

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO XII }

LIMA, ABRIL 15 DE 1895.

} N.º 151

EDITORIAL

EL Dr. MANUEL A. MUÑIZ

Los graves acontecimientos últimamente realizados en esta capital, que todos conocemos, han obligado á nuestro querido amigo y compañero, uno de los más entusiastas fundadores de LA CRÓNICA MÉDICA, el Dr. Manuel A. Muñiz, á ausentarse del país de su nacimiento.

Esa ausencia, que hoy se anuncia como transitoria, en nuestro concepto será definitiva; pues difícilmente se resolverá nuestro redactor, á volver á un lugar en el que ha visto desaparecer, en un momento, á merced de la saña inconsciente de una turba imbécil, los valiosísimos elementos de trabajo y estudio pacientemente acumulados durante muchos años, bien dedicados al servicio de la patria y al cultivo de la ciencia.

Mediante el saqueo y el incendio se han destruído: una rica biblioteca, dos magníficos arsenales quirúrgico y microbiológico, una valiosa colección craneológica, sin rival en el mundo, y multitud de

documentos de higiene nacional; elementos todos reunidos por el Dr. Muñiz, que más falta harán á este desgraciado Perú, que á su antiguo poseedor, que lucirá en cualquier parte del Orbe civilizado como estrella de primera magnitud.

A la verdad que no sabemos qué lamentar más: si los hechos realizados en Lima; ó la partida del Dr. Muñiz, que ha sido su consecuencia obligada y que priva al país del inapreciable concurso de uno de los más inteligentes obreros de la generación médica moderna.

El Dr. Muñiz marcha á la progresista República Argentina; y para ocupar lugar preferente, entre los sabios de esa gran nación tiene más que suficientes méritos.

No los enumeraremos nosotros, porque no nos corresponde esa labor; pero los colegas del Dr. Muñiz en la Sociedad Médica Argentina, los conocerán y apreciarán, por los documentos que constan en las columnas de LA CRÓNICA MÉDICA de Lima, en las actas de la Sociedad Médica "Unión Fernandina", de la Academia Nacional de Medicina, de la Facultad de

Medicina, de la Junta Suprema de Sanidad, del Consejo Superior de Instrucción Pública, de la Sociedad Geográfica de Lima, de los Congresos médicos internacional de París en 1889 y Pan-Americano de 1893; corporaciones todas que lucieron las notables producciones del esclarecido talento del Dr. Muñiz.

Al enviar á nuestro inolvidable consocio, el cariñoso adiós de la sincera amistad, hacemos votos para que en la risueña perspectiva que se abre á su incansable actividad intelectual, no olvide á su hija predilecta: LA CRÓNICA MÉDICA de Lima.

Lima, abril de 1895.

LA REDACCIÓN.

ARTICULOS ORIGINALES

CASO DE VERRUGA MENINGEA

El 25 de diciembre del año próximo pasado ingresó en el servicio del Dr. Villar, el indio Pedro Osorio, de 12 años de edad, natural de Jauja.

De regular constitución y temperamento linfático, no presenta antecedentes morbosos de importancia. Con respecto á su enfermedad actual refiere que habiendo perdido en pocos días á sus padres á consecuencia de afecciones agudas, emprendió viaje á la costa, trabajando en los fundos del tránsito para procurarse la subsistencia. De la quebrada de Huarochirí que atravesó señala San Bartolomé como el lugar en que más tiempo se detuvo, avanzando después á Huampané, Naña y Carapongo de donde marchó directamente al hospital de Lima. Dice que en la última hacienda nombrada perdió la aptitud para trabajar, sudaba

mucho y le sobrevino fiebre intensa acompañada de epistaxis abundante; el estado febril continuó por muchos días, le apareció cefalalgia intensa, dolores articulares que le impedían caminar y una gran languidez.

Cuando ingresó en el hospital tenía fiebre alta, se quejaba de cefalalgia, especialmente frontal; sus pupilas estaban dilatadas y había fotofobia manifiesta. El examen del tórax no reveló ningún signo mórbido, salvo un soplo anémico muy marcado en la base del corazón que estaba en armonía con la decoloración profunda de la piel y las mucosas. Había infarto hepático y esplénico bien manifiestos; el vientre estaba deprimido y algunas manchas petequiales podían notarse en su superficie.

En la mañana siguiente la fiebre continuó lo mismo que la cefalalgia, el pulso era pequeño, la respiración ansiosa, la piel estaba muy húmeda y había hiperestesia. En la tarde sobrevinieron vómitos, la temperatura bajó un poco (38°5). En la noche estuvo muy agitado, delirante y la temperatura volvió á ascender.

El 27 en la mañana cayó en un estado semi-comatoso; continuaba febril, había constipación y náuseas, el pulso era filiforme y muy pequeño. Este estado se mantuvo con ligeras variantes hasta el 2 de enero, en cuya mañana la fiebre cayó, persistiendo la cefalalgia, los dolores articulares y gran postración; notamos también entonces una desviación interna muy marcada del ojo izquierdo.

En los días que siguieron hasta su salida del hospital (18 de enero), los dolores fueron desapareciendo y acabaron por disiparse completamente, persistía la anemia aunque no tan intensa como durante el período febril, sudores profusos nocturnos ó provocados por el menor ejercicio, atontamiento ligero y estravismo interno.

Habiendo tenido ocasión de continuar observándolo, llamó mi atención ocho días después de su salida del hospital, la reaparición de los dolores articulares y la diaforesis que era excesiva; insistí en preguntarle sus antecedentes, y repitiéndome que había pasado por lugares de la quebrada de Huarochirí en que la verruga es endémica, recordé la historia de su enfermedad, y apoyándome sobre todo en la persistencia de los dolores articulares, la anemia profunda que presentaba y su procedencia, crepe poder formular el diagnóstico de *Verruga Peruana*. La erupción característica de esta enfermedad se presentó en efecto pocos días después comenzando, por los miembros inferiores; se extendió en seguida á los superiores, apareciendo algunos tumores aislados en el tronco. Llamó también mi atención el hecho de que el estrabismo, que hasta antes de la aparición de las verrugas era muy manifiesto, se corrigió gradualmente hasta hacerse casi imperceptible cuando la erupción estaba en su desarrollo completo. Terminada la evolución de los tumores verrucosos nuestro enfermo se encuentra ahora completamente curado, así de la enfermedad principal, como de la desviación ocular.

El cuadro sintomático que presentaba Osorio en los primeros días corresponde casi exactamente con el que es propio de la meningitis tuberculosa, distinguiéndose solamente por la fugacidad de algunos síntomas, como el vómito y la hiperestesia, y por la anemia que no se presenta tan profunda en la enfermedad enunciada. Los dolores articulares apareciendo por accesos, la persistencia de la anemia que nada explicaba y por último, el conocimiento de la procedencia del enfermo, vinieron más tarde á hacernos pensar en la verruga, suposición que fué confir-

mada por la erupción que á los pocos días se manifestó.

Para explicarnos el cortejo de síntomas que en el presente caso han acompañado á los que preceden ordinariamente á la erupción verrucosa, debemos suponer: 1.º que la fiebre inicial se acompañó de intensa congestión meníngea y formación de productos plásticos ó tal vez de tumores verrucosos en las meninges, principalmente en la base del cerebro, que dieron lugar á los fenómenos meningíticos notados; 2.º que pasado el período febril y con él los fenómenos reaccionales, quedaron dichos productos inflamatorios ó probablemente verrugas en las meninges, una de las cuales, comprimiendo por su acrecentamiento el nervio oculo-motor-externo izquierdo, dió nacimiento al estrabismo interno del ojo del mismo lado; y 3.º por último, que desarrollada la erupción externa, las neoplasias meníngeas desaparecieron rápidamente por reabsorción, y libre ya el nervio izquierdo del 6.º par pudo reasumir sus funciones y corregir, por consiguiente, la desviación ocular interna que la falta de su influjo había determinado.

No dudamos en formular la hipótesis de que han existido en nuestro enfermo tumores verrucosos en las meninges cerebrales, porque las verrugas han sido ya encontradas allí por algunos prolijos observadores (1) y nosotros mismos hemos tenido ocasión de hallarlas en más de una autopsia de individuos muertos en pleno período de erupción y que presentaban además muchos tumores de la misma naturaleza en muchas membranas y órganos parenquimatosos, y también porque racionalmente hallamos muy natural que siendo la verruga un tumor cuyo asiento está en el tejido vásculo-conjuntivo pueda desarrollarse en las meninges

(1) Véase *Crónica Médica*—Dic. 1889 y Feb. 1895.

que son principalmente formadas por dicho tejido.

Un síntoma de gran importancia que acompaña casi todo el curso de la fiebre verrucosa son los sudores profusos; he tenido ocasión de observarlo en este caso y otros de esta enfermedad que he estudiado. La diaforesis es más abundante en la noche y sobre todo cuando se aproxima la aparición de los tumores verrucosos; los enfermos se ven obligados á cambiar repetidas veces de camisa en el curso de la noche y esto aun cuando se hallen en plena apirexia ó con muy ligera fiebre. En el individuo cuya historia clínica estamos narrando, el sudor profuso fué la única manifestación morbosa que se mantuvo junto con la anemia en el tiempo que medió entre la terminación del período febril y el desarrollo de las verrugas.—Este fenómeno, indudablemente manifestación de los esfuerzos eliminadores del organismo á la vez que de la excitación mórbida del tegumento externo que precede á la erupción verrucosa, ha sido señalado ya aunque de ligero entre los síntomas de la afección, pero no se le ha dado el valor diagnóstico que á mi juicio merece.

Lima, marzo de 1895.

DR. EDUARDO BELLO.

SECCION EXTRANJERA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

de las disneas

asmática, cardíaca y urémica

POR D. EDUARDO XALABARDER

1. — Diagnóstico

No basta conocer un síntoma para tratarlo bien, sino que es preciso además investigar su patogenia.—HUCHARD.

La disnea no es más que un síntoma, sea cualquiera la forma que

afecte; pero es tal la importancia que reviste en ciertos momentos y en determinadas enfermedades, de las cuales es ella simple manifestación, que se hace precisa una intervención terapéutica activa, ora para aliviar un sufrimiento, ora para salvar una vida directamente amenazada.

Como quiera que sea, inútil nos parece entretenernos, ni á guisa de preámbulo, en demostrar su importancia; díganlo sinó los hercúleos esfuerzos que en muchas ocasiones se ve obligado á practicar el disnéico para sostener, á duras penas, una respiración que se agota, y á suplicar al médico le libre rápidamente de tan horrible angustia.

Pero en este caso, el problema no es ya tan sencillo como á primera vista pudiera parecer; no basta saber que el enfermo sufre, ni que este sufrimiento puede tener un desenlace fatal: es preciso además investigar por qué sufre, es decir, cual es la causa inmediata de la disnea cuya corrección se nos solicita. Y cuenta que no es cosa baladí tratar á un disnéico sin este preciso conocimiento, base de la futura terapéutica, elemento indispensable, si se quieren evitar los desastrosos resultados á que nos conduciría un olvido, según veremos más detalladamente al hablar del tratamiento de las disneas que nos proponemos estudiar.

Hay más aún: la seguridad en el juicio clínico corre parejas con la rapidez que en su formación exigen las especiales circunstancias en que se encuentra el disnéico, impidiendo así detalladas investigaciones, que por otra parte, ni el enfermo puede contestar, ni al médico le importan por el momento.

Suficientes nos parecen las breves consideraciones apuntadas para justificar la trascendencia del estudio que nos proponemos hacer. Las formas de disnea transcritas no son las únicas observables en la clínica; su variedad es mucho mayor, y esta circunstancia nos obligará, si quiera en rápida ojeada, á revistar sus más notables caracte-

res diferenciales, ya que no es nuestro objeto hacer una completa recopilación de los actuales conocimientos sobre este punto, por demás vasto, sino simplemente transcribir algunas impresiones personales, en clínica recibidas, cuyo valor no nos corresponde á nosotros dilucidar.

Entremos, pues, en materia.

I. — ASMA ESENCIAL Y PSEUDO-ASMA.—Sin entrometernos en la minuciosa descripción de la fenomenología clínica del asma esencial, de sobra conocida, diremos tan sólo que se caracteriza por estos hechos; la *periodicidad*, la *invasión y terminación casi bruscas*, la *sonoridad excesiva de la caja torácica*, la *expiración difícil y prolongada con estertores sibilantes diseminados*, y por fin, la *ausencia de dolor retro-esternal*.

Si á juzgar fuéramos cada uno de estos signos aisladamente, difícil sería encontrar uno que englobare en sí toda la característica del asma esencial; aquí, como en todo problema clínico, el criterio debe descansar en el conjunto de fenómeno y no en uno sólo. Hay, no obstante, algunos, entre los enumerados, que teniendo racional explicación en la fisiología patológica del asma, le imprimen cierto carácter de individualidad, dificultando así su confusión con las demás formas de disnea; nos referimos á la *expiración difícil y prolongada*, á los *estertores sibilantes* y á la *ausencia de dolor retro-esternal*, pues ninguna disnea accésional y apirética, como lo es la asmática, ofrece como ella este conjunto sindrómico. Sabida es la constancia que en su presentación ofrecen los dos primeros hechos, como hijos legítimos del espasmo bronquial; por lo referente á la *ausencia de sensaciones dolorosas*, aunque constituye en sí un signo negativo, considéralo Huchard de importancia tal, que según este autor, se podrá creer en un asma si el enfermo no acusa sensaciones dolorosas, pero deberá alejarse esta opinión en cuanto ellas existan.

Pecáramos tal vez de exagerado

exclusivismo, si pretendiésemos aplicar este criterio, en el terreno clínico, de una manera tan absoluta, por que no es un imposible la concomitancia del asma con ciertas neuritis viscerales, de las cuales es el dolor su más fiel traducción, y la coexistencia, por tanto, de dos hechos que el autor separa completamente. Fuerza es confesar, no obstante, que en el caso supuesto, no habría entre el asma y el dolor ninguna relación de causa á efecto; pero negar en redondo la existencia de un acceso asmático que se revela por sus síntomas propios, por la sola presencia del dolor, sin acordarse de la posible concomitancia de dos enfermedades distintas, nos parece por demás aventurado.

Ora aparezca el acceso de noche, como es lo regular, ora se presente de día, según ocurre á veces, el enfermo que es presa de él, se sienta en la cama, á menudo con las piernas fuera, ó bien se levanta y abre los balcones en busca de aire fresco, ó se agarra fuertemente á un objeto cualquiera, según sea la intensidad del acceso. Siente opresión torácica intensa, pero no verdadero dolor, y ya hemos insistido sobre este punto. El pecho está excesivamente sonoro, y el murmullo vesicular llega casi á desaparecer bajo la nube de estertores sibilantes que por doquier se perciben; en tanto el rostro, pálido y sudoroso en un principio, va adquiriendo un tinte violáceo á medida que el acceso se prolonga. Cesan luego con bastante rapidez todas estas molestias, y el enfermo se encuentra al día siguiente como si tal cosa, inquietándole únicamente el temor de una repetición.

Estos son, á grandes rasgos, los principales caracteres del asma esencial. No obstante, si á las primeras embestidas suelen los órganos torácicos permanecer indiferentes, en cuanto á su normalidad anatómica, á fuerza de repetir los accesos, vánse fraguando lentamente ciertas alteraciones (efisema pulmonar, dilatación cardíaca), que colocan en definitiva al enfermo

en las mismas condiciones que el cardíaco más vulgar en avanzados períodos de su enfermedad, y entonces es cuando pueden verse mezclados los caracteres de la disnea asmática con la que luego estudiaríamos con el nombre de cardíaca.

El *pseudo-asma* no difiere esencialmente del anterior: ofrece sus mismos caracteres sindrómicos, y únicamente es más irregular en sus períodos é intensidades; es, en una palabra, una simple atenuación del asma.

Pasamos por alto el diagnóstico diferencial con las demás disneas, cuyo previo conocimiento nos es indispensable, para tener á mano los términos de comparación que han de fundamentar á aquél.

II. — DISNEA CARDÍACA. — Conviene ante todo hacer algunas advertencias aclaratorias. Entendemos por enfermedades del corazón todas aquellas cuya lesión reside en su masa muscular, en sus orificios ó en sus válvulas, excepción hecha de las del orificio aórtico y sigmoideas correspondientes, que pertenecen de derecho á la patología de la aorta, como así lo justifican su distinta etiología, el síndrome especial que caracteriza cada uno de estos grupos nosológicos, y hasta su terapéutica, con frecuencia totalmente opuesta.

Tal vez serían aún bastante discutibles las diferencias etiológicas entre las enfermedades del corazón y las de la aorta, á pesar de haber concretado Huchard este concepto, al decir que *la gota es á las arterias lo que el reumatismo es al corazón*, y por eso omitimos su discusión; pero tomando pie de lo que la clínica nos enseña, y considerando en síntesis general este conjunto de enfermedades, nos ofrece su observación, como fenómenos culminantes, la tendencia de las primeras á la hipotensión arterial, y á la aparición precoz y frecuente de congestiones viscerales y edemas en las extremidades inferiores, al revés de las aórticas, cuya nota dominante es la hipertensión y la mayor rareza de dichas congestiones y edemas. Estos hechos, que to-

dos habrán podido observar repetidas veces, tienen su explicación lógica: en la insuficiencia mitral, por ejemplo, por grande que sea la potencia del músculo cardíaco, siempre hay alguna retrocesión de líquido sanguíneo, y la inminencia de la congestión pulmonar es, por tanto, mayor. En cambio, la estrechez del orificio aórtico, según afirma Dujardin-Beaumez, y la clínica nos enseña, puede pasar mucho tiempo casi inadvertida para el enfermo, en tanto el ventrículo izquierdo conserve potencia bastante para sostener la compensación; y en la insuficiencia de las sigmoideas, si bien ya más ostensible en sus manifestaciones subjetivas y objetivas, la disminución de dicha potencia va unida al peligro de una muerte repentina por anemia cerebral, sin dar, por tanto, tiempo de que se fragüen estancaciones sanguíneas; y como en ambos casos el ventrículo izquierdo tiene condiciones para hipertrofiarse y resistir, y la válvula mitral cierra bien el orificio aurículo-ventricular, claro es que impidiendo el retroceso de la sangre hacia los pulmones, con mayor dificultad se congestionan. En cambio, la aorta enferma va acompañada de disminución en su elasticidad, de excesiva plenitud sanguínea en determinados momentos, y de neuritis del plexo cardíaco; y he aquí dos hechos, la congestión en los cardíacos, y la hipertensión y las neuritis en los aórticos, que trascendiendo con frecuencia al aparato respiratorio, dificultan su función, producen la disnea, pero con caracteres clínicos diferentes, por ser distintas también las causas y los mecanismos que la originan. Hay más aún: la misma terapéutica viene en corroboración de este criterio, y véase si no como responden los cardíacos á la digital, que aumenta la tensión arterial, y los aórticos á la morfina, que la disminuye; truéquese las medicaciones, y el resultado será desastroso en muchas ocasiones. (1).

(1) La morfina es á la aorta, lo que la digital es al corazón. —Huchard.

Mucho podríamos extendernos sobre tan importante materia, pero esto nos apartaría de nuestro objeto; y si nos hemos detenido un tanto en las precedentes generalidades, ha sido sólo para demostrar la importancia capital que, para el buen tratamiento de las disneas, reviste el hecho de considerar como afecciones aórticas, y no cardíacas, la estrechez y la insuficiencia del orificio y válvulas de la gran arteria.

Fijándonos ahora únicamente en las afecciones cardíacas, salta desde luego á la vista, que son las del corazón izquierdo y la ectasia general del órgano, las más directamente ligadas con perturbaciones respiratorias. Sea por estrechez del orificio aurículo-ventricular, sea por insuficiencia mitral, ó bien por cardiectasia, la consecuencia será siempre la misma, es decir, una estancación sanguínea en los capilares del pulmón, tanto mayor, cuanto más débil sea la potencia contráctil desplegada por el corazón; y así tendremos, por un lado, mayor cantidad de sangre que oxigenar, y por otro, menor cantidad de oxígeno en cada inspiración, viéndose el enfermo obligado, para sostener la hematosiis, á verificar esfuerzos á veces formidables, en directa relación con el daño pulmonar. De modo que, en rigor, el verdadero hecho casual de la disnea cardíaca, siempre vendrá representado por la hiposistolia.

Esto supuesto, ó la congestión pulmonar se va estableciendo de una manera lenta y gradual, en perfecto paralelismo con la marcha general de la enfermedad, sobre todo en sus últimos períodos, ó su aparición es rápida, efecto de alguno de esos múltiples accesos llamados de asistolia, de que tan semejantes afecciones. En el primer caso, el establecimiento gradual de la congestión, comunicando al enfermo una especie de hábito, hace que la dificultad respiratoria le sea mucho más soportable, ya que una mayor aceleración de dicha función le proporciona el oxígeno neces-

ario á los cambios hematósicos, hasta el momento en que la magnitud del proceso congestivo los dificulta soberanamente, y entonces es cuando pueden apreciarse en toda su plenitud los fenómenos clínicos de la disnea cardíaca. Lo propio sucede en el segundo caso, es decir, en el acceso asistólico, con la sola diferencia de la mayor rapidez en la aparición de la disnea.

Como quiera que sea (y refiriéndonos ya á un caso concreto), el enfermo no puede permanecer en posición horizontal; vése obligado á sentarse en la cama, ó en una silla, inclina el cuerpo hacia adelante, respira con frecuencia, siendo más difícil la inspiración que la expiración; las bases pulmonares, particularmente en el plano posterior, están macizas á la percusión, y esta macicez es tanto más alta cuanto mayor es la congestión del órgano; en esta zona, no se percibe el murmullo vesicular, y si tan sólo algunos estertores mucosos y quizás alguno que otro sibilante; hacia los vértices pulmonares el murmullo vesicular es más intenso, por la ley de compensaciones, y no pocas veces está salpicado de estertores mucosos, que cuando se extienden á la tráquea, se perciben á cierta distancia del enfermo. Cuando la congestión es muy intensa, pronto se pone el rostro cianótico, y hasta lívido, particularmente en los últimos períodos de la enfermedad; las yugulares se distienden y hay tos con expectoración que varía entre la mucosa, sero-mucosa y en ocasiones sanguinolenta. Si á esto añadimos los edemas de las extremidades inferiores, ó el completo anasarca, y lo más importante aún, si el corazón presenta los signos de una lesión endocárdica, ya no cabe equivocación posible, la disnea es cardíaca.

Ahora bien: los caracteres clínicos de ambas formas, asmática y cardíaca, ofrecen tan colosales diferencias, que casi huelga su estudio comparativo. Estalla la primera en medio de una salud aparentemente completa, y al día siguien-

te el individuo se entrega de nuevo á sus ocupaciones habituales, en tanto que la segunda, sin ser tan brusca su acometida, va precedida y subseguida, durante largo tiempo, de una serie de trastornos fácilmente apreciables, aún en pleno acceso, como los edemas por ejemplo; tiene aquélla su característica espiración prolongada con estertores sibilantes diseminados, que faltan en la segunda; hay excesiva sonoridad torácica en la asmática, y zonas macizas en la cardíaca; y, en fin, para evitar inútiles repeticiones, presenta lesiones el corazón en ésta, y permanece sano en aquélla.

III. — DISNEA AÓRTICA. — Varía en sus caracteres, según la lesión arterial que la origina. Hay individuos que habiendo conservado siempre las apariencias de la salud más completa, se ven acometidos bruscamente, tras un esfuerzo violento, de una fuerte disnea, con dolor retro-esternal, acompañada algunas veces de vértigos, que pueden llegar hasta el síncope. En otros casos va precedida durante un tiempo más ó menos largo de síntomas que revelan el daño aórtico que se está fraguando, y en estos puede presentarse el acceso sin influencias extrañas que lo determinen.

Vayamos por partes.

Esta disnea puede aparecer de día, ó en medio de la noche como es lo más frecuente. En cuanto aparece, el enfermo se sienta en la cama, su rostro se pone horriblemente pálido y sudoroso, y se ve pintada en él la expresión de una tremenda angustia. Apenas se cambia nunca la coloración del rostro durante el acceso; sólo en el caso de existir grandes compresiones de la cava superior (aneurisma del cayado) aparece el rostro cianótico y hasta edematoso, pero entonces no es carácter peculiar de la disnea, pues persiste con ó sin ella.

Su *intensidad* nada de particular nos ofrece que las distinga de las demás; puede ser tan intensa como ellas.

La *inspiración* suele acompañar-

se en ocasiones de un ruido especial producido por la dificultad que experimenta el aire á su paso por la tráquea; es que entonces este órgano sufre una compresión más ó menos violenta por la aorta dilatada simplemente ó por aneurisma. Ni la inspiración, ni la espiración van unidas á estertores de ningún género, y si existen no son producidos por la lesión aórtica, sino por otras afecciones concomitantes.

El *murmullo vesicular* nos ofrece algunas variantes. Por lo regular se percibe bien, pero la intensidad del acceso puede llegar á hacerle desaparecer casi por completo. Otras veces es el pulmón izquierdo quien se mantiene en silencio, en tanto que el derecho, á modo de trabajo compensador, muestra cierta exageración en la intensidad del murmullo; es que la compresión procedente de la aorta se limita en este caso al bronquio izquierdo, estado que se halla favorecido por la disposición y relaciones anatómicas de ambos órganos.

Un síntoma especial de esta disnea, y que de ser constante podríamos calificarle casi de patognomónico, es el *dolor*. Aparte de la dificultad respiratoria, que ya de sí es mucha, quéjase el enfermo de una sensación dolorosísima retro-esternal, en la región preaórtica, que se irradia á la espalda y á uno ó á ambos brazos, dolor que suele compararse al que produciría una barra atravesada en el pecho, ó á una fuerte compresión del esternón contra la columna vertebral. Sin embargo, á pesar de la importancia de este síntoma (pues no existe en las demás disneas), he notado su falta en algunos enfermos cuya lesión aórtica fué más tarde confirmada por la autopsia. Su causa es la neuritis del plexo cardiopulmonar.

El examen directo de la aorta nos descubre la lesión allí existente, ora se manifiesta por cambios de timbre en los ruidos (timpánico del segundo), ora por la aparición de otros nuevos (soplos). La reso-

nancia del segundo ruido indica sólo hipertensión arterial. El ruido timpánico (cambio de intensidad y timbre) es lo más ordinariamente un síntoma de dilatación por lo común considerable ó de un aneurisma de la aorta." (1)

Si aparte de las enfermedades aórticas, hay también otras enfermedades que presentan soplos, como la anemia, ciertas infecciones, etcétera, y si además algunas endocarditis pueden producir soplos fáciles de atribuir á la aorta y vice-versa, existe, no obstante, manera de distinguirlos. En el primer caso, ó el soplo no indica lesión aórtica y entonces no hay accesos disnéicos con los caracteres que describimos, ó estos existen, en cuyo caso el soplo es indicio de lesión aórtica; en el segundo puede presentarse un soplo en el apéndice xifoides, que significa, ó bien una insuficiencia de la válvula tricúspide, ó una propagación del soplo aórtico. "En el primer caso, dice Jaccoud, es dulce, parece más bien un débil murmullo, no se propaga á la parte posterior del tórax y hay además pulso venoso en las yugulares. En el segundo caso es rudo, rugoso, presenta su máximun de intensidad en la columna vertebral y no hay pulso venoso."

Omitimos ocuparnos de los demás síntomas locales que acompañan á las afecciones de la aorta, no sólo por hallarse consignados en todas las obras de patología, sino también para no separarnos del objeto que nos hemos propuesto.

En algunos casos de aneurisma del cayado es por demás notable la posición ó aptitud que suelen guardar los enfermos; se sientan en la cama ó inclinan el cuerpo hacia adelante y á la izquierda. La explicación de este hecho es bien fácil: esta actitud disminuye la compresión del saco aneurismático sobre la tráquea, en tanto que la aumenta el decúbito lateral derecho.

Es frecuente también observar en la disnea aórtica la aparición de otros fenómenos, como vérti-

gos y hasta síncope que pueden llegar á ser mortales, *hipertensión arterial*, síntoma casi constante, siempre que la enfermedad no haya llegado á sus últimos periodos y la reproducción ó aumento del acceso en cuanto el enfermo ejecuta el menor esfuerzo, fenómeno que ha dado pie para que se le diera el nombre de *disnea de esfuerzo*. En la insuficiencia de las sigmoideas aórticas, á más del pulso de Corrigan, he observado un notable movimiento pulsátil de las amígdalas. Conviene notar también que la mayoría de los enfermos aórticos suelen tener arterio-esclerosis generalizada.

Como se ve, pues, en nada se parece esta disnea á las anteriormente descritas. Entre una disnea dolorosa, y á veces sincopal, con hipertensión arterial, que aparece tras un esfuerzo, sin estertores sibilantes ni espiración prolongada como la asmática, sin cianosis, ni edemas, ni congestiones pulmonares como la cardíaca, y con síntomas aórticos que las demás no ofrecen, ¿es posible la confusión?

Permitáseme una última observación. Las afecciones aórticas, cuando llegan á ciertos periodos avanzados, trascienden al corazón, cuya nutrición se altera, pierde su fuerza contráctil, se dilata, y entonces el enfermo se ve colocado en idénticas condiciones que un cardíaco, y como tal hay que considerarlo en este caso.

IV. — DISNEA URÉMICA. — Puede afectar varias formas, pero son tres las que se observan con mayor frecuencia. La primera de ellas podemos sintetizarla en la siguiente fórmula: *es una disnea ruidosa, pero la auscultación no demuestra la presencia de ningún estertor*. Aclaremos este concepto: aparte de la dificultad respiratoria que como hecho mecánico nada tiene de particular, percíbense, á distancia del enfermo, ciertos ruidos tráqueo-bronquiales, que hacen creer en la existencia de estertores, ya sibilantes, ya mucosos, ó ambos á la vez, y sin embargo, al practicar la auscultación nos sorprende la ausencia de aque-

(1) Huchard.

llos ruidos, contrastando con la pureza del murmullo vesicular. Pues bien, este contraste es precisamente el que caracteriza esta forma de disnea urémica. No conozco la explicación del fenómeno, pero lo he observado repetidas veces en la clínica. Para dar más seguridad al diagnóstico, añádase á esto el edema del rostro, la disminución en cantidad de la orina, su color castaño, y todos los síntomas, en una palabra, propios de la uremia, apreciables á la simple inspección, ya que hay otros, como la albuminuria, si bien más significativos, imposibles de apreciar en aquellos momentos en que lo urgente es salvar el conflicto. Los demás síntomas nada ofrecen de particular como caracteres diferenciales.

La segunda forma afecta el tipo respiratorio de Cheyne-Stokes. Debemos confesar ingenuamente que no hemos tenido ocasión de observarla jamás, pero lo citan algunos autores y vale la pena tenerlo en cuenta. Hemos visto, sí, la respiración de Cheyne-Stokes en urémicos comatosos y aun en enfermos no urémicos, pero sin ninguna dificultad respiratoria. Huchard, tantas veces citado en el decurso de este modesto trabajo, dice lo siguiente al hablar de esta forma de disnea: "Se presenta en tres clases de enfermedades: en las cerebrales, en ciertas afecciones cardíacas caracterizadas por degeneración del miocardio y también en las enfermedades renales llegadas á su período urémico." Y añade en otro pasaje: "Los diabéticos con arterioesclerosis presentan accesos de disnea de Cheyne-Stokes, que puede ser tóxica por dificultad de eliminación de tóxicos por el riñón, y mecánica por hipertensión arterial."

Como se vé, pues, la respiración de Cheyne-Stokes acompañante de la disnea, no es propiedad exclusiva de la uremia, y en su consecuencia, resulta de escaso valor para el diagnóstico de la disnea que estudiamos. Precisa en tal caso acudir al concurso de los demás síntomas urémicos, si no queremos exponer-

nos á lamentables equivocaciones.

Y llegamos, por fin, á la tercera forma, caracterizada por la presencia de edema pulmonar generalizado, cuyo síntoma es inútil que nos entretengamos en describir; basta que el oído aplicado al tórax de un disnéico, perciba esa pléyade de finísimos estertores diseminados, y ver la expectoración abundante y serosa, acribillada de diminutas burbujillas, para asegurar la presencia del edema. Bien es verdad que tampoco es el tal edema un síntoma patognomónico de la uremia torácica, ya que también pueden originarlo las perturbaciones congestivas y las inflamatorias del pulmón; pero en estos casos suele estar circunscrito y el enfermo está cianótico, en tanto que en el urémico es difuso, y el rostro en vez de cianosis, presenta verdadera blancura y abotagamiento. Concretando, pues, la cuestión, podemos decir que *todo enfermo que presenta edema difuso del pulmón, con abotagamiento y palidez del rostro, es urémico*. Pudiera tal vez decirse que algunos cardíacos llegados á ciertos períodos avanzados de su enfermedad pueden también presentar estos caracteres; pero si tenemos en cuenta el estado del riñón en tales individuos, si recordamos la constante presencia de albúmina en la orina, ¿será absurdo suponer urémicas, más que verdaderamente cardíacas, las perturbaciones pulmonares que estos enfermos sufren?

De paso, digamos algo del edema de la cara en los urémicos. Tres son las solas enfermedades que suelen presentar edema inicial del rostro: la triquinosis, los aneurismas del cayado cuando comprimen la cava superior, y la uremia. No obstante, se distinguen perfectamente: la primera se acompaña además de fiebre alta y de intensísimos dolores musculares, la segunda presenta cianosis del rostro y alteraciones de la aorta fáciles de apreciar, y en la tercera está el rostro pálido, blanco, y por el tacto se puede apreciar una notable frialdad de la piel. Así pues, dada

la constancia con que se presenta este síntoma y la dificultad de confusión con las otras enfermedades, se puede deducir cual será su importancia en el diagnóstico de la uremia.

Es tan distinta la disnea urémica de las anteriormente descritas, según se ha podido ver por lo que acabamos de apuntar, son tan pequeños sus puntos de contacto y tan grandes las distancias que las separan, que no creemos necesario ocuparnos en su diferenciación, pues ésta no se fundaría más que en la repetición de lo dicho.

Existen algunas *enfermedades pleuro-pulmonares* que pueden dificultar en gran manera la respiración, y enmascarar, por tanto, el diagnóstico en cualquiera de las cuatro formas de disnea descritas, si un buen examen no aclara la cuestión. Desde luego, como quiera que éstas son apiréticas, (salvo las sintomáticas de nefritis agudas, de fácil diagnóstico), la sola presencia de la fiebre de las enfermedades agudas del aparato respiratorio bastaría para descartarlas de aquellas, si no se diera al caso de que ciertas infecciones, cuya lesión propia puede residir en cualquier órgano de la economía, trasciendan á otros más ó menos lejanos (corazón, aorta, riñones), y produzcan el acceso disnéico correspondiente. Entonces hay que tomar nota de los antecedentes y examinar con cuidado los órganos que se sospechen afectos.

Ciertos derrames pleuríticos se manifiestan á veces por accesos disnéicos bastante bruscos y apiréticos. Un caso de cáncer de la pleura he tenido ocasión de ver, típico bajo este concepto, pues originó un derrame sero-sanguinolento, cuya rápida producción se tradujo por una intensa disnea; pero en casos semejantes, la macicez unilateral, la falta de murmullo vesicular y de vibraciones torácicas y, en último caso, la punción exploradora, si esto no basta y existen sospechas de derrame, ponen en claro el concepto.

Por lo que toca á las demás en-

fermedades pulmonares, presentan signos locales que las individualizan, y cuya diferenciación no escapa á un mediano examen.

(Concluirá).

REVISTA DE LA PRENSA

Cloralosa

En un largo artículo sobre la acción fisiológica y terapéutica de la *Cloralosa*, llega el Dr. E. Chambard á la conclusión siguiente:

“Este medicamento no puede reemplazar al opio ó la morfina en las afecciones dolorosas ni en el insomnio alcohólico.

“Puede luchar con el cloral y aun tiene sobre él la ventaja de una administración fácil y de un gusto menos desagradable, en los insomnios y en las excitaciones cerebrales, en las neuralgias simplemente neuropáticas.

“Pero es principalmente en el insomnio y en las angustias de las afecciones del sistema cardiovascular que han llegado al período de asistolia en donde encuentra sus indicaciones, porque, al contrario del cloral y del opio, respeta durante largo tiempo las funciones respiratorias y especialmente las del corazón; pues aunque á dosis moderada, alguna depresión hace experimentar á la respiración, la circulación y el calor animal, su acción no llega á ser peligrosa sino á dosis exageradas, excesivas, á las cuales no hay para qué recurrir en ningún caso.

“Es, pues, para los cardiopatas para quienes la cloralosa es un verdadero beneficio y una preciosa adquisición terapéutica.”

(Crón. Med. Quir. de la Habana).

Forma intermitente de la neumonía fibrinosa

El doctor Berend refiere dos observaciones de neumonía fibrinosa en niños de 4 á 6 años, caracte-

rizada por una curva térmica con caracteres claramente intermitentes; es decir, con temperatura matinal de 37° y vespéral de 41. La pneumonía ha durado 5 días en el primer caso, y 7 en el segundo. Los niños han curado.

Revisando las observaciones análogas publicadas en la literatura y los casos de fiebre intermitente larvada de forma pneumónica, el autor llega á distinguir tres formas en la pneumonía intermitente:

1.° Fiebre intermitente de forma pneumónica. Está caracterizada por la existencia de los fenómenos prodrómicos, por la tumefacción del bazo y la acción específica de la quinina. La pneumonía deriva ordinariamente en estos casos de una bronquitis; el estado apirético es más corto que el febril; en fin, la fiebre es terciana ó cotidiana;

2.° Pneumonía con fiebre de forma intermitente proveniente de una infección mixta, es decir de la complicación de una fiebre intermitente por una pneumonía fibrinosa. Los antecedentes del enfermo permiten formular un diagnóstico exacto;

3.° Pneumonía con fiebre de forma intermitente, dependiente del hecho de verificarse la hepatización del pulmón por brotes sucesivos. Lo que caracteriza esta forma es la irregularidad de las remisiones, la larga duración del estado febril en comparación con el estado apirético, la falta de tumefacción del bazo y la curación sin la quinina.

(*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1894).

UN NUEVO GAS DEL AIRE

EL ARGON

Un nuevo cuerpo de importancia considerable acaba de descubrirse en la atmósfera. Como el mundo médico no puede permanecer indiferente ante este gran suceso científico, nos parece útil in-

dicar aquí la manera como se ha realizado este extraordinario descubrimiento y las ideas nuevas que sugiere.

Desde tiempo há lord Rayleigh se dedicaba á la determinación precisa de las densidades de los gases, cuando un hecho atrajo notablemente su atención: la diferencia, muy pequeña en verdad, pero constante, que observaba entre la densidad (2,3102) del azoe extraído del aire y la (2,2999) del azoe separado de los compuestos de este elemento. Esta ínfima diferencia de peso ha sido el punto de partida de la larga serie de investigaciones que nos proponemos resumir.

Durante dos años estas investigaciones han sido proseguidas sin cesar por lord Rayleigh á quien se asoció últimamente el profesor W. Ramsay. Estos dos ilustres colaboradores se preguntaron si el exceso de peso comprobado no provendría del estado impuro del azoe atmosférico. Este gas había sido identificado al azoe de los compuestos azoados en una época en que el análisis del aire no tenía el grado de precisión que ha alcanzado actualmente. Ahora, en lugar de señalar que esta identificación no era legítima más que en el límite de precisión de los experimentos, los químicos la han considerado tan absoluta que á pesar de estar provistos de métodos más perfeccionados, han descuidado casi siempre dosar *directamente* el azoe del aire. En tanto que ponen hoy gran cuidado en hacer absorber la *totalidad* del vapor de agua, del ácido carbónico y del oxígeno de la atmósfera por diversos cuerpos tales como ácido sulfúrico, potasa y fósforo, se contentan muy á menudo con determinar el azoe *por defecto*. La pequeñísima cantidad de gas que obtienen después de haber eliminado del aire vapor de agua, ácido carbónico y oxígeno, puede, pues, muy bien no ser azoe completamente puro.

Lo primero que hicieron lord Rayleigh y el profesor Ramsay fué comparar muestras de azoe de diversos orígenes. Este trabajo estableció los hechos siguientes:

1.º Todas las muestras tomadas de compuestos azoados, sean cuales fueren estos compuestos, ofrecen rigurosamente la misma densidad;

2.º El azoe quitado al aire por medio de un procedimiento que lo introduce en una combinación, ofrece, una vez aislado, un peso específico igual al precedente;

3.º El azoe, dosado *por diferencia*, en el análisis del aire, presenta una densidad constante, pero superior en un $\frac{1}{2}$ por 100 á la precedente; y

4.º Cuando se opera sobre una gran cantidad de aire al cual se quita, por vía de combinación, todos sus elementos conocidos, inclusive el azoe, se obtiene un residuo gaseoso, cuya densidad es 20.

Desde entonces los autores pudieron decir: "el aire contiene además de los gases que se acostumbra enumerarle, una pequeña cantidad de otro cuerpo." Nuevas hipótesis surgieron entonces necesariamente. ¿El nuevo cuerpo es un polímero del azoe, como lo es el ozono respecto del oxígeno, ó es otra cosa?

Para probar la primera suposición, Rayleigh y Ramsay hicieron dos series de experimentos.

Primero sometieron el azoe auténtico al efluvio y comprobaron que esta operación no alteraba la densidad del gas.

En seguida expusieron á la acción del calor el residuo gaseoso que se obtiene del aire haciendo absorber por diversos cuerpos todos los elementos conocidos, *inclusive el azoe*. Este residuo presenta después de la calefacción la densidad que ofrece antes de ser calentado.

No parece, por consiguiente, que el nuevo gas sea al azoe lo que el ozono es al oxígeno.

Otro experimento confirma esta inducción: el espectro del nuevo gas difiere de el del azoe. Presenta sobre todo en el origen de la banda azul, una raya que le es particular y que parece caracterizarlo.

Este resultado enseña además que el nuevo gas no es un cuerpo compuesto. Su espectro difiere de el de todos los elementos conocidos, y ofrece la particularidad de variar con la temperatura. Esta variación, observada ya en otros espectros, deja actualmente indecisa la cuestión de saber si el gas considerado está constituido por una substancia única ó por una mezcla de dos elementos.

Para mejor definirlo, los autores han procurado combinarlo; pero sus esfuerzos han sido vanos: el nuevo gas es aun más inerte que el azoe, más recalcitrante para la combinación. Este carácter ha decidido para que se le nombre *argon*, palabra que significa "sin energía."

¿De qué depende esta repugnancia del argon para formar compuestos? He aquí algunos experimentos al respecto.

Se prepara argon en bastante cantidad para determinar la velocidad del sonido ó, más exactamente, la propagación del movimiento en este gas. Según una ley física bien conocida, esta velocidad es función de la relación que existe entre los calores específicos del gas, determinados uno á presión constante y el otro á volumen constante. El conocimiento de esta relación es importante: Clausius ha llegado á proponer una fórmula que desempeña actualmente importante papel en termodinámica; esta fórmula enuncia, en función de la relación precedente, la relación que existe entre la ener-

gía de traslación y la energía interna de las moléculas gaseosas. Si se transporta en esta expresión el valor de la relación de los calores específicos suministrados por la velocidad del sonido en el argon, se encuentra 0 por valor de la energía interna. Este resultado implica que la molécula de argon está, á la temperatura ordinaria, constituida por un sólo átomo, lo que conduce á doblar la densidad (20) del gas para obtener el peso atómico (40) del argon, y explica, en fin, el insuceso de las tentativas hechas para combinar este cuerpo.

El cálculo indica que el argon no dobla su molécula sino á los 80° bajo cero. Es, pues, solamente á esta temperatura que se podrá reemplazar uno de los átomos de la molécula por el radical monoatómico de otro cuerpo, mejor dicho, combinar el argon.

Tales son las consecuencias que se desprenden, de una parte del experimento sobre la velocidad del sonido en el argon, y de otra, de la fórmula de Clausius. Pero ¿esta fórmula se impone? Ella sucumbiría, arrastrando en su caída algunas piezas del edificio termodinámico, el día en que los químicos obtuviesen á la temperatura ordinaria la combinación del argon.

Se ve cuan importante es para el sistema general de la ciencia el descubrimiento del nuevo gas. En sólo el dominio de la química general, este descubrimiento provoca una revolución, porque no se sabe en qué serie natural debe ocupar sitio el argon.

Agreguemos en fin, que el argon ha sido liquidado y solidificado á solicitud de lord Rayleigh y del profesor Ramsay, por el Dr. Olszewski, profesor de Física en la Universidad de Cracovia.

E. L. C.

FORMULARIO

Sellos contra la hipertermia de la neumonía infantil

D. C. LEWINTHAL

Fenacetina.....	} áá
Sulfato de quinina.....	} 0 gr. 06
Cafeína.....	} áá
Benzoato de soda.....	} 0 ,, 01

M.—Para un sello. Hágase doce sellos semejantes, para tomar uno cada dos ó cuatro horas (para un niño de 16 meses).

Tratamiento local de la angina diftérica

N. IGNATOVSKY

Esencia de menta.....	8 gramos
Esencia de trementina. }	áá
Petróleo..... }	30 ,,

M.—Uso externo.

Se embadurnan las falsas membranas por medio de tapones de uata empapados en esta mezcla, con intervalos de una ó dos horas.

CRONICA

Universidad Mayor de San Marcos.—Rector y Vice-Rector de la Universidad han sido elegidos respectivamente, los Srs. Dr. Francisco García Calderón y Dr. Celso Bambarén, los que desempeñarán el cargo hasta el año de 1899.

Elecciones en la Facultad de Medicina.—Para el cuatrienio de 1895-99, han sido elegidos:

Decano, Dr. Francisco Rosas;

Sub Decano, Dr. Armando Vélez;

Secretario, Dr. Manuel C. Barrios; y

Pro-Secretario, el adjunto interino, Dr. Antonio Pérez Roca.

Cirujanos de Ejército.—Adscritos á la Inspección General del Ejército, han sido nombrados los facultativos siguientes: Cirujano mayor, Dr. Daniel Espejo y Cirujano de 2.^a clase, Dr. Leoncio I. de Mora.

Cirujano del Cuerpo General de Inválidos ha sido nombrado el Sr. Luís B. Maza; nombramiento irregular, por que este caballero aun no tiene título profesional.

Vocal del Consejo Superior de Instrucción Pública ha sido nombrado el Dr. Ricardo L. Flórez, en lugar del Dr. Manuel A. Muñiz que renunció.

Hospicio de Insanos.—Durante la ausencia del Dr. Manuel A. Muñiz, Médico principal de este establecimiento, lo reemplazará el auxiliar Dr. Wenceslao S. Salazar, según resolución de la Sociedad de Beneficencia Pública

El Dr. Tomás Salazar, nuestro apreciado maestro y amigo, catedrático principal de Terapéutica y Materia Médica, ha sido víctima de un desgraciado accidente que le ha ocasionado la fractura de una pierna. Lamentando tan sensible hecho, deseamos el pronto restablecimiento de tan digno facultativo.

Serum antidiftérico del profesor Roux.—Tenemos la satisfacción de anunciar que este precioso agente terapéutico se expende ya en Lima, en la Botica del Progreso de D. F. I. Grec, ca le de Melchormalo; de manera, pues, que nuestros prácticos pueden ya emplear la seroterapia en el tratamiento de la difteria, enfermedad que tantos extragos hace sobre todo en los departamentos del Sur del Perú.

No será demás que indiquemos también, que en su oportunidad LA CRÓNICA MÉDICA publicó la descripción de este nuevo tratamiento curativo.

Necrología.—El mundo médico ha perdido á dos de sus más notables personalidades. El doctor DURJARDIN BEAUMETZ, médico de los hospitales de París, miembro de la Academia de Medicina, del Consejo de Higiene y Salubridad, etc., etc., ha sucumbido á una larga y terrible enfermedad. No tenemos necesidad de recordar á nuestros lectores los grandes servicios pres-

tados por el sabio médico francés á la terapéutica moderna.

El doctor ALPHONSE GUERIN es otro de las víctimas. Este era uno de los decanos de la Academia de Medicina de París y del cuerpo quirúrgico francés. Sucumbe á la edad de 78 años. Fué, puede decirse, no sólo el precursor, sino el iniciador de la escuela y trabajos Pastorianos.

Flujo de sangre por los puntos lagrimales.—En la sesión del 31 de marzo de 1893, refirió el señor Malbec, en la *Sociedad de Biología* de París, un caso de flujo de sangre por los puntos lagrimales, en el curso de una epistaxis, á consecuencia del taponamiento de las fosas nasales, y el señor Galtier ha observado ahora otro caso idéntico en uno de sus hijos, de once años de edad. A consecuencia de una epistaxis persistente, se vió obligado dicho señor á taponar primero la fosa nasal en que se producía la hemorragia, y después, por salir la sangre por la otra, la opuesta; hecho lo cual se vió salir sangre por los puntos lagrimales de ambos ojos y correr lágrimas de sangre por ambas mejillas. Sin embargo, este flujo de sangre por los puntos lagrimales fué de corta duración, apesar de que hubo que sostener el taponamiento de las fosas nasales.

Un impuesto original.—Se ha presentado á las cámaras francesas una petición de un señor Plageol, para que se decrete un impuesto sobre los corsés. Para juzgar á que suma podría elevarse ese impuesto, baste saber que en París solamente, hay 98 fábricas de corsés por mayor, y 420 confeccionistas á medida y vendedores al por menor, sin incluir los grandes almacenes de novedades. Se venden en Francia, próximamente, 80 millones de corsés al año, lo que supone una muy respetable cantidad, pues el precio de estos artefactos varía entre 18 á 300 francos la docena al por mayor, y de 30 á 50 francos la pieza hechos á medida.

Publicaciones recibidas

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

Il Policlinico, Periódico de Medicina, Cirugía é Higiene, dirigido por los doctores GUIDO BACCELLI y FRANCESCO DURANTE. *Roma* (Italia).

La Presse Médicale, Periódico semanal, dirigido por los doctores F. BRUN, L. LANDOUZY, H. ROGER, E. BONNAIRE, M. LETULLE, L. OLIVIER, DE LAVARENNE (Secretario general y M. LERMOYÉZ. *Paris* (Francia).

La Dosimetrie. Nueva publicación mensual de Medicina y Terepútica dosimétrica, dirigida por el Dr. E. TOUSSAINT, antiguo presidente de la Société de Thérapeutique dosimetrique de Paris, con la colaboración de muy distinguidos médicos de Francia y del extranjero. Precio de suscripción: 8 frs. al año. *Paris*, 54 rue des Francs-Bourgeois.

Bulletin de Médecine et de Pharmacie dosimétriques burgraviennes. Nueva publicación dirigida por el Dr. BURGGRAEVE. *Paris*, Place des Vosges, 21.

Las Nuevas Enfermedades Nerviosas, por el Dr. G. ANDRÉ, profesor de Patología interna en la Facultad de Medicina de Tolosa, traducido por D. FEDERICO TOLEDO y CUEVA, licenciado en Medicina y Cirugía. Un volumen de 400 páginas lujosamente encuadernado en piel. *Madrid* (España), Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Practicas*, Preciados, 33, bajo.—Año 1894.

Medicina Clínica, por los profesores Germán Sée y Labadie-Lagrave.—LA TISIS BACILAR DE LOS PULMONES, por Germán Sée, traducida al castellano por don Antonio Espina y Capo. Constará de un tomo en 8.º, con dos láminas cromolitografiadas, al precio de 10 pesetas en rústica y 11,50 en pasta. Suscripción por entregas semanales de una peseta.—Se han puesto á la venta las entregas 1 á 4.—Librería editorial de Bailly-Bailliére é hijos, Plaza de Santa Ana, 10, *Madrid*, y en las principales librerías de Madrid, España y Ultramar.

Traité de l'œil artificiel, por el Dr. P. PANSIER (d' Avignon), con figuras en el texto. Un volumen en 18, de 132 páginas, empastado. Precio. 4 frs. *Paris*, A. Maloine, editor, 91, boulevard Saint Germain.—Año de 1895.

La Neurasthénie et son traitement, vade-mecum del médico práctico, por el Dr. EMILE LAURENT. Un volumen en 18, de 83 páginas, empastado. Precio 2 frs. 50. *Paris*, A. Maloine, editor, boulevard Saint Germain, 91.—Año de 1895.

Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille, por el Dr. ANTOINE COURTADE, antiguo interno de los hospitales de Paris, Miembro de la Sociedad de Terapéutica y de la de Medicina y Cirugía prácticas. Un volumen en 12, de 338 páginas.—Precio 4 frs. *Paris*, A. Maloine, editor, boulevard Saint Germain, 91.—Año 1895.

La Médecine des ames, por el Dr. EMILE LAURENT. Un elegante volumen en 32, de 114 páginas, caracteres elzevrianos, tirado en dos colores, etc. Precio 2 frs. 50. *Paris*, A. Maloine, editor, boulevard Saint Germain, 91.—Año de 1895.

Trabajos é Instrumentos presentados en la Sección de Laringología del XI Congreso Médico Internacional de Roma, por el Dr. RICARDO BOTEY. Un folleto de 68 páginas, con láminas. *Barcelona* (España), Tipografía de Simón Alcina y Clós, Calle Muntaner, 10. —Año 1894.—Dos ejemplares.

De la operación de Rouge, por el Dr. RICARDO BOTEY. Folleto de 28 páginas con láminas. *Barcelona* (España), Imprenta de Simón Alsina y Clos, 10, Muntaner. Año de 1894.—Hemos recibido dos ejemplares.