

LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina".

AÑO XIV }

LIMA, MAYO 15 DE 1897.

{ N.º 201

Higiene Minera.

Las estadísticas enseñan que la producción anual de carbón, en el globo, es superior á doscientos sesenta millones de toneladas, que es necesario extraer de las entrañas del suelo, consumiendo incalculable suma de energías vitales. Si se trata del oro, difícil es calcular la cantidad del material labrado para obtener los ciento ochenta millones de dollars producidos anualmente. Agréguese á estas fabulosas masas de tierra extraída las que corresponde á la gran cantidad de plata, (cerca de 200 millones de dollars en 1895), fierro, cobre, plomo, platino, etc., suministrada también anualmente por la industria minera. Además, los mármoles, las piedras preciosas y de construcción, etc., se arrancan de la corteza terrestre, mediante el esfuerzo físico del ser humano; y el resultado de tan fabulosa adición, fuera de todo cálculo, supera todo lo imaginable y mas si se piensa en el conjunto de fuerza muscular que se consume en esa labor constante del minero, en todo clima, en toda latitud y en toda altura.

No hay obstáculo que arredre al minero. Juega su vida, momento por momento, al azar de accidentes mil, y si su situación ha cambiado, bien poco por cierto, merced á los adelantos y progresos de la civilización, las maravillas de la industria mecánica no han aliviado del todo sus fatigas, consti-

tuyendo más bien otros tantos peligros que prevenir.

No se despueblan hoy los continentes, ni desaparece una raza, como ha sucedido en la América española, en donde las epidemias y los trabajos de minas, dieron fin con el tranquilo aborigene. Ya las leyes protegen y velan por ese osado trabajador, pero son aún insuficientes para prevenir su mortalidad, como lo son para evitar la fatalidad de algunos accidentes.

En la América española, concretando más el asunto, las antiguas ordenanzas de minería son completamente deficientes y faltan las leyes de protección, que se han dictado en otros países, desde hace largos años.

Además, es bien escasa, aún contando la Gran República, la literatura de la higiene del minero. No es posible aplicar indistintamente las disposiciones apropiadas á otros países. Hay que estudiar las condiciones del medio, el mismo individuo y los accidentes más comunes y frecuentes según la clase de trabajos.

Particularizando más respecto al Perú, cualquiera que haya frecuentado un asiento minero, se impresionará del descuido completo de toda regla higiénica entre los llamados *operarios*. No basta la aclimatación previa, ni es suficiente el hábito, si por el otro lado no se previenen las enfermedades propias de esa ocupación. Los accidentes frecuentes, los excesos debidos al inmoderado consumo de

bebidas alcohólicas, la alimentación insuficiente para tan pesada labor, etc., son las causas que, sin duda, influyen en la escasez de brazos para el debido fomento y trabajo de los ricos centros mineros del Perú. Felizmente, siendo escasos los yacimientos de carbón, y explotándose muy empíricamente las minas, no están los operarios expuestos, como en los Estados Unidos, Inglaterra y Francia, etc., a la acción deletérea de las grandes profundidades, ni á los accidentes de la industria mecánica perfeccionada.

Faltando entre nosotros una estadística del trabajo minero, es difícil y aventurado hacer comparaciones. Además no siempre es constante el personal de operarios, los que muchas veces sólo periódicamente se dedican á esta pesada labor.

En el viejo mundo, por ejemplo en la Gran Bretaña, cada año, se realizan mas de mil desgracias por accidentes. En ese mismo país, por cada mil mineros de carbón 2.57 por ciento mueren por accidente. En Prusia, en las minas metalíferas, las desgracias por accidente, llegan al 1.59 por ciento, por cada mil empleados. En Pensilvania, en los Estados Unidos, cada año, los accidentes suben hasta imposibilitar el uno y cuarto por ciento de los hombres empleados. En Francia, en un período de diez años, de 1878 á 1887, la proporción anual por cada mil obreros es de 1.57 muertos y 8.87 heridos, en las minas de carbón, siendo inferiores las medias en otras clases de minas.

La naturaleza de las lesiones causadas por los accidentes tiene que variar: fracturas, rupturas de órganos internos y aún la sofocación. Entre tantos y tan variados accidentes pueden señalarse los causados por el *grisou* y los de las explosiones mal calculadas; los hundimientos, inundaciones, rotura de ascensores, desrielamientos y choques de carros, etc. Es cierto que los adelantos modernos han

modificado la iluminación de las minas y aún ya se pueden prevenir muchos otros accidentes por medio de los aparatos indicadores, más y más perfeccionados, etc., pero si bien no se ha llegado á suprimir el peligro del todo, se han disminuido considerablemente las probabilidades. Además, las leyes y reglamentos son estrictos y perentorios, y los gobiernos y las autoridades no se descuidan en la vigilancia.

Pero no sólo la vida del minero está constantemente amenazada por diversos accidentes, muchos imprevistos. Su salud está comprometida por causas mil. O es la demasiada prolongación de las horas de trabajo; ó la influencia antihigiénica de una iluminación defectuosa y de una atmósfera impura; ó el peligro del frío, del calor, con la permanencia ó salida brusca en exajeradas profundidades.

El Perú debe su fama histórica á sus imponderables riquezas, fama que no compensa su gran despoblación. Y hoy su porvenir está íntimamente ligado al desarrollo de la industria minera, que según cálculos ha producido más de *tres mil millones de pesos fuertes*. Sólo el Cerro de Pasco, en doscientos cincuenta años de explotación, ha producido *40,000 toneladas de plata pura!!...*

En la época colonial, ya en sus últimos años, en 1783, se dictaron ó mejor dicho se pusieron en vigencia en el Perú las ordenanzas de minería de Méjico. En ellas se señalaban algunas precauciones para garantizar la vida de los obreros, ordenando que las galerías fueran "limpias y desahogadas y que sus labores útiles y necesarios para la comunicación de los aires,"; prohibiendo los "duros trabajos" de los operarios; mandando que hubieran "suficientes escaleras"; impidiendo la entrada al trabajo de los borrachos; recomendando "la conservación, origen, limpieza, de las aguas", que debían ser libres de partículas minerales, por ser consumidas co-

mo bebidas, etc.; y, otras disposiciones útiles y convenientes. Casi era un principio de legislación higiénica de los mineros, sin que después se haya tratado de mejorar la condición ó mejor dicho de prevenir las malas consecuencias de la rutina y de la ignorancia en el trabajo de los llamados operarios.

Quizá la naturaleza especial de las labores no ha hecho hasta hoy necesaria la ley de protección; pero, es bien triste que en un país esencialmente minero, ni las autoridades, ni los particulares, ni los hombres de ciencia especialistas, ya ingenieros ó ya médicos, se hayan preocupado de evitar las enfermedades profesionales del gremio, prolongando su vida, y asegurándola de los accidentes.

No existe en la Escuela de Minas la enseñanza de la Higiene y es tanta la utilidad de esta ciencia que, sin duda, no se hará esperar la satisfacción de este vacío.

Desgraciadamente, nada hay publicado al respecto. Son los mismos ingenieros de minas los llamados á preparar las bases de la higiene aplicada á los asientos mineros del país. Sólo conociendo muy bien las diversas condiciones del operario, en tan variados teatros, y las del medio ambiente, superficial y profundo, así como la técnica industrial usual de la explotación, podrán formularse las reglas científicas de este ramo de la higiene industrial, aplicables al Perú.

La salud y vida de los mineros sufre la influencia del medio de trabajo y también y más particularmente del modo individual cómo él se efectúa y de la naturaleza de las sustancias puestas en contacto ó en movimiento.

Sin duda alguna, y las estadísticas lo prueban, todas estas influencias acortan la vida del minero.

El medio subterráneo, ó sea la ausencia de luz solar, la gran humedad, la atmósfera confinada y viciosa, las temperaturas extre-

mas, constituye y origina una verdadera predisposición mórbida, que llega hasta engendrar la llamada anemia de los mineros.

También hay que tener en cuenta las intoxicaciones, las asfixias, los mefitismos, y las consecuencias de la respiración de un aire cargado de partículas sólidas (la neumonioconosis profesional, la antracosis de los carboneros, el enfisema, los trastornos cardíacos y hasta la tisis pulmonar).

Y si parece probado que la tuberculosis pulmonar es menos frecuente en los mineros de carbón, con relación á los otros mineros, no puede decirse lo mismo comparando su frecuencia con la de otros gremios industriales.

Son también comunes, y evitables, entrando bajo el dominio de la higiene, las diarreas y disenterias de las aguas impuras, la fiebre tifoidea, los reumatismos, la neuralgia sciática, las bronquitis y neumonías, la ankylostomiasis, etc.

Con respecto á la influencia patogénica del trabajo profesional de los mineros, ella se traduce en las deformaciones profesionales (curvatura del tronco, desviación de las rodillas, eminencia lumbar, torticollis, lumbago, entorsis y artralgias tibio tarsianas, coxalgias, bolsas serosas accidentales, hígroma de las rodillas, hiperostosis del vértice de la cabeza, neuritis, nistagmus, etc.) afecciones todas debidas á las posiciones y actitudes forzadas y defectuosas de los operarios en las galerías bajas y estrechas.

En el Perú la morbilidad del minero es superior á la del de Europa ó de otros países, por razones mil fáciles de comprender. La mortalidad es menor. La proporción de accidentes es pequeñísima, por las condiciones del laboreo; y, los grandes enemigos desde tiempo inmemorial, han sido y son el alcohol, la pleuresia, el tabardillo (tifus), las viruelas, etc.

Estadísticas bien detalladas, en Inglaterra por ejemplo, han proba-

do la gran mortalidad de los mineros por las enfermedades del pulmón y se sabe muy bien que su mortalidad en los mineros, mayores de treinticinco años, es cuatrocientas veces mayor que en la clase no minera de la misma edad y sexo.

El día en que á la rutina descuidada se sustituya la técnica previosora; en que se promulguen reglamentos que aseguren la vida é higiene de los operarios; en que se vigile, momento á momento, por el cumplimiento de las disposiciones y medidas de protección; en que se limiten las horas de trabajo, según la capacidad individual; entonces, se disminuirá considerablemente el número de accidentes y se aumentará la duración de la vida media de esta clase.

Pero, para esto es necesario oír á la higiene, cuyas leyes tanto han transformado el mundo industrial.

Williams cree que el cincuenta por ciento de los accidentes pueden prevenirse. Simon ha probado que siempre que se atienda suficiente y científicamente á la ventilación, las enfermedades de las vías respiratorias en los mineros serán en ellos casi tan frecuentes como en las demás clases industriales. El problema no es pues tan difícil.

Colocado un ingeniero joven á la cabeza de una explotación ó vigilando un distrito minero, necesita conocer perfectamente las nociones de la higiene industrial apropiadas á ese ramo. Y no se diga que esa enseñanza pueda ser elemental é insignificante, pues hasta era necesario ampliarla con muy sucintos conocimientos de higiene privada.

Hasta hoy poco ó nada ha significado la vida de un indio, de un operario. Su desaparición ó muerte ha pasado desapercibida. ¿Quién se fija ó cuenta al indio minero que muere! Y sin embargo ese brazo es irremplazable.

DR. MANUEL A. MUÑIZ.

TRABAJOS NACIONALES

La peste

(Continuación)

El sorprendente éxito obtenido con el serum antidiftérico que á la sazón acababa de descubrirse, sugirió á Yersin, una vez vuelto á París, la idea de inmunizar caballos, contra la Peste bubónica y emplear el suero de la sangre de dichos animales á semejanza del serum de Behring y Roux, para curar ó prevenir la infección pestosa.

Ya Calmette y Borrel habían obtenido la inmunización de cuyes y conejos por inoculaciones de cultivos del microbio de la peste, atenuados por el calor. No había más que ensayar el mismo procedimiento sobre un animal más grande como el caballo. Esto hizo Yersin, alcanzando completo éxito desde sus primeros ensayos.

Inútil es detallar cómo procedió Yersin en este caso, pues es ya demasiado conocido el procedimiento que se emplea para la fabricación del suero antidiftérico; la técnica usada para la inmunización de los caballos contra la peste, así como la extracción del suero antipestoso, no difieren de la que se emplea para la obtención del suero contra la difteria.

Los primeros ensayos del suero se hicieron sobre ratones. De estos animalitos, los que recibieron un décimo de centímetro cúbico del suero de caballo inmunizado resistieron, sin enfermar, doce horas después, la inoculación de gérmenes pestógenos. El suero era pues *preventivo*. Por el contrario, ratones infectados de peste, curaron doce horas después por la inyección de un cent. cúbico ó un cent. cúbico y medio de suero, mientras que los animales testigos murieron. El suero era pues también *curativo*.

La ocasión de emplear el suero

en el hombre se presentó muy pronto, pues la Peste revivió en Hong-Kong en mayo de 1896, y Yersin partió para dicha ciudad provisto de algunos frascos del suero, á los que en breve se agregaron ochenta frascos enviados por el "Instituto Pasteur", que mantenía un caballo inmunizado. Yersin llegó al teatro de la epidemia en junio del mismo año, donde le esperaba alcanzar una de las más grandes victorias con que puede soñar un hombre de ciencia, un médico. Reproducimos *in extenso* la relación que el autor mismo da de la primera curación de peste, obtenida merced á la aplicación del suero, y que se ha publicado en los anales del "Instituto Pasteur", en enero del presente año.

"El 20 de junio no había ya peste en el hospital de Kennedy town: las tres ó cuatro defunciones que se anotaban cada día en Hong-Kong tenían lugar en casas chinas, donde seguramente mi serum y yo habríamos sido mal acogidos. Me fuí á Cantón, la epidemia tocaba allí á su fin; por otra parte, no obstante el apoyo decidido del Cónsul francés, M. Flayelle, parecía muy difícil ensayar el suero sobre algunos chinos apestados, porque la población de Cantón pasa por la más turbulenta de la China y la más hostil á los extranjeros. Una casualidad feliz me hizo encontrar el enfermo buscado y en condiciones inesperadas para una tentativa terapéutica. En el curso de una visita que yo hacía, Monseñor Chaussé, Obispo de la misión católica, me preguntó si conocía un remedio contra la peste. Tendríamos necesidad de él, agregó, porque un joven chino, de la misión está gravemente atacado de esta enfermedad."

—Yo tengo un remedio respondí al Obispo, lo creo excelente, pero jamás lo he ensayado sobre un enfermo.

"Monseñor Chaussé, que consideraba al chino como perdido, me condujo cerca de él y me dió toda

facilidad para experimentar el serum, tomando sobre él todas las responsabilidades si la tentativa no tenía éxito. He aquí la observación de este primer caso de peste, tratado por el serum."

Tse, joven chino de 18 años, discípulo del seminario y que desempeñaba allí las funciones de enfermero, se encontraba mal desde algunos días (fatiga, dolor de cabeza) cuando el 26 de junio á las diez de la mañana se quejó de un dolor á la ingle derecha; á medio día se declaró súbitamente la fiebre y el enfermo se vió obligado á ponerse en cama. Monseñor Chaussé me llevó donde el paciente á las tres de la tarde. El chino estaba somnolento, no podía tenerse de pie sin experimentar vértigos, tenía laxitud extrema, fiebre alta, lengua cargada. En la ingle derecha existía una pastosidad muy dolorosa á la presión. Teníamos ante nuestra vista un caso de peste bien confirmado, y la violencia de los primeros síntomas pudo hacer clasificarla entre los más graves."

"A las cinco de la tarde, (seis horas después del principio de la enfermedad) practique una inyección de diez centímetros cúbicos de serum. En ese momento el enfermo tenía vómitos y delirio, signos muy alarmantes y que muestran la marcha rápida y la gravedad de la infección. A las seis de la tarde y nueve de la noche, nuevas inyecciones de diez centímetros cúbicos cada una. De las nueve á la media noche ningún cambio en el estado del enfermo que queda somnolento, se ajita y se queja con frecuencia; la fiebre siempre fuerte, hay un poco de diarrea. A partir de la media noche el enfermo entró en calma y á las seis de la mañana en el momento en que el Padre director vino á saber noticias del apestado, éste despertó y dijo que se sentía curado. En efecto, la fiebre había bajado completamente; la laxitud y los otros síntomas graves desaparecieron; la región de la ingle no estaba ya dolorosa al tacto y la pastosidad

casi borrada. La curación fué tan rápida que si varias personas autorizadas no hubieran como yo, visto la víspera al paciente, habría llegado á dudar de haber tratado un verdadero caso de peste."

"Se comprenderá que esta noche pasada cerca de mi primer apesado haya sido para mí llena de ansiedad. Pero en la mañana, cuando con el día apareció el éxito, todo se olvidó, aun la fatiga.

"Treinta centímetros cúbicos de suero habían bastado para curar, con rapidez sorprendente, un caso de peste grave. Sin embargo este suero no era muy activo. Provenía de un jumento de Nha-Trang y necesitábase no menos de 1/15 á 1/20 de centímetro cúbico para preservar un ratón de á 20 grm. de peso contra una dosis de cultivo mortal en 24-36 horas. Quedé pues sorprendido, el primero entre todos, de un éxito tan fácil. A todo precio debía procurarme enfermos de peste."

"Permanecí todavía dos días en Cantón para observar á mi enfermo, su convalecencia se afirmó, las fuerzas volvían con el apetito y ya pude partir plenamente seguro, dejando en el consulado de Francia una jeringa y algunos frascos de suero para el caso en que se observara nuevos enfermos en el Seminario.

(Continuará.)

Enrique L. García

TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA

NEURO-MOTRIZ

(Trabajo leído en la "Sociedad médica Unión Fernandina" en la sesión de 2 de abril de 1897).

(Continuación.)

Todos estos procedimientos están sugetos á crítica, pero, á pesar de sus defectos, suministran datos importantísimos. De aplicación y estudio más fácil, es la

llamada prueba del salol, á la que he podido recurrir por su sencillez. Es admitido por casi todos los terapeutas que el salol se desdobra solamente en el intestino, bajo la acción del jugo pancreático, que le transforma en ácido salicílico y fenol, no alterándose con el jugo gástrico. Su presencia en las orinas significa, pues, que abandonando el estómago por la sola contractilidad de este, el reactivo ha pasado al tubo intestinal y sufrido la acción del jugo que secreta el páncreas. El tiempo gastado en recorrer el aparato circulatorio y llegar al riñón es despreciable. La reacción que dá la orina con el percloruro de fierro (1) permite averiguar si hay ó nó, pereza de la motilidad gástrica, sabiendo que esta reacción se produce normalmente después de una ingestión del salol. He estudiado los resultados de este examen en algunos de los sujetos de mis historias, pecto, y he encontrado muchas veces el retardo esperado, pero otras no he hallado tal retardo, lo que probaría una de dos cosas: ó que mis observaciones han sido tachables ó que son ciertas las objeciones que se ha hecho al procedimiento. Según Mdle. Chopin la eliminación depende del estado del riñón; para Bourget "la aparición del ac. salicílico en la orina varía, de una manera considerable, según la naturaleza de las comidas y, sobre todo, según la cantidad de líquido ingerido."

La prueba no será, pues, segura, pero es de esperarse que, colocándose en condiciones favorables y repitiéndose las observaciones, se puede sacar de ellas presunciones muy fuertes en favor de la paresia gástrica, elemento que, ante todo, precisa eliminar. La permanencia prolongada de los materiales de la digestión en el estómago, se acompaña de las fermentaciones orgánicas secundarias, que vician más su funcionamiento, pervierten su papel secretor y conducen

(1) Coloración rojo-oscura muy intensa.

á las intoxicaciones de Bouchard con su cortejo ordinario.

Esta ligerísima exposición de lo que constituye la dispepsia atónica, servirá de prolegómeno al motivo de mi trabajo: *tratamiento de esa forma dispéptica*.

Pero permitidme todavía una observación. Hay un elemento de vital importancia en la génesis de la dispepsia: la constipación. En efecto, está puesta fuera de duda la solidaridad que existe entre las funciones gástrica y entérica; el píloro es un límite más anatómico que fisiológico entre estos dos importantes segmentos del tubo digestivo. De modo que, á ser lógico, para establecer el tratamiento racional de la dispepsia gástrica debería de tomar en muy seria consideración el del trastorno intestinal. Como se comprende, esto me llevaría muy lejos: me habré de contentar, pues, con señalaros esta dificultad, dejando su estudio recomendado á vuestros recuerdos.

Mathieu admite como variedades de la dispepsia, de que me ocupo, las formas siguientes: 1.º Dispepsia con hipoclorhidria ó sin hipoclorhidria; 2.º D. con tendencia á la ectasia y á la hiperacidez; 3.º D. con hiperestesia de la mucosa. Esta clasificación se acomoda mucho para emprender la institución de un tratamiento, pudiera decirse sistemático, si el sistema fuera admisible en una terapéutica tan delicada, como la que debe exigirse en estas circunstancias.

Lo que se deduce de esta clasificación es, que según los casos, debe el médico poner su atención en levantar el poder motor de la musculatura estomacal, tratar de aumentar la secreción gástrica, evitar las fermentaciones anormales, y disminuir ó mejor anular la sensibilidad de la mucosa ventricular; pero más valor que estas indicaciones, que pudieran llamarse indicaciones del momento porque combaten el síntoma actual, tienen las que toman su origen en el conocimiento de las causas generadoras: estado protopático y

falta contra los preceptos bromatológicos y contra la higiene en general.

De aquí la división del estudio en *A* (tratamiento del estado anterior general ó local; *B*) establecimiento de una higiene alimenticia, *C*) preceptos de higiene general; y, como de menor importancia, pero pudiendo sacar gran partido de ella, *D* (terapéutica farmacológica).

A. En el orden fenomenológico aparente y deslindable por el enfermo, las manifestaciones dispépticas son las primeras que despertan su atención y cuidado; pero ha habido ó hay siempre trastornos de otro orden, que han preparado, ó mantienen, el cuadro que ofrece el *dispéptico*, cuadro coloreado tan vivamente que impresiona y sujeta el espíritu á no ver *más allá*, pasando desapercibido, sobre su fondo mal diseñado é indeciso, la evolución solapada y silenciosa del organismo perturbado por una causa que se escapa. El médico debe de indagar siempre si existe ese *más allá* en sus dispépticos y creer muy pocas veces, ó no creer nunca, en la protopatía del mal; de otra manera, deberá confesar, ingenuamente, que combatirá síntomas con su variadísimo, pero siempre pobre, arsenal terapéutico.

Así averiguadas las causas generales, se ocupará de ellas, aquilatando, si es posible, la parte que han tomado en la generación de la gastropatía y discerniendo hácia que lado se dirigirá la intervención más activa y que armas usará en esa intervención. No procederá, por ejemplo, de igual modo con un gotoso, un diabético ó un tísico; pecaría gravemente sino tomara en muy seria consideración la neurastenia de su paciente, neurosis generatriz del desorden gástrico, que, por verdadero círculo vicioso agranda y desarrolla el cuadro neurasténico. Conocéis el valor del tratamiento sugestivo en esos estados y la importancia que hoy se dá á la secuestación médica de estos enfermos, cuando pro-

cedimientos más sencillos no han dado cuenta del mal. Idéntica cosa que con la neurasténia sucede con la clorosis. Para unos, la dispépsia es un epifenómeno de ella; para otros, su causa más frecuente. Es lo cierto, que, la gastropatía y la discracia sanguínea se sostienen mutuamente y que son capaces, así coaligadas, de derrumbar, en breve plazo, el edificio orgánico. Tal vez no esté fuera de lugar aquí, el anotar que es entonces cuando más sagacidad se requiere y cuando el médico peca más frecuentemente con la abusiva prodigalidad de tónicos neurasténicos y res-constituyentes. Oigamos á Hayen: "Se sabe, de una manera general, que debe prescribirse el fierro; pero, en medio de las innumerables preparaciones ferruginosas, el médico, está, por decirlo así, perdido, apenas sabe á cual dirigirse de preferencia, muy frecuentemente, elige con desgracia, y la medicación que ordena es mal tolerada: al cabo de algún tiempo aparece la dispépsia. Si abandona el fierro, para ensayar el arsénico, el resultado sigue siendo el mismo, el cual todavía se favorece por una alimentación sustanciosa, que rara vez, se prescinde de imponer á los enfermos. Comunmente, también se añade el vino puro ó el de quina que no hacen sino perturbar más el estómago."

Por mi parte, he podido observar, en el servicio del Dr. Corpancho, del que soy Interno, casos de anemia y de clorosis acompañados de trastornos gástricos, ya de alguna gravedad, que han curado maravillosamente sólo con el régimen higiénico (1), ayudado por las inyecciones intracelulares de suero artificial (de Cheron).

Me parece que debería insistir sobre el valor de las indicaciones sacadas del conocimiento de las causas primeras del mal; pero, vi-

niendo estrecho el tiempo tengo que hacer valer lo dicho como prueba suficiente del interés que ofrecen esas indicaciones.

B. ALIMENTACIÓN. Tienes dice con bastante ingenio, un escritor antiguo, tienes, dentro de tí mismo, una serpiente, que, si no la dominas, te devorará: el intestino, el estómago es su cabeza ¡Cuidado con ella! El escritor quiso decir: el régimen alimenticio es una indispensable condición de salud.

La Fisiología ha sentado ya las bases de una alimentación ideal, contando para ello, con el conocimiento de las cantidades de sustancias nitrogenadas ó nó, así como con los principios minerales que se ha hallado precisos para el desarrollo y mantenimiento del organismo; se ha conseguido fijar, con números, las raciones necesarias para el hombre según sus condiciones de reposo ó actividad. Pero si estos datos no son, aplicables en la práctica, de una manera absoluta, en el estado de salud, las dificultades se acrecentan cuando se trata de alimentar á un enfermo, ya por la repugnancia inencomiable de éste para sugetarse á régimen tan estricto; ya, porque aún consiguiendo esta sugestión, no está suficientemente averiguado cuanto pierde de su digestibilidad y nutritividad ese alimento, al transformarse en alibilo en un medio viciado; ya porque puede incrementar el mal. A lo que hay que agregar que existen numerosas variantes individuales.

No es esto decir que hayan quedado completamente estériles y sin fruto de aplicación práctica los esfuerzos de los fisiólogos; muy al contrario, conocidas las cantidades de carbono y nitrógeno que el organismo consume en 24 horas, y sabida la proporción en que entran ese carbono y ese nitrógeno en las sustancias alimenticias de que disponemos, queda por establecer que sustancias, más inofensivas para la digestión, se empleará.

No puedo referir aquí, las tenta-

(1) Se sabe que en nuestros hospitales, la higiene, siquiera alimenticia, es ave rara. Haciendo esfuerzos la he conseguido, todavía tachable, para estos enfermos.

tivas hechas para resolver mejor este problema; tendré que contentarme con hacer una exposición de los preceptos más generales relativos al régimen de los dispépticos:

1.º Los enfermos comerán á horas fijas y espaciadas, no como quería Brown-Sequard, que ordenaba ó consentía hasta 60 pequeñas comidas, por día; 2.º Es preciso masticar é insalivar bien los alimentos; 3.º El régimen vegetal presenta ventajas incontestables. Dice Dujardin Beaumetz: (1) "si por la dentición y por la constitución del tubo digestivo, el hombre es omnívoro, puede encontrar en el régimen vegetal, elementos de fuerza y de trabajo; pero he insistido sobre el hecho de que este régimen, que, reduce á su mínimo las toxinas introducidas en la economía, debe de ser aconsejado en los casos en que precisa practicar la antisepsia estomacal é intestinal...."

"Se prescribirán exclusivamente los huevos, los feculentos, las legumbres verdes y las frutas" Pueden variarse las formas, para no fatigar al enfermo; los feculentos se daran al estado de puré; las frutas, cocidas de preferencia; se podrán admitir, las carnes tiernas bien divididas. Las pastas están autorizadas; se suprimirá, en cuanto sea posible, el dulce y las bebidas azucaradas; se recomienda no pasar de 100 gramos de pan, en cada alimento usando más la corteza ó, mejor tostado; 4.º Se suprimirán las bebidas alcohólicas; si se quiere ser excesivamente bondadoso se habrá de consentir en el uso del vino blanco, terciado con agua, ó de la cerveza floja; se prohibirá, así mismo, el uso del café y té fuertes. Las bebidas que más asientan son las aguas ligeramente alcalinas y cargados de ácido carbónico pero, con la condición de no usarlas tanto tiempo, que perviertan el acto digestivo, hasta el punto de no poder ya realizarse sin este estímulo. Aun-

que de mayor precio tienen mucha ventaja las aguas naturales sobre el agua de mesa artificial. "Ellas no presentan una unión bastante íntima entre el agua y el ac. carbónico producido artificialmente, de suerte que en vez de desprenderse lenta y progresivamente, como en las aguas naturales, vuelve al estado gaseoso muy rápidamente y produce por la brutalidad del desprendimiento, un efecto más nocivo que útil, muchas veces. Hay, así, dispépticos que no las resisten" (Dujardin-Beaumetz).

El agua ordinaria, en poca cantidad, es una excelente bebida, con la condición de que reuna las cualidades exigidas para ser potable. G. Séé la recomienda bajo la forma de bebidas calientes, por su acción estimulante. "Por nuestra parte, dice Mathieu, (1) mandamos á nuestros enfermos beber á discreción agua caliente. No tienen, en esas condiciones, tendencias á beber con exceso, y hacerlos beber caliente, equivale á hacerlos beber menos" Lo que llena una exigencia difícil de realizar y provechosa, pues, según la mayor parte de los autores, el régimen seco ofrece ventajas irrefutables.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA

HIGIENE APLICADA.

SANEAMIENTO DE LA PROVINCIA DE
MENDOZA

POR EL DR. EMILIO R. CONI

Por una coincidencia, altamente honrosa para el Dr. Emilio R. Coni, de Buenos Aires, en los momentos en que la Academia de Medicina de Paris le elegía *membre correspondant*, la Academia Nacional

(1) Trait. des mal. de l'estomac. p. 191.

(1) Trait. des mal. de l'estomac.

de Medicina de Lima le extendía igual título, espontáneamente, y conociendo la incansable laboriosidad, la competencia probada, la ilustración especialista del modesto sabio, cuya última batalla, ganada también como tantas otras, está expuesta en la obra titulada *Saneamiento de la Provincia de Mendoza*, que acaba de recibir la redacción de "La Crónica Médica."

En este grueso volumen, de cerca de 700 páginas, elegante y correctamente impreso á orillas del Plata, están reunidos, con el carácter de publicación oficial, los trabajos del higienista argentino, en el desempeño de la comisión que se le confió con tanto acierto. Y era natural que fuera él elegido para esa tarea. Hacen más de veinte años se destaca más y más su personalidad y valor científico y como periodista incansable, como hombre de ciencia especialista, como delegado científico, como escritor, como jefe de la Asistencia pública de Buenos Aires, etc., siempre se ha mantenido á la altura de su crédito, haciéndose conocer quizá más y mejor fuera de su país.

No tengo conocimiento, dice Coni, de que una ciudad del orbe haya requerido, en un momento dado, la intervención conjunta de todos los elementos ó resortes higiénicos. Créese con razón que los progresos sanitarios son graduales y paulatinos, y por esto se hace doblemente envidiable el gobierno que se desvela constantemente en mejorar las condiciones sanitarias del suelo y en organizar un perfecto servicio de higiene pública.

El Poder Ejecutivo de la Provincia de Mendoza, en la República Argentina, preocupado de las más malas condiciones higiénicas de la ciudad de ese nombre, y ante el hecho irrefutable consignado así: "La estadística del último año presenta un excedente del veinte por ciento de la mortalidad sobre la natalidad, lo que no se ha visto hasta ahora en pueblo alguno civilizado, en condiciones normales;

la vida en la fuerza de la edad y de la naturaleza es un problema con noventa por ciento de probabilidades en su contra;" solicitó y obtuvo de la Legislatura provincial la autorización y fondos necesarios para organizar la Dirección General de Saneamiento, nombrando al Dr. Coni, y llevando inmediatamente á la práctica sus indicaciones y proyectos.

Admira el poder de la actividad humana al conocer la obra del Dr. Coni en el trascurso del año próximo pasado. No puede ser más valioso el contenido del volumen en el que se tratan y resuelven con éxito los más complicados problemas de higiene urbana. Allí, se encuentra enorme caudal de datos y experiencia, para la higiene de los capitales sud americanas; y las columnas de "La Crónica Médica", son insuficientes para el análisis detallado de tantos y tan variadas cuestiones.

Nada ha omitido el doctor Coni. Ha llamado á los especialistas que podían ayudarle y nos presenta una descripción física, geológica, orográfica é hidrográfica de la provincia y de la ciudad. Estudia muy especialmente el suelo, las aguas, la meteorología y el clima de Mendoza, para proceder á ocuparse del habitante, comparando los últimos censos, deduciendo la densidad y crecimiento de la población y sus clases, la mortalidad y natalidad, etc. No olvida el sistema de irrigación de los alrededores, haciendo su estudio agrícola. Hace una descripción de la ciudad, completa y detallada, hasta el punto de publicar el censo de los árboles de las calles, allí tan abundantes y que le dan un aspecto especial á esa capital.

Una vez concluidos los estudios preliminares y ya provisto del material sanitario indispensable, con un personal apropiado, procede á una de las operaciones más importantes bajo el punto de vista higiénico, como es la limpieza superficial de la ciudad y la incineración de los residuos, notándose

ya en esta circunstancia la tendencia práctica y positiva del doctor Coni. Bien curiosos son los detalles de esta operación previa.

En seguida se ocupa del censo sanitario de la población, cuyos resultados estadísticos son de gran importancia.

Viene, después, el estudio de la habitación y sus dependencias, con los respectivos proyectos de saneamiento, é indicando las causas de insalubridad, ya en los materiales de construcción (adobes, etc), ya en las letrinas, baños, peseberras, etc., ya en los líquidos residuarios, basuras, etc.

Establece la inspección veterinaria de los mercados, tambos, (lecherías), carnicerías, etc., reglamentando la inspección de carnes, de la leche, etc., así como el empleo de las inyecciones de tuberculina.

Se ocupa del servicio de desinfección pública y de las respectivas ordenanzas, haciendo obligatoria la declaración en las enfermedades infecto-contagiosas. Estudia los aparatos en uso y el funcionamiento de la Estación municipal de desinfección, publicando la estadística del servicio.

No olvida la organización de la vacunación antivariólica obligatoria, ni la profilaxia de la rabia y de la sífilis.

Se ocupa extensamente de la asistencia pública, de los cementerios, así como también de las escuelas, cárceles, etc.

Estudia atentamente la provisión y cualidades del agua potable, así como las aguas minerales de la provincia.

Dedica un capítulo especial al estudio de las cloacas ó alcantarillas necesarias y al costo probable de su construcción.

Entra después en detalles respecto á la organización y reglamentos de la oficina química provincial.

Estudia la demografía de Mendoza desde el año 1800 y muy especialmente en los últimos años, dedicándose mucho á la estadística mortuoria.

Por último, antes de ocuparse de

la legislación sanitaria permanente que propone, toca ligeramente la patología médica regional y la higiene privada individual. Estudio especial merece su "Proyecto de Sanidad é Higiene pública de la provincia de Mendoza."

El doctor Coni ha señalado las causas y ha puesto en práctica el medio de removerlas. Ha terminado su tarea como patriota y como científico. Son los poderes públicos, ahora, los llamados á realizar la verdadera transformación de esa ciudad andina.

El volumen publicado con abundante profusión de fototipias y grabados, y en el que se encuentran todos los informes, estudios y proyectos del doctor Emilio R. Coni, ocupará lugar preferente y tendrá que merecer la atención de todo higienista, especialmente americano.

Respecto á su autor, bien conocido es su valor científico y esta prueba es una ejecutoria de su competencia é ilustración.

DR. MANUEL A. MUÑIZ

TRABAJOS EXTRANJEROS

UN CASO DE

atrofia amarilla aguda del hígado

SEGUIDO DE AUTOPSIA Y DEL

ESTUDIO HISTOLÓGICO

DE LA GLÁNDULA HEPÁTICA

POR EL

DR. MANUEL CARMONA Y VALLE

(Hospital de Jesús). México. D. F.

En representación de la Facultad de Medicina de Lima ante el segundo Congreso Médico Pan-Americano.

N. N. de 38 años de edad, natural de México, casado, comerciante, ha sido generalmente sano y

aunque ha usado de las bebidas espirituosas nunca ha abusado de ellas. Obligado por las necesidades de su comercio, tuvo que ir á Veracruz, en donde permaneció ocho días sin tener la más ligera indisposición; hacía poco más de un mes de haber vuelto á México, cuando el 20 de junio de 1883, en la noche, sintió un intenso calofrío, fuerte dolor de cabeza, gran quebrantamiento de cuerpo y muchas náuseas sin poder vomitar. Al día siguiente empezaron los vómitos: primero de un líquido mucoso de color blanco, y después materias amarillo-verdosas. Ese día tuvo dos epístaxis abundantes, una en la mañana y otra en la tarde. En la noche hubo algún delirio. El día 22 continuó la calentura y viva cefalalgia, continuaron los vómitos biliosos, y en la tarde hubo una ligera epístaxis. En la noche el delirio fué más fuerte y estuvo muy inquieto. El 23 amaneció con la lengua muy seca y cubierta con costras sanguinosas; continuó la calentura y sudó mucho; hubo epístaxis abundantes en la mañana, los vómitos fueron menos frecuentes; pero estuvo muy postrado. El día 24 lo llevaron al Hospital de San Andrés, en donde ocupó la cama número 17 de la sala de clínica interna. Al sacarlo notaron que estaba muy amarillo; pero la familia no supo cuando empezó esta alteración, pues la pieza en donde estaba era sumamente oscura; pero sí dice que desde el primer día la orina era muy escasa, y tenía un color amarillo-verdoso.

Al entrar al hospital, el termómetro marcaba 40°6 en la axila; su fisonomía tenía algo de animación, y había una marcada locuidad; la piel, la mucosa bucal y las conjuntivas tenían un color amarillo-verdoso. Contestaba acertadamente á lo que se le preguntaba; pero había cierta precipitación en sus palabras, y fácilmente divagaba. Cuando se le dejaba solo caía en una especie de modorra; pero cuando se le hablaba respondía fácilmente. Su lengua estaba

medianamente húmeda, pero cubierta con una capa de mucosidad sanguinosa; las encías sangraban con facilidad. No se quejaba sino de dolor de cabeza, pero al explorarlo había sensibilidad notable en el hipocondrio derecho. La macicés hepática estaba notablemente disminuida, mientras que la esplénica estaba, al contrario, marcadamente aumentada.

Durante el día vomitó 4 ó 5 veces un líquido amarillo-verdoso; en la tarde hubo una epístaxis moderada. En la noche marcó el termómetro 41°. Hubo durante el día dos evacuaciones líquidas, de un color verde oscuro y muy fétidas.

Este día tomó un centígramo de calomel cada media hora; limonada sulfúrica con cocimiento de quina y se puso un vejigatorio en el hipocondrio derecho.

Día 25 en la mañana, temperatura 39°; la noche fué relativamente calmada, aunque hubo algún delirio. Se recogieron 425 grm. de una orina amarillo-verdosa; pero debe tenerse en cuenta que en las dos deposiciones arrojó alguna más; su densidad era de 1,022; no contenía albúmina, y la urea estaba en la proporción de 16 por mil. Este dato hacía ver que la cantidad de urea perdida en 24 horas, era sumamente corta, atendiendo sobre todo á la grande elevación de la temperatura. Los reactivos señalaban una gran cantidad de materias colorantes de la bilis. La lengua y encías tenían el mismo aspecto del día anterior, la postración aumentaba; el pulso poco lleno y blando, latía 130 veces por minuto. El vejigatorio obró perfectamente bien y se le había curado temprano. En la tarde hubo una hemorragia bastante notable, por la mucosa de la uretra: la sangre escurrió pura, y la poca orina que salió no estaba teñida con la sangre, sino que conservaba su color amarillo-verdoso. En la noche el termómetro marcó 40°5. Este día continuó tomando calomel y á la limonada sulfúrica en quina se le agregó un poco de

vino. En la tarde se le aplicó una lavativa por no haber habido ninguna evacuación.

Día 26: en la mañana temperatura 40°, lengua seca y sanguinosa; fuliginosidades en los dientes; gran postración; respuestas lentas y poco acordes con las preguntas; la orina recogida no llegaba á 100 gramos, pero había algunas manchas en la cama; pulso filiforme y latiendo 150 veces por minuto; había todavía sangre por la uretra. Los alimentos los pasaba bien; había algunas náuseas, pero no vomitaba. Se suspendió el calomel y se le prescribió una cucharada de vino de quina cada hora; limonada sulfúrica á pasto y tres inyecciones hipodérmicas de tres miligramos de sulfato de estricnina, repartidas en intervalos iguales hasta la noche.

El día lo pasó en estado comatoso, con carfología y sobresaltos de tendones y pasando muy mal las medicinas y los alimentos; no hubo ni una sola gota de orina, ni evacuación de vientre. La temperatura era de 41° y el pulso filiforme é inconstante. Se puso la sonda sin éxito ninguno. Prescripción: una lavativa antiespasmódica y fuertemente purgante; la inyección de esta noche que sea de cinco miligramos y que se repita otra en la madrugada.

No hubo ninguna mejoría y á las ocho de la mañana del día 27 murió tranquilamente.

Algunas palabras sobre el diagnóstico. La circunstancia de haber estado este enfermo en Veracruz, la duración de la enfermedad y la semejanza de los síntomas con los de la fiebre amarilla, podían hacer pensar que se trataba de *typhus icteroides* ó *vómito prieto*. Para alejar esta idea basta reflexionar, en que jamás hase visto aparecer la fiebre amarilla más allá de cinco días después de que un individuo se ha alejado del foco de infección, y como en el caso presente había transcurrido más de

un mes, entre la separación de este hombre de Veracruz, y la aparición de los primeros síntomas bastaría esta circunstancia, para no detenerme más en refutar esta hipótesis. Sin embargo, quiero detenerme un poco más sobre este asunto para que no quede duda ninguna. En este caso faltó completamente el fuerte dolor de cintura inicial en el vómito prieto, no hubo remisión al tercero día, y la coloración amarilla apareció probablemente, desde el primer día. Además, en el *typhus ictheroides* el color es amarillo caoba, mientras que en este caso, fué amarillo-verdoso. Aquí, aunque hubo hemorragias por distintos órganos, faltaron completamente los vómitos negros. El estudio de las orinas, debe fijar también nuestra atención, porque si bien es cierto que en este caso, como en el vómito prieto, hubo disminución notable en la cantidad de úrea eliminada en 24 horas, en la fiebre amarilla, en el período icterico, la coloración de este líquido es amarilla rojiza, mientras que en el caso presente fué amarilla verdosa. La orina que viene de los enfermos de vómito, tratada por el acetato de plomo, da un precipitado cuyo color recuerda el del ioduro de plomo, y en el caso presente el color era más bien verdoso. Por último, la orina en la fiebre amarilla tiene siempre una reacción fuertemente ácida, aunque la putrefacción esté muy avanzada; mientras que en nuestro enfermo, la orina en putrefacción era fuertemente alcalina.

Hay todavía una razón que quita todo género de duda y es la siguiente: al hacer la autopsia de nuestro enfermo, nos encontramos con que el hígado estaba completamente atrofiado, y no está demostrado hasta ahora que en el *typhus ictheroides* suceda otro tanto.

El cadáver de nuestro enfermo estaba teñido con el color propio de la ictericia bilifeica. El cerebro, los pulmones y el corazón estaban completamente sanos, pero el hí-

gado, que tenía un color amarillo de badana, estaba notablemente atrofiado y pesaba 615 gramos solamente. Como lo han dicho otros observadores, yo encontré que la envoltura fibrosa de este órgano formaba algunos pliegues en la superficie, como si la viscera estuviese en ella holgadamente. Al hacer cortes en el espesor del órgano, llamaba la atención la poca cantidad de sangre que contenían los vasos de su parénquima. El bazo estaba notablemente aumentado de volumen y su pulpa, de color oscuro, estaba muy reblandecida y como difluente. Los riñones ligeramente inyectados; pero sin alteración marcada en su estructura. Por último el sistema venoso estaba lleno de una sangre muy oscura y glutinosa.

Los cortes histológicos tomados del parénquima hepático dejaban ver, que las celdillas habían desaparecido completamente, quedando tan sólo la trama conjuntiva que formaba mallas enteramente vacías. Además las venas, y sobre todo las suprahepáticas, tenían sus paredes engrosadas y su calibre obstruido con trombus sanguíneos. Es pues evidente que había habido una flebitis, sobre todo suprahepática, que á consecuencia de la flebitis se produjo la obliteración de los vasos, lo que trajo como consecuencia final la regresión necrobiótica de las celdillas y su completa desaparición.

Los señores congresistas tienen á su disposición las preparaciones para que se sirvan estudiarlas en el microscopio; y presento además unas fotografías, sacadas hábilmente por el doctor don Angel Gaviño.

Algunas consideraciones sobre la naturaleza de esta enfermedad.

Sabido es que los anatomo-patologistas no están de acuerdo sobre la lesión anatomo-patológica de la atrofia amarilla aguda del hígado y que la idea que hoy domina en la ciencia acerca de la natu-

raleza de la *Icteria grave* es la siguiente: (Véase Debove y Achard, tomo tercero página 334, y consúltese también la obra de Patología interna publicada bajo el patrocinio de Mr. Charcot.) La *Icteria grave* es la expresión de la destrucción rápida de la celdilla hepática, manifestándose por un estado tifoideo, con ictericia y hemorragias.

Podría consignarse el caso que yo presento como un hecho que viene á corroborar esta doctrina, supuesto que en él hemos tenido una rápida destrucción celular, pero yo pregunto: ¿es preciso que la destrucción celular sea *rápida* para que se presenten los síntomas de la ictericia grave?

Ciertamente que nó; porque en la *cirrosis suprahepática ó periflebitis suprahepática*, de la que yo me he ocupado tanto y he presentado tantos ejemplares, se presentan todos los síntomas de la *Icteria grave*: ictericia; calentura más ó menos alta y más ó menos continua; hemorragias, y al fin de la enfermedad un estado tifoideo más ó menos marcado con síntomas ataxo-adinámicos; y sin embargo de esto la enfermedad dura varios meses y aun suele pasar un año. Verdad es, que en estos casos hay destrucción celular, pero es evidente que no tiene nada de rápida, como en el enfermo objeto de nuestro estudio.

Por otra parte, muy bien puede haber destrucción celular, sin que se presente ninguno de los síntomas de la *Icteria grave*: por ejemplo, en la *cirrosis atrofica*; en las diferentes atrofas del hígado.

Fundado en las consideraciones anteriores, yo me creo autorizado para decir, que la doctrina actual sobre la *Icteria grave*, está cuando menos, incompletamente formada, y que para que hubiera exactitud sería preciso decir, "que la *Icteria grave* es la expresión de la destrucción celular, ocasionada por una dificultad en la circulación de las venas suprahepáticas, hasta producir la regresión necrobiótica

de las celdillas, y manifestándose por un estado tifoideo, con icteria y hemorragias."

El síndrome clínico caracterizado por el abultamiento y dureza del hígado, icteria, hemorragias, trastornos gastro-intestinales, movimiento febril, ya continuo ó ya intermitente; á veces ascitis; fenómenos ataxo adinámicos hacia el fin de la enfermedad, y una duración que varia entre algunos meses y un año, ha sido objeto de prolongados estudios míos; y después de haber observado un gran número de enfermos y de haber estudiado con el microscopio un gran número de preparaciones histopatológicas, he llegado á la conclusión de que se trata de un trabajo cirrótico que parte de las venas suprahepáticas, pasa á los lóbulos y se extiende hasta las ramificaciones de la vena porta, que rodean á los lóbulos hepáticos. La proliferación conjuntiva principia en la túnica adventicia de las venas centrales del lóbulo, y es tan abundante que comprime el vaso y obtura su calibre completamente. Entonces viene la regresión gránulo grasosa de la celdilla y su completa desaparición, pero antes de llegar á este resultado, y cuando la lesión está todavía en su primer período, hay señales de cierta actividad celular, supuesto que se ven las celdillas aumentadas de volumen y con signos evidentes de segmentación nuclear.

He aquí porque he propuesto que esta enfermedad sea denominada *cirrosis suprahepática ó periflebitis suprahepática*.

Ahora bien: cuando, después de haber reunido un gran número de observaciones de esta enfermedad, me encuentro sin prevención de ningún género, con que la *atrofia amarilla del hígado*, enfermedad que por razón de los síntomas tiene tantos puntos de contacto con la anterior, está caracterizada anatómicamente, por la obstrucción trombótica de las venas del hígado, sobre todo de las suprahepáticas, y por la destrucción celular, no pue-

do menos que referir las dos enfermedades á la misma lesión en el fondo; es decir á la obstrucción de las venas suprahepáticas y á la destrucción celular consecutiva.

Naturalmente que la marcha y algunos de los síntomas tienen que variar en uno y otro caso. Tratándose en la primera enfermedad de un trabajo cirrótico, ó de proliferación conjuntiva; la obstrucción venosa se hace lentamente, y por consiguiente la duración de la enfermedad tiene que ser más larga. Además, según que el proceso patológico se extienda á una porción más ó menos grande de la glándula, y según que el trabajo morboso sea más ó menos activo, así la duración de la enfermedad será más ó menos larga.

No pasa lo mismo en la atrofia amarilla aguda; porque en ella hay una endoflebitis, microbiana probablemente; coagulación rápida de la sangre; obstrucción brusca de las venas, y pronta destrucción celular: he aquí por qué en estos casos la marcha de la enfermedad es tan violenta.

Por otra parte, en la periflebitis suprahepática hay mucha proliferación conjuntiva antes de la destrucción celular, de aquí resulta el aumento de volumen y la mayor dureza del parenquima hepático, mientras que en la atrofia amarilla aguda no habiendo producción de tejido, y sí abundante destrucción celular, se produce una disminución de volumen ó atrofia en lugar de crecimiento del órgano.

Por último, habiendo en la *cirrosis suprahepática*, marcha lenta y obstrucción del sistema venoso, puede llegar á producirse la ascitis, y desarrollo venoso de la piel del vientre; mientras que en la atrofia amarilla aguda la terminación es tan violenta, que no hay tiempo para que se presenten las consecuencias del obstáculo en la circulación hepática.

En la práctica suelen presentarse casos que no corresponden á ninguno de los dos grupos típicos que he señalado, pero que pueden con-

siderarse acaso como endoflebitis parciales. Así, hay enfermos que tienen bruscamente calofrío y calentura intensa (40° muchas veces); icteria marcada; náuseas, vómitos y gran postración de fuerzas. Al cabo de algunas horas remite la calentura, disminuye la icteria y mejora el estado general; pero después de una remisión más ó menos larga, se reproduce otro acceso y así sucesivamente. Muchos de estos enfermos sucumben, pero otros muchos se curan, para tener al cabo de algún tiempo otros ataques semejantes.

En alguno de estos casos que fué curado, he podido observar, que aún en plena salud, pierde el individuo notablemente menos cantidad de urea, que la que se pierde en estado fisiológico. Señal evidente de que su hígado ha quedado más ó menos lesionado.

Hay mucho que investigar todavía en las afecciones de qué me vengo ocupando, pero he querido dejar consignado el resultado de mis trabajos, para que vengan otros observadores después de mí á completar este estudio.

M. CARMONA Y VALLE.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Enciclopedia de Patología General publicada en París bajo la dirección de Charles Bouchard, profesor de Patología General en la Facultad de Medicina de París, y en castellano bajo la dirección de don Rafael Ulecía y Cardona.

Madrid, Administración de "La Revista de Medicina y Cirugía Prácticas", calle de Preciados, 33, bajo.

Traité de Kinésithérapie Gynécologique (Massage et Gymnastique) par H. Stafer, ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de París.

Un volume in 8, avec 224 figures et le portrait de Brandt. Prix 13 fr.

Estatutos da Sociedade de Medicina e Cirurgia da São Paulo.

Saneamiento de la provincia de

Mendoza por el doctor Emilio R. Coni—Buenos Aires 1897.

Actes de la Société Scientifique du Chili—Años 1896 y 1897.

Tratado de Terapéutica de las Enfermedades Internas. Publicado bajo la dirección de los catedráticos doctor F. Penzoldt, de Erlangen y doctor R. Stintzing, de Jena; y en castellano bajo la de don Rafael Ulecía y Cardona, Director propietario de la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas."

Se vende en la administración de dicho periódico, calle de Preciados, N.º 93, bajo. Madrid.

Es una obra voluminosa y con los últimos adelantos de la ciencia. Constará de 7 tomos de los cuales dos han aparecido.

Boletín oficial del "Colegio de Médicos de Barcelona". Cazador, 4, 1.º.—Barcelona.

FORMULARIO

Epilepsia (Voisin)

Oxido zinc.....	0.10	centg.
Polvo valeriana	0.10	„
Polvo belladona	0.01	„
Jabón med	c s	
1 pildora—4 por día.		

Lima, Abril 7 de 1896

Sres. Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: Hago constar que hace algunos años he usado la Emulsión de Scott de aceite puro de hígado de bacalao con hipofosfitos de cal y sosa y que me ha dado los más satisfactorios resultados en el tratamiento de afecciones del pecho, escrofulosis y raquitismo. La prefiero al aceite puro de hígado de bacalao por ser más fácil de digerir y por carecer del olor tan desagradable que tiene aquel.

Soy de Uds. muy atto y S.S.,

NESTOR J. CORPANCHO,

Cirujano del Hospital de Sta. Ana.

El buen gusto de la Emulsión de Scott hace que puedan tolerarla los más débiles estómagos. Esta es la medicina-alimento que produce fuerzas y crea carnes.