

# LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica "Unión Fernandina".

AÑO XIV }

LIMA, JULIO 15 DE 1897.

{ N.º 205

## El Dr. Celso Bambarén.

El fallecimiento de este distinguido Catedrático de nuestra Facultad de Medicina, ocurrido en los últimos días del mes pasado, deja un vacío más en las filas del cuerpo médico nacional. Van desapareciendo, uno tras otro, los hombres eminentes que contribuyeron con más eficacia á realizar la obra del ilustre Dr. Heredia: establecer en Lima una verdadera Escuela de Medicina.

Pocos quedan ya de aquellos que sentaron las bases de este edificio científico, que en corto número de años adquirió tanto valor y nombre en Sud-América, y que, á pesar de la violenta sacudida que recibiera, junto con todas nuestras instituciones, en la última guerra nacional y de las gratuitas ofensas de algunos mal intencionados, es siempre un poderoso foco de luz y de progreso. En ella, al lado de los viejos maestros, estudiosos y perseverantes, lumbreras de la medicina peruana, é incansables continuadores de los trabajos del gran Heredia, se encuentran jóvenes imbuidos en las ideas modernas, progresistas que siguen con tezon los adelantos diarios de la ciencia y mantienen á sus alumnos al corriente de cuanto descubrimiento útil se presenta en su dilatado y movedido campo.

Perteneció el Dr. Bambarén á los primeros, siendo uno de los elejidos, entre muchos otros, por el primer Decano de nuestra Escuela, para que lo secundara en la implantación de las reformas que se proponía efectuar en ella.

Comenzó sus estudios facultativos el año 1853, en el "Colegio de la Independencia," donde muy pronto se distinguió por su inteligencia y contracción. Sus méritos le valieron ser enviado á Europa á concluir su carrera. Llegado á París, no desperdió momento, asistía con constancia á las mejores clínicas de entonces, seguía con entusiasmo los estudios prácticos en anfiteatros y laboratorios y ocupaba la mayor parte de su tiempo en el estudio. Verdadero amor á la ciencia, carácter enérgico y constancia admirables debió poseer el Dr. Bambarén para no desesperar ante las privaciones á que se vió sometido en aquella capital. La pensión que le estaba destinada por nuestro Gobierno era muy corta, y lo que es peor aún, se la enviaban muy irregularmente, por lo cual pasaba muchos días sin abrigo y casi sin alimento. Estos sufrimientos físicos unidos á un trabajo intelectual casi incesante parecían suficientes para doblegarla voluntad más fuerte y destruir el organismo mejor constituido; sin embargo, Bambarén fué superior á todo esto, lejos de desalentarlo, parece

que lo animaban las dificultades. Su aprovechamiento fué tan notable que, á su regreso á Lima, en 1859, llamo inmediatamente la atención.

Nombrado médico auxiliar del hospital de Santa Ana, en el servicio del Dr. Segura, dió una serie de lecciones clínicas atrayentes por la novedad de sus doctrinas, especialmente para estudiantes que comenzaban á salir de las rutinas de la antigua medicina. Empezó á manifestar entonces sus dotes de maestro y orador que tan distinguido lo hicieron en su larga carrera. A la vez escribía eruditos é interesantes artículos en la "Gaceta Médica" sobre asuntos muy variados, especialmente de Biología y ciencias físicas.

A la muerte del Dr. Heredia quedó vacante la cátedra de Anatomía que éste regentaba. Abrióse un concurso para proveerla y después de una brillante actuación en la que tomaron parte otros médicos, también notables por su talento é ilustración, la obtuvo el Dr. Bambarén. Desde esa época (1869) fué el profesor de esta asignatura en la Facultad de Medicina, dejando de dictar sus lecciones solamente en los cortos períodos durante los cuales los acontecimientos políticos lo obligaron á ausentarse del país. Era dicho ramo el objeto de sus estudios predilectos, lo seguía con el entusiasmo y tenacidad que le eran característicos y sus conocimientos en él llegaron á ser profundos. Es notable un trabajo suyo sobre la estructura anatómica del corazón en el cual precisó la verdadera inserción de los músculos papilares, permitiendo así que pudiera apreciarse mejor su función en el juego de las válvulas auriculo-ventriculares. Este trabajo fué mencionado en las obras de anatomía de esa época.

Las lecciones del Dr. Bambarén eran verdaderamente notables, como también la constancia y entu-

siasmo con que las dictaba. Unas eran teóricas y en ellas sobresalía su vasta ilustración y la elevación de sus conceptos; arrebatado por su entusiasmo invadía muchas veces el campo de la fisiología, y entonces brillaban aún más sus cualidades de profesor dando novedad é inesperado interés al asunto. Las leyes de la vida, las modalidades de la organización eran su tema favorito y arrastrado por el interés que estas cuestiones despertaban en él, prolongaba muchas veces su lección una ó dos horas más que de ordinario. Sus explicaciones claras y convincentes dejaban recuerdos imperecederos; recibidas por el alumno al principio de sus estudios médicos, eran puede decirse, la sólida base sobre que asentaba sus conocimientos. En estas disertaciones tocaba siempre asuntos muy importantes y de notoria novedad; fué uno de los primeros en el Perú que hablaron con gran autoridad de las doctrinas de Lamarke, desarrolladas y ampliadas por Darwin. Se ocupó de las fermentaciones en una época en que recién se iniciaban los estudios de Pasteur. Se ocupó también con gran versación de la unidad de las fuerzas físicas y de la materia, en época anterior á la publicación de la obra del Padre Secchi titulada "Unidad de las fuerzas físicas."

En sus lecciones prácticas llamaba la atención no solo por el método y claridad de exposición con que las dictaba, sino por la indiferencia con que escogía el tema de ellas, aceptando cualesquiera que fuesen los órganos ó regiones preparadas por el Disector, á su antojo, y dando de ellos una explicación detallada y completa. Su memoria prodigiosa que le permitía recordar los más insignificantes detalles, y la claridad y precisión de sus explicaciones, hacían de él un verdadero maestro.

Es sensible que sus lecciones no

hayan sido escritas, nos quedan sólo los apuntes imperfectos é incompletos tomados por los alumnos y que casi en totalidad no han recibido la corrección del maestro. Llevaba Bambarén vida muy activa y sus múltiples atenciones como profesor, médico acreditado y elemento importante en la política del país, no le dejaban tiempo para este trabajo.

Como médico práctico el Dr. Bambarén se distinguía por la rapidez y precisión de sus diagnósticos; su experiencia y conocimientos lo hacían elemento indispensable en las consultas, en las cuales su ilustrada palabra, se hacía siempre oír con ventaja para el paciente y sin depresión para sus colegas. Caritativo y humanitario asistía con igual interés al rico y al menesteroso, inspirando fé y simpatía al enfermo, que veía en él no solo al médico que cura, sino al amigo que consuela y alienta. Estas cualidades lo habían hecho poseedor de una numerosa clientela, y extendido su fama no solo en el Perú, sino en las repúblicas vecinas.

En las Sociedades medicas y científicas ocupó siempre nuestro querido maestro, un papel importante. Fué fundador de la Academia de Medicina y de la Sociedad Geográfica, y uno de los mas puntuales y trabajadores de entre sus miembros. Obtuvo el cargo de Presidente de la primera y formó parte del consejo directivo de la segunda. Concurría todos los años á la sesión solemne de la "Sociedad Unión Fernandina" y tomaba gran interés por sus trabajos. Era á su muerte Vice-Rector de la Universidad.

Pero no limitó el Dr. Bambarén su actividad al campo de las ciencias; amante de su patria é interesado por su adelanto y progreso, tomó parte en su política, mostrándose abnegado defensor de las buenas causas.

Su entrada en la vida pública tu-

vo lugar en 1867, en que formó parte, como diputado, de la Asamblea Constituyente. Educado en los principios liberales y ardiente defensor de ellos, se distinguió en aquella ocasión, con motivo de un proyecto de ley en favor de la libertad de cultos, muy combatido por el elemento clerical y que él sostuvo con su firmeza y tenacidad habituales, atrayéndose el odio de la gente fanática, que llegó hasta insultarlo de obra en las puertas mismas de la Cámara. Bambarén recibió estos ultrajes con tal calma y sangre fría que admiró aún á sus mismos enemigos.

Elegido Senador poco tiempo despues, por el Departamento de Ancash, en el cual había nacido, tomó parte en todos los debates, mostrando la extensión de sus conocimientos en materias económicas, administrativas y de legislación nacional. Nunca desmintió, en sus discursos ni en sus actos, su credo liberal, ni la severidad de sus principios. En varias legislaturas ocupó un asiento en el senado y aun alcanzó los honores de una Vice-presidencia.

Constante defensor de todo lo que consideraba benéfico al país, y hombre de verdaderas convicciones políticas, era intransigente con sus contrarios, no arredrándole ni las amenazas ni el peligro.

Condenado al ostracismo por su independencia y firmeza, en 1880, se estableció en Guayaquil. Allí formó rápidamente numerosa y selecta clientela y se hizo acreedor á la estimación general. Aprovechando de su respetable posición social, sirvió á su país influyendo en la prensa ecuatoriana á favor de la causa del Perú, auxiliando á muchos peruanos desterrados y sin recursos y fundando, antes de su regreso, una institución de beneficencia en Guayaquil para atender á sus compatriotas.

De vuelta á Lima, continuó sus interrumpidas tareas, en la Cáte-

dra, en las sociedades científicas, y en la política, con el entusiasmo de siempre. Aunque enfermo y delicado en sus últimos años, no desmayó, sorprendiéndolo la muerte en plena actividad.

La desaparición de este hombre eminente ha causado profundo pesar á la juventud estudiosa que recibía sus lecciones, sus consejos y su paternal apoyo; á las sociedades científicas que honraba con su presencia y cooperación; al cuerpo médico de Lima formado casi en totalidad por sus discípulos, y al país en general para el que su muerte representa una irreparable pérdida.

“La Crónica Médica” se asocia al justo dolor de los suyos y tiene á gran honra colocar en su primera página el retrato de este sabio profesor.

E. B.

## TRABAJOS NACIONALES

### Un caso de neuralgia del nervio lingual, de origen palúdico.

Juana Urquijo, de 29 años de edad, natural de Mala, de profesión lavandera y de raza negra, es la enferma de que voy á ocuparme en la siguiente historia clínica.

Habiendo sido solicitado en la noche del 23 de Junio por la madre de la dicha Juana para que la asistiera de unos dolores, que, según ella, la iban á matar, ó por lo menos á volverla loca; me negué, como era natural, atendiendo á no ser médico diplomado; pero fueron tantas sus exigencias y sus súplicas que al fin accedí, constituyéndome en su domicilio en esa misma noche, á las 11 30, y encontré efectivamente á la enferma dando gritos desgarradores y adoptando las posiciones más caprichosas, sin duda para moderar su dolencia. Instada para que se tranquilizara

y me contara su enfermedad, me refirió lo siguiente, aunque con gran trabajo:

A las 7 de la noche, poco más ó menos, sintió en el lado izquierdo de la lengua una especie de hormigueo, que instantes después se convirtió en un verdadero dolor, el que fué agravándose cada momento más y más, hasta haberla puesto en el estado de desesperación en que la había encontrado, me dijo además que, á excepción de ligeros catarros de las primeras vías respiratorias, jamás había padecido de enfermedad alguna, sus periodos siempre eran fisiológicos, y sus padres eran igualmente sanos.

Examinada la boca de la paciente, encontré que estaba llena de una gran cantidad de saliva clara y transparente; la lengua no presentaba nada de anormal, ni nada que pudiera hacer sospechar un trabajo flogósico, al cual se pudiera atribuir el síntoma dolor; obligada á proyectarla hacia afuera de la cavidad bucal, no lo pude conseguir, diciendo la enferma que le era imposible, porque sentía algo como una cuerda tirante que no la dejaba sacar.

Habiéndole exigido que me limitara el sitio del dolor, me señaló la mitad izquierda de la lengua; y en efecto, pude comprobar recorriendo con mi dedo toda esta parte que el dolor se hacía más intenso cuando se llegaba al nivel de las glándulas submaxilar y sublingual.

En vista pues de esta distribución tan anatómica del dolor, no vacilé en diagnosticar una neuralgia del nervio lingual; neuralgia que, vista su gran intensidad, reclamaba el uso inmediato de una inyección de morfina, á la que recurrí con un éxito satisfactorio, pues á los quince minutos había dominado tan terrible escena, retirándome después de prescribirle unas obleas de antipirina y salol á fin de evitar, que pasada la acción de la morfina, reapareciera el síntoma dolor.

Al día siguiente 24, se reprodujo el mismo cuadro, á la misma hora y con los mismos caracteres.—Una nueva inyección de morfina y repetición del mismo tratamiento produjeron iguales efectos; pero como se volviera á reproducir el accidente el día 25, procedí á un nuevo interrogatorio y por él vine á sacar en limpio que la enferma en los días anteriores del primer acceso de su dolencia iba al río á lavar su ropa, operación en la que se demoraba casi todo el día; en vista de esto, no vacilé en afirmar que se trataba no ya de una neuralgia simple, sino de una neuralgia de origen palúdico, como en efecto, el tratamiento vino á comprobarlo: una inyección de un gramo de bicloruro de quinina y un gramo de la misma sustancia en obleas, en varias dosis, bastaron para terminar tan mortificante situación; pues la neuralgia no se reprodujo más y la enferma se encuentra en la actualidad perfectamente bien.

Tengo que indicar además otro dato que me sirvió para mi último diagnóstico, y es que pasadas algunas horas de la mayor exacerbación del dolor, la enferma se veía inundada por un sudor abundante y viscoso, que silenciaba creyéndolo consecuencia natural de los esfuerzos que hacía durante sus paroxismos.

Advertiré que durante todo el tiempo en que la he asistido no he encontrado ninguna modificación en su temperatura.

De todo lo expuesto se deduce que evidentemente la enferma tenía una intoxicación palúdica, contraída en sus excursiones al río y que se reveló en ella bajo una de las formas larvadas, que tan abundantes y comunes son entre nosotros; y esto no solo ha sido comprobado por el tratamiento, sino por esos sudores copiosísimos, por ese *mador* en que quedaba la enferma después de sus ataques y que sino es propio de la intoxi-

cación palúdica, contribuye á caracterizarla.

JOSÉ ENRIQUE VARGAS.  
Interno de los hospitales.

Julio de 1897.

---

## TRABAJOS EXTRANJEROS

---

PROF. PINARD.

### Los vómitos llamados incoercibles de la preñez <sup>(1)</sup>

(La Clínica Moderna.)

Señores:

La enferma hacia la cual he llamado vuestra atención hace poco, haciendo con vosotros la visita de la sala, me ofrece la oportunidad de ocuparme hoy de un capítulo bastante importante en la patología de la preñez. La paciente objeto de nuestro estudio se halla atacada de aquella forma patológica que se designa vulgarmente bajo el nombre de *vómito incoercible*, forma que erróneamente ha figurado y figura aún en la esfera de los fenómenos, que bastante impropriamente y sin fundamento alguno, son llamados *fenómenos simpáticos del periodo gestatorio*. Me perdonaréis que para mayor claridad me sirva todavía de esta errónea denominación, esperando poder destruir completamente en un tiempo más ó menos breve tal título.

Desde Hipócrates y Galeno, sabían todos que la mujer cuando se halla en cinta puede estar sujeta á vómitos más ó menos obstinados; pero los autores antiguos sólo habían consignado el hecho, ignorando completamente la gravedad que

---

(1) Lección dada en los días 1,5 y 8 de Febrero 1897, en el hospital "Baudelocque," París, Recojida por el Dr. Lambertenghi.

podían adquirir estos vómitos de la preñez. Es necesario llegar á Mauriceau y Delamotte, ó lo que es lo mismo á fines del siglo XVII<sup>o</sup> y principios del siglo XVIII<sup>o</sup> para saber que la mujer podía vomitar hasta el punto de ponerse en peligro su existencia, sin embargo, ninguno de estos dos autores mensiona caso alguno de muerte, y para ellos toda la gravedad consistía en la debilidad extrema de la madre y el feto. Respecto á la patogenia de esta afección aceptaban la teoria ya emitida por Guielmau, esto es la simpatía que existía entre el útero y el estómago.

Las cosas permanecieron en este estado por largo tiempo, aunque el inglés Burns hubiese dicho en un pasaje: "que si bien su experiencia personal no le había ofrecido ocasión de registrar casos de muerte por vómito incoercible, sabía que en una ocasión con la esperanza de evitar una catástrofe se debió provocar el aborto, y agregaba que habiendo muerto la mujer después de tal operación, en la autopsia se encontraron graves lesiones del aparato biliar."

Fué Dubois quien, en 1848, continuó el estudio de este importante asunto, y dictó las teorías que permanecieron invariables, puede decirse, hasta nuestra época. Sus ideas fueron expuestas en una serie de lecciones dadas en la clínica y resumidas en 1851 en una comunicación hecha á la Academia de Medicina. Los vómitos que podían sobrevenir durante la preñez tenían, según Dubois, los siguientes caracteres: su repetición no era muy frecuente en el curso de un día; se producían á épocas bastante regulares; las materias alimenticias eran incompletamente rechazadas; cuando el vómito tenía lugar en la mañana se componía de moco y de un poco de bilis. Ordinariamente estos vómitos no producían ninguna alteración notable en la fisonomía ni en la nutrición general. Pero otras veces se oscurecían los tintes de este cuadro: el vómito se podía repetir

con frecuencia y en todos los momentos del día, y la mujer se hacía incapaz de retener en el estómago alimento alguno, líquido ó sólido; entonces aparecían los fenómenos graves de denutrición y debilitamiento general, en una palabra, el vómito de simple se hacía *incoercible*.

Dividía esta forma especial de vómito en tres periodos: el 1.<sup>o</sup> se confundía fácilmente con el vómito simple, nada brusco aparecía para diferenciarlo: solo los síntomas eran mas graves y mas obstinados; el 2.<sup>o</sup> periodo era caracterizado por la fiebre, decía Dubois: el cuadro tomaba un aspecto más grave, comenzaba á notarse el enflaquecimiento, la intolerancia de los alimentos era casi absoluta, el hálito tomaba un carácter ácido, presentando algunas veces tal fetidez, que Dubois y Chomel creían autorizando al médico para hacer el diagnóstico al abrirse la puerta de la habitación de la paciente. Tal estado duraba más ó menos, pero en general corto tiempo. El 3er. periodo estaba caracterizado por fenómenos cerebrales: la enferma era presa de alucinaciones, tenía dolores neurálgicos, trastornos de la vista; el vómito cesaba; sobrevenía una especie de sueño comatoso, precursor de una muerte próxima.

Respecto á la conducta que debe observarse, Dubois había notado que siempre que el feto moría, aún en la época en que los fenómenos comenzaban á hacerse alarmantes, cambiaba completamente el cuadro, el vómito cesaba y la enferma podía volver á alimentarse, deducía de aquí que cuando todos los medios médicos ó empíricos no daban éxito, se debía intervenir interrumpiendo el curso de la preñez. Agregaba que las probabilidades de éxito del parto provocado no eran muchas, sino cuando la enferma se encontraba en el primer periodo; cuando faltaba la reacción febril y en el último periodo la operación se hacía inútil, y hacerla tenía el doble inconveniente del mal éxito, y de la posi-

ción difícil en pue quedaba el parto después del fracaso.

Por esto, según Dubois, no se debía intervenir cuando la enferma había entrado al tercer periodo, y cuando era grave el cortejo sintomático, se debía avisar á la familia y someterse á su decisión.

Después de Dubois estos hechos se volvieron clásicos. Gueniot estudió también el asunto pero uniformándose en todo con las ideas de Dubois; recojió un cierto número de observaciones, no todas exactas, estableciendo alguna confusión entre el vómito simple y el llamado incoercible.

Tarnier ha modificado el tratamiento obstétrico de Dubois en lo que se refiere al momento de la intervención. Decía, que debe recurrirse al aborto en todos aquellos casos en que se tenga la seguridad casi completa de que la mujer moriría de otra manera; y fué sujetándose á esta regla, que pudo salvar de una muerte cierta á algunas enfermas que solicitaron sus auxilios.

Por mi parte, también he encontrado algunas veces la ocasión de seguir los consejos de mi maestro y he obtenido algunas victorias.

Dejando ahora á un lado la teoría y la doctrina que han dominado largo tiempo en el campo de la obstetricia sobre los vómitos incoercibles, veamos en que estado nos encontramos hoy respecto á la *sintomatología, etiología y tratamiento* de esta afección.

Los tres periodos de Dubois existen todavía? Se aceptan ahora con los ojos cerrados?

Dubois para hacerle comprender, y para que aceptaran su teoría, se vió obligado en el seno de la Academia á acentuar demasiado las líneas del cuadro, y después de él todos siguieron; su opinión sin darse el trabajo de discutirla. Hoy sin embargo, se buscaría en vano los tres famosos períodos.

En todas las mujeres durante la primera mitad de la preñez, por efecto del desarrollo del huevo en la cavidad uterina, se producen modificaciones en todas las funcio-

nes, y en todas las sensaciones. Las funciones cerebrales pueden ser seriamente comprometidas: el estado gravídico es suficiente por sí sólo para crear al rededor de la mujer un conjunto de desagradables sensaciones, un estado de depresión, de melancolía, que puede llegar hasta la desesperación, aun en mujeres rodeadas de todo género de afectuosos cuidados, de toda tranquilidad.

Se observa otras veces una soñolencia invencible, una apatía general, indiferencia por todo lo que la rodea. El cambio de carácter es acompañado con frecuencia de una hiperexcitabilidad nerviosa; la mujer se hace impresionable por la más leve causa, todo la turba, y no es raro que en este estado se desarrolle una forma transitoria de delirio de persecución. Generalmente este estado sicológico cesa en la segunda mitad de la preñez.

Bajo el punto de vista de las funciones digestivas, no es raro ver aun en los primeros momentos de la preñez, aparecer el vómito en las mañanas, en el momento de dejar el lecho, principalmente en ayunas. Otras veces el vómito se presenta durante las comidas. No tiene sin embargo ninguna consecuencia seria.

Estos fenómenos de función alterada, de sensación pervertida, pueden agravarse. El estado de melancolía, de desesperación se aumenta; las funciones digestivas se alteran completamente; se agrega el disgusto por todo alimento, cuyo solo recuerdo basta para producir el vómito. El desgaste físico vá acompañado de una depresión moral característica; la piel se seca, se cubre, así como las conjuntivas, de un tinte sub-ictérico; la cara expresa el sufrimiento, la angustia; las orinas se vuelven escasas, de un color especial, y, ya nos encontramos en pleno estado patológico. Comienza la pérdida de peso, y sobre este fenómeno se ha insistido en estos últimos tiempos, queriendo hacer de él la señal del momento de intervenir obstétricamente. Se dijo que debía provocarse el par-

to cuando la mujer perdiera diariamente 300 gramos de su peso, pero no se tuvo en cuenta que podía aumentar el peso del feto mientras disminuía el de la madre, y la imposibilidad de tener el peso inicial de la mujer.

Pero, por qué pueden morir las mujeres atacadas de los llamados vómitos incoercibles? Sobrevienen en ellas los fenómenos que se observan en la muerte por inanición? Dejando á un lado las alteraciones que se notan en los animales sometidos experimentalmente al ayuno, porque no corresponden á nuestro asunto, las observaciones exactas faltan para el hombre.

Los estudios hechos en ayunadores de profesión no dan mucha luz, pues, aun admitiendo su buena fé, el ayuno no era completo puesto que ingerían líquidos. Richey ha observado que en los casos de muerte por inanición los fenómenos no son siempre los mismos, varían según que los individuos estén expuestos al calor ó al frío. En las histéricas, escrupulosamente estudiadas en el servicio de M. Charcot, no se podían observar fenómenos de inanición porque en ellas todas las funciones vitales estaban como detenidas. Es pues muy difícil responder á la pregunta de un modo claro y preciso. Veremos más tarde que el mecanismo no es idéntico.

Ciertas mujeres con vómitos incoercibles pertenecen á aquella categoría de personas en que todo el sistema nervioso es presa, aun fuera del estado gravídico, de una excepcional hiperexcitabilidad; en estas la sugestión, una emoción cualquiera, el simple cambio de aire han bastado algunas veces para hacer desaparecer completamente todo fenómeno. Ciertamente existe aquí un terreno especial, una predisposición especial, por lo que en ciertas familias son epidémicos, puede decirse, cierto grupo de fenómenos en el primer periodo de la preñez. Vamos á otro terreno. El mecanismo no es el mismo: es la mujer perfectamente equilibrada, libre de

antecedentes nerviosos hereditarios, que, por el hecho solo de la preñez, es sorprendida por el síndrome complejo de que tratamos. Así también el fenómeno del vómito es diverso en los dos casos, como es distinto el terreno en que se desarrolla. Y fué, efectivamente, la confusión de estos dos hechos que oscureció su etiología y tratamiento. Esta confusión la veíamos manifiesta en nuestros clásicos, algunos de los cuales clasifican el vómito llamado incoercible de la preñez entre las alteraciones del aparato digestivo, otros, entre las alteraciones del sistema nervioso.

La fiebre que había notado Du Bois, caracterizando el segundo periodo, existe realmente? No; es muy raro ver la temperatura ascender más allá de la normal.—Existe extraordinaria frecuencia del pulso, y fué esto que le hizo creer en la fiebre en un tiempo en que no existía la termometría.

Reasumiendo, pues, la sintomatología es la siguiente: *depresión física, depresión moral, enflaquecimiento, orina escasa, hálito fétido, aceleración del pulso, tinte subictérico.*

*Etiología.* — Como explicación de este estado morboso de la mujer embarazada se han invocado todas las causas posibles, imaginables. Se ha dicho en muchas memorias, en muchas observaciones, que el vómito incoercible está ligado á lesiones del cuello del útero: un *Cirujano*, que con gran estupor, había visto que el cuello uterino de una embarazada presa de vómitos, era de color violáceo, y presentaba blandura fungosa, atribuyó á este estado el trastorno: probando así conocer muy poco el estado normal del cuello uterino durante el periodo gestatorio. Se habló de cambio de posición del útero, se dijo que la anteversión ó anteflexión del útero gravídico producían los vómitos.

Estoy lejos de poner en duda que algunas veces se observa el



vómito acompañando la posición falsa del útero, pero como no puedo admitir en ello una relación de causa á efecto, acepto la simple coincidencia de los dos hechos, porque de otra manera se debía tener el vómito en todos los casos de retroversión.—Otros han invocado la rigidez del útero: Schroeder dijo que cuando la fibra uterina no se dejaba distender, se tenía el vómito por una excitación refleja. La teoría es ingeniosa pero no resiste á la crítica más elemental, pues el vómito se observa casi con igual frecuencia en las primíparas y en las múltiparas, y en estas últimas la fibra uterina se halla privada de toda rigidez y los reflejos son obtusos; además los vómitos pueden aparecer también en el 5.º 6.º ó 7.º mes.—Se ha acusado también á la hidropesía del amnios, la preñez múltiple, la degeneración quística de las vellosidades coriales. Se ha dicho que los vómitos eran debidos á la presencia de pus entre las membranas y la pared uterina.

Todas estas causas han hecho su tiempo, otras razones más persuasivas, más convincentes debíamos buscar. De todo lo que se ha dicho en el capítulo de la etiología quedan para nosotros dos hechos importantísimos, que no debemos dejar escapar y que nos servirán de guía. Es verdadera la observación emitida por alguno que los vómitos son más frecuentes en los casos de preñez múltiple, en los casos de degeneración quística de las vellosidades coriales de un huevo vivo; es también verdadero que cuando el feto muere los vómitos cesan. Ahora bien, señores, no se notan los mismos hechos en los casos de albuminuria, la cual es más frecuente en la preñez múltiple y cesa con la muerte del feto? También para la albuminuria, antes de que los trabajos de Bouchard y sus alumnos destruyeran las viejas teorías, se invocaban mil causas.

Recordad, señores, este punto de contacto, el nos servirá de guía

para llegar más pronto á la verdadera causa que estamos buscando.

*Diagnóstico.*—Antes de todo debe hacerse el diagnóstico de preñez; si este es algunas veces un poco delicado, en general se puede tener si no la certeza médico legal, al menos la seguridad clínica. En segundo lugar, será necesario hacer la distinción clara entre el vómito de otras causas, y el vómito que está bajo la dependencia directa del embarazo.

Hasta cierto punto, Dubois tenía razón de hablar de enflaquecimiento en el primer periodo, de fiebre, ó sea de aceleración del pulso, en el segundo, de fenómenos cerebrales en el tercero; pero si debiéramos basarnos en estos datos, muchas veces se estaría próximo al diagnóstico sin poder formularlo. Lo que domina, lo que caracteriza el vómito, llamado incoercible, son los trastornos del sistema nervioso. La mujer atacada de ellos presenta algo de particular, es una indiferencia, es un abandono, es una depresión física extraordinaria; y este estado sico-patológico precede al enflaquecimiento, y es en él que deberemos basarnos para formular un diagnóstico seguro, aun cuando el vómito no sea muy repetido.

*Anatomía patológica.*—Desde resultados completamente negativos hasta alteraciones de todos los órganos, todo ha sido citado.

Pero las observaciones bien hechas, las autopsias practicadas por manos expertas, como las de Tarnier, manifiestan que ninguna alteración se observa en los órganos después de la muerte por vómitos incoercibles.

*Tratamiento.*—Los clásicos han dividido este capítulo en varios sub-capítulos. Han establecido una terapéutica médica, una terapéuti-

ca quirúrgica, una terapéutica obstétrica.— El tratamiento médico comprende el uso de todos los medicamentos que figuran en la farmacología universal. Entre ellos ha habido algunos que, han tenido momentos de fortuna, pero de breve duración. Entre los tópicos, la belladona aplicada sobre el cuello del útero, parecía en una época la panacea, pero aún ella cayó en el olvido. En una palabra, el tratamiento médico ha dado resultados completamente negativos.

El tratamiento quirúrgico consistía en la dilatación del cuello, cuando se creía que su rigidez era la causa del vómito.

El tratamiento obstétrico fué dictado por Dubois y modificado por Tarnier, sobre él hemos ya insistido bastante.

Ahora, saliendo del campo del clasicismo puro, juzguemos la cuestión bajo el punto de vista de los estudios modernos.

Es posible hacer depender todos los fenómenos que acompañan el período gestatorio de una causa única? Existe una línea de demarcación entre el vómito simple y el vómito llamado incoercible? Todos estos síntomas podemos encontrarlos fuera de la preñez?

El año pasado Levi sostuvo ante la Facultad de Medicina, su tesis de doctorado, discutiendo sobre "*Los trastornos nerviosos de origen hepático.*"— Dice él: "que fuera de las causas infecciosas, tóxicas, autotóxicas, y diatésicas, que pueden producir trastornos nerviosos y hepáticos, sin la intervención del riñón, existe un conjunto de trastornos nerviosos de origen hepático, demostrados por la observación clínica y la observación experimental" He aquí los accidentes que Levi ha podido notar: 1.° *la modificación del carácter* en el curso de la enfermedad, con ictericia ó sin ictericia; 2.° *laxitud*, una *astenia muscular* que puede simular una neurastenia atenuada; 3.° *Cefalea,*

*vértigos, y desórdenes del sueño,* que se presentan ya bajo la forma de insomnio, ya bajo la forma de soñolencia ó narcosis hepática; 4.° *trastornos de la sensibilidad general: prurito, neuritis tóxica, trastornos vaso-motores, trastornos oculares.*

Ahora, abrid vuestros clásicos, buscad el capítulo de los llamados fenómenos simpáticos de la preñez, y decidme si no encontráis reproduciendo el mismo cuadro que nos dá Levi para la intoxicación hepática. La fecundación y el desarrollo del huevo pueden determinar la modificación del carácter, la laxitud, la astenia muscular, el insomnio y la soñolencia, el prurito, la neuritis, los trastornos oculares. En consecuencia, podemos considerar los fenómenos que observamos en las mujeres embarazadas, y los que Levi ha notado en casos de lesiones hepáticas, como dependientes de una misma causa: *la intoxicación por alteración de las funciones hepáticas, la hepato-toxemia.*

Pondremos pues bajo esta dependencia el vómito incoercible y la eclampsia, que no son sino dos síntomas de una entidad morbosa única, la auto-intoxicación. Y nos apoyamos para esto también en los resultados obtenidos por Hahn y Newcki, que practicando la fistula de Eck en perros, llegaron á las mismas conclusiones que Levi.

No hacemos pues diferencia alguna entre el vómito simple y el llamado incoercible, ambos son efectos de una misma causa. Es natural que el vómito sea más grave en personas que se hallan, por decirlo así, predisuestas á el, por enfermedades anteriores que han interesado el hígado, ó por una predisposición nerviosa.

Pero cual es el veneno? Creo que hoy sería todavía prematuro decirlo, no sabemos si es único ó múltiple. El hecho existe, y si hoy no se puede todavía presentar *in vitro*, puede demostrarse clínicamente.

El gran paso dado en el estudio de la etiología del vómito incoercible ha permitido el adelanto en el campo de la terapéutica.

Hahn y Newcki, estudiando la fistula de Eck han observado que cuando los animales sometidos á la experiencia eran alimentados con sustancias sólidas se presentaban en ellos todos los fenómenos que hemos estudiado hace poco; en cambio, si eran tratados con la dieta láctea, los fenómenos desaparecían poco á poco, y los animales podían vivir sin inconvenientes demasitados graves.

Fué después de estos resultados que tracé mi regla de conducta, no sólo para los vómitos llamados incoercibles, sino en todos los casos en que los fenómenos, dichos simpáticos de la preñez tuvieran un carácter más grave que de ordinario.—No es siempre fácil someter á la mujer al régimen lácteo, especialmente cuando los trastornos de auto-intoxicación, que acompañan los primeros meses á la preñez, no son muy acentuados: existen contra él muchas preocupaciones; precisa, pues, que el partero sepa adquirir para con su enferma y las personas que la rodean, la autoridad necesaria para ejercer sobre ella un poco de sujeción, lo que le facilitará mucho el trabajo.

El tratamiento, en general, es el empleado para la eclampsia, para la albuminuria. Se comenzará suministrando á la enferma un purgante; se hará funcionar la piel con fricciones de alcohol y limón; se la someterá á la dieta láctea, y si este alimento no es tolerado se recurrirá al Kefir. En los casos de dolores neurálgicos se suministrará por vía rectal el cloral. Pero cuando ni la leche ni el Kefir puedan ser tolerados, se prescribirá un régimen dietético especial: exclúyase las carnes negras, los asados, la caza, etc., permítase solamente las carnes blancas, las legumbres y las frutas.

Cuando seais llamados demasiado tarde, cuando tengais la certidumbre que el tratamiento no pue-

de dar éxito, no abandonéis el campo de batalla. Tenéis todavía un cartucho á vuestra disposición—servios de él—esto es, provocad el aborto aunque tengáis á la vista, mas que un ser vivo, un cadáver. Algunas veces vuestra tentativa será coronada de éxito, pero en todos los casos, que no os desaliente la derrota, venceréis otra vez.

Recordad todavía que no se debe tratar demasiado á la ligera los fenómenos, llamados simpáticos, de la preñez: ellos revelan la presencia en el organismo de un veneno, que facilmente puede abrirse paso y dar lugar á un estado gravísimo.

Deberá combatirse inmediatamente al enemigo y reducirlo á la imposibilidad de hacer daño

Veis pues que no es solo la denominación que cambia sino tambien la idea principal, asi pueden considerarse todos estos fenómenos como manifestaciones de una causa única, de la auto-intoxicación por insuficiencia hepática, en una palabra de la hepato-toxemia; y este cambio permite establecer un tratamiento racional y que no puede dejar de dar buenos resultados.

### Conferencia del doctor José Sanarelli.

SOBRE EL MICROBIO DE LA FIEBRE AMARILLA.

Señores:

Cuatro siglos han transcurrido desde la época en que una terrible enfermedad, desconocida hasta entonces para los europeos, apareció por primera vez entre los audaces acompañantes de Cristóbal Colón en el descubrimiento de la América.

Dos siglos apenas han transcurrido desde la época en que esa misma enfermedad, abandonada su asiento natural en el golfo de Méjico y en las Antillas, hizo su primera aparición en la América

del Sud, donde la epidemia de Olinda, permitió al médico portugués *Ferreira da Rosa*, describir en su "*Tratado da constituição pestilencial de Pernambuco*", ese extraño proceso morboso que tan triste celebridad debía adquirir, bajo el nombre de "*fiebre amarela*."

Un hecho es digno de mención: todas las otras enfermedades infecciosas, después de las grandes epidemias que registra la historia, ó sea por una especie de inmunidad adquirida por selección y transmitida por herencia, sea por las medidas profilácticas más racionales y eficaces hoy, á causa de las recientes conquistas de la ciencia, parecen disminuir poco á poco de virulencia, ó por lo menos tender á encerrarse en sus primitivos confines.

La fiebre amarilla, al contrario, ha extendido progresivamente sus dominios en estos cuatro siglos, y su virulencia, no solo no se extingue, sino que está lejos de disminuir.

Limitada al principio á una zona relativamente pequeña, entre el golfo de Méjico y las Antillas, ha aparecido sucesivamente en repetidas invasiones, más ó menos graves, en la costa oriental de ambas Américas desde el río San Lorenzo hasta el río de la Plata; en época más reciente, salta el istmo de Panamá ó atraviesa el Océano, para hacer su aparición, por repetidas veces, en el litoral occidental de la América y en la costa atlántica de Europa y del África.

El mismo Mediterráneo no ha quedado tampoco inmune, porque el estrecho de Gibraltar no es barrera suficiente contra la fiebre amarilla, como no lo es el canal de Suez para las grandes epidemias de origen asiático.

No es, por lo tanto, una amenaza vana el afirmar que, dadas la facilidad y la frecuencia de las comunicaciones, sobre todo por vía marítima, ninguna región del mundo puede considerarse garantida contra la invasión del funesto mal,

que guarda, sin embargo como instalación definitiva, el foco clásico del golfo de Méjico, de las Antillas, del Brasil y de la Sierra Leona.

Como si esto no bastase, en estos últimos años, particularmente en el Brasil, la enfermedad empieza á propagarse, de las regiones marítimas, donde parecía confinada por la naturaleza, á las regiones del interior del continente; ciudades consideradas hasta ahora como inmunes, se ven atacadas por la fiebre amarilla que abandona así su sede habitual de Río Janeiro, Bahía y Santos.

Ante un estado de cosas tan grave y que amenaza aumentar, no han faltado tentativas de distinguidos médicos para resolver los difíciles é intrincados problemas que se relacionan con esta enfermedad.

Desde hace ya tiempo han podido trazar el cuadro clínico de la fiebre amarilla; pero se han visto obligados á dejar en las tinieblas más profundas todo lo que se refiere á sus causas y á su profilaxia. Estas cuestiones, en efecto, no pueden ser afrontadas sino con la guía de las conquistas microbiológicas más recientes.

Por eso, cuando gracias á la benevolencia de mis colegas y á la liberalidad del Gobierno y de la Universidad, fuí llamado para fundar el nuevo Instituto de Higiene Experimental, hice el propósito de emprender una vez más, el estudio de esta difícil enfermedad.

No me guiaba solamente esa fascinación profunda que sobre todo cultivador apasionado de una ciencia ejercen los problemas más difíciles y por lo tanto más atrayentes: me guiaba sobre todo un sentimiento de deber anexo al alto puesto con que se me había distinguido.

En esta ribera encantadora del Plata, donde la naturaleza ha prodigado sus dones, por un conjunto de factores higiénicos y sociales que le son completamente propios,

las enfermedades populares causan un número de víctimas menor que en otros países; las estadísticas de la morbilidad y de la mortalidad son aquí excepcionalmente bajas.

Pero no por eso puede considerarse nuestro país completamente garantido contra la fiebre amarilla: pende, al contrario, sobre vosotros, como una amenaza constante y está todavía vivo el recuerdo de la gran epidemia de 1872, que arrancó tantas vidas y causó tantos duelos.

Otro sentimiento, que no puedo silenciar, me empujaba también á afrontar ese oscuro problema: la idea de que tantos compatriotas míos, que vienen á la lejana América á compensar con la virtud del trabajo la hospitalidad generosa de estas regiones, caen fatalmente heridos por el funesto mal, en el solio de esa grande y magnífica región, tan vasta como la Europa entera y en la que una gran parte de la actividad humana deberá aplicarse en el porvenir.

En Río Janeiro solamente, en las estadísticas de esta última década de 1886 á 1895, la fiebre amarilla arroja la cifra espantosa de 20,472 víctimas, de las cuales el 92,17 por ciento está representado por la población extranjera; es decir, por los que por medio del comercio marítimo y del trabajo de la tierra, contribuyen grandemente á la prosperidad de la vecina república.

Un cálculo muy ingenioso, verificado por mi distinguido colega y amigo el doctor Carlos Seidl de Río Janeiro, relativamente á la pérdida del capital social sufrida á causa de las 14,225 existencias humanas, suprimidas por la fiebre amarilla en dicha ciudad, en el período de cuatro años, de 1891 á 1894, descontando los ancianos y los niños, ha dado el siguiente resultado: además de la pérdida de la vida humana, calculada desde el punto de vista del salario, el dinero perdido á causa de los días de enfermedad y los gastos necesarios

para la asistencia, asciende á un total de 250 millones de francos.

Se comprende fácilmente, sin necesidad de comentarios, lo que representa esta enorme pérdida social en la capital de un inmenso territorio, que no requiere sino la actividad humana para convertirse en el país más rico del mundo.

¿Y qué decir de la hecatombe espantosa sufrida por el ejército español, durante la actual campaña de Cuba y de Filipinas? Basándose exclusivamente en las estadísticas oficiales, resulta que hasta Diciembre del año próximo pasado, no habían muerto en el campo de batalla, en ambos países sinó 1,192 soldados, mientras que la fiebre amarilla había causado solamente en Cuba 10,793 defunciones.

\* \* \*

Afronté el problema de la fiebre amarilla, no con presuntuosa confianza en mis pobres fuerzas, pero si con fé entusiasta en la ciencia que profeso, y que apesar de haber nacido ayer, cuenta ya con tantas conquistas en beneficio de la humanidad.

Y si algo de benéfico hay en el resultado de mis trabajos, dejadme confesarlo, lo debo á los maestros que me han guiado en mis estudios, que me han iniciado en mis investigaciones experimentales del laboratorio, y sobre todo, lo debo á vosotros, ciudadanos orientales, á la generosa iniciativa de vuestra nacion, á la hospitalidad cordial y fraternal que me habéis dispensado.

Experimento también un verdadero placer en hacer extensivo mi más sincero agradecimiento al Exmo. señor Presidente de la República, al Exmo. señor Ministro de Fomento y á las Autoridades Universitarias, que no han tenido inconveniente en facilitarme en todo lo posible la prosecución y la feliz terminación de esta obra.

\* \* \*

Para facilitar la comprensión de lo que diremos mas adelante, re-

sumamos en breves rasgos el cuadro clínico y anatomo-patológico de esta enfermedad.

La fiebre amarilla presenta un conjunto de síntomas muy variados, que se acompañan más ó menos regularmente y que pueden ser comprendidos en el siguiente tipo nosológico común, dividido en tres períodos:

*Primer período*—Después de una incubación, cuya duración se admite ser de 2 á 4 días, aparecen los primeros síntomas, generalmente repentinos y violentos. El enfermo es sorprendido, ordinariamente durante el sueño, por un escalofrío, más ó menos intenso, seguido de una rápida elevación de temperatura ( $40^{\circ}$ - $41^{\circ}$  c.).

Otras veces, sin embargo, es precedido por síntomas que no tienen nada de característico, y se hallan comprendidos entre los signos habituales de las enfermedades infecciosas agudas graves: cefalea, dolor intra-orbitario, fatiga general, dolores musculares, dolor epigástrico, náuseas, vómitos, y sobre todo raquialgia intensa.

En pocas horas el estado general del paciente se agrava singularmente: la piel, á veces seca, otras cubierta de sudor; la cara enrojecida, los ojos inyectados, las pupilas dilatadas y la mirada brillante y aterrorizada como la de un ébrio.

Sobreviene el insomnio con agitación indefinible, angustiada, persistente, acompañado siempre de raquialgia espasmódica—el *coup de barre* de los autores franceses—y de una opresión epigástrica tan molesta, que postra al enfermo en un abatimiento físico y moral extremo.

Una intolerancia gástrica tenaz, acompañada de náuseas y de sed ardiente, preceden de poco á los desórdenes de las funciones digestivas, que se manifiestan primero por vómitos alimenticios, después mucosos, y al fin biliosos, rara vez sobreviene diarrea: la constipación es la regla; la lengua saburral, rosada en los bordes, las

encías tumefactas y cubiertas de sangre; la mucosa del paladar blando y de la faringe, congestionada é inflamada, las orinas raras, muy coloreadas y ligeramente albuminosas.

Todos estos síntomas persisten y se agravan en los dos ó tres primeros días, durante los cuales la temperatura alcanza su *máximum*, que es de á  $40^{\circ}$ - $41^{\circ}$ , con ligeras remisiones.

Es entonces que aparecen ordinariamente la ictericia y el llamado *vómito negro*, debido á las frecuentes hemorragias gástricas.

*Segundo período*—Hacia el cuarto día, sobreviene en el estado del enfermo una sorprendente transformación de todos los síntomas.

La fiebre cesa, la cefalalgia, la raquialgia y la mialgia desaparecen conjuntamente con la sed y la congestión de las mucosas y de la piel, que readquiere su frescura habitual.

El paciente experimenta una sensación subjetiva de bienestar insólito: tórnase alegre y expresa su confianza en un próximo restablecimiento; pero la sensibilidad epigástrica característica y el vómito no desaparecen completamente, de modo que si el enfermo, después de este estado de resolución, cuya duración varía entre pocas horas y dos días, no entra francamente en convalecencia, sobreviene el último período.

*Tercer período*—Caracterizado en general por el ascenso de la temperatura y por una agravación rápida de todos los síntomas, la sensibilidad gástrica y el vómito se exasperan, la ictericia es más intensa, el pulso filiforme, y por la piel se producen transpiraciones horriblemente fétidas.

El enfermo cae en un profundo abatimiento que lo lleva á la inconsciencia, la fisonomía se altera; hemorragias incesantes sobrevienen por las narices, intestinos, oídos, conjuntivas, órganos genitales, etc.; la boca está atacada de estomatitis intensa y la anuria se anuncia acompañada de horribles dolores lumbares.

Entretanto los vómitos de sangre extenuan al paciente, que cae pronto en delirio, seguido de un creciente é irreparable colapso, caracterizado especialmente por el descenso de la temperatura y el empequeñecimiento del pulso.

Sobreviene, en fin, la extenuación; el vómito se hace casi continuo, y el enfermo cae en sopor y muere en coma ó por convulsiones, entre el 5.º y 7.º día de enfermedad, presentando un cuadro final de los más espantosos.

Este es, poco más ó menos, el tipo clínico ordinario de la fiebre amarilla; pero, como sucede en todas las enfermedades infecciosas, este tipo es susceptible de tan infinitas variaciones y de tan diferentes complicaciones, que puede decirse que la fiebre amarilla no es nunca idéntica á sí misma.

Las *excepciones* más frecuentes, y que merecen ser señaladas para mejor inteligencia de algunos hechos que estudiaremos más adelante, son las siguientes: 1.º es imposible establecer un tipo térmico *específico* de la fiebre amarilla, porque varía con una frecuencia mayor que la del tipo térmico considerado como normal; 2.º la ictericia puede manifestarse desde el principio, como puede no aparecer sino durante la convalecencia; 3.º el vómito puede ser precoz ó tardío, y en lugar de trasformarse en hemorrágico, permanecer bilioso, durante toda la enfermedad; 4.º la muerte, en lugar de verificarse entre el 5.º y 6.º día, puede sobrevenir en las 48 primeras horas [forma fulminante], ó al contrario, retardarse hasta el 10.º ó 12.º día.

Las *complicaciones* más notables que sobrevienen en el curso de la fiebre amarilla son: la disentería, la parotiditis, los abscesos y las erupciones forunculosas, que aparecen generalmente en el último periodo de la enfermedad ó al principio de la convalecencia.

Las *recaídas* son siempre graves, y pueden sobrevenir mucho después del principio de la convalecencia. He conocido un caso en el

cual la recaída se produjo al cabo de un mes.

Las *recidivas* son raras; más frecuentes después de un ataque ligero que después de uno grave; lo que permite establecer como máxima que, una vez la curación obtenida el hombre adquiere lentamente su inmunidad y permanece al menos por algún tiempo bien vacunado.

Desde el punto de vista de las *lesiones anatómicas*, la fiebre amarilla puede ser considerada como el tipo de las enfermedades *esteatógenas*, puesto que, si bien sintomatológicamente dominan los fenómenos congestivos y hemorrágicos, anatómicamente son las lesiones degenerativas las que se presentan en primera línea.

En efecto, en las autopsias encontramos: 1.º En los *centros nerviosos*: hiperemias, infiltraciones serosas, estado congestivo marcado y hemorragias de las meninges y de las capas superficiales de los órganos cerebro-espinales, con un máximo en la porción dorso-lumbar de la médula espinal. Este hecho se halla relacionado, según todos los autores, con la *raquialgia*, que es uno de los síntomas iniciales más característicos de la fiebre amarilla.

2.º En el *aparato respiratorio*: equimosis en las pleuras y pulmones, á veces catarro agudo de la tráquea y de los bronquios.

3.º En el *aparato circulatorio*: degeneración grasosa del miocardio, pericarditis serosa ó hemorrágica.

4.º En el *aparato digestivo*: *estómago* con lesiones de gastritis aguda, más ó menos intensa; *intestinal* con su mucosa á veces normal, otras hiperémica, y aún ulcerada en los casos de larga duración; *hígado* con degeneración grasosa, más ó menos intensa y generalizada, comparable á veces á la que se observa en el envenenamiento por fósforo ó el arsénico, y que dá á este órgano un aspecto tan característico, que ha merecido los nombres de "hoja seca",

“cuero viejo”, “piel de gamuza”, etc.

5.° Los *ganglios mesentéricos*: á veces tumefactos, presentan otras el volúmen, el aspecto y la consistencia normales.

6.° En el *aparato urinario: nefritis* aguda, más ó menos intensa con degeneración grasosa del epitelio renal; *vejiga* habitualmente contraída, á veces congestionada y conteniendo escasa cantidad de orina, ordinariamente albuminosa, rara vez hemorrágica.

7.° El *bazo* participa poco de las lesiones de la fiebre amarilla; conserva casi siempre su volumen normal, y solo se presenta un poco aumentado cuando la enfermedad dura más de ocho días.

Este hecho reviste cierta importancia diagnóstica, puesto que sirve para establecer una distancia radical entre la fiebre amarilla y todo el grupo de las fiebres palúdicas.

8.° Desde el punto de vista de la *sangre* aparte de la sensible disolución globular y de la variabilidad en las proporciones de su contenido en *urea* [hemos encontrado desde 0,05 á 3,78 ‰], llaman la atención las hemorragias, que por su frecuencia, su gravedad y la multiplicidad de las vías por donde se producen, constituyen un hecho característico de la fiebre amarilla.

En resúmen, pues, no existe ninguna lesión verdaderamente patognomónica de la fiebre amarilla. Esa misma tendencia tan pronunciada á la degeneración grasosa y á la hematomolisis, se observa en varias otras enfermedades [envenenamientos por fósforo, arsénico y alcohol, fiebre tifoidea, tífus recurrente, escorbuto, etc.].

Las lesiones catarrales de la mucosa gastro-intestinal, las erociiones de la mucosa gástrica, la hiperemia de las meninges y de ciertos parénquimas, presentan, es cierto en la fiebre amarilla una importancia particular; pero se debe recordar que, no solo no son especiales á esta enfermedad, sino que

se encuentran en muchos otros estados morbosos, ya como lesiones iniciales, ya como lesiones secundarias.

A pesar de esto, las alteraciones de la fiebre amarilla en su conjunto, constituyen bien, como dice *Jaccoud*: “un criterio anatómico más neto y mejor definido que el de la mayoría de las enfermedades infecciosas.”

\* \* \*

¿Cuál es el proceso y cual el agente patógeno de una forma morbosita tan grave y tan compleja?

En una época muy anterior á la nuestra, se admitía entre los médicos, que la fiebre amarilla era debida á la influencia malárica.

Se admitió después teóricamente la existencia de un microbio específico, en busca del cual se han esforzado vanamente muchos bacteriólogos.

Es superfluo discutir sobre el resultado de estos estudios, en su mayoría negativos ó erróneos, y á veces hasta fantásticos y paradojales.

El doctor *G. Sternberg* de Baltimore, autor del estudio etiológico más reciente, más abundante y mejor dirigido que, relativamente á este punto, se ha escrito hasta hoy, declara que el microbio de la fiebre amarilla no ha sido encontrado aún, y afirma que todo lo referente á esta cuestión debe ser estudiado de nuevo *ab initio*.

A pesar de esto, de acuerdo con la mayor parte de los autores, y basándose, no solamente sobre la frecuencia del resultado negativo del exámen bacteriológico practicado sobre las vísceras y la sangre del cadáver, sino también sobre el asiento gástrico de las principales manifestaciones morbosas, *Sternberg* y la mayoría de los más distinguidos sabios brasileros, entre los cuales recuerdo con placer al doctor de *De Lacerda*, creen que se trate muy probablemente de una infección local, cuya localización principal es el estómago. En



este órgano el agente infeccioso todavía desconocido, elaboraría una sustancia tóxica, que absorbida por medio de la sangre, daría lugar á los síntomas generales característicos de la fiebre amarilla.

Consecuentes con esta idea, tanto Sternberg, como los demás autores, aconsejan el uso de los álcalinos y de los desinfectantes gastro intestinales en el tratamiento de la fiebre amarilla.

\*  
\*  
\*

Los conocimientos clínicos, etiológicos y epidemiológicos de la fiebre amarilla hallábanse en ese estado, cuando pensé dedicarme á su estudio.

El material de mis estudios pude procurármelo, en parte en el Lazareto de la Isla de Flores, donde durante el verano pasado tuve instalado un pequeño laboratorio, destinado á hacer investigaciones sobre los enfermos ó sobre los cadáveres de individuos provenientes de los puertos del Brasil y enfermos durante el viaje; en parte, en el Hospital de San Sebastian, de Rio Janeiro donde, gracias á la amabilidad de su digno director el doctor C. Seidl y de los eminentes colegas doctores Fajardo y Couto, pude instalarme convenientemente y dedicarme más de un mes, á investigaciones clínicas, anatómicas y bacteriológicas.

Referir la historia de estas investigaciones sería describir un viaje difícil, afanoso y lleno de peligros, á través de un terreno desconocido y rodeado de toda clase de obstáculos.

Puedo asegurar desde ahora, que el reconocimiento y el aislamiento del agente específico de la fiebre amarilla deben ser considerados como una de las empresas más difíciles que se hayan presentado hasta ahora á la paciente investigación de los microbiologistas. Quedan así explicados y justificados los innumerables fracasos de todos los que me han precedido hasta hoy.

Cualquiera que asista á un enfermo de fiebre amarilla y siga atentamente el desenvolvimiento sucesivo de esta imponente sintomatología, que dá á esta enfermedad un aspecto tan típico y tan característico no puede dudar un instante, de que la causa de ese conjunto sea una infección microbiana, absolutamente específica, y por lo tanto fácilmente demostrable en la autopsia.

Sin embargo, en la mayor parte de los casos, el resultado de la investigación bacteriológica más completa y minuciosa practicada sobre el cadáver, parece hecho propósito para desorientar completamente el investigador y debilitar la constancia de sus propósitos.

En efecto, los cadáveres de las víctimas del tífus icteroide, ó son estériles ó se hallan totalmente invadidos, á veces, en estado de pureza, por ciertas especies microbianas, como el *streptococcus*, el *stafilococcus*, *pyogenes* el *colibacillus*, el *proteo*. etc., que no pueden ser considerados como causa de la enfermedad; ó bien, en fin, se muestran invadidos por una mezcla de microbios, cuyo aislamiento, clasificación y estudio exigen una suma tal de trabajo, que hace imposible toda investigación sistemática y cuidadosa.

Creo ocioso referir ahora porque vía llegué al conocimiento del microbio de la fiebre amarilla, sin ocultar sin embargo, que debo esa suerte al segundo caso de fiebre amarilla que se me presentó en la Isla de Flores,

Este caso, á la inversa del primero, que me presentó una mezcla de varios microbios, ofreció en estado de relativa pureza el microbio específico, al cual di en seguida el nombre, algo impropio, pero bastante significativo, de *bacillus icteroide*, basándome en que la fiebre amarilla es también conocida bajo el nombre de *tífus icteroide*.

He dicho en estado de relativa pureza, porque la fiebre amarilla es el prototipo de las enfermedades

de infección mixta; en las once autopsias que he practicado, no he encontrado nunca el *bacillus icteroide* solo: estaba por lo menos asociado al *colibacillus*, al *stafilococcus*, ó al *streptococcus*. En el segundo caso de la Isla de Flores, estaba solamente asociado á una pequeña cantidad de *colibacilas*; y en el octavo, estudiado en Río Janeiro, al *stafilococcus aureo*.

En todos los demás casos, ó bien lo he hallado confundido en cantidad relativamente pequeña, entre las numerosas especies microbianas banales, ó bien no he conseguido encontrarlo, por estar el cadáver completamente ocupado por otros microbios, los cuales, después de haber conseguido invadir el organismo gracias á la acción del *bacillus icteroide*, como lo veremos más adelante, acaban por perjudicar su desenvolvimiento y hasta por hacerlo desaparecer totalmente.

Avanzaré desde ahora que el *bacillus icteroide* debe ser buscado en la sangre y en los tejidos, y no en el tubo gastro-intestinal donde, contrariamente á lo que podría suponerse *a priori*, no se le encuentra nunca.

En realidad, en la fiebre amarilla, como en la tifoidea, se produce en el tubo digestivo una multiplicación exagerada del *colibacillus*, que se halla en un estado de pureza casi absoluto.

Basándome en el resultado de mis investigaciones, diré que el aislamiento del microbio específico de la fiebre amarilla no es posible sino en el 58 por ciento de los casos, y que hasta puede practicarse, algunas veces, durante la vida.

Las razones por las cuales no puede pretenderse que en todos los casos de fiebre amarilla se deba aislar el agente específico, son fáciles de comprender.

Ante todo, al principio de la enfermedad, el *bacillus icteroide* se multiplica muy poco en el organismo humano, bastando, como veremos más tarde, una pequeña cantidad de toxina para provocar en

el hombre el cuadro completo, gravísimo de la enfermedad.

En segundo lugar, la toxina, sea por sí misma, sea indirectamente por medio de las lesiones profundas que determina, sobre todo en la mucosa digestiva y en el hígado, facilita de un modo extraordinario las infecciones secundarias de todo género.

Esas infecciones secundarias adquieren á veces el tipo de verdaderas septicemias de *colibacillus*, *streptococcus*, *stafilococcus* etc., capaces de matar por sí solas al paciente; otras veces, se presentan en asociaciones mixtas, tan múltiples, que en los últimos períodos de la vida, pueden transformar al enfermo en un verdadero cultivo de casi todas las especies microbianas intestinales.

Finalmente, resultando de mis investigaciones que el *bacillus icteroide* se encuentra en la sangre circulante y en el interior de los tejidos, y que no se llega nunca á ponerlo en evidencia en el contenido gastro-intestinal, debe establecerse; contrariamente, á lo que se suponía hasta hoy, que el virus de la fiebre amarilla no reside en el tubo digestivo, y que por lo tanto su veneno, en vez de ser absorbido al través de las paredes intestinales, es fabricado en el interior de los órganos y la sangre.

Morfológicamente, este bacillus no presenta, á primera vista, nada de característico. Se trata de un bastoncito con extremidades redondeadas, reunidos cuando más por pares en los cultivos y por grupitos en los tejidos, de una longitud de 2 á 4 milésimos de milímetro, y generalmente dos ó tres veces más largo que ancho; es bastante poliformo.

Su investigación en los tejidos no da buenos resultados sino cuando la muerte del enfermo sobreviene sin septicemia secundaria.

Aún en los casos en que el examen bacteriológico dá los resultados más puros, no es fácil ponerlo en evidencia en los cortes de teji-

dos, á causa de sus número, sumamente pequeño.

A pesar de esto, se puede empleando medios adecuados, encontrarlo en los órganos, reunido generalmente en pequeños grupos situados siempre en los minúsculos capilares del hígado, riñón, etc.

El mejor medio para demostrar, no sólo su presencia sino también su tendencia especial á localizarse en pequeños grupos, preferentemente en los capilares sanguíneos, consiste en cortar un fragmento de hígado, obtenido de un cadáver fresco, y colocarlo en la estufa á 37° durante doce horas, para facilitar la multiplicación del microbio específico.

El bacilus de la fiebre amarilla se desenvuelve bastante bien en todos los medios nutritivos ordinarios.

En cultivos llanos, en *gelatina común*, forma colonias redondeadas, transparentes y granulosas, que durante los tres ó cuatro primeros días presentan un aspecto análogo al de los leucocitos.

La granulación de la colonia se pronuncia cada vez más, apareciendo ordinariamente un núcleo central ó periférico, completamente opaco; con el tiempo, la colonia misma se hace completamente opaca. No fluidifica nunca la *gelatina*.

Los cultivos en estría, sobre *gelatina* oblicuamente solidificada, se desenvuelven formando gotitas brillantes y opacas, semejantes á gotas de leche.

En el *caldo de carne* se desenvuelve ligeramente, sin formar nunca ni películas ni depósitos floconosos.

Sobre *suero de sangre solidificada*, crece de un modo casi imperceptible.

El cultivo sobre *gelosa* (agar-agar), al contrario de lo que sucede con la mayoría de los microbios patógenos conocidos, representa para el *bacilus icteroides* un medio de diagnóstico de primer orden; pero la demostración de este

medio de diagnóstico no resulta eficaz sino en determinadas condiciones.

Quando las colonias se desenvuelven en la estufa, presentan un aspecto que no difiere del de la mayoría de otras especies microbianas; son redondeadas, de color gris ligeramente iridiscente, transparente, de superficie lisa y contornos regulares.

Si en lugar de hacerlas desenvolver en la estufa á la temperatura de 37°, se dejan desarrollar á la temperatura ambiente de 20°-22°, las colonias se presentan como gotas de leche opacas, salientes y con reflejos perláceos: es decir, completamente distintas de las desarrolladas en la estufa.

Puede, pues, utilizarse este diferente modo de desenvolvimiento, exponiendo los cultivos, primero por 12-16 horas á la temperatura de la estufa, y después por otras 12-16 á la del ambiente.

Hecho esto, las colonias se presentan constituidas por un núcleo central plano, transparente y azulado, y por un círculo periférico, prominente y opaco; el conjunto ofrece el aspecto exacto de un *sello de lacre*. Este carácter, que por ahora debe ser considerado como específicos, puede ser puesto en evidencia en menos de 24 horas, sirviendo así para establecer de una manera rápida y segura el diagnóstico bacteriológico del *„bacilus icteroides*.

Aparte de este carácter morfológico, que basta por sí solo para diferenciar el microbio de la fiebre amarilla de todos los otros conocidos hasta hoy, está dotado el *„bacilus icteroides* de algunas propiedades biológicas interesantes.

Es un anaerobio facultativo, no resiste á la coloración de Gram; fermenta insensiblemente la lactosa, más activamente la glucosa y la sacarosa, pero no es capaz de coagular la leche; no produce indol, resiste mucho á la desecación, muere en el agua á 60° ó después

de 7 horas de exposición á los rayos solares, y vive largo tiempo en el agua del mar.

(CONTINUARÁ)

## FORMULARIO

### Tratamiento del asma

A *En el momento del acceso.*—  
1.º Hacer quemar en unas brasas una cucharada de las de café del siguiente polvo:

Nitrato de potasa.....	3 gram.
Polvos de hojas de estramonio.....	} áá 5 —
Polvos de hojas belladona.....	
Polvos de hojas de beleño.....	

M.

2.º Tomar en dos ó tres veces, con intervalos de media hora, la poción siguiente:

Tintura de lobelia.....	4 gram.
Jarabe de morfina.....	30 —
Agua de laurel cerezo....	10 —
Agua de lechuga.....	90 —

M.

B. *Fuera de los accesos.*—Administrar de 2 á 4 cucharadas al día de la siguiente mixtura:

Ioduro de potasio..	} áá 5 gramos
Agua destilada	
Jarabe de opio....	50 —
Jarabe de cortezas de naranjas. . .	140 —

M.

\* \*

### Dispepsia por atonía gástrica

(C Schewerst)

Tint. nuez vómica.....	10 gram.
Resorcina.....	5 decigrs.

*Dosis:* De 5 á 10 gotas tres veces al día.

\* \*

### Tintura antigotosa

(Gayle)

Tint. estramonio.....	4 gram.
“ simientes colchico..	6 “
“ guayaco .....	60 “

*Dosis:* Tres cucharadas de las de café al día.

\* \*

### Eczema agudo

Oxido zinc.....	1,50 gram.
Subnitrato bismuto....	2 “
Polvo arroz.....	} aa 8 “
“ licopodio .....	

*Usos:* Espolvosear mañana y noche las superficies enfermas.

(“Los Nuevos Remedios”.)

## PUBLICACIONES RECIBIDAS

**Le Technique des Rayons X.**  
Manuel opératoire de la radiographie et de la fluoroscopie, à l'usage des médecins, chirurgiens et amateurs de photographie, par ALEXANDRE HÉBERT, préparateur à la Faculté de Médecine. (Bibliothèque de la *Revue générale des Sciences.*) 1 vol. in-8.º carré de 138 pages, avec figures et 10 planches hors texte, 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

\* \*

**Manuel d'ophtalmologie,** par le docteur E. FUCHS, professeur ordinaire d'ophtalmologie à l'Université de Vienne. *Deuxième édition française* traduite sur la *cinquième édition allemande*, par les docteurs C. LACOMPTE et L. LEPPLAT. 1 fort. vol. in-8.º raisin de 860 pages, avec 221 figures. Prix, cartonné: 25 fr. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

Callao, Abril 22 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy Señores Mios: He tenido el gusto de prescribir á muchos enfermos y con muy buen éxito la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos.

De Uds. Atto. S. S.

M. CANTUARIAS Y LOPEZ,  
Médico del Hospital de Guadalupe.