EL MONITOR MÉDICO.

ORGANO DE LOS INTERESES CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES DEL CUERPO MÉDICO

PUBLICADO BAJO LA PROTECCIÓN DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Año IX. } Lima, 15 de Febrero de 1894. } N.º 210.

SECCIÓN OFICIAL.

Academia Nacional de Medicina.

Presidencia del Doctor Vélez.

10.ª SESIÓN ORDINARIA DE 1893.

DISCUSION SOBRE INFLUENZA.

Abierta la sesión con asistencia de los miembros titulares: Dres. Almenara, Barrios, Florez, Castillo, Villar, Muñiz, Leon, Quiroga, Bambarén, Sosa, y de los infrascritos Secretarios, se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Se dió cuenta de un oficio del Director de Justicia remitiendo algunos impresos sobre la Convención Sanitaria habida en Dresde.

De otro oficio del mismo transcribiendo una nota pasada por el Ministerio de Relaciones Exteriores relativa al cólera en Londres.

Se acordó contestarlos.

De un informe de la comisión formada por los Dres. Villar, Bambarén, Matto y Odriozola sobre el líquido de Imoboro presentado por el señor Léonard para su aprobación.

Se aplazó su discusión hasta la próxima sesión.

PRESIDENTE. — Vamos, señores, á continuar la discusión que está pendiente sobre *influenza*; es sensible que los Dres. Almenara y Quiroga no hayan asistido á las dos anteriores sesio-

nes porque sus ocupaciones lo impidieron, y esto es tanto más sensible cuanto que podrían tomar mejor en consideración las ideas que se emitieron en esas sesiones.

DR. ALMENARA.—Yo me lamento, señores, que mis ocupaciones no me hayan permitido asistir á esas sesiones ni acumular, como me había propuesto, material abundante para tratar la importante cuestión en debate del uso de los vejigatorios en las neumonías simples ó fibrinosas y en las neumonías grippales; el objeto vale la pena porque hay mucho y muy interesante escrito sobre la materia. Hay un autor, cuyo nombre no recuerdo, que se ha ocupado mucho del asunto en el «Boletín de Terapéutica», al que citan Lucas Championnière, Huchard y otros. Pero no he tenido tiempo de venir provisto de este caudal, así es que sólo me limitaré á contestar á algunas objeciones que hizo el Dr. Matto al informe.

El Dr. Matto, refiriéndose al informe, decía que en unos enfermos se aceptaba el uso de los vejigatorios y se rechazaba en otros, y se preguntaba al respecto qué diferencia había entre la neumonía franca, fibrinosa y la neumonía grippal, que tan infecciosa era la una como la otra y que la prohibición de los vejigatorios debía hacerse para ambas. Pero á eso debo responder que la neumonía franca, fibrinosa, es un proceso altamente inflamatorio y aunque en él existe el neumococo que traduce su índole in-

fecciosa, esa infección es esencialmente localizada y no va nunca hasta comprometer órganos lejanos y ésta es ya una diferencia. Por otra parte, la neumonía fibrinosa tiene un ciclo conocido que no va más allá de 7 ó 9 días y existiendo en ella un parásito, éste está bien estudiado y se reduce á dos ó tres clases. Todo lo contrario sucede en la neumonía de una enfermedad infecciosa como la gripe; en este caso ella no es sino la manifestación más ó menos tardía de una enfermedad que no tiene un ciclo conocido y en la que las mutaciones ó variaciones de los microbios, es decir la manera como nacen, se reproducen y desaparecen, nunca son tan localizadas.

En las enfermedades infecciosas los microbios son de varias, clases y aunque siempre hay uno que es específico, no es menos cierto que en el curso de la enfermedad hay un círculo patogénico que nos pone en la imposibilidad de poder decir cuál ha causado la muerte.

Yo sé muy bien que hay todavía clínicos que abogan por los vejigatorios y la comisión ha hecho por eso constar en el informe el uso que se hace de ellos más bien como una deferencia al método antiguo.

En los neumónicos usamos hoy la dieta y los antiflogísticos para producir una benéfica derivación ó espoliación; disculpando á los que no pudieran someterse á esos medios es que vendrían en segundo término los vejigatorios, pero sin creer por supuesto que las ampollas que forman en la piel se hagan á expensas del liquido robado de adentro. Yo declaro nuevamente que no estoy por el empleo de los vejigatorios, pero también declaro que los aplico en uno que otro caso y hace pocos días no más que los he usado en una chiquilla; pero estimo que sólo se debe apelar á ellos como recurso último.

DR. FLOREZ.—Yo me voy á permitir decir dos palabras sobre el asunto en discusión. La diferencia que hay entre la neumonía grippal y la neumonía fibrinosa es capital. La una es una inflamación por excelencia, la otra no es una neumonía; es una parálisis del

pulmón derivada de la acción que las ptomainas ejercen sobre él, produciendo la parálisis de los músculos de Reissessen. Es cierto que en la gripe se acepta neumonías de diversas clases, pero esto sólo pasa cuando el organismo se pone apto para recibir el neumococo y cuando éste aparece en la influenza es cuando esta enfermedad favorece la instalación del neumococo ó estreptococo, pero en este caso no es legítimamente que se les da el nombre de neumonías grippales.

Por lo que respecta á los vejigatorios, nadie cree hoy en la derivación de la linfa; la teoría que más adeptos tiene y que se amolda bien al efecto de los vejigatorios es la teoría reflexógena, en virtud de la que, al frente de cada viscera, hay placas cutáneas cuya irritación se refleja sobre la viscera adyacente produciendo un reflejo cuyo efecto último es la isquemia visceral engendrada por la contractura de los capilares; son estos los fenómenos que se desarrollan muy probablemente en el pulmón bajo la influencia de la irritación cutánea. Pero los vejigatorios nada pueden hacer, sino abrir una puerta enorme á la infección, hacer sufrir al enfermo y producir nefritis; el mismo resultado que se pretende obtener con el empleo de los vejigatorios se realiza con los puntos de fuego, con los sinapismos repetidos. Por todos estos motivos yo creo inútiles los vejigatorios; pero, sin embargo, yo los aplico en las neumonías y pleuresias nada más que por la sencilla razón de que aquí las familias se los imponen á uno y lo hago en descargo de las responsabilidades que podrían pesar sobre mí en caso de sobrevenir algún accidente que sin duda lo achacarían á la falta del vejigatorio.

DR. MATTO.—Yo no he querido comparar la neumonía franca con la neumonía grippal; sólo he querido demostrar que, bajo el punto de vista de la patología general, ambas son infecciosas; yo sé muy bien que en la neumonía fibrinosa hay un microbio conocido cuya evolución está sujeta á un ciclo, que se sabe cuantos días vive, cómo se reproduce; mientras que

en la influenza no se conocen estos detalles; por eso decía que eran dos infecciones sin suponer que esos microbios fueran comparables.

Por lo que toca á los vejigatorios yo creo que si son útiles sólo lo son en el tercio de la enfermedad y que en ese caso obran más bien como fuerza dinámica; pero los rechazo absolutamente en el período agudo durante el cual los microbios conservan toda su potencia generadora.

DR. ALMENARA —Respecto á los vejigatorios debo añadir que si algunos no renuncian á su empleo es porque la ciencia no ha dicho todavía su última palabra, y si se usan en muchos casos es por convicción, puesto que el público es dueño de ese recurso. Yo soy también de opinión que de emplearse no debe hacerse nunca en el período agudo. No recuerdo que autor ha hecho experiencias muy interesantes en perros sanos á los que aplicaba vejigatorios en diversas partes. Después de sacrificarlos, este observador ha encontrado pleuritis que no son extrañas, porque descubrió que de las arterias y venas intercostales partían ramificaciones que se distribuían en la pleura. De modo, pues, que según este autor, poniendo un vejigatorio en el período agudo se dobla la inflamación. En conclusión, sólo se puede tolerar su uso en el período crónico ó mejor dicho en el estado crónico de la enfermedad.

DR. CASTILLO—Yo me felicito de que esta sociedad se haya animado tanto en una discusión tan interesante. Yo soy una de las personas que como miembro de la comisión firmante del informe é individualmente me he encontrado en abierta pugna con el uso de los vejigatorios. Y en este particular declaro que no he sido guiado por preocupación alguna; sino que mis ideas están en armonía con la acción fisiológica, la experimentación, la observación clínica y etiológica. Para algunos, los vejigatorios aumentan al principio la tensión sanguínea para bajarla después. Otros, como Rosbach, Nothnagel, Jacobson, creen que no tienen influencia positiva. Si creemos

á los primeros la acción de los vejigatorios no puede ser más perniciosa, porque sabemos que el proceso inflamatorio está constituido por la dilatación de los capilares y la diapedesis y clínicamente se deduce de la acción fisiológica que estos dos elementos aumentarán por la dificultad misma con que se mueve el corazón. Yo creo también que en el período agudo no es posible usarlos; en el segundo período ó de reabsorción del exudado no tiene tampoco objeto su empleo, y digo esto apoyándome en la clínica; un exudado, se comprende fácilmente, no puede reabsorberse bajando la tensión sanguínea sino por el contrario aumentándola y por eso damos la digital.

Todas estas razones me parecen bastante poderosas para no preocuparme de los fenómenos tóxicos producidos por la reabsorción de las cantáridas que aumenta el poder de los microbios. Fuera de estas razones traigo aquí algunos datos que también ilustran la cuestión.

Para reforzar mi manera de pensar, voy á citar algunos nombres de célebres nosografistas cuyas ideas sobre vejigatorios he consultado. Laennec acusaba á los vejigatorios de aumentar la congestión pulmonar y dificultar la respiración. Louis los encontraba inútiles. Grisolle vaciló mucho en su aplicación y sólo se resolvió, diciendo: debe haber alguna razón en esta práctica generalmente aceptada. Leyden los acusa de aumentar los sufrimientos de los enfermos de mielitis; Bilroth dice no emplearlos nunca y agrega que en Alemania hasta el vulgo los mira con desconfianza. Duplay no los cree necesarios. Huchard los ataca vivamente sobre todo en la gripe. Laborde los censuró acremente el año 92 en la Academia de Medicina. Netter en su magnífica monografía sobre enfermedades agudas del pulmón y que corre inserta en la obra de Charcot, Bouchard y Brissaud, sólo se refiere á los vejigatorios para manifestar lo dudoso de su acción y sus grandes inconvenientes, razón por la que hoy no se emplean. Woiller dice que

de cien aplicaciones sólo diez son favorables. Dieulafoy asegura que no tienen acción ninguna en los derrames pleurales y se abstiene de usarlos. Germain Sée los trata con demasiada severidad. Eichorst, en su gran obra de nosografía, ni los menciona. Dujardin-Beaumetz á quien se ha aludido en esta Academia, dice que en el período activo de las neumonías es hasta dañoso emplearlos.

Estoy, pues, en contra de ellos.

DR. FLOREZ.—El Dr. Castillo podría agregar á todo eso que Graves también los rechaza en la gripe.

DR. ALMENARA.—Creo que se puede aumentar el número hasta el doble.

DR. QUIROGA.—Si tomo la palabra no es para refutar ningún punto del informe que me parece ser un estudio completo; pero como en el curso de la discusión se ha dicho que toda neumonía es infecciosa, yo creo que todos los prácticos no están acordes á ese respecto. Hay algunos que aceptan las neumonías fibrinosas á frigore, que no revisten caracteres infecciosos. Las mismas neumonías infecciosas que presentan microbios no se sabe si son producidos por ellas ó son su causa.

En toda enfermedad infecciosa hay un período de incubación, todas ellas son contagiosas, no atacan sino una sola vez y en la neumonía sucede todo lo contrario, cuando se desarrolla una primera vez deja en el organismo una receptividad especial. Creo por otra parte que los micrógrafos han hecho estudios concienzudos sobre los microorganismos de la neumonía y han cultivado microbios de distintas clases: lanceolados, diplococcus capsulados, no capsulados. En la neumonía á frigore se ha encontrado en la traquea y bronquios diplococcus no capsulados. Queda, pues, por lo menos la duda de si toda neumonía es infecciosa y me parece que hoy las opiniones son contradictorias. Por estas razones yo creo que debe admitirse una neumonía á frigore.

DR. ALMENARA.—No hay neumonía que no sea infecciosa; la diferencia solo está en el grado mayor ó menor de la infección que ha nacido de un

origen animado. Ahora, de que haya neumonías que se repiten eso sólo prueba que el frío hace patógenos á microbios que antes no lo eran.

DR. MATTO.—En la neumonía hay dos clases de microorganismos; unos que se localizan en el aparato respiratorio y otros que invaden el aparato circulatorio; pero ambos producen sus efectos. Ellos matan por infección. Por otra parte, esos microorganismos cultivados producen la infección general cuando se les inyecta en animales. En las neumonías se registran casos de artritis, nefritis.

DR. QUIROGA.—Pero es el microorganismo ó el líquido del cultivo el que ocasiona la inflamación?

DR. MATTO.—Le responderé al Dr. Quiroga, con dos palabras: Si se inyecta una pequeña cantidad de caldo puro en un animal no se produce nada; si se inyecta el mismo caldo después de desarrollados los microbios la infección se declara.

DR. ALMENARA.—Las neumonías fibrinosas matan por supuración ó por gangrena, y difieren en esto de las neumonías infecciosas que constituyen siempre accidentes muy secundarios en la evolución de la enfermedad.

DR. CASTILLO.—Tratándose de una inflamación médica, (pido perdón por la palabra,) el frío, el traumatismo no desempeñan sino el papel de causas determinantes, y tan cierto es esto que muchas personas sometidos á enfriamientos bruscos no contraen una neumonía, es indispensable que haya una disposición especial del organismo á favor de la que el microbio estimulado por el frío aumenta su poder patógeno. Tan conocida es la acción inocente del frío por sí solo que muchos prácticos lo creén al contrario favorable y emplean paños de agua helada en la curación de las neumonías. Por estas razones es que el Dr. Quiroga no está de acuerdo con nosotros. Aún las inflamaciones quirúrgicas son para Rosser todas infecciosas.

DR. BAMBAREN.—Según el estado actual de la ciencia no hay neumonía que no sea infecciosa y según su naturaleza son susceptibles de las diferen-

cias á que ha aludido el Dr. Florez. El proceso morboso de la neumonía grippal es distinto del de la inflamación simple; sus causas son diferentes y hay infección en ambos casos. El frío húmedo no hace sino favorecer al microbio que produce la neumonía, como el frío húmedo favorece también la pululación del microbio del tétanos; en otro tiempo que no se conocía la causa del tétanos se aceptaba un tétanos *á frigore*, que hoy no existe. El traumatismo tiene en la producción de la neumonía la misma participación que el frío, realiza soluciones de continuidad del pulmón por donde se introducen los microbios.

En una neumonía se encuentran no un solo microbio, sino muchos de diferentes clases, de diversas formas.

En cuanto á los vejigatorios, yo creo que el Dr. Florez no es lógico al excluirlos en la neumonía franca: él dice, en efecto, que deban emplearse medios irritantes porque hay en la piel focos de nervios que están en correspondencia con focos de nervios internos, de suerte que irritando los primeros se produce por reflexión sobre los segundos una isquemia de los capilares correspondientes; de este modo me parece que explica la acción de los irritantes. Porqué, pues, siguiendo la misma lógica rechaza un medio de irritación? Yo creo, señores, que siempre la reacción vá más lejos y que en este sentido está de moda en la medicina actual la prohibición de los vejigatorios en las enfermedades inflamatorias. Convengo sí en que no deben emplearse en la influenza, enfermedad en la que el organismo se encuentra deprimido desde un principio por la acción de los microbios.

Ahora, si se creyera que en ningún caso los medios irritantes exteriores son benéficos, debemos concluir que ninguno vale nada y que la acción del médico sólo se reduciría á modificar el terreno en las enfermedades infecciosas para hacerles pasar mala vida á los microbios, debilitándolos y matándolos por fin. Pero si esos microbios han muerto y quedan en nuestros órganos restos de su actividad, yo creo

realmente que en esos casos es necesario ayudar al organismo por esos medios; es cierto que también se usan medios internos con el mismo objeto.

En resúmen; me parece que la ciencia no ha dicho todavía su última palabra en esta cuestión y que hay necesidad de esperar que el péndulo vuelva á la condición que debe tener.

DR. FLOREZ.—Yo no rechazo los revulsivos pero sí los vejigatorios. Los considero nocivos porque abren una puerta enorme á la infección, congestionan los riñones, debilitan al enfermo. Por mi parte yo opino como el Dr. Castillo, que veo ha sido aquí el campeón en contra de los vejigatorio; yo no los pusiera por ningún motivo.

DR. ALMENARA.—Yo protesto de que esta lucha en contra de los vejigatorios sea una cuestión de simple moda: desde el siglo pasado se viene combatiendo contra ellos. Tampoco se diga en conclusión que los vejigatorios obran por estímulo de zonas reflexógenas; eso es simplemente una manera de acomodarse á una explicación. Cuando se aplica un vejigatorio en una neuralgia los dolores desaparecen y entonces tiene cabida esa explicación que es enteramente acomodaticia.

DR. BAMBAREN.—Los órganos internos es indudable que tienen núcleos que van á ponerse en correspondencia con el exterior: no de otro modo podría explicarse la acción reconocida de las cataplasmas y pomada sobre órganos profundos cuando sólo se aplican sobre la piel.

PRESIDENTE.—Hemos llegado, señores, al término de la discusión; yo me felicito de que los miembros de esta Academia hayan tomado parte tan activa en la discusión de este informe cuya importancia es muy grande. Espero que todos los señores continuarán puntuales á estas sesiones, pues no faltará asunto interesante de que tratar.

Se levantó la sesión á las 6 menos un cuarto.

Los Secretarios anuales.

ERNESTO ODRIUZOLA.—DAVID MATTO.

Academia Nacional de Medicina.

INFORME

Señor Presidente:

La comisión nombrada por US. para informar sobre las cualidades del «*Licor de Imoboro, conservador y momificador*» presentado ante la Academia por el señor Felix Léonard, tiene hoy el agrado de dar cuenta de su cometido, no habiéndolo hecho antes porque tenía el propósito de verificar con el expresado líquido una prueba más decisiva que aquella que le ha servido de base para el presente informe. Dicha prueba no ha podido llevarse á cabo, según los deseos de la Comisión, por no haberse podido conseguir otro cadáver.

Conforme lo prometió el señor Leonard á la Academia, en su oficio de 7 de Julio, puso á disposición de la Comisión 8 litros del *Licor de Imoboro* y un aparato muy manuable y de construcción moderna para inyecciones cadavéricas. Con seis litros del líquido mencionado practicó el Dr. Matto el 16 de Julio, por encargo de la comisión, en el Anfiteatro, y en presencia de uno de sus miembros (Sr. Bignon,) la inyección de ensayo en el cadáver de un individuo fallecido días antes de lesiones sifilíticas múltiples.

Es preciso dejar constancia aquí de que el referido cadáver era absolutamente inaparente para el experimento requerido, pues las alteraciones arteriales eran sin duda tales, que no dejaron llegar á las extremidades inferiores (piernas y piés,) el líquido inyectado por la arteria carótida izquierda. Esto explica porqué, días después, la putrefacción se localizó en las piernas y los pies, habiendo quedado libre de dicho proceso el abdomen y el tórax, que, como se sabe, son los sitios en que comienza y prevalece la putrefacción. Los dos litros restantes, de los ocho que envió el Sr. Léonard, se emplearon en inyecciones parciales en las cavidades torácica y abdominal y en lociones exteriores. Inyectado así el cadáver, duró al aire libre, sobre una de las mesas del Anfiteatro de Po-

licia, veinte y dos días, durante los cuales la Comisión, en las repetidas visitas que hicieron sus miembros, pudo notar:

1º Que la coloración de la cara era bastante buena; que la del resto del cuerpo era desigual, presentándose en partes bajo la forma de placas, semejantes á las de la urticaria, dependiendo esto talvez de las malas condiciones del cadáver, pues como ya se ha dicho, era el de un sifilítico con lesiones múltiples.

2º Que la rigidez cadavérica no desapareció inmediatamente después de la inyección, sino en los brazos.

3º Que la temperatura no aumentó, al menos de un modo especial, aunque es verdad que no se hizo uso del termómetro.

4º Que la conservación del cadáver fué magnífica en los primeros diez días, al cabo de los cuales comenzó la descomposición en los pies y parte posterior de las piernas.

5º Que en este estado y sin que la putrefacción avanzara más, duró doce días más, transcurrido cuyo término la Comisión ordenó el entierro, creyendo que la prueba era suficiente.

6º Que durante los primeros catorce días no se notó el más pequeño mal olor, y que cuando éste comenzó por la descomposición de los miembros inferiores, pudo suprimirse casi instantáneamente por la aplicación externa del *Imoboro*.

7º Que respecto á la acción momificadora del líquido del S. Léonard, sólo puede la Comisión referirse á lo expresado por el Sr. F. Remy que presencié el entierro: «que el cadáver cayó en la fosa como un trozo de *madera*, es decir, completamente modificado y sin el más pequeño mal olor.»

El *Licor de Imoboro* tiene una coloración rojo-sangre, un o'or agradable, es un tanto aceitoso, debido á la fuerte proporción de glicerina que parece contener; no daña los instrumentos ni las manos del operador, siendo por consiguiente de manejo inofensivo, lo que le dá una superioridad grande sobre las soluciones de cloruro de zinc.

En conclusión, vuestra Comisión,

opina: 1º que á pesar de las malas condiciones en que se ha hecho el experimento, el *Licor de Imoboro* ha probado ser un líquido superior á los empleados usualmente para la conservación de los cadáveres; 2º que visto su costo relativamente bajo y su manejo inofensivo puede generalizarse en el público, en la práctica de los embalsamientos; y 3º que la Academia haría un positivo servicio prestándole su aprobación y apoyo.

Lima, Noviembre 28 de 1893.

LEONARDO VILLAR.—CELSO BAMBAREN.—ERNESTO ODRIOZOLA.—A. BIGNON.

REVISTA EXTRANJERA.

CONGRESO MEDICO PAN AMERICANO

Primera reunión celebrada en Washington durante los días 5, 6, 7 y 8 de Septiembre de 1893.

[Continuación]

Hemorragias de la preñez.—Su tratamiento.—El doctor J. O. Polak; de Nueva York, leyó este trabajo. No tomó en consideración las hemorragias ocasionadas por las rupturas del útero y por el embarazo extrauterino. Las demás que ocurren antes del parto son: como síntomas de aborto; placenta previa, separación accidental de la placenta normal y gestación ectópica, hemorragia post-partum por atonía del útero y dislaceraciones del cuello, vagina y vulva.

La hemorragia como síntoma de aborto cuando es ligera, puede dominarse por el reposo en cama, supositorios de morfina y atropina, extracto fluido de viburnum ó píldoras de extracto sólido. Treinta y dos casos tratados de este modo han podido prevenir el aborto. En los casos más agudos, cuando el aborto parece inevitable, todo debe hacerse aséptico, y se empleará el tapón vaginal para vaciar el útero y obtener una extracción firme. Se vaciará la vejiga y el recto, colocada la paciente en la posición de Sims, se aplicará una ducha con una solución

de creolina al dos por ciento, empleando un especulum de Sims; pasar tiras de gasa iodoformada por el orificio interno, taponarlo, y por último, llenando bien toda la vagina con gasa. Esta gasa obra de tres modos: estimula la contracción uterina, favorece la dilatación, separa el huevo de la pared uterina por la acumulación de sangre. Si fuere necesario se hace la dilatación, rápida.

En la placenta previa aconseja el Dr. Pollak vaciar el útero al presentarse la primera hemorragia; taponar con gasa iodoformada, separa el tapón á las ocho horas y aplica una ducha antiséptica. Si entonces el cuello admite uno ó dos dedos, lo que generalmente ocurre, hace la versión por el método de Braithton Hicks, y baja un pié para que si va de tapon. La dilatación digital, versión p. álica y extracción, han tenido muchos éxitos, sobre todo en manos de Graudin.

En la hemorragia accidental, por separación parcial de la placenta, está indicada la dilatación manual rápida, ó si el cuello está cerrado, el método cruento; ruptura de las membranas y extracción rápida con el forceps ó la versión; separar inmediatamente la placenta, se tapa el útero con gasa iodoformada para cohibir la hemorragia. El autor cree que el cornezuelo administrado en estos casos produce una acción espasmódica y tendencias á estrechar el segmento inferior.

En la hemorragia post-partum por atonía del útero, se atenderá al tercer período del parto; si no hay hemorragia se esperará media hora para efectuar el alumbramiento; se fricciona el útero hasta que esté fuertemente contraído; si hay sangre se exprimen la placenta y los coágulos comprimiendo el útero en la cavidad pelviana y se administrará el cornezuelo por la vía hipodérmica. En trescientos veintidós casos en que se ha aplicado este método y en la parte posterior del muslo, profundamente, no se han presentado abscesos. Taponamiento del útero.

En la anemia aguda es útil la inyección subcutánea de la solución salina. En un caso de hemorragia por reple-

ción de la vejiga, ha visto la utilidad de seguir el consejo del Dr. Waldo de evacuar esta viscera. En la hemorragia secundaria (presentándose después de un día) vacía el útero con el dedo; ducha caliente, ergotina y taponamiento con gasa iodoformada.

Se discutió este trabajo.

Comparación entre la pelvis eurobea y la mejicana; consecuencias deducidas de la conformación particular de la pelvis mejicana—El profesor M. Gutiérrez, de Méjico, leyó este trabajo en castellano. La pelvis mejicana está caracterizada por la reducción en sus diámetros, más acentuada mientras más cerca del periné, á consecuencia de la gran elevación de la sínfisis pubiana, por la inclinación de la cavidad y de los estrechos, por la gran extensión del periné y por la dirección de la vulva. De esta formación resultan: 1º Algunas dificultades en la acomodación; 2º La manera especial de practicar el tacto vaginal; 3º Cierta tendencia á la presentación de cara; 4º El parto, algunas veces lento y doloroso, por la dificultad del descenso, la rotación y la extensión de la cabeza y por las consecuencias de la permanencia del feto en el canal vaginal; 5º Estas dificultades requieren á veces la intervención; 6º La conformación y disminución del suelo pelviano exponen al periné á mayor peligro.

Un estudio de la placenta previa, especialmente de las causas de hemorragia.—La doctora Sara H. Stevenson, de Chicago, leyó este artículo. Hace diez años que enseña á los discípulos una teoría de la causa de la hemorragia en la placenta previa, que hasta ahora no se ha publicado. La tendencia especial á la hemorragia en la placenta previa se debe al mecanismo en la circulación. El peso tiende constantemente á vencer los lazos que sostienen al útero y á su contenido. Cuando la placenta está alta, el trayecto de las arterias dirigidas transversalmente, se opone á que el peso sea una causa de hemorragia; pero en la placenta previa la ruptura de un vaso equivale á abrir la aorta. Opina el autor Casado,

en el estudio de la dirección de los vasos, que cuando sobrevienen contracciones uterinas la sangre refluye á las venas del segmento inferior, distendidas ya por la situación de la placenta.

El Dr. Zórraga, de Méjico, solicitó la opinión de los miembros acerca del estado de la circulación de los recién nacidos durante la asfixia. En América y Europa se afirma que están disminuidos los latidos, mientras que en Méjico la observación demuestra lo contrario: el corazón sufre en los últimos momentos.

La Doctora Stevenson supone, que si se demuestra la aceleración del latido cardiaco, sería de valor en la profilaxia de la asfixia inminente.

Al Dr. Polak se le preguntó si había visto alguna vez una inoxicación por el iodoformo consecutiva á su introducción en el útero, y contestó negativamente. Este agente se pone en contacto con la superficie, obra como desinfectante, pero no se absorbe.

El Dr. Gutierrez, de Méjico, manifestó que en su país eran opuestos á practicar incisiones en el cuello para acelerar el parto.

El Dr. Haris, de New Jersey, dijo que prefería esperar á tener que hacer incisiones cervicales, y conoce un cirujano que prefiere la operación cesarea á la incisión del cuello. Preguntó al Dr. Polak si existía verdadero peligro de hemorragia en estos casos.

El Dr. Polak sólo conoce un caso del Dr. Marx, y en el cual se cohibió la hemorragia con la ligadura. Con este medio y con el tapón vaginal y uterino, el peligro es nulo. Replicando á la Doctora Stevenson, creyó que podía haber algún peligro en los casos de placenta previa.

El Dr. Gutierrez agregó que en Méjico se temían las consecuencias ulteriores de la operación.

El Dr. Deweis, de Kansas, emplea el cloroformo ó la lanceta para obtener la dilatación del cuello; esta última en mujeres pletóricas, y el cloroformo en las anémicas.

Un estudio de la sangre en la preñez.—El Dr. F. Zórraga, de Méjico, leyó

un trabajo en castellano sobre este asunto.

El cardiógrafo y los ruidos del corazón fetal.—El Dr. H. Hamilton, de Pensylvania, leyó un artículo sobre la aplicación de la electricidad para aumentar y registrar los ruidos del corazón del feto. El objeto del instrumento es apreciar uno de los signos diagnósticos de la preñez por medio de trazados. El Dr. Hamilton denominó á su instrumento *cardiófono*: la placa, al vibrar, comunica el sonido á un teléfono receptor aumentándolo considerablemente; colocando un cardiófono sobre la aorta de la madre y otro sobre su abdomen, los trazados pueden compararse; siendo las pulsaciones del corazón fetal de 140 á 160, y las de la madre de 75 á 80. En mujeres gruesas y en algunas posiciones del feto, no es posible obtener trazados perfectos.

SEGUNDO DÍA.—SEPTIEMBRE 6.

SESIÓN DE LA MAÑANA

Estado de la obstetricia en la práctica general.—El Dr. E. H. Booth, de Chicago, preguntó por qué siendo el parto una función natural, es seguido con tanta frecuencia de resultados tan desgraciados. La respuesta indicó al traumatismo y la infección como causas principales, esta última debida á la infección séptica antes ó durante el parto. Descuido ó ignorancia por parte del comadrón y del paciente. El médico, dijo, muchas veces asumía la responsabilidad de asistir casos de parto sin la experiencia clínica suficiente; señaló la necesidad de ampliar estos conocimientos en los colegios de medicina. La falta también podría atribuirse á la paciente que llama al médico después de haberse presentado la eclampsia, y en otras por la constipación continua que da lugar á toxemias y á la obstrucción mecánica. Uno de los puntos importantes es la asistencia asidua y el médico no debe limitarse á una sola visita sino cuando su enferma fuese muy pobre.

Provocación del parto prematuro.—El Dr. J. Chestnut, de Filadelfia, di-

vidió los casos que exigen los partos prematuros en: 1º, casos de pelvis estrecha que harían difícil el parto á término y peligroso para la madre y para el feto; 2º casos de enfermedad de la madre que por sus progresos comprometa su vida; 3º cuando en gestaciones anteriores el feto ha muerto en las últimas semanas; 4º casos de enfermedades incurables en la madre con el objeto de salvar al niño (ocurre pocas veces); 5º cuando el feto esté muerto; 6º tumores ováricos, óseos ó malignos y por atresia del canal.

La pelvis estrecha es poco común, principalmente entre las americanas; en un solo caso ha visto el autor, que el diámetro conjugado del estrecho superior tenía menos de dos pulgadas y media; aunque ha visto muchos casos que solo era de tres y tres cuartos. Si este diámetro fuese de 2 y $\frac{3}{4}$ á 3 y $\frac{1}{4}$ de pulgada aconsejaría provocar el parto prematuro antes de esperar el fin del embarazo y tener que recurrir á la sinfisiotomía ú otra operación análoga. La operación cesárea á pesar de las mejoras recientes, es una operación formidable y peligrosa para la madre y el feto. La sinfisiotomía, además de ser seguida con frecuencia de hemorragia, debilita la fuerza de la pelvis. Provocaría el parto prematuro en la pelvis en que el diámetro antero posterior del estrecho superior fuese menos de 3 y $\frac{1}{2}$ pulgadas. La dificultad del diagnóstico oportuno es un grave obstáculo, y las pacientes consultan al médico demasiado tarde. Debe obtenerse la historia de la enferma y apreciar todas las medidas internas y externas. En manos del práctico general la provocación prematura del parto es una operación segura.

El Dr. Gutierrez, de Méjico, manifestó que habian ensayado en su país la reglamentación de las comadronas, pero este ensayo habia fracasado. Actualmente hay un proyecto de ley que requiere cursos de tres á cinco años.

El Dr. H. Hamilton propuso que la sección formulase una protesta contra la práctica de la obstetricia por comadronas extranjeras ó del país no reglamentadas.

Auxilios para facilitar el parto.— Por el Dr. A. C. J. SAUNIER, de Chicago.— Los auxilios para facilitar el parto deben atenderse desde los primeros años de vida, así como su aplicación debe empezarse desde entonces. Esto se llevará á cabo por medio de una razonable vigilancia de las niñas, ejercida por el médico de la familia, que con el transcurso del tiempo podrán desempeñar los deberes de la maternidad, y consiste en corregir errores en la manera de vestir, ejercicios, etc. La constipación y la retención prolongada de la orina tienen que corregirse también.

Debe tenerse mucho cuidado de las jóvenes en la época de la menstruación, para impedir una congestión excesiva y conseguir un libre flujo menstrual.

Después del embarazo, la dieta puede influir mucho en el sufrimiento experimentado durante el parto. El uso de alimentos que contengan grandes cantidades de fosfatos y otras sales minerales, tiende á producir mayor osificación en los huesos del infante, haciéndolos fuertes y pocos flexibles, y produciendo un parto difícil.

El uso de muchas frutas, especialmente las de carácter ácido, tiende á impedir la deposición de sales calizas en los huesos fetales, dejando que permanezcan blandos y flexibles y ayudando á conseguir un parto fácil. La condición de los huesos del niño debe corregirse después del nacimiento, cambiando la dieta de la madre por alimentos ricos en elementos productores de hueso.

Todos los trastornos pélvicos, especialmente las inflamaciones, deben corregirse durante el periodo de gestación. Varicoceles de las partes genitales y miembros inferiores deben corregirse haciendo desaparecer la presión del útero grávido sobre las venas de la pelvis. Las malas posiciones del feto deben corregirse antes del parto, si es posible. Los baños calientes y las duchas tienden á relajar los tejidos, y deben usarse con mucha frecuencia antes del parto y durante los primeros periodos.

Abréviase el primer periodo del parto consiguiendo frecuentes y fuertes contracciones uterinas, por medio del amasamiento muscular del abdomen, y ayuda con los dedos para la dilatación del cuello uterino.

Debe prestarse atención al arreglo de la cama para dar la mayor comodidad posible á la paciente. Evítese el prematuro principio del parto, para impedir un alumbramiento seco ó provóquese éste si el líquido amniótico se hubiese evacuado sin producir contracciones.

— Prodúzcase emésis para conseguir el relajamiento del canal de la parturienta.

Usese el cloroformo como agente relajante.

Morfina para contener el parto y permitir á la parturienta que recobre sus fuerzas.

Cocaína como agente valiosísimo para aliviar los dolores de la dilatación, cuando el niño ejerce presión en el periné y cuando pasa por la parte inferior del canal.

Rápida expresión de la placenta después del nacimiento del niño.

El Dr. Chestnut de Filadelfia, objeto contra la práctica de limitar el alimento de la madre á pan blanco, frutas etc. porque este alimento no favorece el desarrollo del aparato oseo en el niño. También teme emplear la cocaína ú otro agente para anestesiar el trayecto genital.

El Dr. Saunier replica que había empleado esta alimentación durante doce años y los niños no habían sufrido osteomalacia. Dijo también que no había observado efectos tóxicos con la cocaína y que generalmente introducía un supositorio con 60 centigramos de cocaína.

BIBLIOGRAFÍA.

L'inflammation

POR M. LETULLE.

Un volumen de 531 páginas en 8° con láminas.
Paris (Francia).—Año de 1894.

Pocas obras hay que, en su conjunto y en sus detalles, retraten mejor la personalidad de su autor, como la que

acaba de publicar Mr. LETULLE sobre la *Inflamación*.

En el vastísimo campo de las ciencias médicas, las concepciones generales se esfuerzan sin cesar por establecer perfecta cohesión entre los hechos que parecen más heterogéneos, y en esta ruda labor se ejercitan hoy todas las tendencias de la medicina contemporánea.

La obra de Mr. Letulle, verdadero monumento científico, dirige con valeroso empuje el movimiento activo que envuelve en su desarrollo ese grandioso ideal de la ciencia moderna, realizando al mismo tiempo la solución de muchos áridos problemas que agitaban y dividían antes al mundo médico en los dilatados dominios de la inflamación.

La elevada personalidad de Mr. Letulle se trasluce al través de su obra, en cada capítulo, en cada palabra; y no hay una opinión, una idea, aún sobre hechos de antaño conocidos, que no revelen la originalidad del autor.

Un método científico riguroso, una honorabilidad á toda prueba, una laboriosidad envidiable, ideas propias que se suceden á cada paso, descuelan en toda la extensión del magistral tratado sobre la *Inflamación*.

Muy difícil es hacer un análisis completo de una obra de tal magnitud, por eso me concretaré simplemente á poner de relieve lo que tiene de más importante.

El primer capítulo del libro se consagra al análisis del memorable experimento de Conheim, exposición clarísima, en la cual el autor hace la crítica de la teoría de Conheim, demostrando patentemente su exclusivismo y el posible desarrollo de procesos inflamatorios sin la participación del sistema vascular.

El párrafo relativo á la anatomía normal y á la fisiología de los elementos conjuntivos, es uno de los más importantes de la obra. En él demuestra la identidad biológica de los diversos elementos del tejido conjuntivo y la unidad anatómica del tejido conjuntivo-vascular. Estudia la anatomía de las células blancas; las divide en cuatro

variedades y se ocupa de su papel en fisiología, de sus correcciones con las células fijas y con los endotelios, de su metamorfosis y de su poder fagocitario.

El segundo capítulo trata del papel de las células fijas, de los endotelios y de los vasos capilares en la inflamación. Estudia la manera como reaccionan estos diversos elementos bajo la influencia de un traumatismo séptico ó aséptico y acopia infinidad de documentos de positivo interés.

En el tercer capítulo trata de la célula blanca; de la inflamación y de la hiperdiapedesis inflamatoria; demuestra la multiplicidad de los fenómenos exudativos, las formas y grados de la diapedesis inflamatoria y las funciones de los glóbulos blancos en los procesos inflamatorios.

El cuarto capítulo está dedicado al pus y á la supuración; análisis acabado en el cual el autor reúne datos preciosos.

El quinto capítulo trata de los exudados inflamatorios, fibrinosos y serofibrinosos.

El capítulo sexto se ocupa del determinismo de los derrames inflamatorios de las membranas serosas.

La segunda parte del libro la consagra al estudio de las alteraciones epiteliales de naturaleza inflamatoria; analiza las lesiones inflamatorias agudas de los epitelios, sus degeneraciones agudas totales, las lesiones inflamatorias crónicas, el determinismo de las lesiones epiteliales en los procesos inflamatorios. Con una precisión y un método admirables, Letulle discurre acerca de los diversos resultados que la inflamación produce en los epitelios.

La tercera parte de la obra trata de la anatomía patológica general de los procesos inflamatorios. Estudia las hipertrofias é hiperplasias inflamatorias; su fisiología patológica, las inflamaciones crónica, las esclerosis, las inflamaciones específicas, las degeneraciones. Merece especial mención el párrafo relativo á las esclerosis y á sus relaciones con la arterio-esclerosis; párrafo que encierra infinidad de hechos enteramente personales y que constituye uno de los de más aliento.

La cuarta parte termina la obra con la técnica histológica y doce bellísimas planchas cromolitografiadas, reproducción del arsenal tan abundante que posee el autor.

El magnífico libro de Mr. Letulle, escrito con la claridad que lo distingue, tiene la inmensa ventaja de atraer al lector y familiarizarlo de una manera insensible con innumerables cuestiones pertinentes a la inflamación; cuestiones todas de suyo mismo embrolladas y que, sin embargo, encuentran, en el libro de Letulle, solución natural y fácil.

La biblioteca del médico cuenta, pues, hoy con un trabajo cuya necesidad se hacía sentir desde hace mucho tiempo.—Lima, 1894.

ERNESTO ODRIOZOLA.

Profesor de la Facultad de Medicina de Lima, Médico de los hospitales.—Doctor de la Facultad de Medicina de París. Miembro correspondiente de la Sociedad Anatómica de París.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille (pres du boulevard Saint-Germain), à Paris.

La pratique des maladies du système nerveux dans les Hôpitaux de Paris, Aide-memoire et formulaire, par le Professeur PAUL LÉFERT, 1 vol. in 16 de 285 pages, cartonné, 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur LÉFERT de leur présenter en un petit volume clair et précis, la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, dans les maladies des système nerveux: MM. BABINSKI, Gilbert BALLEZ, BOURNEVILLE, BROWN-SÉQUARD, CHARCOT, CHRISTIAN, DEBOVE, DÉJERINE, DUJARDIN-BEAUMETZ, Jules FALRET, FÉRÉ, GILLES DE LA TOURETTE, JOFFROY, LUY, MAGNAN, Pierre MARIE, Constantin PAUL, RAYMOND, SEGAS, SOLLIÈRE, Auguste VOISIN, Jules VOISIN, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien: Abasie, Ataxie locomotrice, Casque vibrant, Chorée, Contractures, Délire, Dipsomanie, Eclampsie, Epi-

lepsie, Fauteuil trépidant, Goitre exophtalmique, Hémiplegie, Hypnotisme, Hystérie, Hystéro-traumatisme, Injections de liquide testiculaire, Insomnie, Migraine ophtalmique, Myélite, Neurasthénie, Pachymeningite, Paralysie agitante, Polynévrite. Sclérose, Suggestion, Syphilis du système nerveux, Syringomyélie, Tabes, Tétanie, Tics, Transfusion nerveuse, Vertige, etc.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 85 médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, renferme plus de 400 consultations sur les cas le plus nouveaux et le plus variés.

Il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris; il permet, à celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

La praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint; il n'en reste pas moins que chaque médecin a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques: l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les divers questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

SUMARIO.—**Sección Oficial:** Academia Nacional de Medicina, 10ª sesión ordinaria de 1893; Informe sobre las cualidades del «Licor de Imoboro, conservador y momificador».—**Trabajos Nacionales:**—«OBSERVATORIO UNANUE», cuadro de las observaciones meteorológicas practicadas en el mes de Enero.—**Revista Extranjera:** Congreso Médico Panamericano, [Continuación].—**Bibliografía**

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

OBSERVATORIO "UN ANUHE."

Latitud S. 12°-8'-44". Longitud W. de Paris 79°-21'-57". Altura sobre el mar 158 m. 50.

Observaciones meteorológicas correspondientes al mes de Enero de 1894.

LIMA

(ÚNICA EDICIÓN AUTORIZADA.)

PERÚ

Día.	Presión barométrica			Temperatura.										Humedad relativa.				Fuerza elástica del vapor.			Estado del cielo	Viento.			Ozono. Decá 21 en 24 h.	Lluvia en milímetros.	Actinómetro h. a m. (T-t)	Radiación solar máxima (lectura)	Fases de la luna.	NOTAS.		
	á 0° C.			A la sombra.			A la intemperie			Del suelo 9 h. a. m.				lativa.			del vapor.			DIRECCIÓN DOMINANTE		METROS POR SEGUNDO.	EN 24 horas. kilóm.									
	MAX.	MÍN.	MED.	MÁX.	MÍN.	MED.	MÁX.	MÍN.	MED.	40 centí.	60 centí.	80 centí.	1 metro	Del agua h. a m.	MÁX.	MÍN.	MED.	Evaporación en 24 h.	MÁX.					MÍN.							MED.	Nebulosidad ó 10
1	749.00	746.00	747.50	27.0	16.5	21.75	30.0	15.3	22.65	26.6	26.1	25.3	24.8	24.6	93.0	56.0	74.5	4.4	14.91	13.13	13.52	4	Claro	S.S.W.	1.85	160	8	—	10.9	60.8		
2	748.00	745.40	746.70	27.6	15.8	21.70	29.6	14.9	22.25	26.5	26.1	25.3	24.8	23.4	96.0	55.0	75.5	2.8	15.25	12.76	14.01	7	"	S.	1.73	150	7	—	8.0	54.6		
3	747.90	744.20	746.05	28.8	16.3	22.55	32.1	15.4	23.75	26.5	26.0	25.3	24.9	24.6	90.0	61.0	75.5	4.9	18.17	12.47	15.22	3	"	S.	1.50	130	4	—	9.4	57.2		
4	748.20	745.60	746.90	28.0	14.8	21.40	30.8	14.0	22.40	26.2	26.0	25.3	24.9	22.6	99.0	64.0	81.5	3.5	17.90	12.37	15.13	3	"	S.S.W.	1.85	160	8	—	8.0	57.1		
5	748.40	745.90	747.15	26.8	16.8	21.80	29.5	16.5	23.00	26.6	26.1	25.3	24.9	25.2	98.0	67.0	82.5	3.3	18.57	14.92	16.74	2	"	S.S.E.	2.66	230	9	—	10.0	54.5		
6	747.80	744.80	746.30	27.2	18.2	22.70	30.1	17.5	23.80	26.9	26.2	25.3	24.9	25.7	88.0	62.0	75.0	4.2	16.55	13.69	15.22	4	"	S.S.E.	2.77	240	9	—	10.7	57.1	Novil:	
7	747.20	744.80	746.00	28.4	17.9	23.15	31.8	16.8	23.80	27.1	26.4	25.5	25.0	24.8	95.0	61.0	78.0	3.2	17.60	14.51	16.08	6	"	S.S.W.	1.73	150	3	—	10.8	63.0	Días 1	Comienza creciente del río
8	747.60	745.00	746.30	27.0	17.2	22.10	30.4	16.3	23.35	27.2	26.5	25.6	25.2	23.9	93.0	61.0	77.0	4.3	15.96	13.45	14.70	4	"	S.S.W.	1.85	160	9	—	10.1	57.0	" 2	Nebulina 6 h. p. m.
9	747.30	745.10	746.20	29.2	17.5	23.35	32.8	16.6	24.70	27.2	26.6	25.7	25.2	24.0	95.0	59.0	77.0	2.4	17.93	14.10	16.01	6	"	S.S.E.	1.50	130	7	?	11.4	61.2	" 3	Arco iris 6 p.m. 4 h. 45 p.m.
10	747.90	745.30	746.60	27.8	16.4	22.10	30.8	15.8	23.30	27.3	26.6	25.7	25.3	24.2	96.0	58.0	77.0	4.0	16.01	13.27	14.64	4	"	S.S.E.	2.08	180	10	—	10.6	57.0	" 4	Id.
Med:	747.93	745.21	746.57	27.8	16.7	22.26	30.8	15.9	23.30	26.8	26.3	25.4	24.9	24.3	94.	60.	77.0	3.7	16.88	13.47	15.18	4			1.85			10.0	57.9			
11	748.10	746.10	747.10	26.0	15.5	20.75	28.6	15.4	22.00	27.2	26.7	25.8	25.2	23.2	94.0	63.0	81.5	2.5	15.85	12.37	14.11	7	"	S.S.E.	2.19	190	8	—	9.8	57.0	" 5	
12	748.50	746.50	747.50	28.0	16.9	22.45	31.8	16.4	24.10	27.0	26.7	25.9	25.3	23.8	96.0	59.0	77.5	3.0	16.79	13.71	15.25	8	"	S.	1.85	160	7	—	14.2	62.6	" 6	
13	749.00	747.10	748.05	27.4	17.0	22.20	30.4	16.0	23.20	27.1	26.6	25.8	25.3	22.5	94.0	52.0	78.0	3.1	13.99	13.50	13.24	8	"	S.S.W.	1.62	140	7	—	13.7	59.6	" 7	
14	749.60	747.00	748.30	28.2	17.0	22.60	30.8	16.4	23.60	27.0	26.6	25.8	25.4	22.5	96.0	54.0	75.0	3.9	15.25	13.80	14.52	7	"	S.S.E.	1.96	170	5	—	7.8	57.0	C: C:	
15	748.00	746.00	747.00	29.8	16.8	23.30	32.8	15.9	24.35	27.0	26.6	25.8	25.4	22.8	96.0	54.0	75.0	3.6	16.83	13.62	15.23	5	Desp:	S.S.W.	1.38	120	5	—	10.5	57.9	Días 1	
16	748.20	746.10	747.15	30.4	18.0	24.20	33.9	17.1	25.50	27.2	26.6	25.9	25.4	23.7	84.0	53.0	85.5	3.6	17.22	12.91	15.06	7	Claro	S.S.W.	1.50	130	4	—	11.5	60.6	" 2	Nebulina al W.
17	748.15	746.10	747.12	28.3	18.0	23.15	31.8	17.6	24.70	27.5	26.7	25.9	25.5	24.4	98.0	60.0	79.0	3.7	17.16	15.02	16.09	6	"	S.S.E.	2.19	190	6	—	10.6	59.0	" 3	Id. nebulina en la noche.
18	748.20	746.20	747.20	28.4	16.6	22.50	31.6	16.1	23.85	27.7	27.0	26.0	25.5	24.3	98.0	56.0	77.0	3.2	16.20	13.74	14.97	6	"	S.S.W.	1.62	140	6	—	10.9	58.0	" 4	Noche despejada
19	748.00	745.40	746.70	29.0	17.4	23.20	31.7	16.2	23.95	27.9	27.1	26.2	25.6	24.6	94.0	63.0	78.5	3.6	19.19	13.85	16.47	6	"	S.S.W.	1.73	150	4	—	10.3	58.0	" 5	Nebulina hasta 8 y 40 a. m. y en la noche.
20	748.00	745.60	746.80	28.2	15.9	22.05	31.2	15.0	23.10	27.9	27.2	26.3	25.6	25.2	93.0	49.0	71.0	3.4	13.86	12.56	13.21	3	Desp:	SW.	1.62	140	5	?	10.8	57.0	" 6	Noche despejada.
Med:	748.37	746.21	747.29	28.4	17.0	22.69	31.5	16.2	23.83	27.4	26.9	26.0	25.4	25.7	94.	57.	76.0	3.3	16.23	14.70	15.47	6			1.76			11.0	58.6			
21	748.20	746.00	747.10	28.0	16.0	22.00	30.7	15.8	23.25	27.9	27.3	26.3	25.8	24.6	96.0	53.0	79.5	3.5	15.01	12.93	13.97	5	Claro	SW.	1.38	120	4	—	10.8	58.0	Pleni:	
22	747.80	745.60	746.70	28.3	14.9	21.60	31.3	14.0	22.65	28.0	27.3	26.4	25.8	23.7	95.0	53.0	79.0	3.2	14.78	12.03	13.40	5	"	S.E.	1.85	160	4	—	11.2	57.0	Días 1	
23	747.60	745.70	746.65	26.8	15.0	20.90	30.0	14.2	22.10	27.6	27.3	26.4	25.8	24.7	96.0	60.0	78.0	3.0	15.72	12.11	13.91	5	Desp:	S.S.E.	2.43	210	5	—	10.9	57.0	" 2	
24	746.40	744.50	745.45	26.9	16.9	21.90	30.0	16.5	23.25	28.0	27.3	26.5	25.9	23.9	97.0	61.0	79.0	3.2	16.08	13.86	14.97	7	Claro	W.S.W.	1.96	170	6	—	6.9	57.0	" 3	Nebulina a. m.
25	748.10	745.50	746.80	27.2	17.4	22.30	31.1	16.8	23.95	27.7	27.3	26.5	25.9	23.6	94.0	59.0	76.5	3.6	15.84	13.85	14.84	6	"	S.	2.19	190	9	—	6.8	60.0	" 4	
26	747.90	745.00	746.45	26.3	16.6	21.45	30.2	15.8	23.00	27.5	27.2	26.5	25.9	24.6	94.0	63.0	78.5	3.1	16.20	13.15	14.67	4	Desp:	S.S.W.	1.50	130	11	—	11.9	57.0	" 5	
27	747.00	745.40	746.20	27.0	16.0	21.50	30.6	15.8	23.20	27.5	27.1	26.4	25.9	24.9	98.0	61.5	79.5	2.6	15.96	13.22	14.59	3	"	S.S.W.	1.27	110	3	—	10.8	61.0	" 6	Id. Id.
28	747.00	744.40	745.70	27.0	15.8	21.90	30.5	15.5	23.00	27.6	27.1	26.4	25.9	24.6	98.0	61.0	79.5	3.5	15.96	13.05	14.50	7	Claro	S.S.W.	1.38	120	2	?	8.6	55.2	Meng:	Id. Id.
29	747.60	745.00	746.30	27.9	15.4	21.65	31.0	14.8	22.90	27.7	27.2	26.4	25.9	24.5	98.0	69.0	83.5	5.0	19.27	12.72	15.99	7	"	W.S.W.	1.27	110	6	—	12.4	60.3	Días 1	
30	748.10	745.90	747.00	27.9	16.0	21.95	31.1	15.0	23.05	27.8	27.2	26.4	25.9	24.4	91.0	57.0	79.0	3.3	16.00	12.37	14.18	6	"	S.S.W.	1.85	160	4	1.4	11.1	57.1	" 2	Lluvia 9.5 p. m.
31	747.00	744.90	745.95	28.0	17.4	22.70	31.6	17.0	24.30	28.0	27.3	26.5	25.0	23.7	98.0	63.0	80.5	3.4	17.53	14.46	15.99	6	"	S.	1.62	140	4	—	11.5	60.0	" 3	Nebulina a. m.
Med:	747.50	745.70	746.63	28.3	16.5	22.40	30.7	15.5	23.10	27.8	27.3	26.4	25.3	24.3	96.	61.	79.0	2.9	16.84	13.37	15.11	6			1.87			12.2	59.0			

V. B. B.
Dr. M. R. Artola, Director.

Dr. Federico E. Remy.

Imp. Mercaderes.—150.