

LA CRÓNICA MÉDICA

AÑO XXVI.

LIMA, 15 DE AGOSTO DE 1909

Nº 495

CLINICA MEDICA

HOSPITAL DE SANTA ANA

Enfisema sub-cutáneo en el curso de una tuberculosis pulmonar sub-aguda

Lección del profesor Dr. Avendaño

Junio 24 de 1909.

Hace un mes que permanece en el servicio la enferma que ocupa la cama Nº 8, y durante ese lapso de tiempo la enfermedad que la aqueja ha evolucionado bajo una forma insólita, con un cuadro clínico por demás *sui-generis*, interrumpido por episodios bastante raros y ofreciendo, en una palabra, circunstancias especiales sobre las que voy á llamar la atención de Uds. en la lección de hoy.

La paciente, que ingresó al hospital el día 24 del mes ppdo. se llama Marí Huamán, es natural de Tarma y de raza india, tiene 28 años de edad, temperamento linfático y constitución débil. Ha vivido en su ciudad natal hasta la edad de quince años en que se trasladó á Matucana, donde residió tres años, pasados los que vino á la hacienda de Naña, fundo en el que permaneció dos años encaminándose después á Lima, en cuya calle del Suspiro ha estado hasta la fecha.

Sus padres viven en Tarma y gozan de buena salud. Ha tenido cuatro hermanos, dos varones y dos mujeres, que han muerto, sin que la enferma pueda indicar la causa del fallecimiento.

Menstruó por vez primera á los quince años, y el flujo ha continuado presentándose periódicamente sin interrupción alguna, habiendo sido el último el 16 del pasado mes de mayo. Ha tenido dos hijos, un hombre y una niña, que han fallecido el primero de sarampión y la segunda de coqueluche. Se ha dedicado primero á las faenas del campo, y últimamente á la industria del lavado. Declara haber tenido siempre vida arreglada y hábitos temperantes. Su pasado patológico es muy sombrío, pues ha padecido de viruela y coqueluche, en Tarma; paludismo verruga (enfermedad de Carrión) y reumatismo, en Matucana; paludismo, en Naña; y, finalmente, paludismo y una erupción cutánea, en Lima. Con motivo de esta última dolencia (que parece fue pénfigo) estuvo hace algunos meses en la sala de San Miguel, de este hospital.

Dice la enferma que habiendo, en días pasados, tomado agua fría muy temprano le repitió la terciana, con calofrío, fiebre, cefalalgia y vómitos, presentándose los accesos todos los días en la mañana; y, que no habiendo podido dominarlos con el uso de la quinina y de la infusión de manzanilla, resolvió venir á curarse á este nosocomio.

En el momento de la visita pudo observarse en la Huamán lo siguiente: ligero tinte sub-ictérico de la piel, la misma que ostentaba las cicatrices de la dermatosis ya mencionada; pulso lleno y frecuente, 39. 5° de temperatura. cefalalgia, lengua húmeda cubierta de una capa blanquecina; tos con expectoración mucosa, aereada; estertores subcrepitantes finos diseminados en la extensión de ambos pulmones, de preferencia en el lado derecho; disfonía; hígado hipertrofiado, bazo normal; estado intelectual lucido y aspecto general satisfactorio.

El examen microscópico de la sangre reveló la presencia de las formas esféricas del hematozoario de Laverán y de granulaciones melánicas, dato que unido á la marcha de la temperatura (36. 8° en la tarde del día 24; 39. 7° en la mañana y 36. 7° en la tarde del día 25; 35. 9° en la mañana y 37. 4° en la tarde del día 26; y, 37. 8° en la mañana y 39. 4° en la tarde del día 27) y á los antecedentes de la enferma, parecían confirmar el diagnóstico de paludismo que se formuló desde el primer instante.

En los días siguientes la temperatura se mantuvo entre 37° y 39°, con notables é irregulares oscilaciones, dando una curva imposible de referir á tipo alguno determinado. La enferma ofreció en ese entonces facies estuporosa, lengua seca y roja, labios y encías con ligero fúligo, aumento en la extensión é intensidad del catarro bronquial y, en uua palabra, un aspecto tifoide azas sospcho. No hubo modificación alguna favorable en el estado de la voz. Casi podía asegurarse que actuaba algún otro agente patógeno además del de la malaria.

En el mismo estado, y sin que hubiera podido descubrirse en el aparato respiratorio otra lesión que el catarro bronquial ya mencionado, transcurrieron los días hasta el 7 de junio, en cuya madrugada, y después de un fuerte golpe de tos, se presentó un enfisema sub-cutáneo localizado en la parte antero-superior del tórax, el cuello y la cara; enfisema que al día siguiente se extendió á la región posterior del tórax, especialmente en el espacio inter-escapular, á los miembros superiores, siendo más apreciable en el derecho, y al vientre.

El examen laringoscópico practicado en el mismo día, permitió comprobar la existencia de una degeneración francamente granulosa, de apariencia tuberculosa, localizada en el espacio interarritenoideo, en el sitio en que se inician las lesiones tuberculosas del órgano de la voz, y que esplicaba la disfonía que ha aquejado á la enferma desde el momento de su entrada á la sala. En vista del resultado de este examen se mandó buscar en el esputo el bacilo de Koch, cuya presencia sólo pudo verificarse en una cuarta investigación, después del insuceso obtenido en las tres primeras.

A partir del momento en que apareció el enfisema sub-cutáneo, decayeron visiblemente las fuerzas de la paciente; la temperatura osciló entre 37° y 38. 5° con exacerbaciones vespertinas; se acentuaron los síntomas del lado del aparato respiratorio, observándose sucesivamente: transformación de los estertores sub-crepitantes pequeños, perceptibles en toda la extensión del pulmón derecho, en otros de mayor intensidad, más gruesos; aparición de un ruido de frote en la base y hacia afuera del lado derecho del tórax, que se presentó el día 15 de junio y que paulatinamente fue desapareciendo hasta el día 19 en que dejó de oírsele; respiración áspera y soplante en el vértice del pulmón derecho, apreciable desde el día 16, poco más

ó menos; respiración anfórica y otros signos cavitarios, sino tan claros y distintos como los que se escuchan en los casos de cavernas extensas y perfectamente fraguadas, sí de suficiente significación clínica para asegurar que hacen tres ó cuatro días existe un proceso destructivo en el lóbulo medio del pulmón derecho; la tos ha continuado tenaz, con expectoración abundante, purulenta, numular; la respiración siempre anhelosa, con disnea intensa;— pulso pequeño y frecuente;—hace pocos días se ha presentado diarrea frecuente, con dolores en el vientre, ligero meteorismo, y con persistencia de la hipertrofia hepática;—hay enflaquecimiento marcado, facies hipocrática y un estado general muy grave precursor de un término fatal.

Tal es condensada hasta donde es posible la historia clínica de la María Huamán. Voy á hacer un estudio detenido de las particularidades que ofrece, haciendo resaltar las proficuas enseñanzas que se desprenden de su observación.

Empezaré por el diagnóstico. Es indiscutible que en el presente caso han actuado á la vez, coetáneos, los gérmenes del paludismo y los de la tuberculosis: así lo prueban de consuno los síntomas observados y el resultado de las investigaciones efectuadas en el laboratorio, mediante las que se pudo, en los primeros días encontrar el hematozoario de Laverán, y en los postreros el bacilo específico de la tuberculosis; y digo que han actuado á la par, porque cuando la paciente vino á este establecimiento presentaba el síndrome característico de la intermitente malárica, y la disfonía, que esteriorizaba la lesión radicada en la laringe, cuya naturaleza tuberculosa pudo evidenciarse el día 7 de junio. Y esta comprobación concuerda con los antecedentes de la enferma, en cuyo pasado patológico figura de modo preferente el paludismo, y como accesorios algunos procesos, viruela y coqueluche, de los reputados como tuberculizables, sin contar con la enfermedad de Carrión y el reumatismo enfermedades amenizantes que siempre originan no poco deterioro orgánico. El paludismo lo ha contraído la Huamán durante su residencia en las zonas maláricas (en la quebrada de Huarocharí) y á su persistencia ha contribuído, en no pequeña parte, la habitación que ha tenido en Lima, ubicada en un barrio (calle del Suspiro) por demás palúdico. Cuanto á determinar cuándo y cómo adquirió la enferma la tuberculosis, es un punto que no se puede resolver con toda la precisión deseable, ya que el germen de esta enfermedad abunda por todas partes y existe en todas las localidades en que ha permanecido la interesada; pero lo que sí es indudable es que en el organismo de la Huamán han actuado, en varias épocas y sucesivamente, muchas de las causas que debilitan al organismo y lo colocan en condiciones favorables para la penetración y pululación del bacilo tisiógeno, y que ha sido en la laringe donde primero se localizó este micro-organismo. Ustedes recordarán que el examen clínico en los primeros días no permitió descubrir en los pulmones de la Huamán lesión alguna de las que se utilizan para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, y que, reputando la disfonía como de origen catarral, tanto por esta circunstancia como porque la paciente apenas si se había dado cuenta de la presencia de este síntoma, y que apoyándome en el cuadro sintomático y en los

resultados de la observación microscópica consideré el caso como malárico. Y aun en el instante en que el espejo laringoscópico reveló la lesión tuberculosa de la primera sección del árbol respiratorio, no embargante de que ya habían ocurrido episodios de no poca significación, sobre los que insistiré en seguida, en ese momento repito todavía no era posible, con sólo los signos clínicos, aseverar que el bacilo se había ya localizado en los pulmones.

En los días 24 y 25 de mayo, como ya lo he dicho, hubo gran elevación matutina de la temperatura, á 39.5° y 39.7° respectivamente, y descenso vespertino á 36.8° y 36.7°: oscilaciones típicas de la cotidiana palúdica; en la mañana del 26 la temperatura baja hasta 35.9°, para subir en la tarde á 37.4° y continuar ascendiendo hasta la tarde del día siguiente, en que llegó á 39.4. Después la fiebre fue continua, pues apenas si merecen ser tomadas en consideración las cifras matutinas de 36.8°, 37.2° y 36.4° observadas en los días 6, 7 y 8 de junio, es decir cuando se presentó el snfisma sub-cutáneo.

Les he dicho ya que desde el día 27 de mayo, se presentaron en la enferma, algunos síntomas tifóides, circunstancia que me hizo pensar en la posible asociación del hematozoario de Laverán y del bacilo de Eberth, lo que equivale á decir que hubo momentos en que creí hallarme en presencia de un caso de tifo-malaria: proceso morboso cuya existencia no puede ponerse en duda aunque la hayan negado algunos competentes clínicos. Pero la marcha del caso cuyos detalles ya he puntualizado, y la existencia del bacilo de Koch en la espectoración de la paciente, prueban que, lo que ocurrió entonces fue la evolución del proceso tuberculoso que, acantonado en un principio en la laringe se propagó después á los pulmones, de preferencia al del lado derecho, órgano en el que se ha desarrollado con inusitada rapidez generando una forma clínica de marcha rápida, sub-aguda.

Forzosamente hay que admitir que el organismo de la Huamán ha estado favorablemente predispuesto para ser presa del bacilo de Koch y que, el paludismo manifestado en la segunda quincena del mes anterior ha sido factor de primer orden, para contribuir á que la tuberculosis de la laringe haya invadido el pulmón originando como queda dicho un nuevo estado patológico bien grave.

Si la lesión laríngea ha evolucionado con suma lentitud, en cambio la del pulmón ha llegado al último período en muy corto lapso de tiempo: cerca de 40 días, y es bien sabido que en tal condición sólo puede tratarse ó de una granulía, es decir una tuberculosis miliar aguda, ó de una tuberculosis ulcerosa sub-aguda, sea una tisis galopante. En mi concepto es esta última la afección que ofrece la enferma, y paso á indicar las razones que justifican esta opinión.

El carácter tifoide que revistió la enfermedad en los últimos días del mes anterior podría inclinar el ánimo en el sentido de una granulía, sabido como es que hay una tuberculosis miliar de forma tifoide y que, el diagnóstico entre la tuberculosis miliar aguda y la fiebre tifoidea es uno de los problemas clínicos de más difícil resolución. Pero los síntomas observados posteriormente desautorizan tal modo de pensar, ya que en la Huamán no se ha notado la disnea intensa de la tuberculosis miliar que va hasta la ortopnea y la sofocación, la cianosis de la cara y de las extremidades, la

propagación á otros órganos como los meninges ó el peritóneo, y la variabilidad de las lesiones estetoscópicas que se observan en el referido proceso. Hay algo más: los enfermos que sucumben víctimas de la granulia presentan serios trastornos del lado del sistema nervioso, cefalalgia intensa, delirio más ó menos ruidoso, temblor en las extremidades y sacudidas fibrilares, y apesar del trastorno que sufre el organismo los pacientes enflaquecen poco.

En la Huamán han podido Uds. notar la integridad de su sistema nervioso, la gran palidez y la sequedad de su piel, la pérdida rápida de su panículo adiposo que la ha conducido al estado de marasmo en que hoy se halla; y, en su aparato respiratorio han podido seguir paso á paso la marcha de la enfermedad hasta llegar al estado en que hoy se encuentra. Fueron primero los estertores sub-crepitantes de burbujas finas, diseminados en la extensión de ambos pulmones, pero más abundantes en el lado derecho; sobrevino en seguida el enfisema sub-cutáneo, síntoma que estudiaré con todos sus detalles en los párrafos sub-siguientes, limitándome por ahora á decir que semejante complicación revela la existencia de una enfermedad grave del aparato respiratorio; después se presentaron estertores sub-crepitantes de burbujas gruesas, ruidos de trote en la base y parte externa del lado derecho del tórax, respiración áspera y soplante en el vértice del pulmón derecho, y finalmente, signos cavitarios en la parte media del mismo órgano: signos todos que me autorizan para afirmar que en ese órgano de la tisis ulcerosa ha llegado á producir escavaciones pulmonares, pequeñas cavernas ya irreparables. Es esta la marcha típica de la tisis galopante, proceso en el que, sea por extrema virulencia del germen ó por poca ó ninguna resistencia del órgano la tuberculosis recorre todos sus períodos, desde la simple congestión pulmonar hasta la fusión cavitaria, en el término de tres á seis meses.

Es, pues, una tuberculosis pulmonar ulcerosa sub-aguda la enfermedad que ha colocado á la paciente en el triste estado en que hoy se encuentra: proceso morboso que en el presente caso ha seguido una marcha más rápida que la que á menudo se observa, contingencia que en mi concepto se debe á la complicación del enfisema sub-cutáneo, como os lo probaré después, cuando haya expuesto cuanto se refiere á este epifenomeno y os haya puesto de manifiesto todas las importantes deducciones que se desprenden del hecho que hemos observado.

Han visto Uds. que la Huamán ha tenido en estos últimos días, y tiene aún, diarrea frecuente y vientre dolorido y abultado. No creo que estos trastornos se deban á la propagación de la bacilosis á los órganos abdominales, sino que se trata únicamente de accidentes terminales debidos á la suma postración de la enferma y al aniquilamiento de su organismo.

El enfisema celular sub-cutáneo sobrevenido en el curso de una afección de los órganos respiratorios, es un accidente tan grave como raro: á tal punto que todos los autores están acordes en reputarlo como de terminación fatal, citando como verdaderas curiosidades clínicas los casos que han observado. Pero en la entidad patológica en que se presenta de preferencia es en la tuberculosis pulmonar crónica.

El profesor Graves, de Edimburgo, en sus lecciones clínicas dictadas en el hospital Guy's, hace mención del enfisema sub-cutáneo, al tratar del neumotorax, y dice que Frank ha dejado una magistral descripción de este accidente.

El profesor Jaccoud, en su clásico tratado de patología interna, indica la posibilidad de que en algunos casos de enfisema interlobular ceda la hoja pleural y se forma un neumotorax consecutivo; ó bien que por el aumento incesante del aire acumulado bajo la pleura, llegue el gas á alcanzar el hilo y el mediastino y pueda entonces invadir el tejido celular del cuello, de la cara y del tronco. En lo que se refiere á la sintomatología, expone que cuando es extenso está caracterizado por una disnea proporcional á la cantidad de aire infiltrado, y en no pocos casos por una infiltración gaseosa cervico-torácica, y, añade que la muerte es la terminación ordinaria de este accidente.

Marfan, en el tratado de medicina de Charcot, y Bouchard, habla del enfisema parcial reticulado, que se situa en el límite de los focos tuberculosos, que es poco extenso y que dá al lobulillo pulmonar el aspecto de un extenso retículo ganglionar; y después añade:—"el enfisema sub-cutáneo generalizado puede producirse en los tísicos y constituye un accidente por lo común mortal. Es la consecuencia de la rotura de una vesícula pulmonar, de la perforación de un bronquio ó de la traquea por un ganglio enfermo, y con más rareza del abocamiento de una caverna en la cavidad pleural."

Es el profesor Renón, quien ha estudiado este tópicó con lujo de detalles, habiéndole dedicado un magistral capítulo en sus lecciones clínicas sobre las enfermedades del corazón y del los pulmones, capítulo del que he tomado, casi en su totalidad, la exposición que voy á hacer.

Pero antes, debo decir que es este el tercer caso, según se desprende de las investigaciones que he practicado, de enfisema celular sub-cutáneo que, como complicación de la tuberculosis pulmonar crónica, se ha observado en nuestros hospitales. El primero lo fué en el servicio del doctor Graña, en el hospital Dos de Mayo, y se presentó en un tuberculoso crónico, que tuvo una supervivencia prolongada después del accidente; habiendo sido visto el segundo por el doctor Crovetto, en la sala de Santa Rosa del mismo nosocomio, en un hombre adulto portador de una tisis ulcerosa crónica y de enfisema pulmonar en ambas bases, con predominio al lado izquierdo, en quien el accidente ocasionó la muerte al cabo de cinco días.

El profesor Renón comienza por reseñar los casos de enfisema sub-cutáneo de que tiene noticia, dividiéndolos en dos grupos según el modo como han terminado. Han sido fatales, y se ha comprobado durante la necropsia la presencia del aire en el mediastino, en los casos observados por Loueste, en 1902; Grancher, en una niña, en 1886; Colas, en 1893 y Muller, en 1888. Se han curado: el caso de Renón y Géraudel, comunicado á la Société médicale des hopitaux de Paris, en 1902; el de Lecouvré, anunciado en la Gazette des hopitaux del 4 de noviembre de 1902; y, dos del doctor Halipre, de Rouen, consignados en la tesis de Henrion, en 1905.

Después de indicar que pueden existir otros casos de curación, si bien se trata de una afección muy rara, entra de lleno á dilucidar porque ciertos enfermos se curan en tanto que otros mueren, sin que se pueda invocar como única causa la gravedad de la tubercu-

losis subyacente, haciendo incapie en la utilización pronóstica que puede tener el síntoma si se llega á explicar el por qué de la diferencia de evolución según los casos; y, para probar que es posible hacer clínicamente tal diferenciación, se expresa así respecto al mecanismo del enfisema sub-cutáneo en las enfermedades del pulmón.

"Supongamos que un alveolo pulmonar sano se rompa en un violento esfuerzo, como el del parto por ejemplo, entonces el aire se infiltrará en el tejido celular del pulmón y llegará al tejido conjuntivo del mediastino por dos vías diferentes: por la vía sub-pleural, si se trata de un alveolo periférico, y por la vía perivascular si se trata de un alveolo central. Del mediastino el aire sube hacia la cabeza pasando detrás de la faringe y de la laringe, apareciendo sobre los lados del cuello é infiltrándose en las cavidades máxilo-zigomáticas donde levanta los carrillos. Es el enfisema clásico de triple localización de Roger: localización pulmonar, localización mediastinal y localización cervical; siendo la invasión del cuello la primera manifestación objetiva de la primitiva invasión del pulmón y del mediastino".

"Si suponemos que el pulmón en vez de estar sano se halla alterado, y que hay una tuberculosis del alveolo, por ejemplo, vamos á contemplar los dos casos diferentes que pueden presentarse".

"Una granulación tuberculosa puede producir la adherencia de un lóbulo sub-pleural á la pleura visceral, sostituyendo un tejido frágil al tejido normal residente. Puede perfectamente suceder que en una quinta de tos ó en un esfuerzo se rompa el tejido neo-formado, y entonces el alveolo comunicará directamente con la cavidad pleural, que se llenará de aire, generándose un neumotorax, sin producción de enfisema en el tejido celular".

"Si al contrario, la granulación tuberculosa comprende en su extensión la pared del lóbulo sub-pleural, la pleura visceral, la pleura parietal, soldadas en una verdadera sinfisis pleural, y si engloba además el tejido celular sub-pleural serán muy diferentes las consecuencias de la rotura alveolar. El aire no pasará entonces á la gran cavidad pleural sino se esparcirá en el tejido celular: sea en el tejido sub-pleural visceral, caso en que se presentará toda la evolución del enfisema de triple localización; sea en el tejido sub-pleural parietal. En este último caso, el enfisema seguirá una doble vía para abrirse paso al exterior, presentándose en la pared costal ó en la base del cuello, según que la rotura radique en el plastrón costal ó en la cúpula pleural que recubre el vértice del pulmón".

"Será en todos los casos un enfisema de una sola localización, sin compromiso del mediastino pudiendo suceder lo mismo, trátase de una caverna pulmonar ó de una simple granulación alveolar. Puede, pues, existir un enfisema no mediastinal, amediastinal si se permite la frase, siendo esta una comprobación interesante, pues como paso á demostrarlo es justamente en la integridad ó en la invasión primitiva del mediastino, que se apoya en gran parte la llave del pronóstico en los casos de enfisema sub-cutáneo sobrevenido en el curso de la tuberculosis pulmonar crónica".

"Esta noción que yo sostengo desde hace algunos años con el señor Géraudel es contraria á la opinión clásica y no se la ha aceptado sino con alguna reserva. Galliard, cuyos interesantes trabajos sobre el neumo-torax son bien conocidos y que se ha ocupado bastante del enfisema sub-cutáneo, discutiendo nuestra comunicación nos ha objetado que no le parece posible hacer siempre el

diagnostico del enfisema mediastinal, que en muchos casos es latente”.

Para rebatir estos argumentos, el profesor Renón insiste en el hecho de que los signos del enfisema del mediastino (disnea intensa, disfagia, esofagismo, violentos accesos de tos, entrecortados por llantos y gritos) se ha visto los casos de muerte, y que no se les ha observado en aquellos que han tenido feliz terminación.

En efecto está perfectamente probado en que el enfisema mediastinal existen un grupo de signos físicos correctamente descritos por Muller, á saber: desaparición de los espacios intercostales, por ensanchamiento del torax; no percepción del impulso cardiaco y del choque de la punta, por interposición de la capa de aire; sonoridad anormal que reemplaza á la macizes cardiaca, y como signo espesoscópico, crepitación fina isocrona con la sistole cardiaca, perceptible en la región precordial y sólo en tal sitio. Y como quiera que estos signos no han podido ser contemplados en los enfermos cuyo enfisema sub-cutáneo ha evolucionado sin compromiso serio para la vida del sujeto, estima el profesor Renón posible hacer, en algunos casos, el diagnóstico del enfisema del mediastino, comprobación que reviste excepcional importancia desde el punto de vista del pronóstico, como ya se ha indicado antes.

Esto no quiere decir que se desestimen, para el pronóstico, la gravedad y extensión de las lesiones pulmonares, pero hay que reconocer que el enfisema sub-cutáneo es al respecto factor de primordial importancia, puesto que: “con lesiones pulmonares iguales todo tísico atacado de enfisema sub-cutáneo, que no ha principiado por el mediastino, tiene más esperanza de supervivencia que en los casos en que hay invasión primitiva del mediastino”.

Paso á exponeros las deducciones prácticas, desde el punto de vista del enfisema celular sub-cutáneo, aplicables al caso que motiva la presente lección.

Desde luego, es este quizás el primer caso en que se ha visto el enfisema sub-cutáneo en el curso de una tisis galopante, ya que en la literatura médica consultada no he encontrado nada que se le parezca. Esto no quiere decir que tenga algo nuevo que exponer respecto al mecanismo de la producción del epifenomeno, que precisamente tiene que ser idéntico al indicado por Renón para la tuberculosis ulcerosa crónica, ya que las lesiones son las mismas en ambos supuestos, diferenciándose sólo en el tiempo empleado en su evolución.

Uds. recordarán que el enfisema apareció en esta mujer de una manera súbita, en la noche del día 7 de junio, después de un violento acceso de tos, y que en la mañana del 8 la enferma no ofrecía otra cosa de notable que la hinchazón de las zonas invadidas por el aire infiltrado, sin que hubiera disnea intensa, dolores precordiales, desaparición de los espacios interostales y demás signos característicos del compromiso del mediastino, lo que prueba que el accidente en este caso ha sido *amediastinal*;—recordarán también que el enfisema estuvo localizado en la parte antero-superior del torax, en el cuello, la cara, los miembros superiores, el espacio inter-escapular, &c., con predominio hacía el lado derecho y sin que hubiera nada que llamar la atención en la región anterior del torax, por delante del plastrón esternal, datos que autorizan para asegurar que el aire se ha abierto camino hacía el tejido celular por una abertura radicada en la cúpula pleural del lado derecho; y

esta presunción adquiere mayores visos de certidumbre si se recuerda que en los días sub-siguientes, la tuberculosis se ha hecho bien apreciable en el pulmón derecho.

Hay algo más: á pesar de que en el presente caso el enfisema ha respetado el mediastino, y que á raíz del accidente faltaron los síntomas graves consecutivos á esta complicación, sin embargo el enfisema puede decirse que fué un fuetazo, un poderoso estímulo para apresurar la marcha del mal; pues á partir del mencionado 7 de junio sobrevinieron, con notable insistencia, los síntomas típicos de la tisis galopante pudiéndose así establecer el diagnóstico, indeciso hasta esa fecha. Y la enfermedad, conforme lo he dicho, ha seguido una rapidísima marcha como lo prueba el estado de la enferma, cuyo término fatal se halla muy cercano.

Innecesario me parece decir una palabra más respecto del pronóstico. La Huamán es una mujer fatalmente condenada á la muerte, y lo es en plazo corto; no sólo por la gravedad de la tuberculosis sub-aguda que ofrece, sino también porque el enfisema celular sub-cutánea ha contribuido de modo eficaz á precipitar la evolución del proceso. Diríase que se ha cumplido el aforismo clínico, conocido de antaño, de ser el enfisema sub-cutáneo el accidente mas temible que puede presentarse en el curso de una neumopatía.

El tratamiento seguido en este caso es bien conocido de ustedes: ha sido causal al principio, cuando creí que se trataba sólo de un paludismo; y después puramente sintomático, ya que hasta hoy no disponemos de una medicación capaz de detener los funestos estragos de la tisis galopante. Con no poco desaliento hay que declarar que aún somos impotentes para batir al bacilo de Koch, cuando revela su presencia por medio de procesos agudos y sub-agudos.

La enferma en cuestión murió el día 26, y en la autopsia realizada el día 27 se encontraron, entre otras lesiones las siguientes:— en la cúpula pleural sobre el vértice del pulmón derecho, adherencia de la pleura á los tejidos vecinos, sitio por donde sé verificó la salida del aire para producir el enfisema consecutivo; ganglios mediastínicos hipertrofiados, pero no se halló aire en la cavidad del mediastino;—pleuras hiperhemiadas, sobre todo al lado derecho, y sin adherencia alguna;—pulmón izquierdo congestionado, pero sin nódulos tuberculosos;—en el pulmón derecho, nódulos tuberculosos, en variados períodos de su evolución, sobre todo en los lóbulos superior y medio, parenquima distendido por el aire; enfisema retrículado en el vértice y borde interno del órgano; y, en el lóbulo medio una caverna del tamaño de un hueso de durazno; y, la mucosa del conducto laringo tranqueal, engrosada, degenerada, sobre todo en el espacio inter-aritenoideo.

Se comprobó así ampliamente los datos obtenidos por la observación clínica, tanto en lo relativo á la forma y sitio de producción del enfisema, como respecto á la naturaleza del mal, pues sólo tratándose de una tuberculosis ulcerosa sub-aguda, ha podido quedar libre la pleura de adherencias, no obstante que al nivel del lóbulo medio y hacia su parte externa se veían con toda claridad, por debajo de la pleura visceral, los conglomerados tuberculosos que sobresalían sobre la superficie del órgano, y á cuya presencia hay que referir el ruido de frote que se percibió mediante la auscultación de ese sitio.

DE NUESTROS CANJES**Costumbres funerarias en el Imperio de los Incas**

POR EL DR. JOSE PENNA (1)

DIRECTOR GENERAL DE LA ASISTENCIA PÚBLICA, ACADEMICO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA

SUMARIO:—Consideraciones generales sobre el Imperio de los Incas.—Religión de los primitivos habitantes y divinidades que adoraron despues de la fundación del Imperio.—De las Sacerdotisas ó Virgenes del Sol.—Sus ideas sobre la inmortalidad del alma; metempsicosis.—Costumbres funerarias primitivas.—De la antropofagia y de las bárbaras costumbres de los primitivos peruanos.—Estudio de los sepulcros antiguos del Perú.—Sus grandes variedades.—Descripción de sus principales *huacas*.—La caverna funeraria, el túmulo, la pirámide, los *dolmens*, las torres, *chulpas*, etc.—Clasificación de sus sepulturas (Wiener).—Las tumbas del tiempo de los Incas.—Los templos sepulcrales de los reyes.—Las momias de los Incas en el templo del Sol en el Cuzco.—Los sepulcros de los reyes de Qu to.—Influencia de las familias, de las clases y del rango en la riqueza de los monumentos funerarios.—De la posición de los cadáveres y de la profusión de sus adornos.—Descripción de los cuerpos momificados (Momias), y del gran número de telas que los envolvían.—Discusión sobre la momificación y el embalsamiento.—Conocimientos del arte de embalsamar de los peruanos y sistema empleado.—Su paralelo con el embalsamiento egipcio.—Causa de la momificación de los cuerpos en las *huacas*.—Costumbres y ritos funerarios.—De los sacrificios humanos y de las ofrendas á los muertos.

En el Perú, que era el otro centro de civilización que representaba en el Sud de América el mismo papel que Méjico en el Norte, encontraremos nuevos usos y costumbres funerarias, que por muchos conceptos deben ser asimilados á aquellos que en cierta época estuvieron muy en boga en el antiguo Egipto.

Este poderoso imperio que extendía sus dominios desde el 2º de Latitud Norte hasta el 37º de Latitud Sud (Prescott), comprendía inmensos territorios: Nueva Granada, parte de Venezuela, las Regencias del Ecuador, Perú, Bolivia, Chile y todo el Norte de la Argentina estaban incluídas en su jurisdicción.

Los reyes del Perú, los Incas, cuya dinastía remontaba á 400 años antes de la conquista, eran tenidos por hijos del Sol, y considerados por sus vasallos como personificaciones divinas á quienes debían la creación de sus instituciones, el conocimiento de las artes, de las industrias, etc., y la religión que era la base de su política y la condición misma de su existencia social, daba á este gobierno el carácter de una verdadera teocracia (Prescott).

Los antiguos peruanos que preexistieron á la fundación del imperio de los Incas, admitían la existencia de muchos dioses; y esta mitología era tan profusa que en el día nos sería bastante difícil el inventarlos á todos si como lo expresa el Inca Garcilaso de la Vega, los dioses que adoraban variaban en cada provincia, pueblo, barrio, y hasta en cada casa "por que les parecía que el dios ajeno, ocupado con otro, no podía ayudardarlos, sino el suyo propio; y así vinieron á tener tanta variedad de dioses, y tantos, que fueron sin número." (1)

(1) Con anotaciones del Dr. Guillermo Olano.

[1] De los comentarios Reales de los Incas, por el Inca Garcilaso de la Vega Edición de 1829, Madrid, libro I, cap. XX, pág. 30.

Adoraban los astros, los meteoros, los elementos, los ríos, las montañas, los animales, sin exceptuarse de este culto ni los reptiles, ni los pájaros, ni, en fin, los grandes y pequeños peces.

En medio de esta profusión de deidades, los peruanos del tiempo de los Incas reconocían un ser superior á todos, creador del Universo, y al cual llamaban *Viracocha ó Pachacamac*. (1)

Este dios era invisible y lo consideraban como "aquel que sostiene ó dá vida al Universo".

Después de Pachacamac seguía el Sol, dios que presidía los destinos humanos y daba luz, color y vida; era además el padre de sus Incas, y lo reverenciaban como á tal y como al autor de su nación dedicando á su culto numerosos templos, de entre los cuales era el más famoso por su riqueza y suntuosidad, el erigido en la ciudad del Cuzco, á cuyo sitio daban por esta razón el nombre de *Coricancha* (lugar del oro) (2).

Venía en seguida la Luna (esposa del Sol), las estrellas sus hermanas: en fin, el trueno y el relámpago, que lo mismo que la tierra y el mar formaban á la cabeza de su catálogo divino.

Los sacerdotes encargados de su culto, custodiaban á los ídolos en sus grandiosos templos, y oficiaban en las frecuentes fiestas que aquí como en Méjico, tenían lugar todos los meses.

Las cuatro principales de estas festividades, se relacionaban con el Sol y se celebraban en los cuatro grandes periodos de su evolución anual, los solsticios y equinoccios; pero de todas ellas, era sin duda la más solemne y propiciatoria, la designada con el nombre de fiesta de *Raymi*, (3) que se verificaba en el solsticio de verano, época en que se encendía de nuevo el fuego sagrado robado al mismo Sol, por medio de espejos metálicos cóncavos, que concentrando en su foco los rayos caloríficos, hacían arder los copos de algodón seco que para el efecto se ponían.

Si el disco solar se ocultaba por nublados, entonces se procuraba el juego por fricción; pero esta circunstancia era considerada de mal agüero, lo mismo que si el juego, cuyo mantenimiento se encargaba á las Sacerdotisas ó Virgenes del Sol, se apagaba durante el año.

Esta ceremonia como se vé, era exactamente la misma que con igual fin celebraban los romanos en tiempos de Tuma.

Los sacrificios eran aquí tan raros como frecuentes en Méjico, y en todo caso se preferían los animales, el llama entre otros. Los sacrificios humanos se reservaban exclusivamente para las grandes festividades. (Ondegardo, Cieza de León, Aosta, Montesinos, etc).

Aun cuando los Incas rindieran culto al fuego como las consideraciones anteriores lo hacen suponer, no incineraban sin embargo los cadáveres; muy al contrario, se esforzaban por conservarlos á todo trance, por que además de creer en la inmortalidad del alma, admitían la resurrección de los cuerpos, ó sino de la resurrección, porque al decir de Garcilaso, no tenían en su lengua palabra para expresarla, pensaban al menos en la supervivencia ó prolongación de la vida, en la cual debían tener las mismas necesidades que en ésta, en vista de las provisiones y demás objetos que acumulaban en las tumbas.

(1) Huiraccocha—Espuma de mar ó Caballero. Pachacamac—El que gobierna en la Tierra

(2) Coricancha—Depósito de oro

(3) Raymi—Mes de diciembre

La residencia de las almas no eran en su sentir la misma para todos, pues hacían distinción entre los buenos y los malos, descubriéndose en estas creencias algo como la idea del paraíso y del infierno, lugares distintos y sitios reservados para el placer y el descanso el uno, y el otro para trabajos perpetuos á fin de purgar los delitos.

Dividían el universo en tres mundos; el cielo (*Anan Pacha* (1) que quiere decir mundo alto), á donde debían ir los buenos á ser premiados por sus virtudes; la tierra (*Hurin Pacha* (2) mundo bajo) y por último llamaban *Uca Pacha* (que significa mundo inferior de allá abajo), al centro de la tierra donde creían que debían ir los malos, y para declararlo más, le daban también el nombre de *Cuipaipa Huacin* (3) que quisiere decir casa del demonio (Garcilaso, libro II cap. VII pág 108)

A pesar de esto, la momificación cadaverica á la que parece que se dedicaban bajo la influencia de estas ideas no ha sido primitiva en las costumbres de este pueblo.

Así Garcilaso [libro I, cap. XI, pág. 33 y 34] hablando de los sacrificios que estaban en uso en el Perú antes de los Incas, nos refiere aquéllos que tenían por víctimas á los prisioneros de guerra, y á quienes ya fueran hombres, mujeres ó niños, se les abría vivos el pecho, se les sacaba el corazón con los pulmones, se rociaba con su sangre aún caliente á los ídolos, y luego, después de inquirir en esas entrañas palpitantes, el significado propicio ó desfavorable de sus augurios, las *quemaban hasta consumirlas* en ofrenda al ídolo "y comían al indio sacrificado con grandísimo gusto, y sabor, y no menos fiesta y regocijo aun que fuese su propio hijo".

Esta costumbre que nos lleva al sacrificio expiatorio ó propiciatorio y á la antropofagia, ha precedido por mucho tiempo al establecimiento de las naciones cultas que poblaron este país, perpetuándose probablemente solo entre las tribus salvajes y más bárbaras, escapadas ó reunidas con aquellas que lograron civilizarse.

Hablando sobre este mismo tópico, Garcilaso fundado en los manuscritos del padre Blas Valera, describe hechos de la misma naturaleza que espantan por las escenas monstruosas de canibalismo refinado á que se entregaban estas gentes, y en que se ve á las madres untarse los pechos con la sangre caliente de la víctima, para dársela á beber á sus hijos junto con la leche!

Pero todos estos hechos de barbarie, imputables más bien á las ceremonias de su sacrificio que á una costumbre general usada como sistema funerario, se asimilaron con ella en ciertos pueblos, "Hubo nación tan extraña es esta golosina de comer carne humana que enterraban sus difuntos en sus estómagos: que luego que espiraba el difunto se juntaba la parentela y se lo comían cocido ó asado, según le habían quedado las carnes muchas ó pocas; si pocas, cocido; si muchas, asado y después juntaban los huesos por sus coyunturas y les hacían las exequias con gran llanto: enterrábanlos en resquicios de peñas y en huecos de árboles" (4).

No obstante, es preciso saber que dichas costumbres no exis-

(1) Janay pacha—El Cielo

(2) Uray-pacha ó uco-pacha expresan la misma idea; es lo opuesto al Cielo Refiriéndose á la superficie de la Tierra se dice cay pacha; este mundo

(3) Supaypa-huasin—El infierno

(4) Garcilaso, lib. I, cap. XII, pág. 39.

tían ya entre los peruanos del tiempo de los Incas, pues, el estudio detenido de sus monumentos y *huacas* (significa templo, adoratorio, lugar sagrado, y más generalmente sepulcro), nos demuestra como dice Wiener, que la sepultura de los pueblos civilizados que habitaban las regiones de los Andes, ideada bajo la creencia de una vida futura "no era más que la reproducción de su casa, que herméticamente cerrada y abrigada contra las influencias climatéricas, contenía al hombre momificado ó disecado, en medio de sus vestidos, de sus armas, de sus utensilios de trabajo, de sus alimentos y de ciertas figuraciones humanas, que se han convenido en llamar los *lares* ó los ídolos peruanos" (2).

En efecto, los estudios arqueológicos y etnográficos han logrado penetrar en esos monumentos inanimados, y reconstruir para la ciencia, toda la historia de un pasado en que se dibuja al mismo tiempo que la verdad de su existencia, la inteligencia de la raza y la elevada civilización á que había llegado el pueblo que lo construyó, muy superior á la de aquellos que resistieron la conquista, que al decir de muchos, constituía ya una civilización en decadencia.

Pasamos en revista estos sepulcros con ayuda del precioso estudio del Sr. Wiener.

Persiguiendo siempre los peruanos el ideal de conservar sus muertos, tenían por principal cuidado al abrir una tumba, el preservarla de la mayor manera posible de todos los medios y agentes capaces de destruirlos ó deteriorarlos; y la arqueología nos enseña que llegaron á conseguirlo con tanta perfección casi, como los egipcios, debido tal vez, menos á los procedimientos empleados, que á las condiciones especiales del clima, tan propio en esa latitud para oponerse á la destrucción orgánica.

No deja de ser curioso á pesar de esta última consideración, el ver á estos hombres adelantarse empíricamente á la ciencia al secuestrar los cadáveres del acceso del aire y de la humedad, evitando precisamente así las causas de la putrefacción, de cuyo fenómeno apenas se comprendían sus efectos.

Y así, en efecto, en toda esta región los mausoleos y sepulcros varían de forma, de extensión, de estructura, de ubicación, etc., no sólo con la jerarquía del difunto, sino también y muy principalmente con las condiciones del lugar, puesto que de su elección dependían las mayores ó menores facilidades de la conservación. Tenían que oponerse á la humedad que destruía el tejido orgánico, el cadáver, los vestidos y alimentos de sus *huacas* para las digestiones futuras; y este inconveniente fácil de vencer en el litoral arenoso que corre á lo largo del Pacífico, sobre todo si se tiene cuenta la rareza de las inundaciones y la ausencia de las lluvias, no podía presentarse igual en los valles que separan sus montañas, donde si bien el clima es seco, otros medios de destrucción podían añadirse, y contra los cuales debían también luchar.

Es por esto, que las sepulturas varían según que se analicen en el litoral ó en el interior del país.

Las sepulturas del litoral eran unas veces excavadas en la arena, otras edificadas sobre ella, y en algunos casos se aprovechaban

(2) Charles Wiener, Perou et Bolivie Recit de Voyage suivi Archeo logiques et ethnographiques et de notes sur l'écriture et les langues des population indiennes. Paris 1880, pág 525.

ambos sitios para construirlas; pero por regla general, estas *huacas*, aún las más modestas, se señalaban por un montículo de tierra que marca su presencia, lo que constituye para algunos, todos el monumento elevado á la memoria del muerto.

Los sepulcros subterráneos más perfectos de esta localidad, representan hasta en sus menores detalles una habitación donde los cuatro muros de adobe ó de piedra, etc. unidos ó nó con una sólida argamasa, al mismo tiempo que limitan por los lados su perímetro presentan en sus lienzos cierto número de nichos para depósito de los cadáveres. El techo de estas casas mortuorias es plano, algo inclinado ó de doble inclinación, á manera de nuestros ranchos, y el piso ordinariamente nivelado, aparece algunas veces tapizado de estera.

Los sepulcros de esta forma existen solos y aislados sin disponer de más compartimentos ó no constituyen sino el primer plan de una serie de cámaras análogas y más profundamente situadas, dispuestas en forma de gradería en número de 3 ó 4, y no directamente superpuestas unas sobre otras.

Los sepulcros construídos sobre el suelo, pertenecen casi todos á la familia de los túmulos, variando solo por la forma, por la extensión, por la elevación, por los materiales empleados para levantarlos, etc. Muchas *huacas* de esta especie no están formados más que por montículos ú otros de tierra elevada sobre una ó más capas de cadáveres simétricamente dispuestos por lo general. Cuando son muchas las series de cadáveres así colocados, como cada fila de éstas aparece recubierta de una capa más ó menos espesa de tierra, resulta que los túmulos de tal sistema pueden llegar á tener grandes dimensiones.

Esta manera bien rudimentaria de elevar monumentos á la memoria de los muertos, la encontraremos en otros pueblos, y entre ellos, algunos de la Argentina, donde veremos también al túmulo representar su papel funerario.

Finalmente, otras sepulturas de esta misma región revelan un conocimiento más adelantado de sus constructores, un mayor dispendio de la familia, ó en fin, un mayor deseo de eternizar la memoria de los difuntos: son verdaderas construcciones hechas en adobe, argamasa, etc., de forma diversa, pero entre las cuales domina la pirámide.

Estas pirámides generalmente cuadrangulares, están dispuestas en forma de gradería ó escalones, de tal manera que los cuadrados superpuestos que la constituyen, van disminuyendo proporcionalmente de extensión á medida que se sabe. Estas construcciones cuya puerta con insistente frecuencia ha sido abierta hacia el Oriente, donde aparece convenientemente tapiada, presentan por lo general toda su perifería cubierta de un barníz ó revcque hecho de arcilla.

Según Wiener eran los grandes personajes, los Jefes y otros nobles los que hacían levantar esas pirámides para sus mausoleos, en los cuales se hacían enterrar con su familia y domésticos.

En los casos de este género, la distribución de los difuntos en el interior de los sepulcros era más ó menos la siguiente: el señor ó jefe reposaba en la sala formada por la última ó mejor primera gradería situada bajo el suelo ó á su nivel, donde las excavaciones lo han encontrado envuelto por una gran cantidad de arena, que parece colocada de profeso, á fin de obtener un cierre hermético.

En seguida un techo separaba este departamento hacia arriba del resto del túmulo, que se abría en forma de embudo sobre él; en dicho espacio se depositaban los parientes y servidores del príncipe ó jefe, en su órden jerárquico, de tal suerte que los más humildes estuviesen más alejados de su persona.

(Continuará)

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Maladies du Péritoine, par E. DUPRÉ, professeur agrège á la Faculté de médecine de Paris, et P. RIBIERRE. 1 vol. gr. in-8 de 324 pages, avec figures. Broché, 5 fr. Cartonné, 6 fr. 50. (Librairie J.-B. Bailliére et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les découvertes de la bactériologie et les hardiesses de la chirurgie abdominale ont complètement rénové l'histoire des maladies du péritoine. La bactériologie a mis en lumière les agents pathogènes des péritonites et, par l'expérimentation, a élucidé leurs voies d'apport, leurs modes d'action et les causes des variations de leur virulence.

L'origine pneumococcique de certaines péritonites en apparence primitives a été mise en lumière par les travaux modernes. A l'infection gonococcique ont été attribuées, d'un autre côté, une bonne part des pelvi-péritonites. Enfin l'appendicite a repris sa place primordiale dans la pathogénie des infections péritonéales.

Les opérations chirurgicales en fin ont établi définitivement l'importance des perforations de l'estomac et du duodénum, ainsi que celle des infections de la vésicule biliaire, dans la détermination d'infections péritonéales généralisées ou localisées à l'étage supérieur de la cavité abdominale.

Mais les progrès de la pathologie du péritoine réalisés dans la période contemporaine ne se sont pas limités aux infections de cette séreuse: l'étude anatomique des tumeurs malignes et des kystes hydatiques du péritoine; la semiologie et la pathogénie des ascites ont bénéficié également d'intéressants travaux.

On trouvera un excellent exposé de toutes les acquisitions nouvelles dans le volume consacré par MM. DUPRÉ et RIBIERRE aux *maladies du péritoine* dans le *Nouveau Traité de médecine*.

Après un exposé de la pathologie générale du péritoine, ils passent successivement en revue les diverses formes de péritonites aiguës: péritonites par perforation des ulcérations de l'estomac et du duodénum, péritonites appendiculaires, typhoïdiques, puerpérales, gonococciques, pneumococciques, streptococciques.

Ils passent ensuite aux péritonites chroniques, puis ils étudient la tuberculose du péritoine, l'échinococcose péritonéale, le cancer et les tumeurs du péritoine, le cholépéritoine et l'hémopéritoine, la cystostéatonecrose du péritoine, l'ascite et enfin le péritonisme.

Manuel de Semiologie médicale, par le Dr. Palasue de Champeaux, professeur à l'Ecole de médecine de Toulon, 2^e édition revue et augmentée. 1 vol. en 8^o. de 349 pages, avec 90 figures noires et coloriées. Cart: 5 frs. (Librairie J.B. Bailliére et fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris)

El estudiante y el práctico están en la necesidad de poseer conocimientos semiológicos exactos, de familiarizarse con los procedimientos nuevos, si quieren dar diagnósticos sólidamente establecidos; la semeiología es la piedra angular de la clínica. M. Palasue de Champeaux, ha reunido en un corto número de páginas, fáciles de leer y consultar, los conocimientos indispensables en este orden de ideas.

La obra principia por nociones de Patología general. Las cuestiones de herencia, de inmunidad, lucha del organismo contra la invasión microbiana, el papel de los microbios en las enfermedades, las maneras de trasmitirse las enfermedades, el contagio, la infección han sido bosquejados de manera de hacer comprender la importancia de estos problemas, tan á la orden del día.

La 2ª parte trata de la semeiología de los órganos y aparatos. A propósito de la percusión en general, M. Palesue de Champeaux, ha tratado de clasificar de una manera simple y fácil de retener las diferentes modalidades que se pueden encontrar por este útil medio de investigación.

Tratándose del examen del pulso, ha indicado los métodos práctico permanente y de las aritucias. En el examen del corazón son expuestos el mecanismo y la interpretación de los trastornos de compensación hemisistolial, de los ruidos de soplo, los resultados obtenidos con la prueba de la atropina, así como los principales síntomas funcionales que se relacionan al estudio de este órgano. (Sitotemia, Síncope, asistobia, palpitaciones, etc.).

Para el examen de los pulmones, se encontrará pormenores para buscar el perímetro dinámico; sobre la exploración comparativa de la expansión de los vértices, sobre el triángulo para vertebral en las pleuresías; sobre la sucusión hipocrática, sobre el murmullo vesicular normal y sus causas de producción; sobre el signo de la voz lejana. El examen de las expectoraciones comprende la investigación del bacilo de la tuberculosis. En el estudio de los signos funcionales del aparato respiratorio (Tos, Disnea, Asfixia hemoptisis) corresponde un sitio preponderante á la hemoptisis.

El examen del estómago ha sido completado y revisado en esta última edición. Los análisis del jugo gástrico, después del caterismo y las comidas de prueba no comprenden sino manipulaciones fáciles de ser ejecutadas por todos los médicos.

La cuestión de la dispepsia está claramente expuesta. En seguida del examen del hígado, se ha tratado de la icteria. A propósito del examen del abdomen se ha añadido la prueba de la *saugle*. El capítulo del examen de materias fecales ha sido desarrollado y tratado con extensión. La semeiología del pancreas se ha completado.

Después de nociones sobre el examen del aparato génito urinario, viene la investigación de la permeabilidad renal. El examen de la orina comprende los procedimientos usuales de análisis. Nuevas tesis sobre la retención clorurada, la prueba de la cloruria alimenticia, indicanuria, urobilinuria, investigación de los cilindros urinarios.

M. Palasue de Champeaux ha expuesto en seguida la semeiología del sistema nervioso, indicando las teorías nuevas de Pierre Marie sobre la afasia. En fin, termina por ciertos procedimientos que son indispensables para diagnosticar: Análisis de la sangre, investigación de la fragilidad globular, sero diagnóstico, citología de los derrames, oftalmología y cuti-reacción.

Atlas manual de las enfermedades externas del ojo, por el Dr. O. Haab, profesor de Oftalmología en la Universidad de Zurich, traducido de la 3ª edición alemana por don Isidro Azore, doctor en Medicina y Cirugía de Quito, (Ecuador). Precio 16 pesetas.

Madrid, Libre ría Académica, Prado, 11.—1908.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América