acné, por el Dr Lassar, *privat docent* de dermatologia en la facultad de Berlín. He aquí las fórmulas completas :

Naftol.	10	gramos
Azufre precipitado	50	—
Jabón negro	20	—
Vaselina.	20	—

Mézclense y F. S. A. un ungüento blando.

Hágase una unción con este ungüento que se dejará sobe las partes enfermas media hora ó una hora; después, lávese con agua caliente para quitar el tópico. La mismo unción se vueve á hacer al día siguiente y los otros días hasta franca escamación de la piel.

También se puede usar con el mismo objeto el tópico siguiente que se emplea del mismo modo que el precedente :

Resorcina.	5	gramos.
Óxido de zinc.	5	—
Almidón	5	—
Vaselina	10	—

Mézclense y F. S. A. un ungüento blando.

TERAPÉUTICA QUIRÚRJICA

Tratamiento de la fístula en el ano.

El tratamiento clásico de la fístula en el ano ha consistido por largo tiempo en el procedimiento siguiente : que la fístula sea incompleta interna ó incompleta externa, completarla con la sonda acanalada y el bisturí, ó el termo-cauterio, ó el machacador lineal, ó la ligatura elástica, transformar el trayecto fistuloso en una llaga de la que se favorece la cicatrización desde el centro hasta la periferia.

La aplicación del éter yodoformado da los mejores resultados en el tratamiento de la fístula en el ano y no necesita más el empleo del bisturí.

He aquí cómo se debe proceder : comprímase y estrújase cada dos días el trayecto fistuloso haciendo salir todo el pus. Cuando la circulación ha sido activada mecánicamente en esos tejidos habitualmente inertes, hágase por el orificio externo del trayecto fistuloso (cuando la fístula es incompleta interna, complétese primero, cuando es incompleta externa, es inútil volverla completa) una inyección de éter yodoformado á 5 p. 100. Repítase esta operación cada dos días. Después de la tercera ó cuarta inyección, el trayecto está obliterado y la fístula se halla curada.

Acabo de conseguir este resultado con un enfermo que tenía una fístula en el ano, la cual databa de cuatro á cinco años. La inyección de éter yodoformado, después de haber comprimido y estrujado el trayecto, ha tenido por resultado el obtener primero la cicatrización de un abceso del margen del ano, abceso de nueva formación, y por segundo resultado, el conseguir la obliteración de una ancha fístula en el ano complicada de tres orificios externos. Mucho aconsejamos á nuestros colegas que recurran á este procedimiento terapéutico cuya eficacia podemos garantizar. Suponiendo que no consigan el resultado que hemos obtenido, siempre se estará á tiempo para recurrir al procedimiendo clásico.

Colirio de boratos alcaloídicos.

MM. Galezowski y Petit. — Uno de los mayores inconvenientes de los colirios preparados con sales de alcaloides consiste en la acidez casi constante de estas sales, y por consiguiente en la irritación que ellas provocan. Hemos pensado que el empleo de los boratos remediaría á este defecto y uno de nosotros ha preparado con el ácido bórico unas sales alcaloídicas que han sido verdaderamente útiles. Si, con efecto, hay exceso de ácido bórico, éste no será nocivo.

Relativamente à la manera de preparar estos colirios, el alcaloide (eserina, pilocarpina, atropina, hiociamina, cocaína) se disuelve en una pequeña cantidad de alcohol; por otra parte, se disuelven también en el mismo vehículo dos veces el peso en ácido bórico del alcaloide empleado ; se mezclan ambos licores y se evaporan en seco. (*Bull. méd.*)

FORMULARIO

Esponjas antisépticas.

Colóquense por dos horas las esponjas en la solución siguiente:

Sublimado.	1	gramo.
Ácido fénico.	5	gramos.
Alcohol.	60	—
Agua.	500	—

Exprímanse, enjúguense al aire; empápense en una de las soluciones siguientes:

I Ácido bórico.	15	gramos.
Agua hervida	500	—
II Tanino.	30	—
Agua hervida.	500	—
III Solución de percloruro de hierro.	40	
Agua hervida.	500	—

Algodón en rama boricado de cocaína (Eller).

Clorhidrato de cocaina. . . }	a â	2 gramos.
Ácido bórico. . . . . }		
Glicerina.		4 —
Ácido fénico		1 gramo.
Agua destilada.		30 gramos.

Disuélvase la cocaína en el agua, y el ácido bórico en la glicerina; mezclénse ambas soluciones y añádase el ácido fénico. Empápense 30 gramos de algodón en rama hidrófilo.

Gerente : E. PIERRE.

Imp. D. Dumoulin y Cie, calle des Grands-Augustins, 5, Paris.

TERAPÉUTICA MÉDICA

De la difteria.

Lección clínica de M. JULIO SIMÓN.

Para quedarme en los límites esencialmente prácticos que me he fijado, sería preciso estudiar en seguida el diagnóstico de la difteria; sin embargo, esta afección ha sido muy poco tiempo ha el objeto de investigaciones tan importantes, los resultados que ha dado la experimentación concuerdan tan bien con la observación clínica, la precisión que dan á la análisis de la difteria es tan grande, que me parece necesario dedicar nuestra primera conferencia á señalar los resultados experimentales que pueden ser de provecho á la clínica.

La muy importante memoria que acaban de publicar los Sres Roux y Yersin en las *Annales de l'Institut Pasteur*, nos permite desde luego dar la precisa definición de la difteria: ésta es una afección sendo-membranosa, que invade de preferencia las vías respiratorias superiores, y cuyas falsas membranas contienen *siempre el bacilo de Klebs*. Permítaseme que insista sobre la importancia de esta particularidad.

La difteria tiene su bacilo específico; la falsa membrana que contiene este micro-organismo es diftérica, la que no lo contiene no lo es. Este hecho tiene en el estudio de la difteria una importancia tan grande como la del descubrimiento del bacilo de Koch en la tuberculosis. Ya sabíamos que la difteria es inoculable (Lœfler, Talamond, Quinquand) y contagiosa, pero el conocimiento exacto del mismo agente contagioso permite ahora no hacer confusión alguna. Se presentaban muchos casos en que, aun teniendo la falsa-membrana en la mano, era difícil decir si ella era realmente diftérica; no se podrá ya cometer semejante confusión.

Yo os decía que la existencia del bacilo tiene una importancia capital; es preciso que volvamos á estudiar ese punto especial de la memoria de los Sres Roux y Yersin, pues es indispensable dejar bien asentado que no solamente el bacilo de Klebs existe siempre