LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina"

AÑO XIII } LIMA, MARZO 31 DE 1896. { N.° 174

TRABAJOS NACIONALES

ESCLEROSIS COMBINADAS
de la médula

Los importantes progresos realizados en estos últimos tiempos por la Histología normal y patológica de la médula espinal, han contribuido, no sólo á dar á cada enfermedad medular su localización propia, sino que han permitido la creación de especies como las *Esclerósis combinadas ó Tabes combinadas* (de GRASET) que vienen á llenar un vacío, dando cabida en el cuadro nosólogico á mielitis que, ofreciendo síntomas tan diversos, no podrían referirse en manera alguna, á especie mórbida determinada.

A este grupo pertenece el caso cuya historia vamos á referir; en el que, por esclusión, no puede hacerse otro diagnóstico.

***

El 25 de abril de 1893 ingresó á la sala de Sta. Ana del Hospital Dos de Mayo (servicio del Dr. Villar), en donde permanece aún, D. Francisco Herrera, de 53 años de edad, de temperamento linfático-nervioso y regular constitución. Estaba enfermo desde tres años há. Sin antecedentes morbosos hereditarios, refiere haber tenido en la niñez viruela y reumatismo articular y yá en edad madura un chancro y un bubón, de naturaleza específica sin duda, pues acúsa haber tenido posteriormente otros accidentes que no pueden referirse sino á la infección sifilítica. Dice: que su enfermedad actual se inició con dolores en la cintura y en las rodillas, bastante fuertes; gran cansancio y debilidad en las piernas al caminar, que aumentaban cuando subía escaleras; fenómenos todos, que desaparecieron por algunos meses para reaparecer en seguida, acompañados de cierto grado de contractura en los miembros inferiores que dificultaba su marcha, viéndose obligado á usar muletas y solicitar tratamiento.

El exámen del hábito exterior solo revela una pequeña cicatriz en el glande y los gánglios inguinales infartados.

Las funciones cerebrales se realizan con perfecta regularidad, no ofreciendo ningún trastorno su memoria, palabra, etc., etc.

Acusa dolores en la cintura y en los miembros inferiores, fugáces á veces; otras veces, de duración é intensidad tal, que solo ceden á las inyecciónes hipodérmicas de morfina. La sensibilidad tactil un tanto disminuída, lo mismo, que el sentido muscular. Tiene anestesia plantar casi completa.

La sensibilidad térmica, asi como la contractilidad eléctrica normales.

Acusa también calambres más ó ménos fuertes en las piernas y que se repiten con frecuencia.

No tiene ninguna parálisis, pero

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sí ligera paresia en los miembros inferiores. La fuerza muscular se conserva bien, pues se necesita de regular esfuerzo para poner en extensión los miembros inferiores; por ejemplo: cuando los tiene flexionados y no pone en juego su voluntad; sin embargo, puesto de pié no puede resistir mucho tiempo en esa posión y se vé en la necesidad de sentarse. Obligado á caminar, lo que no puede hacer sino apoyándose en alguna persona y siempre con la vista fija en sus piés, se observa que, su marcha es atáxica, y que si se le obliga á levantar la vista, se aumenta notablemente el desórden de ella.

Los reflejos superficiales casi normales; no sucediendo lo mismo con los tendinosos, en especial, el rotuliano, el cual está bastante exagerado.

El síntoma de Romberg es manifiesto; no así el de Argill, pues la pupila reacciona perfectamente, ya bajo la influencia de la luz como de la acomodación.

Los órganos de los sentídos en perfecto estado. Las funciones de los demás aparatos completamente normales, salvo el aparato digestivo, el cual ofrece alguna paresia intestinal, sobre todo para la defecación, que no puede hacerse sino mediante el auxilio de enemas y de drásticos que exciten la contractilidad de los intestinos.

La variedad de síntomas que el caso relatado ofrece, no podría nunca referirse á ninguna de las especies mórbidas definidas,con las que tiene algunos puntos de semejanza.

En efecto, los dolores de cintura y de los miembros, así como la marcha, que como hemos dicho, es verdaderamente atáxica, y la existencia del síntoma de Romberg, podrían hacer pensar que se tratara de la *tábes dorsal ó Enfermedad de Duchenne;* pero, la existencia con exageración del reflejo rotuliano, cuya ausencia completa es úno de los síntomas más precóces y que nunca falta en la ataxia locomotriz progresiva; la falta del síntoma de Argill, así como de todos los otros síntomas oculares y de trastornos génito-urinarios, manifiestan claramente que no puede hacerse ese diagnóstico en el caso presente.

La exageración del reflejo rotuliano y la debilidad y paresia de los miembros inferiores que, aumentando progresivamente en el principio de la enfermedad, ofrecieron después una remisión que duró algunos meses, rasgo tan característico de la *esclerósis en placas*, podrían inducir á hacer este diagnóstico; pero, faltan el tremor tan especial que presentan las personas afectadas de esta mielítis, así como el embarazo de la palabra y el nistagmus que siempre la acompañan.

Con la *tabes dorsal espasmódica* tiene de contacto la exageración de los reflejos y la tendencia á la contractura en adducción de los miembros inferiores; pero, la existencia de fenómenos de sensibilidad que nunca los hay en ella, los caractéres de la marcha dificultada solo por el desórden de los movimientos y no por la contractura de los miembros, no pueden hacer pensar en esta mielítis.

Pero, si es cierto que el caso de que nos ocupamos no puede referirse exclusivamente á ninguna de las mielítis que hemos analizado, lo es también que él ofrece muchos de los síntomas propios de cada una de ellas, como lo hemos visto. Un cuadro tal de síntomas no puede corresponder á otro proceso que á la *esclerósis combinada de la médula, ó tabes combinada* (de GRASSET), entidad mórbida de la cual fué WESTPHAL el primero que dió de ella una noción exacta y que, aunque algúnos no la consideran como entidad distinta, no podemos ménos que aceptarla en vista de los importantes trabajos de KAHLER y PICK, RAYMOND, DÉJERINE y otros.

Lima, marzo de 1896.

DR. MVNUEL IRUJO.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

EL GUAYACOL COMO TOPICO antitérmico

(Conclusión)

6. HISTORIAS CLÍNICAS

Fiebre Tifoidea. N. N. trabajadora de la Hacienda "Chuquibamba", de 24 años, morena, de constitución fuerte, ingresó al Hospital de Santa Ana el 21 de febrero de 1895 y ocupó en la sala de Santo Toribio la cama N.° 20.

Decía estar enferma desde ocho días antes. Por sus referencias y el cuadro sintomático que presentaba se diagnosticó fiebre tifoidea en su periodo de estado, 2° setenario.

2 ó 3 días después, el estado tifoide se acentuó más: el día 21 tenía 39°3, y oscilando la curba térmica en los días siguientes, hasta el 24, entre 39° y 40° 2, se pensó en aplicarle el guayacol en embrocaciónes.

La medicación seguida en esta enferma fué, al principio, tónica; después, con muy buen éxito, se la sometió al tratamiento propuesto por el Dr. J. Crouch de Estados Unidos, reproducido en el *N.° 146* de La Crónica Médica y del que solo se omitieron los baños.

A fin de poder apreciar los efectos producidos por el guayacol, se tomaba la temperatura al tiempo de practicar la embrocación—2 p. m. —y se la continuaba observando de hora en hora hasta las 6 p. m.

El guayacol empleado ha sido el del comercio, el líquido, y si bien la enferma por su color no permitía apreciar señales de rubefacción, en cambio nunca se quejó ni de escosor, ni de dolor en los sitios embrocados.

El número de embrocaciónes fué de once: una á las 2 p. m. de cada día, desde el 24 de febrero hasta el 7 de marzo.

Se practicaba con una brocha hecha con hilas, siendo la cantidad de líquido empleada cada vez de 0'50 centígramos aproximadamente. El sitio de la embrocación fué variable: unas veces en los brazos, otras en los muslos, el torax, etc., en una extensión de 5 á 6 centímetros cuadrados.

Después de cada embocación no se ha aplicado ningún apósito, dejándose descubierta por un rato la región, hasta obtenerse una ligera evaporación.

Para que sea más fácil apreciar la marcha de la temperatura, haremos observar que: á la hora, el descenso ha sido manifiesto, variando entre 3 décimos de grado (1ª y 7ª embrocación) y 2°2 (2ª embrocación).

Hé aquí el descenso después de cada embrocación:

1ª	—1°'7	(39'7 —38)
2ª	—2°'2	(40°2—38)
3ª	—0°'6	(39°'—38'4)
4ª	—0°'8	(40° —39'2)
5ª	—1°'8	(40°'—38°'2)
6ª	—1°'1	(39°'5—38°'4)
7ª	—0°'3	(39°'2—38°'2
8ª	—1°'5	(39°—37°'5)
9ª	—1°'6	(38°'6—37°)
10ª	—1°'2	(38°'—36°'8)
11ª	—0°'4	(38° —37°'6)

A las dos horas, el descenso mínimum ha sido de 1°'3,—el máximum de 4°'5; siendo el correspondiente á cada embrocación, el siguiente:

1ª	—2°'4	(39°'7—37°'3)
2ª	—4°'5	(40°'2—35°'7)
3ª	—2°	(39°—37°)
4ª	—4°	(40°—36°)
5ª	—2°'6	(40°—37°4)
6ª	—1°'3	(39°'5—38°'2)
7ª	—1°'6	(39°'2—37°'6)
8ª	—3°	(39°'—36°)
9ª	—2°'3	(38°'6—36°'3)
10ª	—1°'8	(38°—36°'2)
11ª	—2°	(38°—36°

A las tres horas, la temperatura comenzó á subir en las embrocaciones 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 7ª, 8ª, 9ª y 10ª.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En las 1ª y 6ª el descenso aumentó algunos décimos de grado. En la 11ª la temperatura quedó estacionaria.

Hé aquí el cuadro comparativo entre la hora en que la temperatura ha obtenido el mayor descenso (4 p. m.) y la hora en que principiaba el ascenso (5 p. m.)

1ª	4 p. m.	37°'3—	5 p. m.	37°
2ª	,,	35°'7—	,,	36°'4
3ª	,,	37° —	,,	37°'2
4ª	,,	36° —	,,	37°'5
5ª	,,	37°'4—	,,	38°'3
6ª	,,	38°'2—	,,	37°
7ª	,,	37°'6—	,,	38°
8ª	,,	36° —	,,	36°'9
9ª	,,	36°'3—	,,	37°
10ª	,,	36°'2—	,,	36°'4
11ª	,,	36° —	,,	36°

Mínimum de ascención 0'2 décimos de grado. Máximum 1°'5

A las cuatro horas, la ascención térmica ha sido más manifiesta en todos los casos, pero variable en cada uno.

El siguiente cuadro comparativo entre la temperatura á las 4 y á las 6 p. m., dá á conocer el ascenso correspondiente á cada embrocación.

1ª	4 p. m.	37°'3—	6 p. m.	38°'2
2ª	,,	35°'7—	,,	37°'8
3ª	,,	37° —	,,	38°
4ª	,,	36° —	,,	38°'9
5ª	,,	37°'4—	,,	39°
6ª	,,	38°'2—	,,	38°'6
7ª	,,	37°'6—	,,	39°
8ª	,,	36° —	,,	37°'8
9ª	,,	36°'3—	,,	37°9
10ª	,,	36°'2—	,,	37°
11ª	,,	36° —	,,	36°'7

Mínimum de ascención 0'7. Máximum 2°'9.

Por lo expuesto se vé, que el descenso ha sido manifiesto en los 11 días, al cabo de una hora de practicada la embrocación; que, dicho descenso ha alcanzado su máximum después de dos horas en 8 observaciones y á las 3 horas en las otras tres; que él ha sido en un caso de 4°'5, en otro de 4° y en los demás puede fijarse de 1° á 3°, habiendo sido la temperatura más baja observada 37'5 una sola vez; que, la duración de la apirexia ha sido más ó ménos de 2 horas y minutos; y que, la ascención térmica fué constante en todos los casos, aproximadamente á las dos horas de obtenida la hipotermia, siendo de notarse que no ha alcanzado la temperatura del momento de la embrocación.

Los demás síntomas que esta enferma ha presentado han sido el gusto desagradable, los calofríos, algo intensos en los días 25 (2ª embroc.) y 28 de febrero (5ª embroc.); los sudores copiosos el 25 de febrero, (día que bajó la temperatura á 35°'7) no presentándose el 6 de febrero ni el 2 de marzo; la diurésis variable, se observaba en las noches; y, la hipersecreción salivar, algunas veces fastidiosa para la enferma.

Cuanto á la eliminación del guayacol por la orina, no me ha sido posible comprobarla por la falta de útiles para el caso.

Tuberculósis. M. R. de 36 años, zamba, natural de Trujillo, sirviente, de constitución débil, ingresó al Hospital de Santa Ana el día 15 de abril de 1895 y ocupó la cama N.° 38 en la Sala de Santo Domingo.

Refirió que hacía un año que había venido de Trujillo y desde entónces se encontraba enferma, pues había tenido repetidos constipados.

Varias veces había expectorado sangre; por las noches le entraba fiebre, sudaba y amanecía bien; pero, se había enflaquecido mucho, no tenía apetito y la tós era constante y frecuente. Su padre murió tísico.

Como síntomas pulmonares presentaba los de la tuberculósis pulmonar en su segundo periodo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

(reblandecimiento), y la temperatura era febril todas las tardes.

Después de permanecer en el servicio casi un mes, el día 12 de mayo se le aplicó el guayacol en embrocación á la dósis de 0'50 centígramos.

Durante tres días la marcha de la temperatura tomada de hora en hora á partir de las 2 p. m. en que se le ponía la embrocación, fué la siguiente:

Día 12 de Mayo

Mañana		37°'8
(1ª embroc.)	Tarde 2 p. m.	39°'9
	,, 3 ,,	39°
	,, 4 ,,	38°
	,, 5 ,,	37°'2
	,, 6 ,,	39°

Día 13

Mañana		37°'1
(2ª embroc.)	Tarde 2 p. m.	39°'5
	,, 3 ,,	38°
	,, 4 ,,	36°'4
	,, 5 ,,	37°'3
	,, 6 ,,	39°'5

Día 14

Mañana		38°
(3ª embroc.)	Tarde 2 p. m.	40°
	,, 3 ,,	39°'1
	,, 4 ,,	37°'7
	,, 5 ,,	36°
	,, 6 ,,	38°'9

Por lo expuesto, se conoce que el descenso ha tenido su máximum á las 3 horas en dos de las embrocaciones y á las dos horas en la otra; que el número de grados de descenso ha sido de 3°'1 (segunda), 2°'3 (tercera) y 1°'9 (primera); que la apirexia ha durado 1 ó 2 horas, y la ascención térmica ha sido constante después de trascurrida una hora de la temperatura mínima, alcanzando en la 2ª embrocación la temperatura inicial, y diferenciándose de ella 9 décimos en la 1ª y 1°'1 en la tercera.

Los demás síntomas observados han sido: gusto desagradable, hipersecreción salivar, calofríos intensos solo en la tercera embrocación, sudores copiosos en ésta y ligeros en las otras.

A consecuencia de haberle sobrevenido una hemoptísis se suspendió la medicación.

Neumonía. M. V., india, natural de Arequipa, de cuarenta años, cocinera, soltera, de constitución robusta, ingresó al Hospital de Santa Ana el 18 de mayo de 1895 y ocupó la cama N.° 5 de la Sala de Santo Toribio.

Según expresó, llevaba tres días enferma, habiéndose iniciado su mal con intensos calofríos, fiebre, tós, expectoración estriada de sangre y dolor á la espalda (lado derecho). Examinada, estaban bien manifiestos los síntomas de una neumonia franca fibrinosa.

La temperatura variaba entre 39°'2 y 39°'8. El día 21, que se le había prescrito una poción con tártaro, fuí á vigilarla á las 3 p. m., encontrándola con fiebre de 40°'1. Inmediatamente ordené una embrocación de 0'50 centígramos de guayacol y observé la marcha de la temperatura de hora en hora. Esta ha sido:

A las 3 p. m.	40°'1
4 ,,	39°'6
5 ,,	38°'7
6 ,,	37°'5
7 ,,	38°'2

Al día siguiente, la fiebre había bajado: el termómetro que en la mañana del 21 marcaba 38°'9, sólo marcaba el 22, 38° y por la tarde 38°'5.

En los días sucesivos la temperatura declinó y la enferma mejoró notablemente.

En esta observación puede resumirse la marcha térmica, como sigue: descenso manifiesto al cabo de una hora; descenso máximum á las 3 horas; número de grados

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

del descenso 2°'5; duración de la apirexia, una hora más ó ménos; ascención á las 4 horas.

Los otros síntomas observados fueron: gusto desagradable y sudores copiosos, seguidos de bien estar.

Tuberculósis. N. N., india, de 46 años, lavandera, de constitución débil, ingresó al Hospital de Santa Ana el 12 de febrero de 1895 y ocupó la cama N.°17 de la Sala de Santo Toribio.

Estaba enferma desde hacía tres meses. Al principio, tuvo un fuerte constipado con tós frecuente, al extremo de expectorar sangre, dolor en ambos pulmones y fiebre casi diaria Se medicinó con sustancias caseras y aunque se alivió algo, la tós no desapareció, notando que la expectoración tenía estrias de sangre algunas veces; por las noches se sentía calurosa—como con fiebre—;no tenía apetito, y no obstante todo esto, le era necesario trabajar en su oficio para subsistir.

Sus síntomas se agravaron, según ella, á consecuencia de un resfrio. Tuvo calofrios, fiebre fuerte, dolor agudo en el costado derecho y nuevamente expectoración sanguinolenta. En este estado se decidió á ingresar al Hospital.

Examinada, parecía tener una neumonia franca; pero, los antecedentes hereditarios (madre tuberculosa) y los personales, asi como la gran matitéz que tenía en el vértice del pulmón derecho, con respiración áspera, soplante y prolongada y uno que otro chasquido sugirieron el diagnóstico de tuberculósis crónica con un acceso neumónico agudo.

Desde el día de su ingreso—12 de febrero—hasta el 20, la temperatura osciló entre 38°5 y 39°'2. En este día (20) se le embrocaron 0'50 centígramos de guayacol, lo mismo que en los cuatro días siguientes:

Día 20 de Febrero

Mañana		38°'2
(1ª embroc.)	Tarde 1 p. m.	39°'4
	,, 2 ,,	37°'3
	,, 3 ,,	37°
	,, 6 ,,	39°'3

Día 21

Mañana		38°'
(2ª embroc.)	Tarde 1 p. m.	39°'8
	,, 2 ,,	39°
	,, 3 ,,	37°'5
	,, 6 ,,	39°'3

Díu 22

Mañana		38°'5
(3ª embroc.)	Tarde 1 p. m.	40°
	,, 2 ,,	38°
	,, 3 ,,	35°'8
	,, 6 ,,	39°'9

Día 23

Mañana		38°'6
(4ª embroc.)	Tarde 1 p. m.	39°'6
	,, 2 ,,	37°
	,, 3 ,,	36
	,, 6 ,,	38°'9

Día 24

Mañana		37°'9
(5ª embroc.)	Tarde 1 p. m.	39°'4
	,, 2 ,,	38°
	,, 3 ,,	36°'7
	,, 6 ,,	39°'6

En los días subsiguientes la temperatura siempre febril, no pasó de 39° por la tarde.

De lo expuesto se deduce: que el descenso se ha manifestado á la hora de la embrocación, alcanzando su máximum á las 2 horas y siendo en la 5.ª de 4°2, en la 4.ª de 3°'6 y en las demás de 2.° y fracción; que la duración de la apirexia ha sido aproximadamente de 2 horas; y que la ascención ha sido constante á las 3 horas del descenso mínimum.

Los demás síntomas observados han sido: gusto desagradable; ca-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

lofríos intensos en la 1.ª y 3.ª embrocación, ligeros en la 2.ª y núlos en la 4.ª y 5.ª; sudores copiosos, que hicieron desistir de continuar usando las embrocaciónes, por ser la enferma tuberculosa.

Aunque sometida al régimen correspondiente, falleció el 10 de marzo, habiéndosele aplicado la última embrocación el 24 de febrero.

Paludismo. A. C., de 26 años de edad, cocinera, soltera, ingresó al Hospital de Santa Ana y ocupó la cama N.° 16 de la Sala de Santo Domingo el 7 de marzo de 1895.

Convaleciente aún de la disentería con que ingresó al Hospital, se quejó el día 15 por la tarde, de fiebre y calofríos que atribuyó á haber estado en el jardín. El termómetro marcaba 40°'2; practiqué una embrocación de 50 centígramos de guayacol, siendo la marcha de la temperatura, tomada de hora en hora, la siguiente:

2.30	p. m.	—40°'2
3.30	,,	—38°'4
4.30	,,	—37°'2
5.30	,,	—36°'8
6.30	,,	—37°
7.30	,,	—37°'5

Como se vé, el descenso se manifestó á la hora; alcanzó su máximum (de 3°'4) á las tres horas, durando la apirexia más de dos horas y no igualando la temperatura de reascención á la inicial.

En esta enferma observé también, el gusto desagradable, calofríos y sudores ligeros.

Al siguiente día, en previsión de un nuevo ataque palúdico, tomó quinine·

Tuberculósis. M. V., zamba, nacida en Chincha-Alta, de 26 años, ingresó al Hospital de Santa Ana el 26 de abril de 1895 y ocupó la cama N.° 20 de la Sala de Santo Domingo.

Refirió que el 27 de febrero estaba planchando, cuando le arrojaron un balde de agua, que le ocasionó un resfrío, con fiebre diaria y tós seca, permaneciendo así 27 días.

El 25 de marzo, estando también enfermo uno de sus hijos, ingresó al Hospital de Santa Ana, sala de San José. Allí se medicinó durante un mes; pero, acentuándose sus dolencias, resolvió separarse de su hijo y trasladarse á la sala de Santo Domingo.

A su entrada al servicio pude indagar que uno de sus hermanos era tuberculoso; ella, que ántes había sido muy sana, revelaba por su estado general y particularmente por los síntomas pulmonares, estar en el segundo periodo de la tuberculósis pulmonar ó sea, el de reblandecimiento.

Se quejaba de que diariamente, á una hora fija (12 á 1 p. m.) le entraba fiebre, que la mortificaba muchísimo. Observada durante varios días, pude confirmar lo que aseguraba, y deseosa ella de que se le quitara, se le aplicaron embrocaciónes de guayacol.

El 14 de mayo á la 1 p. m. tenía 39°'8; á esa hora, se le hizo una embrocación de 0'50 centígramos de guayacol, repitiéndose en los tres días siguientes.

La marcha de la temperatura fué ésta;

Día 14 de mayo

Mañana			37°'2
(1ª embroc.)	Tarde	1 p. m.	39°'8
	,,	2 ,,	38°'6
	--	3 ,,	38°
	,,	4 ,,	37°,6
	,,	5 ,,	38°'9

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Día 15

Mañana		36°'8
(2ª embroc.)	Tarde 1 p. m..	39°
	,, 2 ,, ..	38°'9
	,, 3 ,, ..	37°
	,, 4 ,, ..	37°,7
	,, 5 ,, ..	39°

Día 16

Mañana		37°
(3ª embroc.)	Tarde 1 p. m..	38°'9
	,, 2 ,, ..	37°'9
	,, 3 ,, ..	36°
	,, 4 ,, ..	36°'5
	,, 5 ,, ..	39°'7

Día 17

Mañana		37°'5
(4ª embroc.)	Tarde 1 p. m..	39°'3
	,, 2 ,, ..	37°
	,, 3 ,, ..	36°'2
	,, 4 ,, ..	38°
	,, 5 ,, ..	39°

Se nota, pues, que el descenso térmico máximo ha sido de 3°'1 y el mínimo de 1°'8; que la duración de la apirexia ha sido casi de dos horas y que la reascención térmica solo una vez ha igualado á la temperatura inicial.

Además, han habido en esta enferma otros síntomas, tales como: gusto desagradable, calofríos intensos en la 3.ª embrocación; sudores copiosos en la 3.ª y 4.ª En esta última hubo diarreas y sudores profusos que hicieron suspender el tratamiento.

JOSÉ C. PATRÓN,

Interno de los Hospitales.

TRABAJOS EXTRANJEROS

GEOGRAFIA MEDICA

de la fiebre amarilla en el Ecuador

SR. DR. D. LEONARDO VILLAR

(Conclusión)

Si esta epidemia no comenzó con la *fiebre aduanera*, hay que admitir que tuvo su origen en un caso importado de Panamá, en el vapor "Puno", á mediados del mes de julio de 1880. Era el enfermo, un joven, novicio de la Compañía de Jesús, que venía de Francia destinado al Seminario de Quito;—contrajo la *fiebre*, el día que salió de Panamá y falleció en Guayaquil en la sala de pensionistas del Hospital Civil. Pero. en el mes de junio ya había muerto, de *fiebre amarilla* de forma siderante, una persona muy conocida - el Coronel Váscones del ejército del General Veintemilla, la cual persona había llegado pocos días antes, del interior de la República. De modo que, cuando el vapor "Puno," nos trajo de Panamá un enfermo de *fiebre*, ya la teníamos en casa.

Esta epidemia fué precedida por otra de *dengue*, bastante general, pero benigna, y no se desarrolló con fuerza hasta el mes de setiembre. Sin ser tan cruel como la epidemia del año de 1842, se propagó, sinembargo, en todo el litoral, excepto Esmeraldas, y arrebató muchas víctimas. En los primeros meses de esta epidemia, hubo, en el Hospital Civil de la ciudad, un movimiento de cerca de mil atacados; pero nada puedo decir acerca de los estragos que hiciera el mal en el resto de la Provincia del Guayas, y en las de Los Ríos, El Oro y Manabí.

ESTADÍSTICA.—En el año de 1880 á 1881 termina la historia de las invasiones epidémicas de la *fiebre amarilla* á la ciudad de Guayaquil y comienza el periodo de la endemia y de las endemo-epidemias consecutivas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Mucho he trabajado por saber si esta *fiebre* se desarrolló alguna vez, por modo expontáneo entre nosotros; pero, ¿qué estadísticas se han hecho jamás en esta tierra? ¿Quién se ha cuidado, ni por curiosidad siquiera, de averiguar estas cosas, tan inútiles en apariencia, y cuyo estudio es, sinembargo, del más alto interés, desde el punto de vista de la Higiene?

La Municipalidad de Guayaquil, ha administrado, durante muchos años, el Hospital Civil de esta ciudad, y ha gastado, y gasta aún, fuertes sumas en él; y, sin embargo, jamás se propusieron nuestros ediles, saber, ni hacer saber á nadie, ni siquiera por fórmula — el movimiento diario de enfermos en ese establecimiento; la naturaleza de las enfermedades reinantes generales, endémicas ó epidémicas; ni mucho menos las causas que las produjeran. Los partes diarios del Hospital, y los del Cementerio, allí se están, de muchos años atrás, bajo el polvo de los archivos, esperando que alguien los redima de la muerte cruel y lenta que les dán las polillas, y, por ende, del olvido. Igual, y aún peor suerte, si cabe, están corriendo en los dichos archivos, preciosísimos documentos originales é inéditos, que alcanzan al año de 1600. ¡Cuánto dinero hemos derrochado en obras inútiles, en simples tentativas de obras materiales de menor cuantía; y, cuán poco habría bastado para poner á salvo y dar á la estampa, toda una historia, corroída hoy por el tiempo; quemada por la tinta, y devorada por los insectos! No salvaremos lo poco pero muy importante que aún queda?

Sin estadísticas exactas, no es posible orientarse en el estudio de la epidemología, ni menos saber, cuándo y en qué circunstancias, una enfermedad, de ordinario epidémica en una localidad, toma la forma y la marcha de la endemia.

El Dr. José Mascote, hace mención, en su citada Memoria, de ciertos casos de *fiebre amarilla*, observados por él en esta ciudad, en los años 1824 y 1832. El mentado práctico, dice que dichos casos eran esporádicos; pero, cuántos otros médicos harían análogas observaciones, antes y después de la memorable epidemia de 1842?....

Los documentos que poseemos, acerca de la marcha de la *fiebre amarilla* en la costa ecuatoriana, desde el año de 1740 hasta nuestros días, son insuficientes, vagos, truncos, y, exceptuando la Memoria del Dr. Mascote, empíricos; pero, ateniéndonos á ésos datos y á la tradición, podemos sentar que, la *fiebre amarilla* vino por primera vez, á Guayaquil, el citado año de 1740; y que desde entonces volvió en repetidas ocasiones, siempre importada y en forma epidémica; extinguiéndose después de cada invasión, y ausentándose del todo, en largos períodos de tiempo. Así pues, tenemos:

1.ª Epidemia de 1740—Y un período de ausencia de 102 años.

2.ª Epidemia de 1842 á 44—Y un período de ausencia de 9 años.

3.ª Epidemia de 1853 á 56—Y un período de ausencia de 11 años.

4.ª Epidemia de 1867 á 69—Y un período de ausencia de 8 años.

5.ª Epidemia de 1877 á 78—Y un período de ausencia de 2 años.

6.ª Epidemia de 1880.

Desde esta fecha, la *fiebre amarilla* siguió en la ciudad de Guayaquil, la marcha epidémica hasta 1883 inclusive. Desde 1884 al 86, se mantuvo con los caractéres y la marcha de endemia. En 1887, es ya una endemo-epidemia. En 1888 y 1889, declina en endemia. En 1890, desaparece. En julio de 1891, reaparece la endemia; continúa aumentando en 1892; y vuelve á pronunciarse en forma de endemo-epidemia, en 1893 y 1894. En lo que va del presente año de 1895, sigue la marcha de la endemia. Estos hechos se demuestran en el siguiente cuadro, que he levantado, de los datos consignados en los libros del Hospital Civil de esta ciudad.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

MOVIMIENTO DE LA **FIEBRE AMARILLA** *EN EL HOSPITAL CIVIL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL*

DESDE SETIEMBRE DE 1880 HASTA DICIEMBRE DE 1894

AÑOS	1880-81	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	TOTALES
Enero	45	47	174	25	69	8	214	84	57	"	"	124	14	117	978
Febrero	41	42	55	104	36	15	205	60	69	"	"	93	9	67	796
Marzo	7	33	19	80	32	"	167	43	39	"	"	57	5	84	566
Abril	10	35	11	54	12	"	105	40	19	"	"	35	18	74	413
Mayo	40	34	11	46	23	"	40	35	2	"	"	25	17	64	337
Junio	32	17	7	8	16	2	24	23	"	"	"	18	30	76	253
Julio	64	25	19	"	19	10	8	21	8	"	18	12	27	39	270
Agosto	62	16	2	2	15	14	1	16	10	"	28	9	24	40	239
Setiembre	39	12	12	1	2	20	"	11	"	"	40	"	35	45	217
Octubre	48	70	46	"	2	21	"	"	"	"	52	10	54	44	347
Noviembre	117	146	100	"	"	9	4	10	"	"	85	1	84	70	626
Diciembre	142	262	53	"	"	84	62	21	1	"	120	19	103	98	965
Totales	647	739	509	320	226	183	830	364	205	"	343	403	420	818	6,007

De estos 6,007 enfermos, fallecieron 2,475=41 %

Por esta estadística, correcta y exacta, hasta el punto en que lo son los libros del Hospital Civil, prolijamente llevados de algunos años al presente, se viene en conocimientode que, la *fiebre amarilla* es huesped nuestro, inseparable, hace quince años.

Hay, es cierto, en este largo reinado del *tífus icteróide*, un paréntesis de 22 meses, desde setiembre de 1889, hasta junio de 1891; es decir, que, durante todo un año y diez meses la *fiebre amarilla* se ausentó de esta ciudad. El hecho es evidente; porque, en la *Memoria Estadística de la Intendencia de Policía*, del año de 1891 (*cuadro de inhumaciones*) tampoco se hace mención de que ocurriera, en todo ése año, ningún caso de *fiebre amarilla*. Por consiguiente, la estadística del Hospital, es exacta á este respecto·

Pero, una corta ausencia de la *fiebre amarilla*, después de reinar constantemente diez años consecutivos, nada prueba por sí sóla, pues lo mismo acontece en los grandes focos endémicos del Golfo de Méjico; y acaso tendría algún valor, si, como no ha sucedido, su reaparición hubiese sido el resultado de una nueva importación. Mas no fué así: la *fiebre* reapareció en julio de 1891, sin que nadie la trajera,—renació expontáneamente, y fueron sus primeras víctimas, algunas personas nuevas en el lugar. Mas aún, en Panamá no reinaba entonces esa epidemia, según el testimonio de personas muy respetables, y la declaración oficial del señor Cónsul de Colombia.

Hé aquí que, por el absoluto descuido de la Administración Pública, remisa en cumplir sus deberes, en cuanto se refiere á la salud y al bienestar general de estos pueblos, carecemos hasta ahora, en esta ciudad, de un observatorio meteorológico, y de estadísticas demográficas. ¿Cómo sabremos pues, en qué circunstancias de atmósfera y de población, se extinguió y apareció de nuevo la *fiebre amarilla*, en el corto período de 22 meses....?

CONCLUSIONES.—La historia de la *fiebre amarilla* en el Ecuador, demuestra:

1.° Que, desde la segunda epidemia–1842,–los períodos de ausencia, entre una epidemia y otra, han sido cada vez más cortos. Esto se explica naturalmente; por que, del año de 1842 á nuestros días, el tráfico y las comunicaciones, han

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sido cada vez más frecuentes y rápidas.

2.° Que, desde el año de 1880 hasta el presente, es decir durante 15 años, poco más ó ménos, la dicha *fiebre* ha reinado en esta ciudad como enfermedad endemo-epidémica, en dos períodos: uno de 10 años consecutivos — setiembre de 1880 á agosto de 1889; y otro, de cuatro años, de julio de 1891 al mes presente del actual año de 1895.

3.° Que esta, á modo de endemia de la *fiebre amarilla*, tiene dos asientos únicos en el Ecuador: la ciudad de Guayaquil, y Babahoyo, que es lugar obligado de tráfico de serranos no aclimatados.

4.° Que en el resto del litoral ecuatoriano, la *fiebre amarilla* es exótica, y aparece en forma epidémica cuando es importada de Guayaquil; y que esta enfermedad no se propaga, en sus salidas epidémicas, sino hasta la altura de 345 metros (*Chimbo*—ferrocarril de Durán hácia Quito) y 477 metros (*Chacayacu*,—camino de Naranjal á Cuenca); pero, que los enfermos llegan hasta á más de 2,000 metros de altura, en las vías serraniegas, sin producir contagio ni infección epidémica; pues el único caso de contagio inmediato á ésas alturas, que se conoce, es el citado por el Dr. Durán, como testigo presencial.

¿La fiebre amarilla es endémica en Guayaquil?

Endemia, es la expresión patológica natural y propia de una localidad, con manifestaciónes constantes ó regularmente periódicas.

El *paludismo*, en estos países, y el *cólera*, en el Indostán, son endemias, porque son la expresión patológica natural y propia de ésas comarcas, y se manifiestan constantemente, ó con regularidad periódica.

Según el mas extricto sentido de esta definición,-y si tomamos las palabras *natural y propia*, en las acepciones de lo *originario* y *nativo*, claro es que la *fiebre amarilla* no sería *endémica* en Guayaquil; porque, hasta hace 15 años, era exótica. Pero, ¿cómo llamar una enfermedad que, después de varias y repetidas invasiones epidémicas, á una localidad determinada, sienta al fin sus reales en ella, y se manifiesta constantemente, con un corto paréntesis, durante un período de 14 años? No será endémica *nativa;* pero, sí lo es por aclimatación. Y, para la higiene interior é internacional, lo mismo dá que una endemia sea *nativa* ó que sea *adquirida*.

En este sentido, no cabe duda en que, el *tífus icteróide* es enfermedad endémica en esta ciudad, en la cual, sólo son inmunes contra ésa infección, los naturales y aclimatados.

Guayaquil es ciudad de 55,000 habitantes; es centro de tráfico de toda clase de gentes; es país tropical: está á la orilla de un gran río de flujo y reflujo, próxima al golfo y á sus grandes deltas. Tiene un clima cálido y húmedo (aunque de sí no malsano); su suelo, de formación fluvio-marina moderna, es bajo y permeable, y las aguas del subsuelo están sujetas á grandes cambios de nivel, por la acción constante del calor solar, muy intenso en la época de las lluvias, y en los meses de agosto, setiembre y octubre.

Si á todo esto agregamos que, esta ciudad ha crecido, sin que las autoridades se preocuparan jamás, de adoptar un plan metódico de higiene y saneamiento, convendremos en que la *fiebre amarilla* tiene aquí los mismos elementos naturales de vida y de desarrollo, que en su patria nativa, el Golfo mejicano.

Hoy es muy difícil desarraigar de esta ciudad, ése mal endémico; pues carecemos de las mil facilidades y, más aún, de los millones indispensables, para secar y levantar el terreno; canalizar y pavimentar la ciudad; desinfectar las riberas del río, y abatir los manglares. Menos que esto han hecho los norteamericanos en New-Orleans, y han desterrado de allí la *fiebre amarilla*, pero ¡cuántos millones no han gastado! En Panamá han conseguido también, y á poca costa (por su pasión marítima), el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

saneamiento de la ciudad, y ya se glorían de haber expulsado de su suelo al maligno *huesped amarillo.*

Aquí haríamos lo mismo,–sería la obra paciente del tiempo, la economía y la constancia; pero, ni aún se piensa en ello.

En resumen, señor doctor: según mi humilde opinión, la geografía de la *fiebre amarilla* en el Ecuador se limita á la región litoral de la República, en dos zonas:

1.° Zona de la endemia—la ciudad de Guayaquil—á 3 metros sobre el nivel del mar—y á 28° 11' 33" Long. (aproximada) M. de París—y 2° 12' 0" Lat. Sur. Y la ciudad ribereña de Babahoyo, puerto fluvial en la vía hacia Quito, á 24 leguas y al N. E. de Guayaquil y á la misma altura de esta ciudad.

2.° Zona de las endemias, que comprende: gran parte del territorio de la Provincia del Guayas; algunos pueblos de la de Los Ríos: la Capital y alguna otra población de la de El Oro, y una parte de la de Manabí. Estas epidemias son raras.

De estos hechos surge una cuestión de higiene internacional, que, nunca será debidamente resuelta sino en un Congreso Internacional de Higiene, en el Pacífico, y en cuyas discusiones presidan la equidad y la justicia, y no ciertos intereses de segundo órden. Las cuarentenas, á que se sujetan en los puertos peruanos, á las naves procedentes de Guayaquil, con motivo de la *fiebre amarilla,* son mi estimado amigo, arbitrarias y atentatorias al comercio, á la libertad de comunicación y á los más sagrados intereses de este país. Ni se tiene en cuenta que el Istmo de Panamá es, cuando menos, lugar de tránsito de la *fiebre amarilla.*

El convenio celebrado en Lima, no fué ratificado por el Congreso del Ecuador; y, además se funda en hechos falsos y en apreciaciones antojadizas, en lo que se refiere á la *fiebre amarilla.* El Perú está en su derecho de evitar la irrupción de la *fiebre amarilla* en sus puertos; pero aún para esto mismo debe obrar con prudencia; porque el derecho de propia conservación no vá siempre hasta hacer necesaria la ruina ó la muerte de aquel á quien se presume vecino peligroso. Allá y aquí carecemos de buenos Reglamentos de Sanidad Marítima, y también de higiene interior.

Dejo contestada la carta de U. á que me refiero en esta, y satisfecha la justa curiosidad de U.. acerca de un asunto de suyo interesante, y aún no cumplidamente estudiado.

Las líneas que preceden sólo son un esbozo de ése estudio; y ha de haber en ellas, muchos errores de concepto y de apreciación; pero no faltará quien, más hábil y experimentado que yo, rectifique este ensayo y le dé mas extensión, interés y novedad.

Soy de U. muy atento amigo y servidor, Q. B. S. M.

CÉSAR BORJA.

Guayaquil, abril de 1895.

REVISTA DE LA PRENSA

Dr. Ramón Serret.

El Fonendoscopio.

(El Siglo Médico, 16 de febrero, 1896).

El *fonendoscopio,* construido según las indicaciones de los Dres. Eugenio Bazzi y Aurelio Bianchi, sirve para hacer perceptibles todos los ruidos normales ó morbosos que se producen en el cuerpo humano. Se percibe los sonidos *con mayor intensidad* que con el estetoscopio ordinario; *se localizan mejor* sin que se alteren la precisión y la naturaleza del ruido.

El *fonendoscopio* sirve, pues, para hacer perceptible:

1.° Los ruidos de la respiración, los ruidos producidos por la circulación de la sangre y por el órgano digestivo en el cuerpo sano ó enfermo.

2.° Los ruidos de los músculos, de las articulaciones y de los huesos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

3.° Los ruidos de soplo uterino durante el embarazo y los producidos por el feto.

4.° Los ruidos de la circulación capilar (*dermatofonía*).

5.° Los ruidos producidos accidentalmente por los estados morbosos, determinando así el tamaño, la posición ó el cambio de posición de los órganos, así como de los líquidos que se han acumulado en la economía.

6.° Los ruidos del oído, del ojo, de la vejiga, del estómago y de los intestinos.

El *fonendoscopio* tiene la forma y el tamaño de un reloj grande. La parte anterior se compone de dos discos colocados uno encima de otro; el disco interior es el más fino y más sensible; el exterior, más fuerte, puede quitarse con facilidad para ver el disco interior.

En el centro del disco externo se atornilla un bastoncillo de extremo romo, que se emplea cuando se quiere examinar órganos muy limitados. La forma y longitud de estos bastoncillos varía según el órgano que se quiere explorar.

Para el examen de las cavidades (oído, vagina), es útil rodear el bastoncillo de un tubito de cautchuc á fin de evitar que toque las paredes de los órganos, lo cual debilitaría el sonido. En la parte inferior del *fonendoscopio* hay dos orificios destinados á recibir los tubos auriculares.

El borde del instrumento está acanalado, lo cual permite arrollar los tubos auriculares al rededor del instrumento para guardarlo en el bolsillo.

Los tubos auriculares terminan en conos, en forma de oliva de cautchuc endurecido para los oídos, y el otro extremo está provisto de tubos de metal para encajarse en los orificios del instrumento.

Si en lugar de estos tubos metálicos sencillos empleamos tubos con bifurcaciones múltiples, podrán tomar parte simultáneamente en la auscultación varias personas.

Para servirse del instrumento basta colocarlo sencillamente con el disco externo en el punto que se ha de reconocer é introducir en el oído uno de los conos olivares. De este modo quedan libres las manos para dibujar en el cuerpo los contornos del órgano objeto del examen.

Para obtener un poco de práctica en el uso del *fonendoscopio* se recomienda auscultar al principio *con un oído* y hacer la *comparación con la auscultación directa y con la obtenida por los estetoscopios biauriculares.* Después de algunos ensayos se reconocerá la superiodidad del *fonendoscopio* sobre los instrumentos ordinarios.

El *fonendoscopio* sirve para el examen de *superficies muy extensas* ó de *partes muy limitadas.* Permiten también obtener *diferentes grados de sensibilidades* de audición.

Para examinar *superficies extensas* se coloca el disco externo en la parte del cuerpo que se quiero explorar.

Para explorar *puntos localizados* (por ejemplo, los ruidos de las arterias ó del corazón), se atornilla el bastoncillo en el disco externo y se aplica y aprieta gradualmente sobre la parte del cuerpo que es objeto del examen.

La sensibilidad del instrumento es tal, que se puede apreciar los cambios más pequeños en los sonidos, y es, en consecuencia, fácil determinar los contornos de un órgano. Se consigue esto, colocando el instrumento con el bastoncillo y ejerciendo cierta presión sobre el órgano que se quiere examinar, y pasando entonces con el índice de la mano izquierda ligeramente por encima del órgano.

*
* *

M. R. Romme

El Ichtyol y sus indicaciones terapéuticas

(La Presse Médicale, febrero de 1896.)

El *ichtyol* es un remedio popular hace tiempo empleado en el Tirol. Se obtiene por la destilación de los esquistos bituminosos ricos en res-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tos de peces que se encuentran en las cercanías de Seelfeld: la destilación dá una especie de alquitrán conocido con el nombre de aceite de ichtyol; este alquitrán tratado por el ácido sulfúrico concentrado dá el ácido sulfo-ichtyólico, que tratado á su vez por el amoniaco dá el sulfo-ichyolato de amoniaco, constituyendo este último la preparación conocida con el nombre de *Ichtyol.*

La composición del ichytol no es todavía exactamente conocida. Los análisis hechos por Baummann y Schatten han demostrado que es un cuerpo ternario combinado con el azufre y el sodio en las proporciones siguientes: C. 55,06, H. 6,06; O. 15,83; S. 15,27; Na. 7,78.

El ichtyol se presenta bajo la forma de un líquido siruposo, de color bruno-rojo, soluble en parte en el alcohol ó en el éter y enteramente soluble en la mezcla de estos dos líquidos; se emulsiona con el agua; es miscible á las grasas, á los aceites y á la vaselina en todas proporciones.

Las investigaciones de Unna han demostrado que las propiedades fisiológicas del ichtyol se aproximan mucho á las de la resorcina y el ácido pirogálico. Sus propiedades bactericidas, estudiadas por Fessier, Latteux, Abel, son suficientemente marcadas con respecto á la mayor parte de los microorganismos patógenos. Su toxicídad es mínima, y después de dosis masivas de 18 á 24 gramos administradas por la vía estomacal, los animales presentan solamente una diarrea intensa. de la que se restableceo al cabo de 24 ó 48 horas.

El ichtyol ha sido ensayado en gran número de afecciones principalmente en las dermatósis, donde parece de una eficacia real. En todos los casos se ha comprobado que el efecto de las aplicaciónes externas es más enérgico cuando el enfermo usa al mismo tiempo el ichtyol al interior.

Es esto casi todo lo que se sabe en la época actual del ichtyol, y nos ha parecido necesario hacer este corto resúmen ántes de pasar á nuestro objeto principal, que es el análisis de un trabajo muy interesante que ha publicado un médico austriaco M. Eberson sobre el empleo del ichtyol en clínica.

Como todos, M. Eberson ha podido comprobar los efectos muy notables de las aplicaciónes locales de ichtyol, bajo forma de pomada, en el eczema, acné, intertrigo, los eritemas, etc. En todos estos casos el ichtyol actúa como reabsorvente, resolutivo, calmante y determina, á veces muy rápidamente, la desaparición de la dermatósis.

Pero donde parecería actuar á la manera de un específico es en la *erisipela.* Ordinariamente, con el ichtyol la duración de la erisipela no pasa de tres ó cuatro días, alcanzando seis días por término medio en los casos graves, y M. Eberson cita casos en que la erisipela tratada sin éxito durante ocho días por el calomel, las inyecciones fenicadas, etc., fué curada en doce ó veinte y cuatro horas con una sola aplicación de ichtyol, bien hecha. Para estas aplicaciones emplea desde 3 años la glicerina hace ichtyolada al 50°/₀ para los adultos y al 25°/₀ para los niños. Las aplicaciones son hechas con un cepillo un poco duro, sin ahorrar el medicamento. Se comienza á 2 ó 3 centímetros por fuera del borde de la erisipela y por círculos concéntricos se llega á cubrir así toda la parte enferma. Se coloca encima una capa de algodón que se mantiene, si es necesario, por medio de un vendaje. Si se trata de una erisipela de la cara, es necesario siempre tener cuidado de preservar las fosas nasales, por medio de dos tapones de algodón mojados en glicerina ichtyolada que se introducen en cada fosa nasal.

En la *gonorrea,* M. Eeberson

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

emplea el ichtyol juntamente con otros medicamentos. Es todo un tratamiento sistemático en el cual el ichtyol juega una gran parte y que, según el autor, dá resultados sorprendentes.

En toda gonorrea aguda comienza por dar salol durante tres á cinco días. Al cabo de este tiempo, practica las inyecciónes uretrales de ichtyol al 1°/₀. Estas inyecciones son continuadas durante 4 á 6 días y reemplazados después por inyecciones de sulfofenato de zinc que se usan igualmente durante cuatro ó seis días. Se vuelve entónces á las inyecciónes de ichtyol con una solución al 3 ó 5°/₀ que se alternan con inyecciónes de nitrato de plata. M. Eberson no aplica este tratamiento sino en los casos rebeldes y consigue siempre curar la gonorrea. He visto casos de gonorrea inveterada curados después de 3 ó 4 inyecciónes. En los casos sub-agudos y crónicos, complicados ó no de cistítis, orquítis, prostatítis, administra al mismo tiempo el ichtyol al interior bajo forma de píldoras de 5 centígramos, empleando de 2 á 5 píldoras por día.

Las afecciones internas en que M. Eberson ha ensayado el ichtyol á la dósis de 10 á 25 centígramos *pro die* bajo forma de píldoras de cinco centígramos, son la *tiflítis*, el *reumatismo*, la *gota*, las *angínas*, la *nefrítis* intersticial. En casi todos estos casos, cuando el ichtyol era empleado al mismo tiempo bajo forma de aplicaciónes externas, los enfermos eran curados ó considerablemente mejorados.

Le ha sucedido lo mismo con un gran número de *metrítis* ó *perimetrítis* tratadas por las aplicaciónes locales de este agente terapéutico, bajo forma de tapones vaginales humedecidos con una solución glicerinada al 10°/₀, y fricciones hipogástricas en una pomada también al 10°/₀ En estos casos, el autor ha visto cesar el lujo, los exudados reabsorberse, desaparecer los dolores y sobrevenir la curación completa, cuando parecía no poderse obtener sino mediante una intervención quirúrgica.

***

Nos permitimos dudar sino de la acción al ménos de la maravillosa eficacia del ichtyol en las enfermedades internas; pero, lo que hay que retener es su magnífica acción en el eczema, y sobre todo, en el eczema circunscrito y húmedo de los brazos y de las manos, que según Unna, se llega á curar con aplicaciónes de pomadas de ichtyol á base de vaselina ó grasa, conteniendo 10°/₀. Tampoco podemos dudar del empleo feliz del ichtyol en ginecología. Por último, su empleo en la erisipela es completamente justificado, lo mismo que su acción conocida en Francia hace algunos años, y recordada aún en estos días por M. Bolognési (1) en la Sociedad de Terapèutica al citar los excelentes resultados que Juhel-Rénoy obtuvo en 1893, primero con la pomada y después con la trau-maticina al ichtyol. Juhel-Rénoy en su servicio de erisipelatosos en Aubervilliers, pudo en las erisipelas francamente agudas, hacer abortar la mitad de los casos y reducir la mortalidad á 0.90 por ciento.

CRONICA

CONDECORACIÓN Á VIRCHOW.—La condecoración de Comendador de la Legión de Honor ha sido conferida al PROF. VIRCHOW por el Presidente de la República Francesa.

LA VENTA DE LOS SÉRUMS.—Conforme á la ley francesa de 25 de abril, 1895 relativa á la preparación, á la venta y á la distribución de los sérums terapéuticos y otros productos análogos, y previo dic-

(1) BOLOGNÉSI.—"Estudio comparativo de los tratamientos de la erisipela y de la seroterapia en esta infección." Sesión del 12 de febrero de 1896 en la *Sociedad de Terapéutica*.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

támen del Comité consultivo de Higiene pública de Francia y de la Academia de Medicina, se ha promulgado en el *Diario Oficial* el siguiente decreto:

Art. 1.º—La preparación de los vírus atenuados, sérums terapéuticos, toxinas modificadas ó productos análogos que pueden servir á profilaxia y á la terapéutica de las enfermedades contagiosas; y la de las sustancias inyectables de orígen orgánico aplicables al tratamiento de las afecciones agudas ó crónicas, queda autorizada en los establecimientos y bajo las condiciónes determinadas enseguida:

1.—Instituto Pasteur de Paris: sérum antidiftérico, sérum antivenenoso.

2.—Instituto Pasteur de Lille, dirigido por M. Calmetes: sérum antidiftérico, sérum antivenenoso.

3.—Laboratorio del Havre, dirigido por M. Dumont: sérum antidiftérico.

4.—Laboratorio de Nancy, dirigido por M. Macé: sérum antidiftérico.

5.—Laboratorio de Lyon, dirigido por M. Arloing: sérum antidiftérico.

6.—Laboratorio de Grenoble, dirigido por MM. Berlioz y Jourdan: sérum antidiftérico.

7.—Laboratorio de MM. Egasse y Bouyé, rue des Fossés-Saint-Jacques, 19, Paris: extractos orgánicos preparados segun el método de Brown-Séquard.

8.—Laboratorio de M. Bazin, cours Victor-Hugo, 9, Burdeos: extractos orgánicos preparados segun el método de Brown Séquard.

Art. 2.—Estos productos podrán ser vendidos á título gratuito ú oneroso.

La autorización es temporal y revocable; ellos están sometidos á la inspección prescrita por la ley.

(*La France Médicale*, 14 de febrero, 1896.)

***

FOTOGRAFÍA EN COLORES, INSTANTÁNEA, DESCUBIERTA POR EL DR. SELLE DE BRANDENBURG.

Segun un cablegrama dirigido al *New York Heral*, está despertando un gran interés en toda Europa, el descubrimiento hecho por el Dr. Selle, de Brandenburg, Alemania, de un método por el cual las fotografías en colores pueden obtenerse instantáneamente.

Varias patentes, que protegen los métodos para fotografías en colores, se han registrado ya en Washington. Todas estas, sin embargo, representan operaciones complejas, miéntras que el gran valor del descubrimiento de Selle estriba en el hecho de que obtiene los mismos resultados, con una exposición instantánea.

(*The Journal of the Amer. Med. Ass.* Chicago, 22 febrero, 1896.)

Publicaciones recibidas

CUYO ENVÍO AGRADECEMOS Á SUS AUTORES Ó EDITORES

I. **Lecciones de Clínica Médica**.—*Por el Prof. H. Rendu.* Traducción española para la Biblioteca Económica que publica la *Revista de Medicina y Cirujia Prácticas* de Madrid—Dos tomos de más de 1,100 pag.—Precio: 16 pesetas, Preciados núm. 33 bajo.=Un ejemplar.

II. **Dr. E. Monin.**—*Esquisses d' Hydrologie clinique—Hunyadi János* Societé d' Editions Scientifiques—4, rue Antoine Dubois Paris, 1873=Dos ejemplares.

III. **Dr. Fernand Levillain.**—*Essais de Neurologie clinique.*—Neurasthénie de Beárd & Etats neurasthéniques. — Les procédés neurothérapiques en France et à l' Etranger. 1 vol in. 18—Prix: 4 fr.—Librairie médicale A Maloine, 21, place de l' Ecole de Medecine,—1896.—Dos ejemplares.

IV. **Doctores C. von Kahllden y O. Laurent.**—*Manuel de Technique microscoqique appliquée a l' Anatomie patholoqique et a la Bactériologie.* 1 vol. in 8º—Prix: 5 fr.—Librairie Georges Carre, 3, rue Racine, —Paris, 1896.=Un ejemplar.

V. **Dr. Paul Lefest.**—*La pratique des maladies du larynx, du nez et des oreilles dans les Hopitaux de Paris.*—1 vol. in 18.—Prix: 3 fr.—Librairie J. B. Bailliere et fils, 19, rue Hautefeuille—Paris, 1896.=Un ejemplar.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América