

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina"

AÑO XIII }

LIMA, FEBRERO 29 DE 1896.

{ N.º 172

EDITORIAL

LA CRÓNICA MÉDICA

y la Sociedad "Unión Fernandina." Reorganización de la Comisión redactora.

Desde que se fundó la Crónica Médica como órgano de la Sociedad "Unión Fernandina", en enero de 1884, hasta el año 92, la Comisión de Redacción de este periódico, estuvo bajo la dependencia de la Sociedad, quien elegía al Director y á los demás redactores y vigilaba también su administración. Posteriormente, la Sociedad en vista de algunas dificultades que se presentaron, y comprendiendo, por otra parte, que una asociación como la "Unión Fernandina", compuesta de numerosos miembros, médicos y estudiantes, no puede tener la unidad que se necesita para la buena marcha de una publicación periódica, encargó la Redacción de la Crónica Médica, á una comisión de individuos de su seno, quienes podían administrarla con entera independencia de la Sociedad, sin que por ello perdiese ésta sus derechos de propiedad sobre aquella. Hoy, la Sociedad "Unión Fernandina" ha renovado

ese convenio con la Comisión redactora de la "Crónica Médica", bajo condiciones que, á la vez que dan libertad absoluta á la Comisión, aseguran también los derechos que tiene la "Unión Fernandina" como fundadora de esta publicación.

Los artículos principales de dicho convenio, firmado por la Comisión de Redacción de la Crónica Médica y la Junta directiva de la Sociedad, son los siguientes:

Art. 1.º La Sociedad Médica "Unión Fernandina", verdadero dueño de "La Crónica Médica", cede por tiempo indeterminado el periódico á una comisión compuesta de varios miembros, para que ésta lo dirija y administre ámpliamente, sin que la Sociedad tenga ingerencia ni intervención alguna en él, mientras "La Crónica" por su parte cumpla todo lo especificado en este contrato.

Art. 2.º "La Crónica Médica" hará constar que es *Organo de la Sociedad "Unión Fernandina"* inscribiendo estas palabras en la primera plana del texto y de la cubierta de cada número.

Art. 3.º La Administración de "La Crónica Médica" entregará á la Sociedad dos ejemplares de cada número del periódico, y cada

mes treinta de los canges que recibía, los cuales canges serán elegidos por el Bibliotecario de la Sociedad de acuerdo con el Administrador del periódico, teniendo éste, además, la obligación de reintegrar con otros, en la misma forma, los periódicos que desaparezcan.

Art. 4.º El personal redactor de la "La Crónica Médica" se integrará de preferencia con miembros de la Sociedad.

Art. 5.º La Sociedad Médica "Unión Fernandina" está obligada á publicar cada año en "La Crónica Médica", por lo menos, seis de los trabajos que se lean en su seno y merezcan los honores de la publicación.

Art. 7.º La Sociedad "Unión Fernandina" asumirá la dirección y administración del periódico siempre que su Comité redactor haya hecho abandono de él; abandono comprobado por la suspensión de la publicación del periódico durante cuatro meses consecutivos, salvo causas de carácter general y de fuerza mayor.

A causa de la renuncia del Dr. Elías L. Congrains y de la ausencia indefinida de nuestros estimados colegas los DD. Leonidas Avendaño y Manuel A. Muñiz, ha sido preciso reorganizar la Comisión de Redacción, conforme se vé en la portada de este número, en que figuran como redactores los DD. Mora, Bello y Barros, este último con el cargo de Administrador del periódico. Los DD. Avendaño y Muñiz, pasan á ser miembros correspondales en los respectivos lugares de su residencia, conforme al Reglamento. Deseamos que la ausencia de socios tan distinguidos por

su laboriosidad y talento no sea larga, y que pronto vuelvan á compartir con nosotros, las duras faenas que impone una publicación científica como la Crónica Médica, á la que han consagrado, con tanto brillo, los DD. Muñiz y Avendaño, doce años de trabajo no interrumpido. Entre tanto, "LA CRÓNICA MÉDICA" seguirá, bajo la nueva Comisión redactora, el mismo programa iniciado por sus fundadores, con signado en el editorial de su primer número, esto es: libertad absoluta para la fundada opinión individual; respeto y tolerancia por todas las creencias; prescindencia de las pasiones doctrinarias y, sobre todo, del personalismo que todo lo malea.

Lima, marzo de 1896.

LA REDACCIÓN.

TRABAJOS NACIONALES

CLOASMA EN LAS HERIDAS

por arma de fuego con fracturas óseas múltiples

Consocios:

La benevolencia con que otras veces me habéis escuchado me dá ánimo para comunicaros en esta ocasión solemne, algunas observaciones de la práctica hospitalaria que he efectuado en el servicio que regenté en San Bartolomé durante la enfermedad de su Titular doctor Tomás Salazar.

Hubiera deseado en este día decir algo relativo á nuestra endemia nacional la verruga, y era mi intención aprovechar del material que los soldados coalicionistas, por sus escursiones frecuentes á lugares en que abunda esta enfermedad, debían aportar; pero, parece que el *miasma* patógeno se halla adormecido, pues entre los centenares de hombres que componían esa falange guerrera, muy pocos han sido

acometidos de verrugas y aún es-
to con carácter muy benigno.

En cambio, la lucha fratricida ha
sido fecunda en sangrientos resul-
tados, el número de heridos del
combate de Lima tan elevado, tan
variada la situación y extensión de
las lesiones traumáticas, que casi
puede decirse no dejó de presentarse
ninguna de las caprichosas é in-
teresantes formas de traumatismo
que producen las armas de fuego.
Empleados simultáneamente los
fusiles modernos y los antiguos, he-
mos podido apreciar las ventajas
de los primeros bajo el punto de
vista de los daños que ocasionan. El
rifle Manlicher por las heridas pe-
queñas que produce y la destruc-
ción enteramente limitada de los
huesos que toca, puede llamarse un
rifle humanitario, que llenando el
objeto de la guerra, cual es, sacar
en corto tiempo gran número de
individuos fuera de combate, no
los inutiliza de una manera indefi-
nida, permitiéndoles la conserva-
ción de sus miembros heridos, la
reparación de sus huesos fractura-
dos, en una palabra, haciendo por
la benignidad relativa de sus heri-
das, que tras un corto periodo de
sufrimientos, puedan los pacientes
ser nuevamente útiles á su patria
y á su familia. En cambio, con los
gruesos proyectiles de las armas
antiguas, ¡cuánta destrucción irre-
parable, cuántos miembros imposi-
bles de salvar, qué inmensas abertu-
ras en las cavidades esplánicas!

Desgraciadamente no es siempre
idéntica la acción del Manlicher
sino al contrario muy variable se-
gún la distancia; en el combate de
marzo hemos podido observar he-
ridos de esta arma con gran des-
trucción de las partes blandas y de
los huesos, y siempre nos han di-
cho que recibieron de muy cerca
los proyectiles; parece que á corta
distancia de su punto de partida, la
bala Manlicher animada de inmen-
sa fuerza de impulsión y rapidísi-
mo movimiento giratorio, tiene un
poder contundente muy grande y
pierde la cualidad de hacer los da-
ños limitados y generalmente cu-
rables á que dá lugar cuando hiere

después de haber recorrido una
gran parte de su trayectoria.

El número de heridos recibidos
en el Hospital Militar en los días del
combate alcanzó á 400, de los cua-
les murieron 25, cifra bien corta si
se considera que muchos de los fa-
llecidos tenían lesiones necesaria-
mente mortales y además, que el
establecimiento estaba desprovisto
del material de antisépsia indispen-
sable. Culpa fué de la administra-
ción política anterior esta increí-
ble condición del hospital, pues sus
conductores fijaban muy poco su
atención en un local de tanta impor-
tancia, adeudándole sumas cuan-
tiosas y permitiéndole vivir solo
por un milagro de equilibrio en que
sus gerentes inmediatos sabían
mantenerlo. La caridad del pueblo
limeño y la actividad de su Supe-
riora llenaron felizmente la falta
cuando se dejaban ya sentir los
efectos de curaciones defectuosas
y escasas hasta de lo más preciso.
Esta triste situación nos permitió
apreciar una vez más la poderosa
influencia del régimen antiséptico:
las erisipelas, septicemias, podre-
dumbres, gangrenas y demás com-
plicaciones microbianas de las he-
ridas, muchas de las cuales hasta
entonces solo de nombre conocía-
mos, y que habían hecho su agos-
to en heridos aglomerados que ha-
bían recibido la primera cura de
manos inexpertas ó prácticos ater-
rorizados y en seguida solo podían
ser medianamente ó mal atendidos
por falta de elementos, desapare-
cieron como por encanto cuando
los agentes de la moderna antisép-
sia, puestos en juego en cantidad
conveniente, dieron cuenta de sus
microbios patógenos.

Muy numerosas operaciones de
urgencia se han practicado en el
hospital, siendo mayor el número
de resecciones, raspado de huesos
etc., y alcanzando solo á 10 ó 12 el
número de amputaciones, á pesar
que casi la tercera parte de los he-
ridos presentaban lesiones óseas en
su mayoría múltiples ó complica-
das.

Después de haberlos lijeramente
hablado de los resultados genera-

les de la práctica quirúrgica y de las dificultades con que hemos tropezado para su ejercicio en el primer Hospital Militar de la República, voy á llamaros la atención sobre un fenómeno mórbido que he observado en los heridos con lesiones óseas de importancia. Pasan de 10 los casos que he seguido de cerca y, fijándome en heridos de otros servicios en condiciones semejantes, siempre he encontrado la misma lesión, por lo que me parece sea la regla al menos en nuestras razas de color á quienes pertenecen la totalidad de las observaciones. Consiste el fenómeno en la aparición durante la marcha del proceso inflamatorio y reparador de la lesión ósea, y en un periodo que podemos calcular aproximadamente entre 30 y 40 días de recibida la herida, de manchas pigmentarias en cantidad variable, en algunos casos muy abundantes, sobre la piel de la nariz, las mejillas y aún la frente de los heridos. Estas manchas son enteramente semejantes á las que caracterizan el *Cloasma*, tienen un color bruno negruzco y tintes variados, presentándose en un mismo individuo con matices diferentes; en algunos casos raros, manchas más claras que la piel que las circunda alternan con las manchas pigmentarias, y en un caso existía ligero escozor al nivel de ellas. Sus contornos son irregulares y sus formas muy variables, no determinan descamación ni falta de brillo de la piel á su nivel. Los cáusticos las modifican á penas y su duración parece indefinida, pues las hemos visto persistir en un individuo 2 meses después de estar completamente curado de sus heridas.

Los caracteres físicos de estas manchas, su localización, su persistencia y la resistencia que oponen al tratamiento son como se vé muy análogos, sino idénticos, con los que distinguen las modificaciones pigmentarias que caracterizan la afección conocida en dermatología con el nombre de *Cloasma*, por lo que las consideramos de la misma naturaleza de esta efélida. Nuestra opinión al respecto es co-

rroborada por la circunstancia que esta dermatosis (*Cloasma*) se presenta siempre en organismos sometidos á un trabajo mórbido ó fisiológico que por no serles habitual, modifica indudablemente las condiciones en que se hace la nutrición de cada uno de sus elementos constituyentes; así, aparece durante la preñez, época en que los jugos nutritivos se encuentran desviados en gran parte hacia el órgano gestador con sufrimiento consiguiente del resto del organismo; se presenta según Rayer (1) en enfermos atacados de afecciones crónicas del estómago ó de los pulmones, porque, bien la asimilación es imperfecta por el estado de sufrimiento del aparato digestivo, ó la flogósis local quita al organismo cierta cantidad de jugos que le hacen falta para atender á sus necesidades; ahora bien, fijándonos en los enfermos en quienes se han presentado las manchas pigmentarias, tenemos de un lado la reparación de los huesos fracturados, y en segundo lugar el trabajo inflamatorio que acompaña la reparación y eliminación de las esquirias y partes necrosadas, que requieren una afluencia considerable de jugos, cuya falta pone indudablemente al organismo en condición favorable para la aparición del *Cloasma*.

Si nos fijamos ahora, en las modificaciones histológicas y vitales que preceden y generan las producciones pigmentarias, vemos que hay siempre fenómenos inflamatorios del lado del dérmis que soporita las manchas, fenómenos inflamatorios de mucha duración y carácter ligero, que propagándose hasta la capa de Malpigio hacen que la formación y distribución del pigmento sean modificadas. Según Taylor (2) habría en las dermatosis cromógenas, flogósis crónica de los pequeños vasos de la piel, provocada por cambios nutritivos especiales, función microbiana, que determinaría una infiltración global de la adventicia de estos va-

(1) Rayer.—Enferm. de la piel.

(2) N. York Med. Journal.—1893.

esos que resultarían por esto disminuidos de calibre y aún obliterados, dando esto lugar á trastornos circulatorios locales que, á su vez, determinarían gran destrucción de glóbulos rojos, cuyo pigmento infiltraría la adventicia de los vasos, las células de tejido conjuntivo, el dérmis todo y aún la capa de Malpigio, cambiando, de esta manera, su coloración. No podemos admitir esta génesis de las manchas pigmentarias; pues, basta para destruir la hipótesis, considerar la larga duración de la hiperchromia, que no está en armonía con su origen sanguíneo; en efecto, el pigmento globular como cuerpo extraño á la capa de Malpigio ó tejidos subyacentes, debe ser rápidamente reabsorbido; además, el carácter de las manchas es en nuestros enfermos eminentemente melánico y por consiguiente, la hiperchromia se origina en la capa productora de esta sustancia. Debemos suponer más bien que, como decíamos ántes, la modificación inflamatoria del dérmis, propagándose á la capa pigmentaria, ejerce su influencia sobre su vitalidad y en consecuencia, altera su funcionamiento.

Limitándonos á los enfermos que nos sugieren estas observaciones, tratemos de darnos cuenta del porqué de la producción de las manchas y de su estado flogósico original.

Para más claridad, haré previamente una relación de los principales casos que he asistido, señalando la situación de las heridas y sus principales complicaciones.—Témenos:

1.º M., zambo, sargento de caballería, herido en el $\frac{1}{3}$ inferior del brazo izquierdo con fractura cominuta del húmero; esquirlas numerosas, no consolidación de la fractura después de 4 meses por necrosis del extremo inferior. Aparición 50 días después de herido de manchas pigmentarias en la nariz y pómulos, que acaban por hacerse muy numerosas y confluentes. La herida ha permanecido supurando, aunque en escasa cantidad, durante 6 meses.

2.º H. V. soldado de caballería

indio.—Herida en la región lumbar cicatrizada á los 20 días, no obstante haberse complicado de periostitis de la 1.ª apófisis espinosa lumbar. Otra herida en el antebrazo derecho con fractura múltiple del cúbito en su $\frac{1}{3}$ superior, esquirlas numerosas; curación á los 90 días.—Manchas muy oscuras y confluentes aparecen poco tiempo después de haber sido herido.

3.º N., indio, soldado de infantería.—Herida en la rodilla izquierda con fractura de la rótula en su borde externo y pequeñas lesiones en el borde interno de la extremidad superior de la tibia; artritis traumática; extirpación de pequeños secuestros; supuración escasa: curación á los 80 días con pequeña fístula persistente.—Manchas pálidas y poco abundantes aparecen en una época cercana de la cicatrización.

4.º S., indio, soldado de infantería.—Herida en el $\frac{1}{3}$ superior del brazo izquierdo con fractura múltiple de la epífisis superior del húmero; flegmon limitado del brazo; extracción de numerosas esquirlas—Manchas brunas muy numerosas y de tintes variados, aparecen 40 días después de recibida la herida.

5.º N., soldado de infantería, indio.—Herida en el hombro izquierdo con fractura múltiple de la extremidad externa de la clavícula—Manchas abundantísimas y extendidas á casi toda la cara.

6.º Z., indio, soldado de infantería.—Herida en el $\frac{1}{3}$ superior del muslo izquierdo con fractura del fémur. Este individuo era muy ignorante y poco dócil, se quitaba los apósitos y aparatos de inmovilización, lo que determinó una soldadura viciosa del hueso y muy tardía—Manchas poco abundantes y limitadas á las alas de la nariz y los pómulos.

7.º S., indio, soldado de infantería.—Herida en el $\frac{1}{3}$ inferior del muslo derecho con fractura múltiple del fémur; extracción de numerosas esquirlas; mortificación de una parte del hueso—Manchas muy numerosas y de color oscuro.

Varios otros podría señalar, pero

considero suficiente con los indicios para poder sacar conclusiones. Debo hacer notar además, que todos estos individuos habían estado sometidos á una ruda campaña y á continuas fatigas é insolaciones, y también que ninguno de ellos presentaba mancha alguna á su ingreso al hospital ni en los primeros días que siguieron.

Estudiando las condiciones de estos heridos vemos que, todos ellos presentan fracturas óseas múltiples; que en todos ha sido necesario intervenir para acelerar su curación, dilatando las heridas y extrayendo esquirlas; que la supuración, aunque limitada á su mínimum por los cuidados antisépticos, ha existido en todos ellos durante largo tiempo; que, en una palabra, la curación de sus heridas y reparación de tejidos no se ha hecho en ninguno de una manera aseptica. Los productos de esta infección local, que podemos llamar atenuada por su escasa significación y ninguna repercusión general aparente, encontraban en la lesión ósea facilidades para ser trasportados á la circulación general y ejercer así su influencia sobre todo el organismo, representando pues, un elemento más con que debemos contar al establecer la patogenia del síntoma cromático que estudiamos. Damos importancia á este estado de las heridas, porque es un hecho reconocido desde Verneuil, Fischer, Lee, Gubler, etc., (1) (1868) que los agentes sépticos provocan erupciones cutáneas y si es verdad que solo se ocupan estos autores de fenómenos observados en las infecciones agudas y que tienen carácter eritematoso y efímero; también lo es que, su aserción pone fuera de duda que los agentes sépticos ó sus productos, modifican la envoltura cutánea y en consecuencia, no es aventurado suponer que las manchas pigmentarias de lenta evolución y duración larga, sean generadas por un proceso séptico lento, silencioso y moderado.

Resumiendo todo lo expuesto,

consideramos las manchas pigmentarias de nuestros heridos, como un verdadero *cloasma* desarrollado bajo la doble influencia de un gasto excesivo de elementos nutritivos al nivel de la parte herida y la acción de productos sépticos desarrollados en la zona del traumatismo. Su modo de producción sería el siguiente: en individuos sometidos á la acción de la intemperie y de la insolación durante largo tiempo, se desarrollaría una alteración inflamatoria de la piel fina y delgada de la nariz y mejillas, ó por lo ménos, una irritación que aminoraría la resistencia de este tejido, tal habría sido la causa predisponente. En seguida, bajo la acción de modificaciones nutritivas ó por lesiones vasculares de orden séptico en esta capa dérmica ya predispuesta, se modificaría su vitalidad y, repercutiendo este cambio sobre la capa cromógena, alteraría su función, dando lugar á una producción exagerada de sustancia pigmentaria.

He entrado en todos estos detalles y tratado de explicar la patogenia del *cloasma* en estas circunstancias, porque no he encontrado en la literatura médica pertinente á la materia, nada referente á este asunto y he creído útil comunicarnos todas las observaciones que su estudio me ha sugerido. Toca á prácticos más competentes y con mayores elementos de estudio, dar la verdadera interpretación de los hechos.

Para terminar, debo decir que el tratamiento ha dado poco resultado; el uso de soluciones ácidas al uno por ciento ú otros cáusticos químicos indicados por los dermatólogos, apenas ha modificado la coloración de las manchas, sucediendo lo mismo con los baños sulfurosos. Felizmente, se trata de un achaque nada incómodo y de individuos que poco se inquietan por sus condiciones estéticas, siendo probable, además, que restablecida por completo su salud, las manchas cromáticas vayan paulatinamente disipándose.

Lima, octubre 5 de 1895.

EDUARDO BELLO.

(1) D. E. de C. M.

HISTORIA CLÍNICA (*)

Obstrucción de la uretra por el pico de una sonda.—Su extracción.

El 17 de agosto de 1895 se presentó al Hospital "Dos de Mayo" el señor N. N. natural de Lambayeque, de profesión comerciante, estado viudo, constitución fuerte, temperamento nervioso y de 77 años de edad.

Interrogado por mí acerca de la dolencia que lo llevaba á ese Hospital, me refirió lo que á continuación expongo.

Cuatro años hará próximamente que notó que la micción no se verificaba ni con la misma intensidad, ni en la misma cantidad que ántes; alarmado por esto, llamó al Dr. N. N. quien en cuatro sesiones practicadas en distintos días no pudo realizar el cateterismo, apesar de haber hecho uso de sondas de todo calibre. La retención de la orina durante estos días, agravó el estado general del enfermo y entónces, á petición del nombrado facultativo, se llamó en consulta al Dr. N. N. quien después de no poco trabajo logró pasar una sonda metálica. Desde esta época, la evacuación de la vejiga solo podía efectuarse por medio de sondas; pero, como es sabido el peligro que en las manos inexpertas del enfermo puede correr la uretra, se le aconsejó que hiciera uso de sondas flexibles de los Nos. 9 ó 10.

Así trascurrió el tiempo hasta el 17 de agosto, en que vió que la sonda de que hacía uso estaba rajada, rajadura que era debida probablemente al uso tan exajerado que de ella hacía; pues, este individuo tenía por costumbre pasarse la sonda 12 ó 14 veces al día.

Viéndose en la imposibilidad de usar el N.º 9, á consecuencia del desperfecto que anteriormente he anotado, hizo uso de una del N.º 12; pero, como á su decir, no se hubiera vaciado completamente la veji-

ga, concibió la singular idea de que amarrada con unos hilos de seda la parte rajada de la sonda (N.º 9) podría, como efectivamente pudo, ser introducida.

La sonda llenó por el momento el objeto que se proponía, esto es, vaciar la vejiga; pero, al sacarla se rompió el pico y quedó obstruyendo la uretra. En este estado, se presentó al Hospital demandando asistencia médica.

En vista de lo urgente del caso y en la imposibilidad en que me encontraba de atenderlo como la ciencia ordena, me pareció conveniente mandarlo á casa del Dr. Fernández Concha Jefe del servicio, quien después de haber diagnosticado la existencia del cuerpo extraño en la porción prostática de la uretra, lo remitió nuevamente á este Hospital donde ocupó la cama N.º 6 de la Sala de San Lorenzo.

Al siguiente día de su ingreso se procedió á practicar la operación.

Colocado el enfermo en decúbito dorsal, flexionadas ligeramente las rodillas y dirigidas hacia afuera, se hizo una exploración que dió el siguiente resultado:

Distancia 16 centímetros del meato urinario; esto es, el obstáculo se encontraba en la porción prostática. Ahora bien, si á estos 16 centímetros agregamos los $2\frac{1}{2}$ que tenía el pico de la sonda, tendremos que parte de la sonda se encontraba en la vejiga y parte en la porción prostática de la uretra, puesto que, por término medio la longitud de la uretra es de 18 centímetros.

Este acto preliminar de la operación fué bastante difícil, porque la sensación que producía la mucosa uretral era muy análoga á la que daba el obstáculo mismo.

Conocida la distancia á que se encontraba el obstáculo, se introdujo una pinza curva de Mathieu para extracción de cuerpos extraños de la uretra; con este instrumento, aunque después de fragmentar el pico de la sonda, logró extraérsele no solo, sino también los hilos de ligadura.

La fragmentación es debida á dos causas: 1.ª á la desorganización en

(*) Leída ante la Sociedad Médica "Unión Fernandina."

que se encontraba el cuerpo en cuestión y 2.º á la contracción que ejercía sobre él, el cuello de la vejiga.

Esto pasó el día 18:

La noche de este día, como puede fácilmente comprenderse, fué tranquila; el operado no sentía otra cosa que un ligero ardor á la uretra, debido probablemente á una uretritis producida por las maniobras operatorias; uretritis que solo duró dos días, pues al tercero de la operación, encontrándose en perfecto estado de salud, pidió su alta.

Las reflexiones que nos sugiere esta historia son: 1.ª que si bien no son raros los casos de cuerpos extraños en la uretra en otros países, aquí lo son en extremo y más, cuando el cuerpo es una sonda de Nelaton, que es difícil que se quede en la uretra, salvo los casos en que la sonda está en malas condiciones y 2.ª que se puede considerar esta operación la primera en su género, hecha aquí, ateniéndonos á las dificultades y al cuerpo extraño, pues respecto á la extracción de cuerpos extraños venidos de la vejiga, el Dr. Alarco y Dr. Fernández-Concha en distintas ocasiones han sacado.

JOSÉ G. CÁCERES

Externo del servicio.

EL GUAYACOL COMO TOPICO antitérmico

(Continuación)

Teorías sobre su acción antitérmica. Las impresiones sensitivas cutáneas actuando sobre las terminaciones nerviosas periféricas y estas por reflejo sobre las funciones vaso motrices, secretorias y respiratorias, modifican los cambios químicos intra-celulares fuente del calor humano.

Tal ha sido, al parecer, el punto fisiológico que ha servido de base á los estudios hechos con el fin de explicar la acción antitérmica del guayacol.

El doctor Guinard fué el primero que formuló la hipótesis de que la antitermia era debida á una acción excitante particular del guayacol sobre las terminaciones nerviosas periféricas.

Los ensayos que sirvieron de fundamento para su opinión fueron los siguientes: (*)

Embadurnó un conejo con 3 gramos de sinapismo líquido de Savary; al cabo de 3 horas la temperatura que era de 39°1 bajó á 37°1.

En otro conejo embadurnó 3 gr. de creosota y la temperatura que era de 40°2 bajó á 37°1 al cabo de 3 horas.

Para que no quedase duda de que la acción excitante cutánea era la que producía la antitermia, probó si aplicando el guayacol en una región previamente insensibilizada, los efectos eran nulos.

He aquí sus resultados:

Conejo A: Sección del ciático del lado izquierdo. Después de 4 horas insensibilidad completa de la extremidad de ese lado. Embadurnó la pata hasta el tarso, inclusive, con 1 gr. guayacol. Siendo la temperatura antes de la experiencia 39°7, después de $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{2}$ hora 39°5, 39°5, 39°5, 39°6, 39°6, 39°7.

Conejo B. (de comprobación). Nervios intactos, igual aplicación de un gramo de guayacol, en la misma región. Temperatura antes de la experiencia 40°; después de $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{2}$ hora 39°4, 38°9, 38°8, 38°6, 38°8, 39°2.

El doctor Geley ha confirmado la opinión del doctor Guinard, y asociados ambos han practicado una serie de experiencias no solo con el guayacol, sino con todos los medicamentos antipiréticos, tales como la antipirina, quinina, fenacetina, salicilato de soda, aconitina, etc. Estos medicamentos aplicados en soluciones ó en pomadas no han producido ningún efecto, siendo sabido que tomados interiormente son po-

(*) Nuevos Remedios, Octubre 15 de 1893.

derosos antifebrífugos. Así, pues, esto corrobora su opinión, tratándose en este caso solo de una acción local tónica.

Se ha pensado que, así como las terminaciones nerviosas periféricas de la piel ejercen por irritación una acción refleja sobre el centro moderador de la temperatura, otras terminaciones nerviosas de otras regiones tal vez lo conseguirían.

(*) Lanvis ha ensayado las inhalaciones pulmonares. En efecto, el guayacol vertido en un plato á la dosis de 5 gramos y respirando el enfermo encima, no se ha confirmado ninguna modificación térmica.

(**) Él mismo ha usado la vía rectal, habiendo observado un descenso de temperatura. Este hecho que no ha sido comprobado por todos los experimentadores, es bastante importante. Sin embargo, el doctor Bard es contrario á la acción que la mucosa rectal puede ejercer por las excitaciones provocadas por el guayacol.

(**) El doctor Aubert ha repetido los ensayos de Lanvis encontrándolos conformes.

(***) El doctor Gómez de la Matta, cree que los sudores que se observan después de la aplicación del guayacol, están en relación con el descenso de temperatura, suponiendo así que la evaporación del sudor, robando calor al cuerpo, sea por lo menos una causa de hipotermia.

Algunos experimentadores que han usado el guayacol impuro, á consecuencia de lo que se ha producido á la vez que la antitermia cierta rubicundez ó causticidad sobre la piel, atribuyen el fenómeno á una acción irritante cutánea. (****) Bard ha comprobado solo un caso de irritación cutánea sobre 50 observaciones y dice con razón que si se

(*) Lyon Médical.

(**) Lyon Médical, Agosto 6 de 1893.

(***) Nuevos Remedios, Octubre 15 de 1895.

(****) Bulletin Médical, Julio 9 de 1893.

emplease el guayacol puro no se tendría entonces cómo explicar la hipotermia que siempre se observa.

Es cierto que algunas sustancias como la mostaza, por ejemplo,—en el ensayo de Guinard—producen, á la vez que irritación, descenso térmico; pero, con el guayacol no sucede lo mismo, porque siendo puro no es irritante, por lo que hay que atribuir la acción de su mecanismo á otra causa que no sea la irritación.

La cocaina, la elleborina, la esparteina y la solanina tienen acción análoga al guayacol y, sin embargo ninguno de estos alcalóides es irritante cutáneo.

Así, pues, en resumen se puede concluir, que el guayacol siendo absorbido al estado de vapor por la piel, excita las terminaciones nerviosas periféricas cutáneas. La impresión actuando sobre el centro térmico, obra por vía refleja sobre los nervios vaso-motores y caloríficos.

La supresión de las funciones nerviosas cutáneas impide la hipotermia. La mayor ó menor susceptibilidad nerviosa cutánea en el momento de la embrocación, influye sobre la intensidad y prontitud del descenso térmico.

Siendo variable é inconstante la diaforésis, no puede aceptarse ella, sino como causa eventual.

El principio causal de la fiebre parece, por las observaciones hechas, ser completamente independiente de la acción antitérmica del guayacol.

Acción general. Los experimentadores refieren los siguientes síntomas acusados por el enfermo cuando se le hace una embrocación de guayacol sobre cualquiera región de su cuerpo.

Lo primero que siente el enfermo es un gusto desagradable en la boca (gusto de guayacol) al cabo de 15 minutos. (Sciolla, Robelliard etc).

Esto no es constante; pero sí muy frecuente y por lo que hace al tiem-

po que demora en presentarse es muy variable.

Después de media hora ó una hora el termómetro marca ya un descenso de temperatura (Montagnon). Esto, tampoco es constante y depende de que en los experimentos no siempre se ha usado un mismo guayacol. Así mismo, los enfermos en experimentación, no solo han presentado diversas piroxias, sino además una susceptibilidad nerviosa variable.

No obstante, Gilbert que ha empleado el guayacol cristalizado obtenido por síntesis, dice que á la hora comienza á descender la fiebre.

En mis observaciones, solo después de transcurrida una hora de la embrocación, he tomado la temperatura, de manera que no me es posible fijar ni aproximadamente al cabo de que tiempo comienza el descenso térmico; pero esto lo creo variable.

Lo que sí siempre he visto, es un descenso constante al cabo de una hora, descenso térmico también variable en grados, pues, el mínimo ha llegado sólo á un décimo y el máximo á dos grados seis décimos; así es, que como término medio puede señalarse de medio á uno y medio grado.

HORAS. —El descenso térmico vá acentuándose gradualmente y alcanza su máximo después de 20'3 horas según Montagnon; de 3 horas (Gilbert); de 3½ á 4 horas (Cowrmont); de 4 á 6 horas (Guinard).

A veces, dice Cherou, (*) el descenso es casi nulo, y cuando debe obtenerse buen éxito, el alivio es ya apreciable al cabo de ½ hora y después de tres horas se ha obtenido todo el efecto que puede producir el medicamento. Cuando después de dos embrocaciones de dosis suficiente no hay alivio, es probable que la medicación será ineficaz.

Creo, que lo indicado por el doctor Montagnon es lo más exacto; así 20' 3 horas es lo que casi siempre he observado; pero, no por eso niego lo que otros han visto, aunque me parezca raro que después de una sola embrocación de guayacol líquido, se obtenga el descenso térmico al cabo de seis horas máximo, como lo expresa el doctor Guinard.

Grados. —La temperatura descendiendo por lo general con mucha desigualdad; así, señalan 1° á 1°5 (Gilbert), 1° á 4° (Friendenwal y Hayden), 1 á varios grados (Robilliard), 1 á 3 grados (Bard), 2° á 3° (Guinard), 4° (Benzi).

Produciéndose la hipotermia por una acción nerviosa, como ya lo he indicado, algunos experimentadores han confirmado que el grado de impresionabilidad nerviosa, ya fisiológica ó ya modificada por el estado patológico, influye notablemente sobre el grado de la hipotermia.

Los niños, por ejemplo, son más sensibles al guayacol que los adultos; ciertos estados patológicos más que otros.

El descenso térmico señalado por el doctor Bard, es el que generalmente se observa; sin embargo, con frecuencia sobre pasa de 3° y por lo que hace á más de 4° es bastante raro, siempre que se tengan presentes las indicaciones que la experiencia ha confirmado.

Más de 4° solo he visto dos veces: una en la historia de fiebre tifoidea en la que después de la segunda embrocación, la temperatura bajó á las dos horas 4°5—de 40°7—; otra, en una tuberculosa (2° periodo) á la que hice 5 embrocaciones, á la 3ª de las que bajó la temperatura 4°2—de 40° á 35°8—también después de dos horas.

Las temperaturas más bajas han coincidido con el mayor descenso, estas han sido: 35°7 y 35°8 sin estar acompañadas de síntomas de colapsus. Por lo general, el míni-

(*) Bulletin Medical, Febrero 7 de 1895.

num ha sido de 36 ó 36° y fracción y con bastante frecuencia 37°.

Duración.—La duración de la hipotermia es variable, algunos solo señalan pocos minutos, otros hasta 1 ó 2 horas. Se explica esta divergencia por las desiguales condiciones de los individuos que han sido objeto de los experimentos.

El doctor Moissy, ha conseguido prolongar la apirexia hasta 12 ó 15 horas en enfermos de fiebre tifoidea, empleando un procedimiento sistemático. Este hecho prueba que si bien la acción de una sola embrocación produce una hipotermia de pocos minutos ó de pocas horas, es posible prolongarlo como lo ha verificado el doctor Moissy.

Per mi parte, sin temor de equivocarme, creo que la apirexia dura aproximadamente de 1 á 2 horas; pero, dicha afirmación la hago de una manera general, sin que por eso niegue que pueda ser de pocos instantes ó de algunas horas.

Si mediante el método de Moissy se consiguen 12 ó 14 horas de apirexia, me parece que esto es una prueba elocuente en favor de la medicación de que trato.

Alcanzado el descenso térmico y durante un tiempo variable, casi siempre se observa que la temperatura vuelve á ascender en seguida. Según algunos observadores suele sobrepasar el grado que tenía el enfermo al practicarse la embrocación. Según otros, si bien la ascensión es manifiesta, en cambio, ella no alcanza sino un grado inferior; y en ciertos enfermos se ha visto á los pocos días que la fiebre antes continua, desaparece gradual y finalmente por completo. El tiempo que transcurre para que la temperatura vuelva á alcanzar su máximo es variable, señalan 5 horas (Cherou), 5 á 7 horas (Gilbert).

He comprobado que por lo general, á las 3 ó 4 horas después de aplicada la embrocación de guayacol, previa investigación antes de la temperatura y tomada ésta de

hora en hora para ver su marcha, hay ya una ascensión térmica constante. De mis observaciones he podido deducir que un término medio de dos ó tres horas es necesario para obtener el descenso térmico máximo; y cuanto al ascenso que le sigue, he visto en una tuberculosa á quien hice cinco embrocaciones, sobrepasar dos décimos en la quinta la temperatura inicial y aproximarse á esta muchísimo en las otras cuatro, después de tres horas del descenso.

En otras dos tuberculosas, en la segunda embrocación las temperaturas alcanzaron la inicial á las 2 horas del descenso.

En un caso de paludismo, á las 5 horas de la embrocación, léjos de ascender, la temperatura quedó en 37°5.

En el caso de fiebre tifoidea que he observado, ha variado bastante la diferencia entre la temperatura antes de la embrocación y el ascenso que sigue al descenso que aquella produce; pero, ningún día se han igualado.

No habiéndome sido posible prolongar por más tiempo mis observaciones, no puedo precisar la marcha de la ascensión térmica; lo único que puedo afirmar—como lo he expresado—es que hay ascensión y que esta es variable pudiendo á veces exceder la temperatura inicial tomada momentos antes de usar el guayacol.

Solo me he ocupado de los efectos del guayacol con referencia á la marcha de la temperatura, voy á relacionar otros síntomas que suelen acompañar la antitermia.

Estos síntomas son variables no solo en presentarse, sino que cuando se observan es también variable el momento de su aparición. Unos dicen que se realizan á los pocos instantes después de la embrocación, cuando el medicamento ejerce su acción; otros aseguran que solo se ven cuando hay hipotermia.

termia y nuevamente va á ascender la temperatura.

Calofríos.— Los enfermos acusan una sensación de frío más ó ménos intenso; sus facciones suelen alterarse: la cara y las extremidades se cianosan; piden abrigo sin encontrar como mitigar el frío que sienten, el que en ciertos casos vá acompañado de un temblor general. La duración de este síntoma es variable, lo mismo que su intensidad. (Montagnon, Cowr-mont, Guinard, Gilbert, Lanvis, etc).

Yo lo he visto repetidas veces, pero con una variabilidad grande: así una enferma acusa un día ligero frío casi insignificante y al día siguiente el calofrío fué muy intenso. Otras veces, no se presenta este síntoma, siendo también el momento de su aparición variable, pues, puede presentarse al poco rato de la aplicación del guayacol ó en el momento en que la temperatura asciende.

JOSÉ C. PATRÓN,
Interno de los Hospitales.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Lima, enero 14 de 1895.

Sr. Dr. César Borja.

Guayaquil.

Estimado amigo:

Hace largo tiempo que he estado con el deseo de dirigirme á Ud., con el fin de recordarle algo de la época en que nos tratábamos, proponiéndole, al efecto, un tema esencialmente profesional.

Mi objeto es hacer á Ud. una consulta sobre Geografía médica, para cuya solución es muy competente.

Algunos compañeros nuestros de aquí creen, que en Guayaquil es endémica la Fiebre amarilla; y alegan como razones, tanto el hecho de haberse presentado allí dicha fiebre con el carácter epidémico, en repetidas ocasiones, como la

circunstancia de que en las estaciones de verano ú otras, la jente que baja del interior á esa localidad, es presa de fiebre amarilla.

A mi parecer, es falso el concepto así formado de dicha endemia en Guayaquil.

Desde luego, los datos que nos suministra la Geografía médica sobre el particular, no apoyan la pretensión aludida.

Jorje Juan y Antonio Ulloa, sabios españoles que vinieron al Ecuador á medir el meridiano terrestre, dicen en sus Viajes que, según opinión general, fué en 1740 cuando se hizo la importación de la que entonces existía en Panamá. Por lo tanto, hasta entonces la fiebre amarilla ha sido exótica en Guayaquil.

Después de ésto, no hay ningún estudio ni hechos que apoyen la existencia de dicha endemia, por haberse radicado allí el germen patógeno como pudiera decirse del Brasil.

Así, ni Budin, Lombard, ni tantos otros escritores, como Davidson últimamente en 1892, que se han ocupado de la Geografía médica, ninguno designa Guayaquil, como localidad endémica de la fiebre icterode.

En cuanto á la fiebre que, en las estaciones de calor afecta á los individuos que van del interior á Guayaquil, no es posible calificarla de amarilla por ese solo hecho.

La fiebre que en esas condiciones se presenta en Guayaquil, debe ser más bien, la "biliosa de los países cálidos" como la del Senegal, que con la amarilla tiene los fenómenos comunes de la ictericia y la fiebre.

A mi modo de ver, las veces en que ha habido fiebre amarilla en Guayaquil, ha sido por importación sea de las Antillas, del golfo de Méjico ó de Panamá, cuando ha existido allí.

Cualquiera que sea el valor de estas cortas indicaciones, espero que Ud. se servirá decirme, con toda franqueza, lo que crea verdadero á su juicio.

Me repito de Ud. siempre seguro servidor y amigo,

L. VILLAR.

GEOGRAFIA MEDICA

de la fiebre amarilla en el Ecuador

Sr. DR. D. LEONARDO VILLAR

Muy estimado amigo y respetado maestro:

Cumplo, aunque tarde, la oferta que le hice á U. en mi carta anterior, con la cual tuve el gusto de contestar á la de U., de fecha 14 de enero último.

Díjese á U. entonces, que, la *fiebre amarilla* es endémica en Guayaquil; y ahora me ratifico en ello, porque así lo demuestra la estadística del Hospital Civil de esta ciudad.

No sólo en Lima, aquí mismo, en Guayaquil, hay dudas sobre si la *fiebre amarilla* es ó nó endémica entre nosotros; y, así, no es admirable que, escritores extranjeros que no conocen nuestros países, y que sólo por referencias escriben acerca de ellos, ignoren cosas que nosotros debíamos saber y divulgar, por la humanidad y por la ciencia.

Ya que U. con su genial benevolencia, me dá ocasión oportuna, aventúreme á escribir esta página, hasta ahora en blanco, sobre la historia y la geografía de la *fiebre amarilla* en el Ecuador. Dedicaríale á U. este pequeño ensayo, como prenda de gratitud y homenaje de respeto, sino fuera él, como es, indigno de U.; pero, sea siquiera prueba clara, de que soy siempre el mismo discípulo obediente de U., de hace más de veinte años.

LA HISTORIA de la fiebre amarilla en el Ecuador, comienza en el año 1740; porque á esa fecha se refiere el documento auténtico más antiguo que poseemos, acerca de la primera invasión del morbo amarillo á estas costas. Todos los tratadistas é historiógrafos de la *fiebre amarilla*

hacen mención de ese documento, y U. mismo lo recuerda, en la carta de U. á que ahora contesto: es un pasaje de la *Relación Histórica* de los sabios españoles D. Jorge Juan y D. Antonio de Ulloa, sobre el cual volveré luego.

El Padre Juan de Velasco, refiere que, hácia el año 1589, una *peste general* azotó cruelmente á las poblaciones de esta hoy provincia del Guayas; y en otro lugar insinúa el mismo autor, que, á consecuencia de la dicha peste, la raza altiva y fuerte de los *huancavilcas*, naturales y dueños de estas comarcas, quedó casi del todo extinguida. El autor de la *Historia del Reino de Quito*, no dice cuál fuera la naturaleza de aquella terrible enfermedad epidémica, probablemente exótica. Y bien se comprende que no sería la tal enfermedad, ni el paludismo, —por ser esta la verdadera endemia de estos lugares— ni la viruela; porque el historiador habla por separado de las epidemias variólicas, que en aquella época se desarrollaban en Guayaquil y sus contornos. ¿Sería la fiebre amarilla? . . .

Se sabe que, la MUY NOBLE Y MUY LEAL ciudad de Santiago de Guayaquil, fué fundada definitivamente, en el asiento que actualmente ocupa, hácia los años de 1533 y 1537. En aquella época, se habían establecido ya, (aunque lentas y tardías) comunicaciones marítimas directas entre Guayaquil y Panamá, é indirectamente, entre nuestro puerto, las Antillas, Guatemala y el Golfo de México; y no es inverosímil que los españoles trajeran, de ésos países á éste, el germen de la *fiebre amarilla*, que, más de ochenta años antes, había destrozado ya las pequeñas colonias de las Antillas, Pero, la verdad sea dicha—ningún documento auténtico, ningún dato histórico poseemos, que nos autoricen á sentar que fuera la *fiebre amarilla* la enfermedad epidémica que, en 1589, asolaba estas comarcas del Guayas.

La primera epidemia histórica de *fiebre amarilla* en esta ciudad, acaeció el año de 1740. La Conda-

mine hace mención de ella; pero, muy particularmente, don Jorge Juan y don Antonio de Ulloa, en el siguiente pasaje, — que copio al pie, por ser rara la obra, y muy interesante la noticia. (1)

“415. Además de esta Enfermedad, (*las tercianas*) que es la más común, fe ha experimentado también (en Guayaquil) la del *Vomito Prieto* desde el año de 1740, en que habiendo llegado la Armada de Galeones del *Súr* retirándose de *Panamá* por caufa de la Guerra para affegurar el Teforo en las Provincias de la Sierra, fe padeció la primera vez esta epidemia y murió mucha gente; afsí de la que llevaba la misma Armada, como de la Foraftera que fe hallaba allí, y algunos Patricios aunque muy pocos. La ocasión, y circunstancias de este accidente ha hecho creer que lo introduxeron los mismos de la Armada hallándose infestado de él, desde *Panamá*, y juntamente inferir, que fe contrae de unos á otros: pues, el Clima que hafta entonces no lo había caufado en tantos Forafteros como por él trafican, no fe lo hubiera participado entonces, si los hábitos de los ya picados no huviesen introducido la malignidad.”

Esta sencilla y á la vez clara y terminante relación de lo ocurrido en Guayaquil, el año de 1740, pone fuera de duda (pues no hay prueba en contrario) que, antes de ésa época, no se conocía el *vomito prieto* en estos lugares, y que desde entonces se experimentó, según la expresión del autor;—es decir, que era exótico aquí.

Llama, sí, y mucho, la atención, que la *fiebre amarilla* no atacara entonces, sino á muy pocos patricios ó naturales del lugar; como si éstos gozaran, en aquel año de 1740, de cierta inmunidad, cual acontece hoy—fenómeno que no se explicaría satisfactoriamente, sino suponiendo que, pocos años antes, hubiese visitado la *fiebre amarilla* ésas poblaciones, dejándoles á los

naturales nacidos bajo la influencia mórbida, y á los que la padecieron y salvaron, ésa á modo de vacuna *antiamarilla*, que hemos adquirido nosotros, los que aquí nacemos y vivimos en medio de la epidemia: inmunidad de que no gozan, por cierto, los forasteros, nuestros huéspedes no aclimatados.

Ciento dos años después, en 1842, apareció, la segunda vez, la fiebre amarilla en Guayaquil. Ni la tradición, ni la historia conservan documento ninguno que haga presumir siquiera que la *fiebre amarilla* hubiese reaparecido aquí, antes del dilatado período de más de un siglo. Hasta la memoria de la epidemia de 1840 se había extinguido; y, tan nuevo se presentó el mal en la segunda vez, que no respetó ni á forasteros ni á patricios, y antes bien se cebó en todos, causando grandes estragos de dolor y muerte, y el general pánico y desconcierto que suele poner en los ánimos, la repentina invasión de una peste desconocida.

Los periódicos de la época, y muchos documentos oficiales, que se conservan originales en los archivos de la Municipalidad de Guayaquil, nos suministran abundantes datos acerca de esta memorable epidemia. Más aún, la literatura nacional cuenta un documento histórico-científico muy estimable, escrito con ocasión de la dicha peste.

Al Dr. Dn. José Mascote, ilustrado y docto médico guayaquileño, que murió hace más de veinte años, le debemos el importante opúsculo intitulado; “*Memoria sobre la Fiebre Amarilla que apareció en Guayaquil el año de 1842.*” Es una obra llena de erudición y de sana doctrina médica; abundante en datos clínicos y estadísticos, y recomendable sobre todo, no sólo por la rectitud del criterio científico y el atinado espíritu de observación que la informan, sino porque contiene ideas muy juiciosas y avanzadas, acerca de lo que hoy llamamos: *modernas doctrinas*, sobre infección, desinfección, saneamiento, profilaxis, etc., etc. El doctor Mascote nos cuenta, cómo, habiendo en-

(1) *Relación Histórica del viaje á la América Meridional.* E. & E. Madrid. Año de M. D. CC. XL. VIII. Vol. I. págs. 233.

trado en la ría de Guayaquil, el día 31 de agosto de 1840, la goleta "Reina Victoria," procedente de Panamá y portadora de un enfermo de fiebre amarilla, el mal prendió y se difundió poco después en la ciudad, y cundió, con el mismo carácter epidémico, en casi todo el litoral de la República.

La epidemia no se desarrolló de pronto: durante todo el mes de setiembre, se presentaron algunos casos aislados, en el extremo sur de la ciudad, y aún pasaron inadvertidos; pero, en los primeros días del mes de octubre, la peste amarilla cayó, como el rayo, en el centro mismo de la ciudad.—Del día 1.º al 26 del dicho mes, murieron, víctimas de la epidemia, 36 personas de las familias más notables de la sociedad de Guayaquil; y, desde entonces, y durante los seis primeros meses siguientes, fué tal la crueldad del flagelo, que sólo en la provincia del Guayas, que apenas contaba entonces 50,000 habitantes, sucumbieron 5,000; habiendo sido atacada la población, en la proporción de 85 por ciento; contándose entre los inmunes, muchas mujeres; casi todos los niños de corta edad; algunos ancianos; no pocos ébrios de profesión, y todos los negros, con raras excepciones.

La epidemia se propagó con rapidez á casi todo el litoral de la República, respetando sólo la Provincia de Esmeraldas.

No hay datos exactos acerca de la mortalidad que causara la epidemia en la Provincia de Manabí; pero, proporcionalmente á la población, hizo acaso más víctimas que en la del Guayas, que, en aquella época, comprendía también el territorio de las que ahora son las provincias de "El Oro" y "Los Ríos."

Refiere el Dr. Mascote, que, regresando de Quito el Dr. Durán, á principios de 1843, fué llamado este facultativo, en la pequeña ciudad andina de Guaranda, (2,668 m. de altura) por una mujer, que, á consecuencia de haber recibido sobre sí el vómito de un apestado, que en fuga de Guayaquil, llegó

moribundo á aquella población de la sierra, —enfermó gravemente y murió muy luego, con todos los síntomas de la fiebre amarilla, sin que faltara el vómito negro, como para confirmar el diagnóstico; pero, el mal no se propagó.—He allí un curioso fenómeno de contagio de la fiebre amarilla, á la altura considerable de 2,668 metros sobre el nivel del mar, y al pié mismo del Chimborazo.

El mismo doctor Sixto L. Durán, hoy octogenario, y el único médico sobreviviente de aquellos tiempos, me contó, hace dos años, el hecho apuntado por el Doctor Mascote, y agregaba que, cuando fué á Quito, convaleciente de la fiebre, halló en todo el camino, hasta cerca de Guaranda, un reguero de cadáveres, de mil infelices que huían de la epidemia, y que, llevando ya el mal en incubación, morían en los tambos del tránsito ó en la vía.

También en el camino que conduce de Naranjal (en el golfo) á la ciudad de Cuenca, se observaban, y aún se observan hechos análogos.

Entonces, (1842) y en la epidemia de 1880, la fiebre y la muerte sorprendían á los fugitivos por esta ruta, hasta la altura de más de 2000 metros; y aún llegaban algunos á morir en Molleturo ó Yerba-buena, á 2,557 y 2,776 metros, respectivamente, de altura; pero, nunca se ha dado caso de infección epidémica en esos lugares, ni aún á 4,000 metros tampoco; así como es hecho bien averiguado que, ni el clima ni la altura modifican favorablemente la marcha ni la gravedad del mal, pues todos los enfermos sucumben.

Una de las poblaciones que más sufrió durante la epidemia de 1842, es Babahoyo. Esta pequeña villa, distante 24 leguas de Guayaquil, y á 6 horas por vapor, es la primera población de la costa que halla el viajero que baja de Quito por la antigua vía. Babahoyo está situado á orillas del río de su nombre. en un terreno muy bajo, casi al nivel del mar, muy permeable y anegadizo. La humedad y el calor son

excesivos en ese lugar, que sólo recibe los vientos húmedos del Norte, precursores de las lluvias, y propios de nuestro *invierno* tropical. Las condiciones cósmicas y telúricas de la localidad de Babahoyo, por una parte; y, por otra, el tráfico constante de viajeros no aclimatados del interior, — comerciantes, arrieros, indios, jornaleros, etc., que vienen y van; — son, sin duda, los elementos de vida, que, desde el año de 1842, ha hallado allí la *fiebre amarilla*, siempre que la hemos tenido en Guayaquil. El hecho es que, Babahoyo es hoy uno de los focos más temibles de esta endemo-epidemia.

Creo, sí, que influye mucho la densidad y la naturaleza de la población: porque la *fiebre amarilla*, salta, en su camino, de Guayaquil á Babahoyo, por sobre muchos pueblos, caseríos y haciendas, todos habitados por gente criolla, es decir, natural de la costa: pero sucede á menudo, que, ésos mismos individuos, contraen la *fiebre amarilla*, cuando vienen á Guayaquil, en tiempo de endemo-epidemia: por consiguiente, influye también, y mucho, el tráfico. Lo mismo sucede con los moradores del río Daule afluente del Guayas.

Un fenómeno por demás curioso y digno de estudio, es que, la *fiebre amarilla*, ni en la epidemia de 1842, ni después, haya tenido cabida en la Provincia litoral de Esmeraldas.

Esta bellísima y fértil región de la costa ecuatoriana, es la más septentrional de la República, y colinda con la de Colombia. Toda ella está cubierta de selvas y bosques, desde las faldas occidentales del Pichincha, hasta las riberas del mar. Su terreno no es muy elevado, y carece de altas montañas; pero, tanto por la vegetación, como por la meteorología y el clima del lugar, se asemeja esta Provincia ¡cosa extraña! á nuestra región amazónica.

Quien sabe sí, la poca densidad de la capital de la Provincia — centro del comercio de esa comarca agrícola, — y el ser escasos de habi-

tantes y muy aislados los otros pueblos que en su territorio se encuentran; la naturaleza misma de la población, y el poco tráfico, no sean causas muy importantes y principales de la inmunidad que, respecto de la *fiebre amarilla*, goza hasta hoy desde tiempo inmemorial la Provincia de Esmeraldas.

(Continuará).

CRONICA

La Sociedad Médica "Unión Fernandina" ha efectuado su traslación al vasto local de la calle de Llanos, número 183, que le fué cedido por ley que dió el último Congreso Extraordinario y promulgó oportunamente el Poder Ejecutivo.

De manera que hoy poseemos, pues, un ilustrado centro científico que cuenta ya, cerca de tres lustros de existencia laboriosa, en un edificio propio, bien situado y que habrá de permitirle un desarrollo más rápido y en armonía con el prestigioso lugar que al presente ocupa entre las asociaciones del mundo médico ilustrado, debido al común esfuerzo de sus miembros entusiastas é ilustrados.

Nos felicitamos de este suceso, el cual deseamos sea el punto de partida de una nueva era de progreso para la "Unión Fernandina."

Pedimos á nuestros amables lectores dispensen la demora en la salida del presente número.

Reorganizada la Comisión de Redacción de LA CRÓNICA MÉDICA, como se insinúa en el Editorial, la nueva Administración, salvando los obstáculos de momento que pueden presentarse, se esforzará por que, dentro de unos pocos días más, continúe con su acostumbrada exactitud la senda que desde hace doce años viene siguiendo esta publicación.

Imprenta y Librería

CALLE Y PLAZA DE SAN PEDRO