidades de la viscera, y cuya labor de destrucción se realiza, en muy distinta y desgraciada dirección, pues el foco hace irrupción en los bronquios.

El estudio de estos dos casos es, señores, una buena coyuntura, para que digamos dos palabras, relativas á la nosología de esta enfermedad.

Hoy, señores, en lo que á supuraciones del hígado se refiere, vivimos todavía bajo el dominio de la gran división que, en 1845, hizo Budd, y que consiste en grandes y pequeños abscesos. Esta división, señores, por más que parezca fútil, tiene gran importancia y grandes alcances, porque estas dos variedades son absolutamente distintas, por sus lesiones, por su etiología, por su historia clínica, por su pronóstico y hasta por su tratamiento. Entremos, señores, en el estudio de estas diferencias, que tienen para nosotros alta significación y comencemos, primero, por los pequeños abscesos. La etiología de estos tiene algo de muy particular. Se presentan en dos circunstancias:

1ª En el curso de una piohemia, denominándose entonces abscesos metastáticos, y que pueden tener un triple origen: quirúrgico, como en las fracturas complicadas, particularmente las del cráneo, en las intervenciones operatorias sépticas; médico, como en la endocarditis, en la fiebre tifoidea, en las neumonías supúradas: obstétrico, como en la septicemia de las parturientes. Ustedes, señores, no tendrán frecuente ocasión de ver estos abscesos; pero los que asistimos á la hecatombe de nuestra guerra con Chile, los veíamos todos los días, porque en esa luctuosa época, la piohemia complicaba los traumatismos más simples, y malograba las más inocentes intervenciones.

2ª Estos abscesos se presentan, también, en el curso de una infección de las vías biliares, llamándose, entonces, abscesos angiocolíticos.

Las causas especiales de estos pequeños abscesos son, pues, las de las enfermedades que los producen. Pero, cabe, en estos casos, preguntarse por qué, en tales circunstancias, se generan estas supuraciones hepáticas. Parece indudable, que es necesario inculpar á los agentes piógenos, como el estreptococo, el estofilococo, el bacilio de Eberth, el neumococo, el colibacilo, microbios todos que exaltan su virulencia; pero, también, se puede aceptar una predisposición de la glándula hepática, anteriormente atacada por una intoxicación, como el alcoholismo, la dispepsia ó cualquiera otra infección.

Estos abscesos, sintomáticamente, están caracterizados por dos órdenes de síntomas: signos de piohemia, como son la fiebre con grandes calofríos irregulares, hipertermia súbita y defervescencia brusca, todo esto bajo la forma de accesos y sudores profusos. Además, enflaquecimiento rápido, con tinte terroso, albuminuria intensa, fenómenos adinámicos, supuraciones múlti-

ples bajo los tegumentos, en las vísceras, en las articulaciones. El segundo orden de síntomas está caracterizado por signos de localización hepática. El hígado se pone grueso, doloroso, á veces desigual; aparece ictericia, más ó menos intensa, y también el síndrome urinario de la insuficiencia hepática, es decir, la disminución de la elaboración de la urea, la presencia de la uroeritina y la disminución del coeficiente de utilización de las materias azoadas.

En estos casos, señores, la muerte es fatal, y sobreviene con el cortejo tifoideo de las septicemias graves. Es evidente, que dichos abscesos no son más que uno de tantos trastornos, inherentes á la representación clínica de la infección purulenta y entrañan, por consiguiente, su mismo pronóstico y la misma ineficacia de tratamiento.

La segunda categoría, de pequeños abscesos es la de los abscesos angiocolíticos, que constituyen la secuela más seria de la angiocolitis séptica y de los cálculos hepáticos. A veces, una colecistitis aguda, infecciosa, los produce, aunque esto es raro, en razón de la oclusión del conducto cístico. El cáncer del conducto, los cuerpos extraños y, por último, la extensión de una pileflebitis supurada pueden también ocasionarlos.

Pasemos, ahora, al estudio de los abscesos que nos conciernen particularmente, y á cuya categoría pertenecen nuestros dos enfermos; son los grandes abscesos.

Dos variedades pueden aceptarse: el gran absceso, propiamente dicho, y el absceso areolar.

Los grandes abscesos propiamente dichos, están caracterizados, macroscópicamente, por los siguientes caracteres: el hígado casi siempre está cubierto por placas de perihepatitis, más ó menos resistentes y gruesas. La hipertrofia del órgano es ya regular y general como en los abscesos profundos, ya

irregular, pronunciándose más en un lóbulo que en otro, como en el absceso sub-cortical.

Cuando se hace una sección del hígado, en el seno del parénquima, bastante briable, se observa que se encuentra atacado por lesiones variables de hepatitis, se presenta el absceso, que es único por lo general, á veces uno en cada lóbulo, rara vez hay más de seis. Tienen una marcada predilección por el lóbulo derecho, en la proporción de 30 por 1; es excepcional que ataquen el lóbulo de Spiegel. Su volumen es variable; por lo común alcanzan la capacidad de medio litro, pero, algunas veces, llegan á destruir todo un lóbulo que queda reducido á una corteza insignificante.

El pus que estos abscesos contienen presenta un aspecto variable, de ordinario se asemeja á una papilla color chocolate ó concho de vino, más ó menos espesa, pero con frecuencia se observa también pus blanquizco, untuoso, bien trabado, ó seroso, gomoso ó francamente verduzco. Es raro que su coloración sea rosada ó negruzca. Ustedes han podido comprobar que, en nuestro primer enfermo, el pus era una mezcla de pus blanco-amarelento y chocolate. El olor de este pus tiene, con mucha frecuencia, una fetidez especial, en razón de la vecindad del tubo digestivo. A veces su olor es particular, ligeramente amoniacal ó fétido, como en los abscesos gangrenosos. Se ha señalado en este pus, la presencia ocasional de cuerpos extraños, como ascárides, cálculos intrahepáticos y hasta alfileres; pero hasta la fecha, no he tenido noticia que cosa semejante se haya visto entre nosotros. Al examen microscópico se encuentran leucocitos numerosos, células hepáticas degeneradas, gotitas grasosas, sobre todo abundantes en los abscesos viejos, plaquetas de colesterina, cristales de Netter.

Antes de formarse la colección de pus, la zona central del proceso supurante, presenta una coloración rojo-oscura muy congestionada. Después que la colección de pus se ha constituido, el aspecto de las lesiones varía con la edad de ellas. Así, en el absceso de marcha rápida, las paredes se presentan blandas y anfractuosas, tapizadas por vellosidades friables y no se encuentra membrana piogénica. En el absceso de marcha lenta, se vé una membrana piogénica, sembrada de pequeños abscesos miliares que se vierten continuamente dentro de la gran cavidad. Existen en estos casos vellosidades irregulares, formadas á expensas del tejido hepático, no supurado todavía. Son, señores, estas vellosidades, las que se notaban en nuestro primer enfermo operado.

El examen microscópico al nivel del foco, ha permitido descubrir los hechos siguientes. En los abscesos de marcha aguda, se ven predominar las lesiones de necrosis, sin proceso de organización defensiva; se nota una activa diapedesis en los espacios intertrabeculares y por fin pus, que se forma con gran celeridad, gracias á la fusión granulograsosa de las trabéculas y á la degeneración de los leucocitos, convirtiéndose todo en una especie de magma. En los abscesos de marcha lenta, se desarrolla el proceso de las supuraciones vulgares, es decir formación de nódulos toxi-infecciosos que llegan á reunirse, que se destruyen de una manera centrífuga y que termina por la formación de una membrana piogénica. El examen microscópico practicado al rededor del foco, permite descubrir las lesiones de hepatitis congestiva, con edema, hasta las degeneraciones más diversas. Como lesiones constantes se distinguen, la obliteración por trombosis de las arterillas y venillas, y también, como Rendulo ha demostrado, se ven

hasta obliteraciones de los canales biliares por trombosis biliar.

Pasemos á estudiar lo que se designa con el nombre de abscesos areolares. Chauffard designa con este nombre, una variedad en la cual se encuentra una serie de celdillas, llenas de pus que comunican unas con otras, y provistas cada una de ellas de una membrana piógena. Estas celdillas reproducen la disposición de los infartos, es decir, presentan una forma cónica, de vértice central, y de base periférica, que imprime al foco el aspecto de una esponja. Su formación se explica por el hecho de que la supuración se desarrolla al rededor de un sistema de canales que pueden ser ya dependientes del sistema biliar, como los casos mencionados por Chauffard, ya del sistema de las venas suprehepáticas, como los señaladas por Claisse y Achalmé, ya del sistema porta como los descritos por Oettinger y Achard.

Ocupémonos, ahora, de la etiología de estos abscesos.

Kelsh y Kiener, en sus interesantes estudios sobre la materia, distinguen dos variedades: los abscesos tropicales y los de los países templados y fríos. Los primeros son los más frecuentes, los más importantes y los que nos incumben directamente. Son, entre nosotros, casi endémicos y en algunos lugares, como Arequipa, son frequentísimos y graves por lo general. Kelsh y Kiener haciendo resaltar la frecuencia de estos abscesos en Argel, en Egipto y, sobre todo, en Senegal, en las Indias, en Cochinchina, hacen observar que los indígenas gozan de una especie de inmunidad. Tal concepto, señores, es absolutamente infundado por lo que á nosotros se refiere. En efecto, ¿en qué gente ven ustedes desarrollarse los abscesos hepáticos que á diario observan ustedes en nuestros hospitales? El mayor número de ellos se observan, precisamente, en indígenas, y los dos que nos sir-

ven de fundamento á este estudio pertenecen á esa categoría. La explicación de este hecho la daremos en seguida. La gran mayoría de autores señala una causa individual particular, en los casos de abscesos tropicales, es la existencia anterior ó concomitante de una disentería. Entre nosotros, señores, no se ha hecho todavía una estadística numerosa que confirme estos hechos, pero en algunas decenas de casos que han pasado bajo mi observación, en los once años que llevo de médico de hospital, puedo asegurar que la disentería no representa el papel predominante que la distingue en otras comarcas. De los dos enfermos que les he presentado, sólo el segundo la ha tenido, y, todavía es preciso no olvidar que este enfermo ha sufrido fuertes traumatismos en esa región que predisponen al absceso del hígado: el primero nó, ni en su absceso actual, ni tampoco en el anterior. Creo por este motivo, que el alcohol es, entre nosotros, un factor que contrapesa, cuando menos, la influencia de la disentería. Por memoria recordaremos que en los países fríos y templados los abscesos hepáticos son, por lo general, el resultado de una lesión del tubo digestivo, como las ulceraciones gástricas, las ulceraciones tuberculosas ó dotientéricas del intestino delgado, la apendicitis y tiflitis, los rectitis, enterocolitis, operaciones sobre las hemorroides, etc. Ejemplos de esta clase de abscesos se ven también entre nosotros, la cosa es clara, pero siempre se necesita cierta condición del hígado ya de antemano preparada, como el paludismo, el alcoholismo, el agotamiento que actúan sobre este órgano favoreciendo la implantación de gérmenes vulgares y diversos, según el origen de la lesión. Así se han encontrado en estos abscesos estreptococos, estafilococos blancos y dorados, colibacilo, bacilo de Eberth, bacterias especiales, baci-

los piógenos fétidos, bacilos de Bábès y Líguri y una serie de gérmenes no clasificados.

Digamos, señores, dos palabras sobre la bacteriología de estos abscesos. Todavía no se han hecho aquí estudios sistemáticos sobre este punto que merece ser explotado con interés. De las observaciones hechas en el extranjero no se puede deducir una conclusión que explique con evidencia su patogenia. En efecto, en estos abscesos se ha encontrado pus con gérmenes piógenos, cosa poco frecuente en los abscesos de origen disentérico. Se ha encontrado pus con amibas, sobre todo el amoeba coli, que Kartulis estima como específico de la disentería. Por fin, se ha encontrado pus estéril, bastante frecuente en los viejos abscesos, sea que el absceso sea únicamente tóxico, como dice Calmette, sea que primitivamente infeccioso se haya tornado estéril por acción bactericida secundaria, como lo piensa Laveran. A esta última clase pertenece el pus del absceso hepático de nuestro primer enfermo.

Entremos ahora, señores, en la sintomatología. Puede considerarse, para establecer orden en la exposición, tres períodos.

1º El período de hepatitis presupurativa generalmente es lento y progresivo. Comprende el cuadro clínico propio de una congestión aguda, es decir, dolor en el hipocóndrio derecho, con irradiación escapular, torácica ó abdominal; dolor á la presión en el hígado; hígado voluminoso y doloroso; subicteria poco marcada, hipoazoturia, urobilinuria, trastornos digestivos, más ó menos intensos, y casi constantes: diarrea, anorexia, vómitos, á veces constipación; fiebre, de dos tipos, ya de principio violento, de carácter continuo, con calofríos; sea, y esto es más común, de

tipo vespertino, con remisión matutinal. Este período no es frecuente observarlo en nuestros hospitales, por que los enfermos vienen á él, ya en el segundo período.

2º El segundo período es el de formación del absceso. Se anuncia por un alivio de los fenómenos generales. El dolor es fijo y lancinante, continuo, con paroxismos provocados por la tos, irradia al hombro, al dorso, á la región lumbar; es poco marcado en los abscesos profundos ó centrales. La fiebre presenta accesos vespertinos. Los trastornos digestivos son variables, generalmente hay anorexia, diarrea policólica, vómitos, si el peritoneo está interesado.

Quando el absceso está colectado, y tiene tendencia á hacerse superficial, el dolor tiene algo de muy particular y es un máximum de intensidad que abraza, por lo general, una extensión muy limitada y que se descubre presionando con la punta del índice. Entonces, como ustedes lo han observado en nuestro primer enfermo, la presión en ese punto desarrolla un dolor vivísimo, insoportable; el paciente contrae violentamente sus músculos abdominales, si á ese nivel existe dicho punto, y cuando es en los espacios intercostales hace movimientos generales de defensa y substraer por fin todo su cuerpo. No olviden, señores, que este dolor tan limitado, en compañía de los demás síntomas de inflamación hepática, es decisivo en el diagnóstico del absceso y merece buscarse con cuidado, porque hasta importancia práctica tiene, en el sentido que traza al médico la ruta de la punción y la zona operatoria.

El dolor de distinto género, es la sensación de desprendimiento que el enfermo experimenta cuando se acuesta del lado izquierdo. Ustedes lo vieron, muy acentuado, en nuestro enfermo la primera vez que vino á la sala y había desaparecido la segunda vez. Esta sensación

tiene indudablemente por origen la tracción que sobre el peritoneo parietal ejerce las víscera inflamada, cuando el absceso no ha ganado todavía la corteza del órgano y que, por consiguiente, las adherencias no son muy sólidas; cuando estas se organizan esa sensación dolorosa desaparece, como ha sucedido en nuestro enfermo.

Al lado de la forma aguda de hepatitis flegmonosa franca, que acabamos de describir y en la que el absceso se colecta en 15 á 20 días, existe la forma sub-aguda, tan común como la precedente. En esta forma, se observa la acalmia que hemos señalado en la anterior, pero es de más larga duración, de varias semanas. En este período, no subsisten sino un dolor ligero al nivel del hígado y un poco de hipertrofia del órgano. Después los accidentes se despiertan y evolucionan como en el caso anterior, con una duración de 6 á 8 semanas. La forma crónica tiene, en general, un principio de los más insidiosos, pérdida progresiva del apetito, trastornos intestinales vagos, ligera hipertrofia dolorosa del hígado; pequeños accesos febriles, irregulares y sub-entrantes.—El absceso no es apreciable sino al cabo de varios meses, en ese momento hay caquexia, con fiebre intermitente, irregular, tos pequeña, quintosa y dolorosa, es lo que se ha designado con el nombre de tisis hepática.

3º El tercer período ó la terminación de estos abscesos, antes de abrirse, puede hacerse por resolución y reabsorción, cosa que es incontestable, pero enteramente excepcional. La otra terminación es por la muerte, sea presentando el síndrome ataxo-adinámico tifoide, sea el marasmo con hecticidad y á menudo caquexia, sea una complicación infecciosa, particularmente la neumonia, notable por su tendencia á la supuración.

La abertura del absceso es la terminación habitual y esta se hace al

exterior, sea al nivel del hígado, sobre todo en los abscesos de la cara antero-superior, sea más ó menos lejos, en el ombligo, en el pliegue de la ingle, aún en la axila, por un trayecto fistuloso. La abertura se anuncia por los signos habituales de las ulceraciones agudas, edema de los tegumentos, rubicundez y dolor, renitencia, después fluctuación clara. Este modo de terminación, muy favorable, no deja de exponer á complicaciones: fistulas inagotables y desprendimientos, denudación de las costillas y secuestros oseos.

Otro modo de terminación es la abertura del absceso en los bronquios. Es una terminación relativamente frecuente, preparada por un trabajo lento de sínfisis hepatofrénica y freno-pulmonar. Se anuncia por signos de bronco-neumonia de la base derecha, dolor de costado, fiebre más elevada, tos seca y quintosa, esputos sanguinolentos; submacidez y soplo brónquico. Después hace explosión la vómica, más ó menos abundante, disminución de la tumefacción hepática, atenuación de la fiebre y de los síntomas dolorosos. Este estado permanece estacionario durante un tiempo más ó menos largo, presentando de característico el hecho de la influencia de la posición del enfermo sobre la vómica. Cuando el enfermo está sentado, no hay expectoración; en cuanto se acuesta sobreviene la tos y aparecen los esputos. Esta situación termina por la curación al cabo de 10 ó 15 días, durante los cuales disminuyen todos los síntomas, ó por la cronicidad, debida á la formación de cavernas, de repeticiones á los que acompañan el marasmo héctico, la gangrena pulmonar y la bronco-neumonia séptica. Esta descripción, señores, la he hecho nada más que calcando todo lo ocurrido á nuestro segundo enfermo. Por desgracia el absceso de este hombre marcha, como ustedes pueden ya sospecharlo, por

la descripción hecha, á la cronicidad, y las grandes hemoptisis que está sufriendo me parecen revelar la existencia de cavernas pulmonares que lo exponen á las tormentosas consecuencias que hemos señalado.

El absceso hepático puede también abrirse en la pleurá. Esta es una contingencia más rara, y en este caso se observan los signos ordinarios de los empiemas, pero insidiosos y progresivos.

También puede abrirse en el tubo digestivo, terminación bastante frecuente y favorable. Se traduce por un dolor violento, diarrea abundante, mezclada con sangre y pus, el alivio es inmediato.

Se realizan, por último, aberturas excepcionales, como en el pericardio, el mediastino, el riñón, la vena cava, etc.

El pronóstico de estos abscesos depende, ante todo, de la precocidad de la intervención, es decir del diagnóstico. Abandonados á su propia suerte, tienen un pronóstico variable, según el sitio de la abertura y el estado del enfermo. De una manera general es siempre grave.

En nuestro primer enfermo, el pronóstico es favorable. Todo hace suponer, en efecto, que en este hombre no hay más que un sólo absceso, que abierto ya, marcha á su curación (1).

En nuestro segundo enfermo, las cosas son, por desgracia, muy distintas; la cronicidad de la lesión, comunicando con los bronquios, con las abundantes hemoptisis, hacen temer una infección pulmonar y general que amenazan su vida.

Pasemos ahora al diagnóstico.

Poniendo de un lado las formas latentes, en las que el absceso del

hígado pasa inadvertido durante largos meses, ó no se encuentra sino en la autopsia, el diagnóstico debe plantearse en estos términos.

¿Hay absceso del hígado?

Los pequeños abscesos del hígado no se traducen, á menudo, por ningún signo especial; los fenómenos de septicemia general los encubren. La forma, la persistencia de la fiebre pueden hacer preveer los abscesos biliares.

Los grandes abscesos tienen como signos cardinales, la hepatalgia con hipertrofia hepática, la fiebre, la subicteria. Sin embargo, se debe hacer el diagnóstico con otras afecciones, según que el absceso esté ó no abierto. Cuando el absceso no está abierto hay que eliminar una hipertrofia en masa del hígado; en este caso no hay dolor ni fiebre, la evolución es lenta y fría y existe una esplenomegalia. Puede existir una hipertrofia localizada, en cuyo caso puede pensarse en un quiste hidático, pero el desarrollo de este es lento, apirético, indoloro, presenta el estremecimiento hidático, y se hará una punción que resuelve el asunto.

El cáncer masivo tiene, á pesar de su evolución rápida y del dolor, signos de caquexia grave, poca ó ninguna fiebre, no existen antecedentes disentéricos.

Los tumores de la vesícula biliar tienen un sitio especial, los antecedentes litásicos, la evolución, por fin, la incisión despeja todas las dudas.

Estos casos de diagnóstico son relativamente fáciles, pero existen otros que lo son mucho menos. Entre nosotros cabe siempre la pregunta: de si se trata de un absceso en formación ó de una congestión alcohólica ó palúdica. El diagnóstico se hace por los caracteres de la fiebre, netamente intermitente en el paludismo con periodicidad, por la influencia de la quinina, por la esplenomegalia, por la presencia del hematozoario en la sangre.

(1) Este enfermo salió del hospital completamente curado.

El absceso sub-frénico puede prestarse á confusión, á causa del dolor muy vivo, espontáneo y provocado, de la fiebre remitente ó intermitente, de la tumefacción del hipocondrio, de los fenómenos gastro-intestinales, del estado general grave. Pero, se dice que el hígado está descendido, no hipertrofiado, el dolor radica más arriba, la macidez puede remontar hasta la cuarta costilla; se encuentran signos diafragmáticos manifiestos; parálisis de uno ó de los dos lados del diafragma, á menudo neuralgia frénica. Algunas veces hay coexistencia de un absceso del hígado. Declaro, señores, que nunca he visto casos de absceso sub-frénico, de manera que mi opinión personal no puede existir.

Un absceso del riñón puede desorientar por el dolor y la tumefacción profunda, el estado general grave. Pero, en este caso, el tumor es independiente del hígado; existe dolor á la palpación lumbar, piuria y un pasado renal.

La pleuresía diafragmática se distingue por la macidez, por los puntos frénicos de Guéneau de Mussy, los antecedentes del enfermo. Se empleará, si es necesario, la punción y la radiografía.

El absceso hepático ha podido, por fin, confundirse con el absceso del recto mayor del abdomen, pero su forma es alargada con arreglo á la forma del músculo, inmovilidad por relación al hígado durante la respiración, movilidad transversal.

La punción exploradora es un elemento de primer orden en estos casos.

Cuando el absceso se ha abierto, es preciso determinar su naturaleza, si es traumático, angiolítico, disintérico, etc.

Buscar en seguida su número. Cuando hay más de uno, todos los síntomas persisten, apesar de la intervención. Es preciso, siempre, pensar en la posibilidad de absce-

sos areolares, difícilmente evacuables.

Es preciso, por fin, determinar su sitio. Si está en la cara convexa, predominan los síntomas torácicos; si en la cóncava, los abdominales.

El tratamiento del absceso hepático es la intervención quirúrgica, el procedimiento de Stromeyer Little que consiste en una punción previa, seguida de las grandes incisiones recomendadas por Segond.

Pero, ¿qué conducta debemos seguir con el enfermo del núm. 20, cuyo absceso se ha abierto por los bronquios? Es en verdad muy difícil; porque las punciones no dan por lo general resultado. En estos últimos tiempos, algunos autores ingleses, de los que practican en las colonias, dicen que en estos casos el absceso del hígado se recoge, convirtiéndose en una cavidad insignificante, mientras que las lesiones pulmonares, de orden cavitario, son las que dominan, de manera que la intervención debe hacerse sobre el pulmón, no sobre el hígado. Esta es una nueva orientación de la terapéutica quirúrgica, en la que soy completamente ignorante, pero que es preciso estudiar y tentar, á fin de no exponer á este pobre hombre á una muerte inevitable.

DR. E. ODRIOZOLA

TRABAJOS EXTRANJEROS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

INFECCION PERITONEAL POST-OPERATORIA

por el

DR. E. RIBAS Y RIBAS

Médico [por oposición] del Hospital de la Santa Cruz

(De la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona".)

(Continuación)

Procuraremos sintetizar, y esquemáticamente exponer nuestro criterio basado en la Clínica.

Evitar la infección post operatoria ha de ser el ideal de todo cirujano, y para lograrlo debe siempre culpárse de toda infección, único modo de llegar á conocer los defectos y lograr una rigurosa asepsia y una técnica perfecta.

Todos los casos de Cirugía abdominal podemos dividirlos en dos grupos, Uno formado por las lesiones asépticas y otro por las sépticas. La intervención debe ser siempre igual, aséptica en extremo, si bien en las intervenciones del segundo grupo, en la que existe el enemigo dentro el abdomen, será más fácil la infección.

Recordando la patogenia de la infección, fácil será sentar las bases del tratamiento profiláctico.

Gérmenes y terreno abonado.— La asepsia evita la entrada de gérmenes en el abdomen, y caso de que exista alguno debe procurarse *no aumente su virulencia.*

La asepsia debe acompañarse de una técnica rápida; cuanto más rápida sea una intervención menos riesgos se corren; este es un hecho suficientemente demostrado, tanto, que gracias á la rapidez y perfección de la técnica, aun con una asepsia muy ligera se han logrado

éxitos. Lawson Tait, no haciendo caso de las 30 y tantas especies de microbios descritas en su tiempo que contenía el agua potable, lava con la misma, ligeramente caliente la cavidad del peritoneo, obteniendo mayores éxitos que los que temían á los microbios, y éstos éxitos eran debidos á la perfección de la técnica y á la rapidez de la ejecución, con lo que lograba no injuriar á la serosa y evitar la caída de gérmenes en la cavidad.

Asepsia y rapidez de la técnica debe ser la primera condición: pero no basta, la técnica debe ser perfecta. Ya lo dijo Richelot: los éxitos dependen tanto de la asepsia como de la técnica empleada, y tan cierto es esto, que á medida que á progresado la técnica las infecciones post-operatorias han disminuido y aun comparándose las estadísticas de un mismo cirujano, se ve que con el dominio mayor de la técnica, los fracasos son menos.

Son factores indispensables la protección de la masa intestinal con grandes compresas de gasa esterilizadas y humedecidas con suero artificial caliente, circunscribiendo el campo sobre el que debemos operar, la hemostasia perfecta; evitar los grandes pedículos; ligar si es posible vaso por vaso con sedas finas; recubrir las superficies cruentas con peritoneo sano ó peritoneoplastia, que pone al abrigo de los rezumamientos sanguíneos intraperitoneales consecutivos á la intervención; el no emplear antisépticos como antes se hacía y ahorrar toda manipulación inútil, secar con cuidado y completamente la cavidad peritoneal, son condiciones indispensables para no alterar la serosa peritoneal y no darle receptividad morbosa.

En los casos de lesiones asépticas observando con rigorismo los preceptos indicados, que no creemos pertinente detallar, lograremos casi en absoluto evitar la infección,

pero no debemos olvidar que existe un tubo intestinal que es laboratorio constante de gérmenes y toxinas, y que ya sea por el shock sobreenvenido en pacientes de mal estado general ó bien á causa de intervenciones laboriosas, llega la parálisis intestinal, dilatación, estancación de su contenido y alteración de sus paredes que pueden dejar pasar los gérmenes á la cavidad del peritoneo. Vigilar pues el tubo intestinal, preocuparse del mismo antes de toda intervención, "debe ser regla constante". Los norteamericanos practican estos cuidados antes de la operación de modo minucioso. Y deben administrarse antes de la operación ó inmediatamente después de la misma para restar elementos que podrían ser de infección; con el purgante, dice Feannel, no sólo vaciamos el intestino sino que provocamos una hipersecreción glandular, que obra lavándolo. Lawson Tait, Malcom, Jeannel, Otto Herf, son partidarios de purgar precozmente á los operados para evitar la estancación y parálisis; haciéndolo precozmente el intestino obedecerá á la acción del purgante, pues si sobreviene infección el intestino no reacciona. Todos estamos convencidos, por haberlo enseñado la clínica, de la afirmación de Batigne "de que la eficacia del purgante será tanto mayor cuanto más precoz sea su administración, lo que puede hacerse sin inconvenientes".

Sin llegar á la exageración de Marmaduc Scild, que en el curso mismo de la intervención introducía directamente en el intestino un purgante, debemos emplearlo á los primeros días de la operación. Nosotros lo administramos del 2º al 3º día (purgantes salinos). Cuando á pesar del purgante y enemas no logramos deposiciones sin existir infección, basta á veces, y hemos logrado éxitos inmediatos, la introducción de un tubo de cautchuc en el recto para favorecer la expul-

sión de gases, y aun las enemas de agua de Seltz pueden emplearse con resultado. Con dichos medios empleados precozmente, véncese la parálisis intestinal y se evitan los fenómenos consecutivos de intoxicación é infección (1). Jayle dice haber visto la cesación de verdaderos fenómenos de pseudo-ileus postlaparatómicos con los enemas eléctricos (2) Cleveland aconseja la introducción rectal de oxígeno. Nosotros siempre hemos visto ceder los fenómenos de parálisis intestinal con los medios indicados, cuando los hemos empleado precozmente y no existe infección postoperatoria que debe hacerse contra la parálisis intestinal consecutiva á la infección.

Los inconvenientes del Mickulicz son pequeños en nuestro sentir, en comparación de los inmensos beneficios del mismo. Aparte de los casos en los que lo creemos indicado, puedo decir que al principio temía operar las supuraciones pelvianas, pero desde el instante que sistemáticamente empleé el drenaje Mickulicz y vi presentarse series inmejorables de éxitos, no vacilo en esperar aun los casos más graves.

Los inconvenientes que se le achacan, tales como retardo en la curación, inflamación local del peritoneo, adherencias, hernias, hemorragias secundarias, fistulas, etc., sin negarlos, no deben convencerlos para abandonar un precioso recurso que puede salvar la vida. Para cumplir una indicación vital podemos correr los riesgos de los inconvenientes indicados, que, dicho sea de paso, no son ni tan grandes ni tan constantes como se pretende. Nosotros tan sólo hemos visto en quizás más de 60 Mickulicz que llevamos practicados, cuatro eventraciones, dos fistulas y

(1) LEIJARS.—*Chirurgie d'urgence.*

(2) *Médical Record*, 5 January, 1901.—New York.

una hemorragia secundaria que fácilmente fue dominada.

Nuestro maestro el Dr. Esquerdo usa generalmente, en vez del Mikulicz, dos tubos de goma que desde las partes laterales del abdomen van hasta la parte interna y posterior de las fosas iliacas, llegando hasta la parte baja de los recodos que forman los mesos ciego y S ilíaca.

Hasta ahora hemos estudiado el modo de prevenir la infección peritoneal post-operatoria: tócanos ahora combatirla una vez desarrollada y los medios que disponemos dan resultados variables según la forma de la infección. En las formas ejecutivas septicémicas, el tratamiento, bien podemos decirlo fracasa la mayoría de veces. No tenemos hoy por hoy un tratamiento específico.

(Se continuará)

La Medicina Hispano-Americana

La Tribuna Médica de Santiago, registra la historia de un cáncer del útero tratado por *histerectomía*; siendo feliz el resultado, inmediato, de la operación. Lo más importante del caso fue la conformación anatómica del órgano, que correspondía á la categoría de los *úteros unicornes*.

El operador Dr. Zegers, incindió *transversalmente* el vientre, y no *longitudinalmente*, como suele hacerse, por razones de carácter general, que él expresa en la historia mencionada.

La revista titulada "Crónica Médico-Quirúrgica" de la Habana, en el último número que hemos recibido, publica un estudio del doctor García Rijo denominado "Bocio exoftálmico en negros y mestizos.

En Cuba, parece que algunos médicos creían posible, que los individuos de la raza negra y mulata gozaran de cierta inmunidad contra el bocio exoftálmico. El doctor Rijo se ha encargado de desvanecer tal presunción citando dos historias clínicas de enfermedad de Graves en "pardas", con la particularidad de haber observado á sus enfermas durante largo tiempo. A la primera, que cita, la asistió desde 1882 hasta 1896 en que falleció, con cortos intervalos de ausencia, y, á la segunda la asiste, actualmente, habiéndola visto por primera vez, en 1885.

¡Qué constantes son los enfermos de la Perla de las Antillas con sus médicos!

El número 9 de ese mismo periódico, publica un estudio médico-legal sobre: ¿si el médico cloroformizador incurre en responsabilidad en caso de muerte del cloroformizado por efecto del anestésico? Refuta una sentencia del juez Magnand que condenó á un médico á pagar una multa de 8,000 francos por haber muerto su paciente en las condiciones dichas. La sentencia se fundaba en éstas dos afirmaciones: 1º que el cloroformo se había empleado sin *tomarle* consentimiento al enfermo; y 2º que la enfermedad que se trataba de curar, luxación del hombro, no comprometía la vida del sueto.

La refutación de los fundamentos del auto de sentencia fué vigorosa de parte del Dr. Richard en la prensa médica y del Dr. P. Chassevant como miembro de la comisión técnica encargada de dictaminar sobre aquel fallo.

El presidente de la Academia de Medicina de la Habana, Dr. Santos Fernández, y el autor del artículo cuyo resumen es este, contribuyen con su hábil argumentación á consolidar el principio casi universalmente aceptado, de la irresponsabilidad *civil ó criminal* del médico,

en sus actos profesionales, si no ha incurrido en falta por descuido, ignorancia, ú omisiones que la ciencia médica condena.

Revista Médica del Uruguay. Esta importante publicación consignamos los siguientes trabajos en el último número que hemos recibido:

Puerilismo mental, observación del Dr. Bernardo Etchepare, profesor de la facultad de medicina. El caso se refiere á una anciana, habitante del manicomio nacional de Montevideo, que representa uno de los tipos más característicos del delirio metabólico de la personalidad, en la forma especial llamada *infantilismo ó puerilismo mental*, y que consiste, en el caso descrito por Etchepare, en que la viejecita, á que se refiere, se siente y cree transformada en una niña y piensa como tal. Imita los gestos, las actitudes, el modo de hablar y manifiesta los deseos y las inclinaciones al juego, con muñecas principalmente etc. de una muchachita engreída, mentirosa y pendenciera.

Contiene, también, ese número una historia escrita por el ginecólogo Dr. Bottaro de un caso de *quistes dermoideo del ligamento redondo*, que operó con magnífico resultado.

Y, por último, el Dr. Oliver da cuenta de un caso de actrodactilia, demostrado por radiografía, en un niño de ocho años de edad. El caso consiste en la falta de los cuneiformes y de cuatro metatarsianos del pie izquierdo.

La Gaceta de los Hospitales, de esta capital, tiene el contenido siguiente:

Lección del Dr. E. Odriozola, sobre un caso de *hemorragia cere-*

bral y meníngea con autopsia. Esta lección fue complemento de la que dió á la cabecera del paciente.

Otras dos lecciones de la misma índole, de anatomía patológica, con las piezas anatómicas á la vista de los alumnos, sobre un caso cirrosis atrófica del hígado, de origen alcohólico, y sobre otro de cáncer del estómago.

Lección clínica, del mismo catedrático, sobre un caso de *dysenteria*.

Y, una historia clínica del alumno Fernández Dávila, de un caso, de hipertrofia bilateral de las glándulas mamarias, operadas, con buen suceso, por los doctores Eduardo Bello y Juvenel Denegri. La historia vá acompañada de fotografías de la paciente.

CRONICA

Vinos medicinales é impuesto fiscal.—El gobierno ha consultado, con fecha 25 del corriente, al Congreso si los vinos "llamados medicinales" están sujetos á la ley de impuestos sobre el consumo de alcoholes.

Propiamente hablando no existen "vinos medicinales", según el criterio terapéutico moderno. Los vinos de hemoglobina, ferruginoso, de quina, etc., son otros tantos preparados farmacéuticos, á veces puramente industriales, que solo producen efecto dudoso, por auto sugestión, en individuos nerviosos, en histéricos, por ejemplo, que son generalmente susceptibles á la sugestión; pero, están muy lejos de reunir las virtudes que sus preparadores les atribuyen. El mejor "vino tónico" para un enfermo, que realmente necesita del auxilio de un excitante alcohólico, sería, sin duda, una copa de buen bourdeux ó de oporto viejo. Por consiguiente, pues, es necesario acostumbrarse á no creer en los "vinos medici-

nales", y, mejor sería que no los importen.

En cuanto al impuesto, aunque nosotros nada tenemos que decir sobre el particular, creemos que deben estar gravados como los licorosos de su especie, tanto porque contribuyen, aunque sea en mínima parte, á la afición al uso de los espirituosos, cuanto porque rebajando ó suprimiendo el gravamen fiscal se facilitaría el fraude ó el contrabando.

Publicaciones recibidas

La Chirurgie enseignée par la Stereoscopie.—La idea de Mrs. Camescasse y Lehmann, ejecutada por la librería de J. B. Bailliere, es muy ingeniosa y curiosa.

Es la cirugía enseñada por la imagen. Mientras que en los tratados de técnica operatoria, las figuras no nos representan todos los tiempos de la operación y es necesario recurrir á la lectura del texto; aquí, todos los tiempos, todas las maniobras pasan bajo el ojo del observador que mira cuantas veces quiere, todas las precauciones menudas de la operación.

El octavo fascículo que acaba de aparecer, trata de la *apendicitis*, asunto que interesa á todos los prácticos y que las recientes discusiones de la Academia de Medicina han colocado en primer rango entre las actualidades.

Hemos recibido el texto de este fascículo con unas cuantas láminas que testifican su valor práctico.

El texto se vende separadamente en París: 1 f. 50. Las 34 planchas estereoscópicas 38 fs. Se envía una plancha espécimen por 1 f.

Un argumento á favor de las tabletas

Se presenta la cuestión, si las tabletas tienen algún valor, ó mejor

dicho, más valor que otro método de administrar drogas y productos químicos, en estado seco. Nosotros afirmamos que sí lo tienen.

En primer lugar, comparándolas con las píldoras, no tienen ninguna capa insoluble agregada en su composición. Las tabletas debidamente preparadas son hechas por la simple compresión, y por lo tanto, si las secreciones del sistema humano afectan la medicina administrada, á fuerza se absorbe durante el tiempo más corto posible, lo cual es siempre una ventaja. Comparándolas con cápsulas, podemos garantizar una mayor exactitud en su composición, como ya se ha demostrado por la experiencia. Cuarenta tabletas de Muriato puro de Amoniaco, hechas en máquina y dosificadas á cinco granos cada una, pesaron 199-3/4 gr. en una balanza de torsión. El Farmacéutico más cuidadoso sabe que esta exactitud sería imposible llenando cápsulas.

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 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 — 36329