

CRÓNICA MÉDICA

39279 REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA



AÑO XXIV

LIMA, 15 DE ENERO DE 1907

N.º 433

TRABAJOS NACIONALES

Una pregunta á mis maestros.

No dejará de despertar cierto interés el siguiente caso clínico que se me ha presentado en mi práctica civil, en esta ciudad, (Huacho) durante los últimos días del año próximo pasado.

Se trata de la Sra. G. de F., alemana, de constitución regular y sanguínea, de 29 años de edad y radicada desde el año antepasado en una hacienda del valle de huarás.

Casada desde la edad de 17 años sólo se presentó el estado de embarazo en el mes de marzo del año último, época en la cual adolecía de un paludismo que databa del mes anterior y que iba tomando caracteres de rebeldía y cronicidad; fue asistida entonces por el Dr. Emilio J. Musante, quien por tener que abandonar esta población á principios de abril, la encomendó á mi cuidado. Ya en esa época se comenzaban á presentar los trastornos reflejos del embarazo, desconocido todavía por la paciente.

Esta señora había menstruado regularmente hasta el penúltimo año, pero desde fines de él comenzaron á presentarse trastornos revelados principalmente por la falta

de algunos períodos catameniales. Desde el mes de febrero del año pasado ya no hubieron menstros, de manera que con este síntoma creí oportuno sacar del cuadro del paludismo que asistía, los vómitos que acusaba la paciente, para con esos dos peldaños tender las bases de mi diagnóstico por presunción, de un embarazo.

El paludismo fue vencido mediante inyecciones hipodérmicas de clorhidro sulfato de quinina y de cacodilato de sodio y aplicación última por vía gástrica de bicloruro de quinina, cacodilato de hierro y nuez vómica, á más tratamientos sintomáticos para distintos trastornos que se presentaban de tarde en tarde. En el mes de junio creí ya curada á esta enferma y previas ciertas precauciones de régimen permití que volviera á la hacienda que era su residencia habitual.

Desde luego ya á esta altura se confirmó el diagnóstico de embarazo y los trastornos reflejos que presentaba eran casi nulos, siguiendo el útero grávido su evolución normal.

Desde este momento la enferma entró en un período de restablecimiento, ganó considerablemente en peso y puede decirse que se hallaba vigorosa y fuerte, pero en medio de esta potencia vital (que así podría llamarse su estado) se presentó dos veces la manifestación palúdica con todo su cortejo, pero en ambas ocasiones, que fueron bastante ale-

jados los trastornos no duraron sino un solo día.

Trascurrió el tiempo hasta el 21 de diciembre, que se presentaron las primeras contracciones que revelaban el trabajo del útero para deshacerse de su contenido. Las contracciones sólo se hicieron tenaces y persistentes á la 1 p. m. del día 23, y á las 7 p. m. veía la luz un niño fuerte, vigoroso, bien conformado y sin manifestación de dolencia alguna. El parto no fue asistido por médico ni partera; la placenta fué retenida hasta el día siguiente: á las nueve de la mañana se me comunicó el estado de la parturienta y como me fuera imposible trasladarme á esa hora hasta la hacienda donde se hallaba, ordené que se le hicieran inmediatamente inyecciones vaginales calientes de solución de bicloruro de mercurio al 1 por 4.000 y fricciones en el hipogastrio; encargando á la vez que si hasta la tarde no arrojaba la placenta se me avisara para hacer la extracción manual. Con felicidad después de dos inyecciones la placenta abandonó el útero en la tarde; pero ya en la noche se presentaron repetidos escalofríos, fiebre de 40°, diarrea y vómitos; el día 25 fuí llamado á ver á esta enferma; la encontré con 39°5 de temperatura, vómitos, diarrea biliosa, lengua seca y saburrosa, vientre doloroso, sensación de ansiedad precordial. Examiné la placenta que tuvieron cuidado de conservar: ella estaba intacta no así las membranas que se hallaban incompletas y rasgadas en todos sentidos: habían quedado pues seguramente en el útero colgajos de membranas, y esta circunstancia asociada al cortejo sintomático que presenciaba me hizo diagnosticar una septicemia. Mi tratamiento consistió en inyecciones vaginales calientes de bicloruro de mercurio en solución al uno por cuatro mil (practicadas tres veces por día, desde luego por manos poco expertas) y un

purgante de sulfato de magnesia para tomarlo por partes (la enferma no había sido purgada antes del parto) pero sólo pudo tolerar dos pequeñas partes, el resto lo expulsó por el vómito; en vista de esto al día siguiente que encontré el mismo cuadro mandé continuar las inyecciones y administré un purgante compuesto de calomel 0'60 gramos y escamonea 1,20 gramos para cuatro obleas; estas obleas fueron retenidas y produjeron el efecto deseado.

En cada inyección vaginal que se practicaba salían colgajos de membrana en estado de descomposición.

El día 27 la temperatura había bajado á 38 grados, persistiendo los demás síntomas; prescribí diez obleas compuestas de

Salol.....	aa
Betol	1 gramo.
Sulfato de quinina.....	2 „

para tomar cada dos horas y continuar las inyecciones. Se había presentado además, una estomatitis y en vista de las dificultades para la asistencia de esta enferma en la hacienda, ordené su traslación á esta ciudad, á donde llegó en la noche del día 28. Desde la noche anterior la temperatura había bajado á 39°5, pero persistían los vómitos y la diarrea, y la estomatitis se acentuaba. El día 29 en la mañana prescribí poción Deahen por cucharadas cada dos horas y enemas de cocimiento amiláceo laudanizado; en la tarde mandé poción Riviére; además del tratamiento adecuado que ya había administrado para su estomatitis. El 30, los vómitos habían cesado persistiendo la diarrea, mandé la poción siguiente:

Subnitrato bismuto	4 gramos.
Polvos paulinia	3 „

Láudano Sid	2 gramos
Muc. gomoso	100 ,,
J. C.....	30 ,,

por cucharadas cada dos horas; en la noche había calmado la diarrea, no hubo sino una sola cámara, semisólida, pero se presentaba nuevamente el estado nauseoso y el vómito cada vez que tomaba la leche que era su único alimento, prescribí entonces poción Rivière laudanizada y como ese día hubiese hielo en plaza ordené se le administrara en pequeños trozos y leche helada; el 31 no existía sino ligerísima náusea, no había diarrea, la fiebre no había vuelto á presentarse, no quedaba sino una gran postración producida por el vómito y la privación de alimento consecutivo; prescribí unas gotas tónicas compuestas de quina, kola, almizcle, castóreo y vainilla, é inyecciones hipodérmicas de aceite alcanforado, ordenando siempre el hielo, la leche helada y la poción Rivière ligeramente laudanizada á la menor amenaza de náusea ó diarrea; el día 1º continuaba la enferma en iguales condiciones, apliqué mañana y tarde inyección de aceite alcanforado.

Después de mi visita de la tarde, á las dos horas más ó menos, las 7 p. m., acude precipitadamente en busca mía la madre de la enferma diciéndome como único aviso "doctor se muere mi hija" y cayendo privada de conocimiento; como esto pasaba en una botica de la localidad dejé á esta señora á los cuidados del farmacéutico de la casa y con toda la rapidez posible acudí al lecho de la enferma, la encontré presa de convulsiones clónicas generalizadas en todo el cuerpo, abolición absoluta del conocimiento, sudores profusos y fríos, pulso incontable y pequeño, este estado convulsivo fue sucedido por un verdadero síncope ó sea un estado completo de muerte aparente: desde mi llegada y mientras me traían

las inyecciones que solicité, le practiqué en compañía y de otros ó tres personas que me rodeaban fricciones de alcohol en los cuatro miembros y tan luego como me proveyeran de éter y caféina apliqué dos inyecciones de éter y una de 0.50 gramos de benzato de caféina: el síncope fue vencido, la enferma reaccionó y comenzó á dar señales bien tangibles de vida, quedando su pulso intermitente é irregular; á la media hora habló unas palabras conmigo, sintió sed y le hice beber agua alcoholizada; en este estado tomé la temperatura, tenía 36°4; á fin de corregir el pulso y hacer recuperar la energía del corazón apliqué una inyección de 0'05 gramos de sulfato de esparteína, que modificó un tanto la forma de las pulsaciones. Aún no me había separado del lecho de la paciente, porque esperaba dejar completamente conjurada la tempestad, cuando á las 8 y cuarto p. m. en medio de una calma aparente, comenzaron nuevamente las convulsiones por las manos para generalizarse á todo el cuerpo, durando este período convulsivo á lo más dos minutos, sucediéndose lo mismo que la vez anterior un síncope: en esta vez renové mi tratamiento anterior, apliqué hasta tres inyecciones de 1 y medio centímetros cúbicos de éter sulfúreo, dos inyecciones de caféina de 0'20 gramos c/u, friccionamos el cuerpo por algunos minutos, fue todo ineficaz; practiqué la respiración artificial por cerca de 15 minutos y viendo agotados mis recursos tuve que convencerme de la realidad de la muerte que había sucedido á este síncope.

Tal fue el desenlace de este cuadro que no produjo más alarma que la de sus últimos momentos.

Después me he preguntado yo y me pregunto hasta hoy ¿cuál ha sido la causa de esta muerte? ¿ha sido la septicemia ó ha sido un accidente de paludismo pernicioso, que ha aparecido en esos últimos

momentos como enfermedad intercurrente? Con franqueza declaro que me inclino en este último sentido, sin que deje de conocer que tal modo de pensar debe colocarse en el terreno de la duda.

Acudo á mis profesionales y y en especial á mis maestros para que se sirvan ilustrar mi criterio á fin de conocer la realidad de este cuadro clínico hasta hoy para mi tan obscuro.

Huacho, enero de 1907.

LIZARDO A. LÓPEZ

TRABAJOS EXTRANJEROS

La terapéutica del magullamiento de los dedos

POR EL

Dr. PABLO RECLUS

Dos maestros de la presente generación, Verneuil y Trélat, nos enseñaron que no deben amputarse las manos estrujadas por el traumatismo. El cirujano más experto no puede, en medio de huesos triturados, de girones de partes blandas, de tendones deshilachados, de arterias rotas, establecer el límite entre lo muerto y lo vivo, y se expone por tanto, á que su intervención peque por carta de menos ó carta de más; doble escollo que debemos salvar, porque si no es conveniente que la gangrena invasora invada el colgajo, tampoco es del caso separar órganos ó trozos de órgano cuya pérdida es útil.

Soy defensor decidido de esta doctrina y aún la he ampliado en lo posible.

Desde la mano he llevado esta

doctrina á los pies, á la pierna, al brazo, al muslo, y he proscrito sistemáticamente las amputaciones en los grandes magullamientos de los miembros; antes he vuelto á los métodos de la edad media, en que los cirujanos no se atrevían á llevar el cuchillete á los tejidos sanos por temor á las hemorragias mortales de los grandes vasos y se contentaban en los traumatismos graves, con excindir las partes muertas, pues embalsamaban las carnes con sustancias antisépticas que conocían: las esencias, los bálsamos, el espíritu de vino, algunas sales metálicas, entre las que entraba el sublimado corrosivo.

Este método, revolucionario y nuevo á fuerza de ser conservador, ha sido aceptado por algunos de nuestros más competentes cirujanos, y en el último Congreso de cirugía fue puesto á la orden del día y defendido por nuestra práctica. En verdad, no quiero decir con lo expuesto que haya triunfado la abstención sistemática pues todavía leo muchas veces relato de accidentes ferroviarios y de desplomes de techumbres, etc., en que los cirujanos encargados de los primeros auxilios á los heridos les amputan en pleno choque traumático. No suele ser esta regla de conducta la norma general, pero todavía tiene adeptos y su número aumenta cada día.

Nos alegramos, mientras tanto, de haber modificado nuestra opinión desde hace algunos años, en lo referente á las heridas de la mano, para las que justamente han preconizado la abstención Verneuil, Trélat y Polaillon, cuya divisa era siempre desinfección y no amputar jamás.

Ahora bien, si ensanchado este principio le hago aplicable á los traumatismos del muslo, de la pierna y del pie, del brazo y del antebrazo; tengo tendencia á modificarle tratándose de los dedos. Creo

que la regularización precoz puede estar indicada en algunos casos, é igual tendencia noto en mi colega Lejars, quien fue en otro tiempo uno de los primeros en proclamar conmigo la abstención sistemática en los grandes magullamientos.

He aquí las razones que puedo invocar:

En primer término el aplastamiento de los dedos ó de una parte de la mano, jamás se deja sentir en el organismo, como otros magullamientos terribles, por las manifestaciones del choc. Es la excepción que tal accidente aparezca, y es posible la intervención quirúrgica sin que peligre la muerte por el colapso. De golpe se cae nuestro argumento en favor de la abstención sistemática. Después la economía en la exéresis es nuestro segundo argumento perentorio. En las heridas de la mano tenemos el deber de conservar la mayor parte posible necesaria, tanto en la cirugía de los ricos, exigente de estética más que de utilidad, como en la de los obreros; un dedo enfermo puede estorbar más que un dedo amputado.

Bien podría multiplicar los ejemplos: ayer fui citado por el tribunal para examinar un obrero ajustador, víctima de un accidente del trabajo; el índice y el dedo medio de la mano derecha habían sido aplastados por un pilón. En el hospital de San Luis habían acudido á todos los recursos terapéuticos para conservar estos dos dedos: hubo flemón difuso, tratado por medio de incisiones múltiples, y sólo á los siete meses de terapéutica constante y á cambio de una anquilosis de todas las articulaciones, pudo lograrse el restablecimiento; de tal modo, que los dedos inmóviles durante la extensión no podían ayudar á sostener el mango del martillo. Y ¿qué? Opino que tales dedos no solamente son inútiles, sino perjudiciales, porque tropezando de continuo con los objetos vecinos,

son verdadera molestia y debieran amputarse.

Debemos fijarnos en que la inmovilidad en la flexión, es más perjudicial aún para el buen funcionamiento de la mano, y podría citar casos de actualidad, como un carpintero cuyo índice doblado marcadísimamente embarazaba la palma de la mano y se oponía al manejo del formón de tal manera que el interesado rogó al cirujano le amputase dicho dedo.

Por tanto, así en la flexión como en la extensión, no deberemos decidarnos por la abstención sistemática y precisará revisar un modo de tratamiento que puede requerir la pérdida de más de un año de tiempo y dará por resultado la conservación de un dedo, poco ó nada beneficioso para el enfermo, y aún quizás estorbo y por lo mismo necesitado de amputación cuando el interesado reanude su trabajo.

Y no es la conservación de un dedo inútil el único inconveniente de la abstención. La piel de las manos de nuestros obreros es de especial fertilidad para toda clase de gérmenes: el estreptococo, el estafilococo y el colibacilo discurren abundantes en los intersticios espesos y hendididos de la epidermis, y la desinfección de estos tegumentos necesita de cuidados y de tiempo tan largos que la inoculación de la herida es segura, fatal. En tales condiciones, no obstante la antisepsia más escrupulosa, la infección es siempre amenazadora y la pululación microbiana se derrama á manos llenas en el caldo sanguíneo de los tejidos esfacelados.

Actualmente hay bajo mi dirección un caso de esta naturaleza. En el núm. 28 de la sala de Velpeau reposa un hombre cuya mano izquierda fue apretada por un engranaje hace ya algunas semanas. Todos los dedos fueron violentamente machacados y sobre todo el índice estaba materialmente aplastado. La piel rota dejaba ver la falanje

fracturada, la articulación abierta, los tendones deshilachados..... de tal modo en fin, que pensé en la amputación inmediata del dedo, pues solo podía curar con anquilosis y por tanto en disposición más perjudicial que útil.

Pero antes de operar sobrevino inflamación grave, y no obstante la desinfección minuciosa, la cura antiséptica húmeda, y la balneación en el agua oxigenada caliente, colecciones purulentas hubieron de abrirse varias en la palma y en el dorso de la mano. Tal tempestad, sin embargo, calmó; pero no tengo duda de que si suprimo el dedo desde el primer día, puesto que estaba convertido en foco de infección, el herido hubiera librado sin un flemón difuso. El beneficio en tal caso hubiera sido el doble porque el dedo habrá que amputarse más tarde.

Por tanto, cuando se trata de la mano, rompo con mi antigua intransigencia y admito la regularización y el saneamiento del foco traumático por medio de las exéresis quirúrgicas. Siempre que un dedo sea aplastado, con los huesos triturados, las articulaciones abiertas, los tendones deshilachados; siempre que se tema la curación por anquilosis, curación con un órgano, más que inútil, perjudicial á la función, entonces, que á mayor abundamiento el foco traumático inaccesible á la desinfección provocará sin duda flemones difusos, entonces no haya duda, quítense los tejidos avocados á la necrosis.

Pero debemos fijarnos en que vamos ocupándonos de dedos que no son el pulgar; este requiere tratamiento diverso, y tiene derecho á cuidados particulares. Se ha dicho del dedo pulgar que es el hombre entero y le debemos físicamente nuestra distinción de los monos. Respetémosle por tanto pues, deberá anquilosarse en todas sus junturas. Tan solo existirá talvez, después de la detorsión del foco traumático, 4, 3, 2, 1 centímetro de ór-

gano; pues aún así, el beneficio será bastante grande para aceptarlo, aunque venga con la lentitud, las dificultades y los peligros mismos de la abstinencia sistemática.

¿Está bien entendido? jamás amputareis ni el todo ni la parte del pulgar; y dejareis á la Naturaleza con su parsimonia, el cuidado de establecer el límite entre lo muerto y lo vivo.

Habéis visto en el servicio muchos heridos, en los cuales he aplicado hasta su límite el principio de la abstinencia sistemática.

Recordad al hombre cuya mano fue apretada en un laminador; el pulgar triturado bajo la piel intacta y los músculos de la eminencia ténar estaban enucleados en masa por una fisura de los tegumentos al nivel del primer pliegue interdigital. He agrandado la herida, reintegrado en su vaina y suturado los músculos rotos, después de haber practicado la desinfección más rigurosa.

La inflamación no apareció, los músculos desagregados sufrieron la eliminación y la mayor parte de la piel del pulgar y la falangeta aplastada terminó por eliminarse. Ahora bien, juntándolo todo, no obstante la extensión de la pérdida de substancia, no estoy disgustado del éxito definitivo, aunque la regularización ha exigido la desarticulación del primer metacarpiano.

De modo que no solo no he suprimido este hueso sino que lo he conservado y con él 2 ó 3 centímetros de pulgar que ayudarán á los movimientos de oposición indispensables para la prehensión regular.

Recordad igualmente esta mujer tratada durante más de tres meses y á la que he conservado finalmente un muñón del pulgar, casi más de media falange, cuya utilidad es innegable.

De modo que para resumir mi práctica actual en el tratamiento de los magullamientos de los dedos diré: Así como á un obrero poco sen-

sible á los efectos de la estética; pero dominado por el deseo y la necesidad de conservar en su mano aptitud para el trabajo, le aconsejo de una parte sacrificar todo ó parte de esos dedos aplastados, que necesitarán meses para quedar inservibles por consolidación viciosa si escapan á las linfangitis ó flemones que les han de dejar rígidos é inútiles, así también tratándose del pulgar aconsejo desafiar todos los peligros, porque el muñón más insignificante favorecerá la oposición, sin la cual las funciones más delicadas de la mano quedan abolidas.

¡Pero, cuán delicadas y medidas habrán de ser estas intervenciones sobre los dedos! Lejars en un excelente artículo insiste en las infinitas precauciones que deben adoptarse para quitar lo que sobra y nada más lo que sobra, para pesar bien los cambios de vitalidad de los tendones que han de asegurar los movimientos de las falanges, porque el problema propuesto consiste, y no debemos olvidarlo, en no perder meses, en ese tratamiento encaminado á conservar muñón que á la postre quizás debamos amputar por inútil.

Ciertamente, después de la exéresis de parte de los tejidos magullados, la desinfección será más fácil... pero, ¡cuántas precauciones deberemos adoptar aún sobre las manos rugosas de los obreros, para la epidermis resquebrajada y llena de microbios patógenos!

No temais en gastar tiempo en este trabajo; una, dos horas en esta faena, desgrasando con benzina, éter, alcohol; dándole mucho de jabón á la piel, lavados con agua caliente, agua oxigenada; buscando atacar y desaguar bien los surcos, los espacios muertos; suturas no haréis muchas para dejar fácil salida á las serosidades, y la compresión será la suficiente para aplicar unas contra otras las superficies cruentas.

Si que debeis evitar en la infección la aparición de un flemón difuso y pondreis en práctica todos los resortes de vuestra terapéutica para evitarlo. No olvideis por otra parte que el estreptococo y el estafilococo no son los únicos enemigos pues también contra el bacilo de Nicolaïer debeis tomar precauciones recurriendo á las inyecciones antitetánicas.

“Semana Médica”,—Buenos Aires

El reumatismo articular crónico primitivo

Y SU TRATAMIENTO

POR EL

DOCTOR PH. HAUSER

El reumatismo articular crónico primitivo es, como su nombre indica, aquel que se presenta desde el primer momento de su aparición con los caracteres de cronicidad, en oposición al reumatismo articular, que pasa al estado crónico después de haber evolucionado bajo la forma aguda, con fiebre alta y complicaciones viscerales eventuales.

Aunque aquel fué conocido ya por Sydenham como una entidad morbosa distinta del reumatismo articular agudo y que además fué descrito magistralmente con todos sus detalles por los grandes maestros de Medicina del siglo XIX, pertenece al grupo especial de dolencias del vasto campo de la patología que queda todavía por explorar, pues á pesar de los grandes progresos realizados en las ciencias médicas durante los últimos cincuenta años, no se ha llegado todavía á un acuerdo completo entre los patólogos más notables de los distintos países, respecto á la naturaleza del reumatismo articular crónico primitivo.

Basta recorrer los trabajos de los numerosos autores que se han ocupado de esta enfermedad en el transcurso del pasado siglo, para convencerse de que nuestros conocimientos relativos á su patogenia y á su naturaleza, no han alcanzado la precisión y la claridad necesarias para poder establecer un tratamiento racional y eficaz.

Sydenham, el primero que lo ha descrito, dice: "Muchas veces se lo ha confundido con la gota, porque lo mismo que ésta, se presentan sin fiebre y poco tiempo después de su invasión, se desarrollan *nodosidades*, sobre todo del lado interior de los dedos; las articulaciones parecen muchas veces dislocadas; persiste generalmente durante meses, y unas veces muchos años, y no rara vez durante toda la vida; vuelve á aparecer, después de intervalos más ó menos largo de descanso, por nuevos accesos que agravan el estado anterior de las articulaciones; los dolores articulares son muy intensos, y aunque suelen cesar por sí mismos, dejan las partes afectadas privadas de movimiento, que rara vez vuelven al estado normal".

La primera monografía relativa á esta enfermedad apareció en el año 1799. Fue Lanaré-Beauvais (1), interno de Pinel en la Salpêtrière, quien hizo de ella un estudio anatomopatológico en su tesis de doctorado en 1800, con el título: *¿Debe admitirse una nueva especie de gota con el nombre de gota asténica primitiva?* En este trabajo insiste el autor sobre el carácter crónico de esta enfermedad y su mayor frecuencia en la mujer, llegada á la edad crítica. También afirma que termina muchas veces por la deformación de las articulaciones y por la destrucción de los

cartílagos. El trabajo de Beauvais no tardó en encontrar eco en Inglaterra, pues en 1804, Heberden (2), publicó un escrito con el nombre de *Digitorum Nodi*, donde describe una enfermedad crónica de las articulaciones que se caracteriza por nodosidades de los dedos, que no empieza por el dedo gordo como la gota, y que se distingue también del reumatismo por el hecho de suprimir de una manera más completa las funciones de los miembros. En 1805, Haygarth (3) publicó un trabajo análogo con el nombre de *Nodosity of the Joints*, donde expone de una manera clara y precisa la naturaleza de las nodosidades propias del reumatismo articular crónico, distintas de las de la gota.

Posteriormente á estos trabajos, no se publicó ningún escrito importante sobre esta materia hasta el año 1833, cuando Lobstein (4) catedrático de Anatomía patológica en Estrasburgo, describió el reumatismo crónico desde el punto de vista anatomopatológico, señalando particularmente las lesiones y las vegetaciones de las articulaciones óseas que distinguen esta forma de reumatismo. Llamó también la atención sobre el estado ebúrneo de las superficies articulares, que presentan á veces la dureza del esmalte. Dice, haber encontrado esta alteración en la cabeza y en los cóndilos del fémur, de la tibia y de los huesos del metacarpo.

En 1839 aparecieron en Inglaterra trabajos muy notables de Colles (5) y Adams (6), que confir-

(2) Heberden: Commentaries, 1805.

(3) Haygarth: Clinical History of Diseases, 1805.

(4) Lobstein: Traité de Anatomie pathologique, page 343, 1833.

(5) Colles: Cyclop. of. Anat. and Phys., 1839.

(6) Adams: A. Treat on Rumat. Gout., 1856.

(1) Landré Beauvais: Goutte asthénique primitive. Thèse de Paris, 1800.

man la opinión de Lobstein, demostrando además por medio de grabados anatomopatológicos, que en la evolución de este mal obran simultáneamente dos procesos morbosos distintos, el uno, de absorción del hueso antiguo y de su cartilago, y el otro, de formación de un hueso nuevo. En los años 1843, 1849 y 1852, se publicaron en Inglaterra nuevos estudios sobre el reumatismo crónico por Todd (1), Redfern (2) y Fuller (3), que después de ampliar con hechos nuevos la opinión de los médicos del continente, confirman que esta enfermedad, en su aspecto clínico, presenta síntomas propios, tanto de la gota como del reumatismo.

En resumen, todos los autores que se ocuparon del reumatismo crónico en la primera mitad del siglo pasado, están conformes en que se trata de una enfermedad que en la mayoría de los casos se presenta bajo la forma apirética y crónica desde el primer momento.

El primer estudio clínico basado al mismo tiempo sobre numerosas observaciones de anatomía patológica, se debe á Charcot (4), quien, habiendo estado algunos años interno en las de La Salpêtrière, aprovechó las numerosas autopsias hechas por él en enfermos de las salas de incurables, donde abundan los que sufren de reumatismo articular crónico, para un estudio muy concienzudo que publicó en su tesis inaugural en el año 1853. En ésta describe el reumatismo crónico con mano maestra, tanto desde el punto de vista anatomopatológico, como clínico, y para dar mayor realce á su tesis, la acompañó de láminas demostrativas, probando que los dolores de los enfermos

son debidos generalmente á la alteración simultánea de la sinovial, de los cartílagos y de las epífisis.

Casi al mismo tiempo se publicó otra tesis por Trastour, con el nombre de *Reumatismo gotoso*, que se inspiró en el mismo criterio que Charcot, reconociendo una causa diatésica en la patogenia de esta enfermedad.

Trousseau, en sus *Lecciones clínicas* de 1865, dedicó á esta enfermedad un capítulo entero con el nombre de *Reumatismo nodoso*, pues dice: "Son las nodosidades de las articulaciones que caracterizan la enfermedad", y añade que las nodosidades no son debidas en todo á la tumefacción de los huesos, sino también al relajamiento, adelgazamiento de los ligamentos y á la salida de las cabezas óseas deformadas en parte por pequeños osteofitos.

Merece también mencionar los trabajos de Broca sobre la artitis seca, en el año 1850, que describe como una forma del reumatismo crónico, con la particularidad que afecta una articulación sólo. Esta forma es también conocida con el nombre de artitis senil.

Garrod publicó, en 1863, un trabajo muy notable sobre la naturaleza y el tratamiento de la gota y el reumatismo gotoso, y después de entrar en consideraciones muy fundadas sobre la patogenia del reumatismo crónico, se inclina en favor de la denominación de *artritis reumatoïdes*, en vez de reumatismo gotoso.

Charcot, en sus *Lecciones clínicas sobre enfermedades de los viejos y enfermedades crónicas*, publicadas en 1874, ha vuelto á ocuparse del mismo asunto, consagrando varias lecciones al estudio del reumatismo crónico. En éste admite tres tipos fundamentales:

1.º El *reumatismo articular crónico progresivo* llamado también *reumatismo nodoso*;

(1) Todd: *Chronic Rheumatism of the Joints*, 1843.

(2) Redfern: *Edin. Monthly Journal*, 1849.

(3) Fuller: *Rheumatic Gout*, 1852.

(4) Charcot: *Phése de Paris*, 1853.

2.º El *reumatismo articular crónico parcial*;

3.º El *reumatismo de Heberden* (1).

Cada uno de estos tres tipos tiene caracteres distintos en su evolución.

Reumatismo articular crónico progresivo.—Este invade con preferencia las pequeñas coyunturas y las de las manos en particular. Desde el principio; se presenta con los síntomas característicos: rubicundez; tumefacción, calor y dolor. Algún tiempo después se le agrega otra fenómeno, el de la retracción espasmódica de los músculos, que producen una actitud singular y es la deformación del miembro afectado. En el segundo período los desórdenes nutritivos se hacen más pronunciados y toman progresivamente mayor desarrollo; la tumefacción se extiende á los tejidos fibrosos y serosos, produciendo, ya hidrartrosis, ya engrosamiento de la sinovial y del tejido subseroso. A veces afecta las partes duras, produciendo crestas huesosas, hiperostosis y erosiones de los cartílagos que deforman la cabeza de los huesos, y, finalmente, subluxaciones articulares. Se observa á veces crujidos en los movimientos articulares, lo que es debido á la eburnificación de las superficies huesosas; otras veces se establece la rigidez de los miembros, producida por la anquilosis completa ó incompleta de las superficies articulares y de la retracción de los tejidos fibrosos y los ligamentos hipertrofiados. Generalmente son las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies, que son las primeras invadidas y que están más deformadas, presentando al exterior tuberosidades redondeadas. También son, por lo general, las extremida-

des superiores donde se inicia la enfermedad. Hay otro fenómeno que distingue el reumatismo nodoso: es la simetría en la marcha de la invasión; pues, generalmente, son dos extremidades homólogas que son cogidas á la vez, lo contrario de lo que ocurre en la gota, que se localiza generalmente en una extremidad sola. Además, en esta es el dedo gordo del pie, en la gran mayoría de los casos, donde se inicia la enfermedad, mientras que en el reumatismo nodoso son las articulaciones metacarpofalangianas del dedo índice y del mediano, que son las primeras invadidas, y eso en los dos lados á la vez, aunque ocurre alguna vez que ya en el primer ataque, el mal se localiza en una gran articulación, tal como la cadera, la rodilla y el codo, pero este fenómeno es todavía más raro en la gota. Todavía hay otro fenómeno distintivo de la enfermedad; la gota busca sus víctimas entre los hombres que han llevado una vida activa y que eran aficionados á la buena comida, mientras que el reumatismo nodoso tiene su predilección para el sexo femenino, que se encuentra agotado, ya por el exceso de trabajo físico ó mental, ya por los partos ó por las complicaciones concomitantes de la edad crítica.

Una vez que la enfermedad ha entrado en el estado crónico, se observan alteraciones nutritivas permanentes de los tejidos, que son: la atrofia muscular, la atrofia de los huesos, que tienen por consecuencia la paresia de los miembros respectivos. Algunos médicos consideran la producción de las desviaciones como el resultado de la posición viciosa tomada instintivamente por los enfermos, mientras que Charcot es de opinión contraria; en la mayoría de los casos, dice, estas deformaciones son la consecusncia natural de las contracciones musculares espasmódi-

(1) Heberden: Commentaries, 1884, cap. XXVIII.

cas, ó mejor dicho, convulsivas, que se producen por una especie de acción refleja, cuyo punto de partida se halla en las articulaciones enfermas.

Charcot, con el objeto de darse mejor cuenta de la relación de esta enfermedad con la gota, ha sometido un gran número de sus enfermos á un análisis químico de la sangre y de la orina, y jamás ha logrado descubrir, ni en la una ni en la otra, un exceso de ácido úrico. En cambio, cita algunos análisis hechos por Boeker, que han arrojado una disminución notable de fosfato de cal en la orina y un aumento cuádruplo de esta substancia en la sangre.

Charcot admite además dos formas distintas dentro del mismo tipo del reumatismo articular crónico, una de evolución rápida y otra de evolución lenta. La primera se presenta generalmente en sujetos jóvenes de dieciseis á treinta años de edad, y en mujeres durante el embarazo ó el puerperio. En estos casos, se observa que la invasión afecta un número mayor de coyunturas á la vez, que las retracciones musculares son más acentuadas, que los dolores son más intensos, que la rubicundez y la tumefacción son más vivas, y que la reacción está acompañada por una elevación de temperatura; en una palabra, este tipo reviste la forma del reumatismo articular agudo, el cual pasa gradualmente al estado crónico, presentando todas las deformaciones propias del reumatismo nodoso. Estos casos, bastantes raros, retroceden después de algún tiempo y concluyen generalmente por una curación completa. En cambio, el reumatismo crónico de evolución lenta ocurre en individuos de edad avanzada, de cincuenta á sesenta años, coincidiendo, en general, en las mujeres, con la época de la menopausia. En estos casos, las articulaciones son invadidas sucesivamente,

la reacción es menos viva, hay menos rubicundez, menos dolor y menos tumefacción; en cambio, las deformaciones se hallan más pronunciadas.

Reumatismo articular crónico parcial.—Este afecta generalmente una articulación y de preferencia la cadera. Fue denominado distintamente, según los autores. Cuando se localiza en la cadera, le llaman *Morbus coxae senilis*, y cuando afecta otra articulación, le dan el nombre de *arthritis senil* ó *arthritis seca*; también le llaman artritis deformante á causa de las deformidades muy características que presenta. Esta enfermedad, hallándose localizada en una sola articulación, presenta muchas veces grandes dificultades para el diagnóstico; puede simular una luxación, una fractura y muchas veces un tumor blanco, y por esta razón ha sido estudiado más bajo el punto de vista de patología externa. No obstante, no se puede negar que es la expresión de un estado diatéxico; pues se presenta algunas veces en sujetos que han padecido anteriormente de reumatismo articular agudo. Aunque en el primer tiempo de su aparición es insidioso en su marcha, una vez bien desarrollado, reviste el carácter del tumor blanco ó de la artritis deformante. Otras veces, la artritis deformante parcial reviste en sus comienzos la forma aguda, pero durante su desarrollo revela el tipo de la artritis seca, y su diagnóstico da á veces lugar á dudas durante largo tiempo, hasta el momento en que se presentan dolores simétricos en ambas manos que evolucionan con los caracteres del reumatismo nodoso. En otros términos, una vez se presenta bajo la forma parcial localizada en una articulación y termina por generalizarse, y otras veces se presenta á raíz de un reumatismo poli-articular agudo.

Reumatismo de Heberden.—Esta forma especial de reumatismo cró-

nico, conocido bajo el nombre de nodosidades de Heberden, fue confundido por muchos autores con la gota. No obstante, Heberden mismo, en sus "Comentarios", dice: "¿Cuál es la naturaleza de esos pequeños nódulos del tamaño de un guisante que se encuentran frecuentemente en los dedos, sobretudo un poco encima de sus extremos, cerca de la coyuntura? Estos no tienen ninguna conexión con la gota". Estas pequeñas nodosidades tienen su asiento al nivel de las articulaciones de las falangetas. En general, la extremidad digital está poco desviada, ya a la derecha ya á la izquierda. Existen dos nódulos al nivel de la coyuntura que parece más ancha; presenta algunas veces rigidez, pero nunca crujidos. Se observa á veces en los individuos afectados de este mal, accesos de tumefacción de las partes blandas, acompañada de rubicundez y de calor. Charcot, quien ha hecho numerosas autopsias de estos enfermos en La Salpêtrière, encontró: 1.º, que los tumores pisiformes descritos por Heberden no son más que los tubérculos huesosos que se hallan normalmente en la extremidad inferior de la segunda falange en la parte dorsal, hallándose considerablemente aumentados de volumen á causa de la formación de nuevas capas huesosas; 2.º, que no presentan ni huellas detrato de sosa ni en los cartílagos ni en las partes blandas de las articulaciones; 3.º, que los cartílagos presentan la alteración de la artritis seca y las superficies articulares se hallan cubiertas de una concha huesosa ebúrnea. Estas nodosidades son, sin duda, según Charcot, la expresión de un estado constitucional que es la diátesis reumática; es una enfermedad hereditaria, pudiendo manifestarse entre varios miembros de una misma familia. A veces se encuentra que los unos presentan el reumatismo de Heberden, los otros el reumatismo crónico

generalizado y los otros el reumatismo crónico parcial, lo que es una prueba evidente del parentesco que existe entre las tres formas del reumatismo crónico.

**

De lo que precede resulta:

1º Que las distintas formas del reumatismo articular crónico presentan al mismo tiempo unos síntomas semejantes á los de la gota y otros comunes al del reumatismo poliarticular agudo, con la diferencia que éste se inicia por un proceso inflamatorio agudo y una alteración nutritiva rápida de los tejidos sólidos y blandos de las articulaciones, que vuelven generalmente á su estado normal después de haberse extinguido la inflamación, mientras que aquél se distingue por un proceso destructor lento y progresivo de los tejidos articulares, que rara vez vuelven á su integridad anatómica y fisiológica.

2º Que ambos obedecen á una causa constitucional, llamada por Charcot y otros autores, diátesis reumática. Los autores ingleses, guiados por Garrod, no estando conformes con la opinión que atribuye al reumatismo crónico progresivo el mismo origen diatésico que al reumatismo poliarticular agudo, le han denominado *arthritis rematoides*, con el cual quieren expresar que no tiene más que la apariencia del reumatismo. Los autores alemanes han ido todavía más lejos, pues han suprimido completamente el término reumatismo y han adoptado con preferencia el nombre de *arthritis deformante*, reservando el término de reumatismo articular crónico á aquel que es consecuencia del reumatismo articular subagudo que se presenta por brotes sucesivos y obedece á la misma causa que el reumatismo

agudo, siendo solo más lento en su evolución. Aunque no se puede desconocer que todas las afecciones articulares crónicas, de distinto origen y de distinta naturaleza, tales como la artritis blenorragica, sifilítica y tuberculosa, suelen conducir con el tiempo á la deformación, los procesos deformantes de la *arthritis nodosa* son tan característicos que hay que reconocer su entidad mórbida independiente, conservándola el calificativo de deformante.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DEL REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO

En todos los tiempos, desde Hipócrates acá, se ha considerado el frío húmedo como causa patógena del reumatismo articular agudo. No obstante, la estadística colonial del ejército inglés arroja datos contrarios á esta opinión, pues bajo el clima riguroso, húmedo y frío de la Nueva Escocia, la cifra de los atacados de reumatismo no llega más que á 30 por 1.000 enfermos, mientras que en el Cabo de Buena Esperanza, la patria de los geranios, alcanza 57 por 1.000. Por otro lado, la experiencia diaria confirma la opinión que admite la influencia nociva de una estancia prolongada en una habitación húmeda. Miles de historias clínicas demuestran que las viviendas en piso bajo, los cuartos húmedos y oscuros, las habitaciones subterráneas, las casas recientemente construidas no habiendo recibido una insolación suficiente durante el tiempo de su construcción, y en particular los cuartos de estas casas con exposición al Norte, son acusados siempre por los enfermos de ser causa patógena del reumatismo articular, tanto agudo como crónico. Para armonizar estos dos hechos aparentemente opuestos, hay que ad-

mitir forzosamente que no es el clima frío húmedo la causa patógena del reumatismo, sino más bien el aire confinado de las habitaciones húmedas privadas del Sol y de una buena ventilación. Su influencia es tanto más nociva, en cuanto los que las habitan son individuos mal alimentados y que viven en condiciones biológicas poco favorables á la conservación de la salud, es decir, sujetos dotados de una resistencia vital mediana para poder luchar con ventaja contra las circunstancias hostiles á la existencia humana. En efecto, todas las causas deprimentes de la resistencia vital pueden constituir una causa patógena predisponente al reumatismo articular, tanto agudo como crónico, y con mucha más razón cuando se trata de sujetos con predisposición individual hereditaria ó adquirida. Así se explica por qué la clorosis forma un terreno favorable al desarrollo del reumatismo articular crónico progresivo, llamado nodoso, y por que ciertas mujeres, durante el embarazo, puerperio y el período de la menopausia, se hallan expuestas á contraer la misma enfermedad, pues es sabido que en la edad crítica, con la cesación del período menstrual, la hematosi se verifica de un modo imperfecto y expone á la mujer que no vive en las condiciones biológicas normales á sufrir de la clorosis lo mismo que durante el período de la pubertad. Igual influencia ejerce el embarazo en la mujer que presenta una predisposición hereditaria; pues no rara vez se ven mujeres embarazadas invadidas por inflamaciones articulares leves que desaparecen con pequeños cuidados para hacer explosión de nuevo después del parto bajo la forma de reumatismo articular crónico deformante.

(Continuará)

MEDICINA PRACTICA

Tratamiento de la fiebre tifoidea con la tintura de yodo.— El Dr. L. Raynaud recomienda muchísimo el siguiente tratamiento de la fiebre tifoidea. Primer día: cinco decigramos á un gramo de calomelanos; la dosis será tanto menor, cuanto más alta sea la fiebre. En cada uno de los cinco días siguientes: veinte á veinte y cinco gotas de tintura de yodo en ciento cincuenta gramos de agua, con adición de un centígramo de yoduro potásico. Como agua es preferible la de fuente, y la disolución se calcula para todo un día. Al día séptimo, calomelanos como en el día primero, y en los cinco días siguientes se repite la administración del yodo. Con este tratamiento dice el autor que se curan la mayoría de los casos, en doce á catorce días, y no hacen falta baños. Como estimulante, si es necesario, dos miligramos de sulfato de estriquina.

(Med. Moderne)

Patogenia y tratamiento del impétigo.— El Dr Bertin publica un trabajo sobre el impétigo en que se reconoce el carácter contagioso de este mal, denunciado por las epidemias de él en las familias, más aún que por su diseminación en un mismo individuo y por el hallazgo de estreptococos y estafilococos en sus flictenas. Inoculados estos microbios á individuos de piel fina, tales como los niños ó personas linfáticas ó escrofulosas, se reproduce el impétigo en los sujetos así inoculados. Con tales datos, fácil es deducir la importancia que la higiene ha de tener para la defensa contra la invasion de esta enfermedad Pero el Dr. Bertin distingue un *impétigo agudo* no parasitario, del

crónico parasitario. El tratamiento del primero se reduce á la aplicación de cataplasmas asépticas ó curas húmedas, para hacer caer las costras, que dejan al descubierto una eroción que mana en abundancia. El tópico que debe preferirse es la conocida *agua de Alibour*, á base de sulfatos de zinc y de cobre y alcanfor, diluida en dos veces su volumen de agua común. Deberá filtrarse, porque las briznas de alcanfor no disuelto que puede contener, son muy irritantes. Cada dos horas se aplicará, este agua, mediante una muñequilla de algodón hidrófilo empapada en ella. Muy pronto dejade extenderse y manar la escoriación, y entonces se aplicará, con gran ventaja, una parte de borato sódico ó la pomada preconizada por Vidal, de precipitado rojo, 50 centigramos; mirra, 1 gramo y vaselina, 20 gramos. Este impétigo agudo no pide tratamiento alguno general, sino en los sujetos linfáticos en quienes haya temores justificados de que el padecimiento pase al estado crónico. El impétigo parasitario propiamente dicho, puede ser *sarnoso* ó *pitiriasico*, cuya última calificación tiene el nombre vulgar de *projera*. Las frotaciones detendran el desarrollo pustular del primero, y hará el resto la pomada de naftol ú otra análoga. El bicloruro de mercurio, según la fórmula de Sabouraud (1 gramo de sublimado, 4 de ácido acético cristalizado, y 200 de cada uno de los disolventes: agua destilada y alcohol de 90°), hará pronta justicia al segundo de estos impétigos, en que los parásitos no bactericos son la causa ocasional de tal forma de dermatosis. Así entendida la curación el impetigo, es una de las más fáciles y seguras de la clínica médica, en concepto del Dr. Bertin.— *L'Echo Médical du Nord*).

Publicaciones recibidas

La neurasthenie genitale féminine par le Dr. Jules Batuaud.

1 vol in 18.....4 fr.
A. Maloine, éditeur 25-27, rue de l'Ecole de Médecine Paris.

Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin.—La constatation et le certificat automatique des décès à la campagne par le Docteur Icar.

1 vol. in-18, broché, avec fig....4 fr

Sous ce titre, le Docteur Icar (de Marseille) vient de faire paraître un nouveau volume sur le danger de la mort apparente et les moyens à employer pour le conjurer. La question est de la plus haute importance, car on sait combien sont nombreux les faits indéniables, absolument authentiques, qui justifient pleinement la peur d'être enterré vivant.

En l'absence du médecin, le seul signe de mort absolument sûr est la putréfaction avancée. Malheureusement, ce signe est trop tardif, et il y aurait danger pour l'hygiène à en attendre la manifestation non douteuse: la sécurité publique ne permet pas de pousser si loin la rigueur de l'épreuve. Mais, en vérité, la putréfaction n'est pas un signe aussi éloigné qu'on le croit généralement, et le Docteur Icar est arrivé à démontrer que, bien avant l'apparition de la putréfaction évidente, des gaz sulfurés se produisent dont la présence, dûment constatée, indique la réalité de la mort d'une façon aussi certaine que la putréfaction elle-même.

Ces gaz sulfurés, produits précoces de la décomposition cadavérique, se forment plus spécialement et en très grande abondance dans

les poumons d'où ils s'échappent par les fosses nasales. Il suffira donc, pour avoir la preuve spontanée de la réalité de la mort, d'introduire dans une des fosses nasales ou de déposer sous une des narines un petit morceau de papier réactif dont le changement de coloration, sous l'action des gaz sulfurés, fournira aux moins instruits et automatiquement la preuve de la réalité de la mort. Le papier que propose le docteur Icar est un papier à écrire ordinaire sur lequel, avec une solution d'acétate neutre de plomb, on trace des inscriptions des dessins quelconques qui, en l'état sont invisibles: la réalité de la mort sera indiquée par l'apparition spontanée des inscriptions ou des dessins sur le papier qui, au moment de son application, paraissait tout à fait blanc. C'est le mort lui-même qui se déclare mort; c'est lui-même qui dit: "Je suis mort", et il fournit la preuve de la vérité qu'il affirme.

La réaction sulphydrique se produit dans tous les cas de mort réelle, et elle fait défaut dans tous les cas de mort apparente; elle fournit donc un signe de mort infaillible, un signe aussi certain que la putréfaction elle-même, et ce signe est par excellence un signe de mort *vulgaire*, puisqu'il est à la portée de tous. Par une température moyenne, la réaction se manifestera vers la fin du premier jour ou le commencement du deuxième jour un peu plus tôt ou un peu plus tard suivant les circonstances, mais toujours bien avant l'apparition du signe dangereux de la putréfaction. Le signe de la réaction sulphydrique est donc relativement précoc.

Ce nouveau livre du docteur Icar est digne au plus haut point de l'attention des pouvoirs publics, et on ne saurait trop recommander la lecture aux médecins et à tous ceux que préoccupe l'inquietant problème de la mort apparen-

te. Ceux-ci y trouveront la solution qui les rassurera pleinement, écartant à jamais de leur esprit la peur d'être enterre vivant.

Nouveau Traité de Medecine et de Therapeutique publié en fascicules sous la direction de M. M. P. Brouardelet A. Gilbert, professeurs à la Faculté de Medecine de Paris **Vient de paraître: Maladies des organes génito urinaires de l'homme et de la femme**, par les Drs Le Fur et Siredey, médecin de l'Hopital de Saint Antoine. 1 vol. gr. in 8 de 458 pages, avec 67 figures Broché 8 fr. cartonne 9 fr. 50 (Librairie J. B. Bailliere et fils 19 rue Hautefeuille, à Paris.

El tratado de Medicina y de Terapéutica de los profesores Brouardel y Gilbert ha sido modificado en esta última edición cambiando el modo de división de los volúmenes. Son ahora fascículos separados, con título, compaginación y tabla de materias propia. Se venden separadamente y constituyen un todo completo.

Acaba de aparecer el fascículo XII, consagrado á las *enfermedades de los órganos génito-urinares*, escrito por los doctores *Le Fur* y *Siredey*, médico del Hospital de San Antonio.

Un argumento a 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 tiene.

En primer lugar, comparándola con las píldoras, no tiene ninguna cosa 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 $\frac{3}{4}$ gr. en una balanza de torsión. El farmacéutico más cuidadoso sabe que esta exactitud sería imposible llenando cápsulas.

Lima, abril 17 de 1893.

Sres. Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos:

Hace tres años que en mi clientela no hago uso de otra preparación de aceite de bacalao que la de Uds. conocida con el nombre de Emulsión de Scott, pues además de ser casi insípida, es una feliz asociación del aceite de bacalao con los hipofosfatos que son agentes preciosos y de ineludible indicación en todos los varios casos de nutrición empobrecida: Escrófulas, Tuberculosis, Raquitismo, Osteomalacia y otros malos estados generales consecutivos.

Soy de Uds. S. S.,

DR. CONSTANTINO T. CARVALLO

Profesor de la Facultad de Medicina de Lima; Ex-Cirujano de la Maison Santé.

Calle de Filipinas N. 159.

Imp. San Pedro.—37165