

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, 30 DE JUNIO DE 1899.

{ N.º 252

Demografía limeña

—
Científicamente toda iniciativa referente á higiene urbana, debe inspirarse en el estudio preliminar de la demografía de la ciudad.—
Enrique León García.
— 'La Crónica Médica'
N.º 248.

En un artículo, que bajo el epígrafe de *La cuestión higiénica*, publicó nuestro estimable colega, el doctor Enrique León García, expuso entre muchas otras cosas, y al lado de buenos párrafos con que rozó muy de cerca, la muy atendida y eminentemente seria cuestión de el alcoholismo, asunto por demás importante y de trascendentales consecuencias para las razas, expuso repetimos, la necesidad imprescindible é imperiosa, de formar buenas estadísticas que señalaran los rumbos, y dieran fácil acceso á las medidas higiénicas que hubieran de batallar contra los causas, no solo de despoblación, sino aún, contra las que—concediéndolo—solo sean motivo de un statu quo desesperante en materia de incremento del factor numérico de nuestra población urbana, y que yendo más allá y subyugando á los enemigos que el doctor García denuncia,—nos referimos al

impaludismo, la tuberculosis y el alcoholismo, á lo que nosotros agregamos el mal de Job—permitieran no tan solo el aumento de la cifra de las fuerzas vivas de la nación, sino que protegiéndolas, llevaran sus energías hacia el porvenir, escudando con el remedio de hoy, á las generaciones que han de reemplazarnos en el campo de la vida.

Indudablemente que antes de oponer el remedio, hay que averiguar la etiología del mal, verdad también aplicable á las cuestiones de orden higiénico.

Por mucho que se luchase, por grandes esfuerzos que se desarrollaran en la consecución de fin tan urgente é inaplazable, por grandes que fueran las sumas de dinero puestas en movimiento, y los derroches de inteligencia por ricos que fueran, pensamos que no estarían en justa y halagadora relación con los frutos que pudieran cosecharse; pues dado el caso de que se obtuvieran, lógicamente tendrían que ser muy mediocres, si ellos han sido el término de medidas generales y aplicadas al azar; sin que el móvil y la acertada disposición hayan tomado su origen en la detallada observación y en la perfecta diferenciación de las necesidades particulares de las diversas zonas que patológicamente queda-

ran señaladas en la ciudad por la morbosidad y letalidad mismas; por manera que la disposición higiénica que en un lugar fuese necesaria y acertada, perdería más allá su carácter de oportunidad, para ser sustituida por otra más apropiada, en favor del lugar de que se tratara. — La cuestión higiénica para que sea verdaderamente eficaz, necesita basarse sobre la población especial á cada uno de los diferentes distritos y en la estrictez científica de las estadísticas de natalidad y letalidad clasificadas y debidamente combinadas y comparadas, deduciéndose entonces de ahí el remedio aplicable, merced á esos cómputos, de las causas que entraron en culpa de aquella mortalidad acusada por la exactitud aritmética de una estadística concienzuda.

Tenemos más ó menos la primera condición, es decir, la población de cada uno de los cuarteles en que se halla dividida la ciudad; nos falta el segundo término de la proposición, para que pudieran hacerse formales deducciones y que la higieoterapia ofrezca entonces la mayor suma de garantías, en un asunto en que no solamente están de por medio los intereses individuales, los colectivos, sino también la integridad fisiológica, somática y síquica, de los que nos sustituirán en el porvenir.

Hacemos nuestras—y las repetimos—las palabras del doctor García, en su artículo del N.º 248 de LA CRÓNICA MÉDICA:

“Pero los comentarios no han ido hasta el punto de estudiar las causas de esas 4,205 defunciones”.

“Cabalmente lo que precisa: agruparlas por diagnósticos, por razas, por nacionalidades, por edades, por cuarteles, & estudiar las circunstancias que concurren á la realización de esas defunciones, deducir la ley de esa mortalidad”.

Poco afortunados en la conquista de los cuadros que la Oficina del Registro Civil publica anual-

mente, sin embargo, hemos podido coger algunos, que á pesar de su corto número, son suficientes para nuestro intento y nos demostrarán los serios inconvenientes que ofrecen y cuán necesario es corregir los defectos que encierran, sin descanso, sin tregua, “en campaña franca, vigorosa, infatigable”, á fin de que no “nos quede más remedio que confesar nuestra impotencia y llorar nuestra irreparable desventura”.

Tenemos á la vista los cuadros, llamados pretenciosamente demográficos, pertinentes á los años 1890, 1891, 1892, 1er. semestre del 93, 2.º del mismo y 1.º del 94 juntos, 1895, 1897 y 1868.

Constan tales demografías, las más de un tercio de cuadritos matrices, en los que, sin que digamos nada de los errores numéricos de algunos,—lo que probaría poca escrupulosidad en el trabajo de asunto tan delicado,—se hallan con una deficiencia lastimosa, que desde luego los hace poco ó nada aprovechables, para el asunto más insignificante de que se tratara, y para el que fuera necesario ocurrir al estudio de labores estadísticas.

En el mayor número solo se consignan nacimientos y defunciones, clasificadas apenas por edad, sexo, raza y condición civil; en muy pocos por nacionalidad, y en muchos falta lo relativo á ubicación, diagnóstico, &c. Siendo en tan corto número los cuadros demostrativos de la demografía limeña, natural es que su deficiencia é insignificante valor, salten á primera ojeada, que ninguna deducción pudiera lograrse del examen de ellos para las necesidades de la higiene y las investigaciones de la patología. Solo en el cuadro que comprende el 2.º semestre del 93 y 1.º del 94, se nota un tanto de proligidad y buen deseo de hacerlos útiles, más á pesar de aquel pretendido lujo que se ha querido emplear, resultan aún con defectos, fáciles de evitar, si se hubiera considerado el alcance del valor cien-

tífico que representan tales trabajos.

No es para para discutirse, y aún ni debería señalarse, la necesidad de los cuadros complementarios del cuadro matriz, pues en uno solo, indudablemente que es imposible consignar todas las combinaciones de relatividad que pueden efectuarse con los diferentes elementos de la demografía, distribuidos en perfecta sinópsis; y aún cuando de uno solo se tratara, aseguramos sin temor de ser antojadizos, que ha podido á poca costa, ampliarse y detallarseles.

Nótase á primera vista, el defectuosísimo procedimiento que se ha empleado al computar el tiempo, mezclando sin razón que lo justifique, los semestres de diferentes años, y que se haya reunido el último mes de un año anterior, al año en cuestión, descartándolo de su último propio mes. Aquello si bien completa los doce meses, no está de seguro en armonía con la índole y mente de las demografías, y contribuye solo á hacer más confuso é inútil, lo que sin esc ya es inútil y confuso.

Aquellos en que se clasifica las defunciones por enfermedades, adolecen de defectos de tal magnitud, que apenas si concebimos, como ha podido darse á luz semejantes trabajos, porque probablemente provocarán, fuera del país sobre todo, sonrisas que lamenten nuestro atraso, cuando en buena ley, solo puede llamársele desaliento é incuria.

Allí se encuentran columnas que cargan ostentosamente el título de *fiebres diversas, otras enfermedades, lesión orgánica del corazón*—sin decir cual—*tisis y tuberculosis pulmonar*, y la muy lastimosa de: *sin asistencia médica*; denominaciones inaceptables desde todo punto de vista y de entre las que la última revela en el pueblo ignorancia y miseria, cuestiones ambas que si bien no son defecto estadístico, siempre son justiciables de la intervención de los poderes públicos. Insistiremos unos cuantos se-

gundos acerca de la frase: *otras enfermedades*. No alcanzamos á comprender el móvil de ella, ó si se ha pensado que tal frase pueda que figurar en una estadística, si acaso significa ahorro de trabajo, bien se ha podido entonces escribirla á la izquierda y la cifra total de defunciones á la derecha por todo asunto, pues tanta razón hay para hacer una cosa como la otra.

Y si nos fijamos en lo de *tisis y tuberculosis pulmonar*, no cabe aquí el sutil distingio de que todos los tísicos no son tuberculosos, pues si esto es bien cierto patológicamente y atendiendo al rigorismo etimológico de la palabra, también es cierto que la medicina ha convenido en llamar simplemente *tisis* á las últimas evoluciones de la tuberculosis pulmonar; y desde luego, aún en este caso, poco importa á la estadística urbana el período de la enfermedad de los que mueren, cuestión que—lo creemos—no se habrá tenido en cuenta para la formación de esos cuadros, pues ello supondría que han sido hechos por personas obligadas á conocer las ciencias médicas.

Tales trabajos son de muy alta importancia; no son de tan insignificante y escaso valor como parece haberse pensado, pues que á más de que constituyen la fuente donde la ciencia coge uno de los motivos de sus atentas observaciones, donde cada ramo de la biología y de la ciencia sociológica toma los hilos que los ha de conducir por el dédalo de problemas tan delicados que á veces surgen, á más de ello—decimos—son el guía indispensable en la resolución del problema sanitario.

Nada diremos esta vez de la depoblación general que acusan esas demografías; nada diremos de la enorme letalidad infantil; nada diremos de la espantosa cifra de muerte por tuberculosis; nada diremos tampoco de esos tanto por ciento sobre la población total, tan friamente desconsoladores y crueles.

Sin estadísticas demográficas formadas con exactitud minuciosa y pleno conocimiento del radio de su utilidad; sin desechar la errónea opinión de que son simple y curiosa enumeración que satisfaga kaledoscópicas visiones; sin dejar de creer que no son sino simples juegos de números, sin empaparse en la idea de que ellas, sirviendo al interés científico, sirven al interés de las colectividades humanas si no se piensa que el problema sanitario de dende de la claridad de ellas, de su extensión, de sus delicadas combinaciones, de sus detalles minuciosos, de la relatividad de los factores que entran en su composición, de su aspecto sinóptico, de su estudio laborioso y meditado, sin todo esto y mucho más, *la cuestión higiénica* de que nos habla el doctor García, amenaza convertirse entre nosotros, en una verdadera *cuestión romana*.

RÓMULO EYZAGUIRRE.

TRABAJOS NACIONALES

Un caso de Distomatosis

(*a*) (DISTOMA JAPONICUM)
en un inmigrante japonés

Nos induce á dar publicidad á la historia del caso de distomatosis que vamos á referir, las circunstancias de no conocerse otro entre nosotros, según nuestras investigaciones, *da* muy importante de relacionarse con la inmigración japonesa, pues fué un individuo de esta raza el que hizo inmigrar consigo, como huésped suyo, al *distoma japonicum*, que le produjo la muerte quedando, en cambio, el parásito, tal vez, establecido entre nosotros, para aumentar el número de enfermedades parasitarias que contribuyen á nuestra des-población.

Takeda Shoji, japonés, de 40 años de edad, nacido en Niigata (Puerto de mar, situado en la cos-

ta N. O. de Hondo, una de las cuatro grandes islas del Japón) soltero, jornalero en la Hacienda de Santa Clara, donde residía desde tres meses antes, ingresó al Hospital "Dos de Mayo" en la tarde del día 14 de Junio del presente año, y ocupó la cama N.º 2 de la sala de San Francisco, servicio del doctor M. A. Velásquez.

Encotrándome de guardia ese día —y siendo, además, interno del mencionado servicio— me dirijí tan luego como tuve aviso, á prestarle las atenciones que demandaba.

El enfermo que se hallaba en decúbito dorsal, era alto, delgado, de musculatura pobre, revelaba un estado caquético. Su fisonomía manifestaba sufrimiento, las órbitas estaban excavadas, la conjuntiva ocular presentaba un ligero tinte subictérico, la mirada era débil, las pupilas contraídas, pero reaccionaban á la luz; la lengua sucia y casi seca; las extremidades frías, el pulso radial frecuente y pequeño, el corazón con ruidos poco intensos no ofrecía trastorno funcional; la respiración débil, sin alteración perceptible á la auscultación; vientre excavado, hígado que desbordaba el arco costal; el bazo no era perceptible; por la palpación abdominal no manifestaba el paciente sensación dolorosa alguna; el exámen general de sus tegumentos no descubría estigmas, que acusaran traumatismo, ó fueran signos patológicos de alguna *significación*; los miembros tenían cierto grado de flacidez, los reflejos persistían, no había parálisis alguna, convulsiones ni contracturas, y la sensibilidad algo disminuida, persistía. Las mucosas estaban descoloridas. La temperatura axilar era de 36°6; *estaba semicomatoso*. A este cuadro, puramente objetivo, solo podía agregar para formar juicio respecto de la enfermedad del paciente, los datos, poco precisos, que dieron los que le trajeron: que hacía días que estaba enfermo, y los que manifestaba por señas otro paisano suyo, enfermo en la misma sala, *el que decía*

le habia dicho que

tenía mucho dolor de cabeza. Prêvio el exâmen de la orina que no contenía albúmina, creí que las indicaciones del caso eran los estimulantes generales, los derivativos y la quinina teniendo en cuenta la procedencia del enfermo. Llenadas tales indicaciones con los medicamentos apropiados, no restaba sino esperar que la observación aclarara el diagnóstico por la aparición de algún sintoma nuevo, el estado del paciente, el que como se habrá comprendido no podía darnos dato alguno desde que no hablaba, sino su idioma y esto, con dificultad.

Al día siguiente, á la hora de visita, le encontramos en el mismo estado; la temperatura 39° 3; sus necesidades corporales las realizaba en la misma cama, habiendo tenido una disposición sanguinolenta. El pronóstico de tal estado era mortal; por lo que el jefe del servicio le prescribió inyecciones estimulantes y de quinina, atendiendo al lugar de su procedencia Hacienda de Santa Clara, como ya hemos dicho, reconocido foco malarico. En la tarde su estado era agónico, muriendo en las primeras horas del día siguiente.

Como se vé, no habían signos diagnósticos para determinar con precisión la causa de la muerte.

Si se pensaba en un ataque pernicioso de malaria, larvado por la falta de fiebre, se tenía en apoyo de este diagnóstico la procedencia del enfermo; pero, se tenía en contra la falta de infarto del bazo, siendo así que residía en ella desde hacía tres meses, y, por otra parte, el hecho de que habiendo estado el enfermo medicándose en dicha hacienda, era de suponerse se le hubiera administrado el específico correspondiente desde que es el más vulgar de los remedios.

Suponer una meningitis tuberculosa en el primer momento del ingreso del enfermo, hubiera sido posible si se hubiera tenido únicamente en cuenta que en el adulto después de evolucionar lentamente, estalla un acceso apoplec-

tiforme, epileptoide ó de delirio que conduce al coma, y se olvidara que éste en el último período es completo y acompañado de parálisis.

La idea de una hemorragia cerebral ó menígea no era compatible con el estado descrito.

La existencia de un estado tifoide habría podido sostenerse, aún faltando la fiebre, sino se tuviera presente la falta de meteorismo, de infarto del bazo, la ausencia del catarro bronco pulmonar, de síntomas nerviosos, &c.

El coma alcohólico no podía concebirse tanto por la falta de delirio alcohólico, cuanto porque se conocen los hábitos moderados de los individuos de la raza del que tratamos, y la circunstancia de haberse indicado que estaba enfermo hacía días.

Un estado ^{urémico} ~~urémico~~ solo habría sido aceptable, si el exâmen de la orina hubiera sido positivo, en vez de negativo como lo fué, respecto de la albúmina.

Así, pues, en la ausencia de datos en que se estaba, el diagnóstico no podía formularse sino post mortem; reservándonos la necropsia una sorpresa, que es también el alerta que nos obliga á consignar esta historia, que trazamos tan desaliñadamente como es propio de nuestros escasos conocimientos.

Practicada la necropsia en unión de nuestro compañero de servicio el señor A. Pastor, obtuvimos el siguiente resultado:

Craneo.—Dura madre sin lesión, ligero exsudado del lado de la convexidad en las otras meninges; nada en la cisura de Sylvio; cerebro con superficie de color gris pizarroso, distinto del color gris normal; ventrículos cerebrales y núcleos grises centrales sin alteración.

Cavidad torácica.—Pericardio con ligero derrame, corazón graso, sin alteración en el funcionamiento de las válvulas signoideas aórtica y pulmonar, ni de las aurículas ventriculares comprobadas por el procedimiento de Tripier; endo-

cardio sano; pulmones congestionados en sus bases y con uno que otro núcleo de tubérculos calcificados en los vértices.

Cavidad abdominal. — Hígado grande, de color oscuro; abierta la vesícula biliar que contenía bilis, vimos al derrrmarse ésta que existían cuerpos extraños que al exámen resultaron ser de naturaleza animal y que referimos por su forma aplanada y el lugar de su existencia al género *Trema*, todos conocidos con el nombre de *distomas*, y cuya especie no fijamos por el momento, desde que no habíamos visto antes algo semejante. Abiertos los conductos hepáticos encontramos en ellos los mismos parásitos en gran abundancia, y por cortes dados al hígado para hacer visibles los canaliculos biliares se obtenía por la presión de su superficie, á la vez que la salida de bilis la de gran número de parásitos; de modo que la glándula hepática simulaba algo así como una esponja [que en sus mallas alojara á los mencionados *distomas*; la cantidad contenida podía apreciarse en algunas centenas: la mucosa de la vesícula como la de los canaliculos no parecía ~~haber~~ ninguna alteración macroscópica. Abierto el aparato gastro intestinal, encontramos en el estómago, intestinos delgado y grueso, *distomas*, siendo más abundantes en el intestino delgado; en el grueso encontramos también varios tricocefalos (tricocephalus dispar). Ninguna lesión se marcaba en la mucosa de estos órganos, salvo algunos trechos de intestino que ostentaban un claro estado congestivo; las placas de Peyer estaban normales. El bazo era de tamaño normal y de color oscuro. Los riñones y el páncreas no ofrecían nada patológico.

Era evidente que no habiendo lesiones anátomo-patológicas dignas por sí de causar la muerte, el distoma encontrado la había determinado; quedando así explicado la dificultad del diagnóstico, que en ningún caso hubiera sido verdu

ro, dada lo no existencia del parásito entre nosotros, y, por consiguiente, la imposibilidad de formular el revelado por la necropsia.

En nuestro interés de fijar la clase de distoma de que se trataba y creyendo que el estudio de sus huevos, que debían encontrarse en las heces fecales de la víctima, contribuiría eficazmente á ese resultado, hicimos algunas preparaciones para examinarlas al microscopio.

En nuestras investigaciones, solo en la Zoología del Profesor Blanchard encontramos extensamente descrita la familia de los distomas, y entre ellos dos especies descubiertas en 1833 por Bälz de la Universidad de Tokio con los nombres de *Distoma hepatis endemicum sive perniciosum* y *Distoma innocuum* que el citado Profesor Blanchard reúne en una sola especie á la que da el nombre de *Distoma japonicum*. La descripción de este distoma corresponde en todo al que observamos y nuestra certeza fué completa cuando, al siguiente día, nuestro jefe nos dijo que el Profesor de Zoología de la Facultad, doctor Colunga, á quien le había mostrado el distoma le había asegurado que era *Distoma japonicum*. Solo nos restaba encontrar los huevos en las preparaciones hechas, lo que se obtuvo tan felizmente, que no tuvimos la menor duda de la autenticidad de la especie citada.

No es del caso describir aquí el nombrado parásito, basta referirnos á la obra mencionada, recordando únicamente que sus dimensiones son de 11 á 20 milímetros, la de los huevos de 20 á 36 m. m. de largo por 15 á 18 m. m. de ancho, y que como ^{los} todos los trematodos, los sexos no están separados, siendo pues hermafroditas.

Por primera vez habíamos presenciado un caso de parasitismo de esta especie, ~~nos interesa~~ ^{nos interesa} ~~mos en estudiarlo~~, tanto ^{como} ~~en~~ el punto de vista de la sintomatología ob-

servada, cuanto por la posibilidad del desarrollo del distoma entre nosotros.

El Profesor Blanchard dice que la enfermedad puede ser diagnosticada durante la vida, solo por el exámen microscópico de las deposiciones; y, enumera como síntomas la polifagia, presión y dolor epigástrico, aumento de volumen del hígado que es doloroso á la presión, bazo hipertrofiado; estado que es soportado hasta que aparecen, á pesar de la abundante nutrición, perturbaciones, tales, como diarreas incoercibles, con frecuencia sanguinolentas, ascitis, edema de las piernas, caquexia y muerte.

Por lo que nosotros hemos expuesto, se notará que no es idéntico el cuadro, tal vez si por lo corta de la observación; pero en todo caso, la ascitis y el edema que podían haber existido, dado el estado caquéptico de nuestro enfermo, habían faltado.

Si ensayáramos explicarnos la patogenia de este parasitismo, principiáramos por tener en cuenta que la nutrición de los *distomas* se hace á expensas de la bilis, lo que disminuyendo el aflujo de esta secreción en el intestino perturba los actos digestivos, y permite la fermentación pútrida del contenido intestinal.

Por otra parte, como la actividad funcional biligénica del hígado es exitada por los parásitos que aloja, su hipertrofia para satisfacer esa exitabilidad es su primera consecuencia; su agotamiento después, el que deberá crear una verdadera insuficiencia hepática con el cortejo de trastornos que le son inherentes.

Aumentando la actividad biligénica del hígado, como la secreción biliar no es una simple filtración, sino que muchos de sus elementos no preexisten en la sangre, siendo elaborados en las células hepática, á expensas de la sangre de la vena porta y de la arteria hepática, muy especialmente el pigmento bilirubina que se forma por

transformación de la hemoglobina, se produce en consecuencia el empobrecimiento de la sangre en esta sustancia albúmino-colorante, la disminución de los glóbulos rojos por exceso de destrucción sobre su producción, todo lo que da lugar á la anemia y, por consiguiente, al decaimiento general del organismo, y á la ~~lata~~ aparición de los síntomas propios á este estado.

Por lo que respecta al estado semicomatoso en que vimos al enfermo, podía explicarse, talvez, sea por una intoxicación producida por las secreciones parasitarias, unida á la auto infección á que daría lugar la putrefacción del contenido intestinal á causa de la insuficiencia del aflujo biliar, ó por alguna acción inhibitoria ejercida por los parásitos, así como los ascárides, dan lugar á vértigos, ataques epileptoides ó histeriformes, y esto tanto más cuanto que las experiencias de los señores Brown-Sequard y Goltz han demostrado la exitabilidad especial del intestino y el mecanismo de los síncope consecutivos á las exitaciones intestinales.

Cuanto á la posibilidad del desarrollo del *distoma japonicum* entre nosotros solo nos es posible hacer consideraciones, que sin conocimientos necesarios, no nos pueden conducir á precisar conclusión alguna.

De la familia de los distomas, existe entre nosotros el *distoma hepaticum* (1) que vive normalmente en las vías biliares del carnero, determinando la enfermedad conocida por los veterinarios con el nombre de *podredumbre* ó de *caquexia acuosa*, que en años lluviosos dá lugar en Europa á verdaderas epizootias. Muy rara vez se le encuentra en la especie humana y desde Pallas en 1760 que hizo

(1) El *Ankilostoma duodenalis* que existe en Chanchamayo y en las montañas del Pichis ha producido, últimamente casi en un año, en el Hospital "Dos de Mayo" 6 defunciones en individuos de esas regiones. Otros tantos enfermos han salido sin obtener su curación completa.

la primera observación positiva solo se cuentan, según Blanchard, 17 casos, siendo el número de parásitos encontrados de ordinario uno, otras veces 13 ó 20. Algunas ocasiones se le ha encontrado en las venas del abdomen ó en tumores subcutáneos. El desarrollo de este distoma como el de todos los de su género no es sencillo. Su formación embrionaria se realiza en el interior de la cubierta del óvulo ó embrion del organismo á que debe su origen, y los otros estudios en diversos animales de quienes son parásitos.

Para el desarrollo se necesitan por lo menos dos huéspedes provisionales y otro definitivo, y, el paso de uno á otro se verifica por emigración unas veces activa y otras pasiva. En las fases sucesivas de desarrollo se distinguen varias formas: 1° el *embrion* procedente del óvulo maduro del distoma; 2° el *utrículo germinal* que vive en el primer huésped provisional; 3° la *larva* producida por las granulaciones del germen y sin aparato genésico: *cercaria*; 4° la primera forma sin aparato genésico que vive en el segundo huésped provisional ó queda libre en las aguas mientras halla su huésped; 5° el *animal desarrollado* que vive en el huésped definitivo.

De aquí podría deducirse como consecuencia precisa y suficiente para el desarrollo de un distoma determinado, la presencia en el lugar en que deba desarrollarse de los dos huéspedes que les sirven de intermediario, además de las condiciones climatéricas que les sean propicias. Pero en lo que concierne al distoma hepaticum que tomamos como tipo,—antes de reflexionar sobre la especie que nos interesa—aún cuando está probado que en Europa sus huéspedes son los moluscos conocidos con los nombres de *Limnea truncatulea* y *Limnea peregra*, la repartición del parásito no guarda relación con la de sus huéspedes, y al contrario se le observa en países en que la limnea falta. Existe en la Améri-

ca del Norte donde no hay las especies de limnea citadas, pero sí otras del género. En la Argentina, según Wernicke, dos especies de *planorbias* y una especie de *limnea* le sirven de intermediario.

El desarrollo y el origen del distoma japonicum es desconocido para Blanchard, ignorándose sus huéspedes y suponiéndose únicamente que, como los otros, tenga por huésped un molusco y que su cercaria penetre en el estómago del hombre con el agua de bebida.

El parásito se desarrolla en el Japón en sitios insalubres y fangosos, ganados poco á poco al mar, convertidos en arrozales, y cuyos habitantes beben agua estancada y sucia. Los principales focos donde se encuentra el parásito son Okayama, provincia en la que el 20% de los habitantes son atacados sin distinción de edad ni sexo, y Katayana. En los lugares en los que el agua es de buena calidad, la distomiasis es casi desconocida.

En otras partes del Japón la enfermedad se encuentra donde se reúnen las condiciones que hacen viables al parásito y esto no será difícil si se tiene en cuenta la variabilidad de su clima, cuya intensidad no corresponde á su latitud debido á las influencias de los dos monzones, de la corriente llamada Kuro Sivo (corriente negra) ó corriente del Japón y de la proximidad á los mares que hacen el clima más suave que el de las costas vecinas, del continente.

En nuestro caso, el enfermo vino de Niigata lugar cuya situación hemos indicado y cuya temperatura media anual es de 13°1'. La media del invierno 1°9' la de la primavera 10°3', la del otoño 15°8' y la del verano 24°.

Dicho enfermo se estableció en Santa Clara, hacienda de caña, situada á 29 kilómetros de esta capital y aproximadamente á 399,8 m. de altura sobre el nivel del mar. En dicha hacienda las aguas son abundantes y es como sabemos un poco malárico. La posibilidad de que hayan quedado los gérmenes

ahí, es una certidumbre; discurrir sobre su desarrollo, ignorando como se ignora cuáles son sus huéspedes, y aunque se supiera sabien- que no siempre son los mismos, como se ha visto para el distoma hepaticum, sería para nosotros ta- rea aventurada.

Indudablemente tememos que tal desarrollo acontezca, y aún con más probabilidades en los arroza- les del Norte, por sus condiciones más propicias quizá si alguno de los inmigrantes establecidos en esos fundos tiene consigo el pará- sito. Toca á personas versadas, emitir opiniones fundadas en cam- bio de la mera hipótesis que hemos expuesto.

Se ve, pues, el peligro que nos ha revelado la historia descrita, peligro derivado indudablemente de la falta de leyes apropiadas sobre inmigración que no hubieran permitido al interés privado, pe- queño, de unos pocos, prevalecer sobre el interés mayor, sobre el gran interés público. Se trató de buscar una fuerza que arrancara los tesoros de la tierra, y se eligie- ron los débiles brazos de una raza oriental, sin parar mientes en las consecuencias sociales é higiénicas que ocasionaría; y sin que los po- deres públicos intervinieran de al- gún modo.

Se impone por tanto como nece- sidad indispensable una ley de in- migración, en la que estén resguar- dados debidamente el porvenir so- cial é higiénico de este país, en el cual—á la manera que en todos los países adelantados—la conserva- ción de sus hijos debe estar prote- gida y garantida, desde que la ver- dadera ciencia de curar es la que previene: es la higiene.

A. S. OLAECHEA.

Interno de los Hospitales.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Ginecología

Cura radical del cáncer del cuello uterino por la vía abdominal

DR. J. BASTIAN

La histerectomía vaginal ha si- do considerada, durante largo tiem- po, como la única operación radi- cal, aplicada al tratamiento del cáncer uterino. En la hora actual hay dudas sobre el particular. Gra- cias á los perfeccionamientos de la técnica, la mortalidad operatoria ha disminuido de 30 á $3\frac{1}{2}$ y 4%/. Solo en esto las estadísticas están de acuerdo. Donde aparece la di- vergencia, es cuando se trata de ofrecer esta operación como medio terapéutico; en una palabra cuan- do es necesario interpretar sus re- sultados.

Unos, verdaderos optimistas, citan enfermos indemnes de re- cidivas después de 12, 11, 10, 8 y 6 años (Von. ott). Olshausen Tri- tsch, Yawers etc., etc., para no ha- blar sino de los cirujanos mas re- cientes, mencionan casos semejan- tes. Byrne (1895) habla de 163 his- terectomías vaginales por cáncer de los que, 3 años después, 25 por ciento de las operadas sobreviven; de estos 40, solo 12 por ciento no presentaron recidiva.

Para otros, estos resultados no son admisibles. Jacobs (1897), en 81 casos cuenta 43 recidivas fata- les en el año de la operación. Los 124 casos de Bouilly (1899) no acu- san menos desastrosas consecuen- cias. Sobre 89 enfermos él no per- dió de vista 66 de los cuales solo 3 no recidivaron al cabo de 18 meses. Es importante tener en cuenta que los cánceres del cuello de forma cérvico uterina ó vaginal dan, ba- jo el punto de vista de la supervi- vencia post-operatoria, resultados mas desfavorables que los del cuer- po.

Según Pryor, es una operación inútil, la histerectomía.

Los partidarios de la intervención, descargan su conciencia profesional en la técnica, á la que culpan de los malos resultados: en todo punto de sección ó división aplicar el termocauterio para evitar la inoculación neoplásica; he aquí el desideratum. El diagnóstico debe ser precoz; y los casos operables son aquellos en los que el carcinoma no ha pasado los límites del cuello. Fritsch se expresa así: "Curaremos radicalmente el 15 por ciento de los enfermos atacados de cáncer uterino y salvaremos los 85 restantes si nos llegan á tiempo como los primeros."

La indicación operatoria se encuentra muy restringida; no se aplicará sino á casos excepcionales. Pues es necesario creer con Jhorn, que en el momento del primer examen 70 $\%$ de enfermos son inoperables, y de los 30 $\%$ hay muchas en las que el neoplasma ha franqueado el útero y las recidivas puede ser pronosticada. Y aun en los casos felices que se puede calificar de rarísimos, donde todas las condiciones están reunidas para esperar un pronóstico favorable, la cuestión siguiente se levanta todavía: el exámen es capaz de revelarnos el principio de la invasión de los linfáticos y de los ganglios? Estamos por la negativa.

Según las observaciones de Jacobs, la adenopatía es constante. Peiser (1898) declara que los vasos y ganglios linfáticos correspondientes al cuello uterino están interesados en 50 $\%$ de los casos en que los enfermos vienen á consultar al cirujano; y Reiss pretende que en todos los casos los ganglios están infectados.

En el congreso de Moscou Goubaroff expresa su opinión en estos términos: "La extirpación de los ganglios en la base de los ligamentos anchos, tiene tanta importancia como la limpieza de la axila en la amputación del seno." He aquí una aserción natural y científica lo que es verdad para la cirugía general, debe serlo para la ginecología: evidentemente, es la axila para

el cáncer del seno, lo que la pelvis para el cáncer del útero. El acto operatorio en este último caso es seguramente mas complejo; pero la práctica viniendo en su ayuda, la limpieza de la pelvis se efectúa sin incidente y con rapidez. La coeliotomía abdominal es la operación de elección, apesar de las tentativas de Pawleck de hacerlo por la vagina.

Las indicaciones operatorias, para M. Bastian, son los indicados por su maestro M. Jacobs: practica para los cánceres del cuello uterino la laparo-histerectomía con exclusión de todo otro acto operatorio. La histerectomía vaginal queda pues desterrada de su práctica.

El verdadero campo de acción se encontrará en el cáncer incipiente del cuello. Esto es cuando el útero goza de toda su movilidad; cuando el tejido celular peri-uterino, linfáticos y ganglios parezcan indemnes y cuando los fondos de saco vaginales no están contaminados. En otras condiciones la operación no podrá ser sino paliativa.

Entre las indicaciones operatorias hay que dar una gran importancia al estado general del enfermo y á su edad. La edad es para Bouilly y Jacobs un punto capital: es entre 30 y 60 años que los enfermos se encuentran en mejores condiciones de curabilidad. Se sabe que la carcinosis marcha con una espantosa rapidez en las personas jóvenes; al contrario, en los viejos con extrema lentitud.

La afección lo repetimos, debe estar en su principio: integridad absoluta de los fondos de saco vaginales, movilidad del útero. El diagnóstico clínico será siempre comprobado por el examen microscópico. Todos saben las dificultades que entraña un diagnóstico precoz. Las endometritis localizadas se han impuesto á menudo por carcinomas (Bouilly); y el signo que Laroyene que daba como característico de la afección maligna rasgar con la uña para hacer sangrar la mucosa, se encuentra también en esta clase de endometritis.

MANUAL OPERATORIO

Muchos días antes de la operación se procede á la desinfección de la vagina y cuando es posible, se cauteriza el cuello la víspera con el termocauterío.

La laparatomía se hace en la posición declive: abertura media del abdomen y liberación del útero y de los anexos. Se inciden los ligamentos por fuera de los anexos, colocando previamente una pinza de Pean sobre la arteria útero-ovárica y el ligamento redondo: se desprende la vejiga y después de haber tomado la uterina, se secciona rápidamente al nivel del orificio uterino. Amplia cauterización de la superficie de sección y de la cavidad cervical con el termocauterío. Los vasos son ligados aisladamente, lo que hará mas fácil la sutura de los ligamentos.

Todos los ganglios linfáticos son quitados. Este tiempo de la operación demanda una gran habilidad y una extrema prudencia: es necesario acordarse de la vecindad de los gruesos vasos y del ureter. Es para evitar su lesión que Kelly y Quénu los cauterizan previamente.

Cerradura al catgut de los ligamentos anchos hasta el cuello; después se procede á la extirpación de este último de la manera siguiente: es fuertemente traído hacia arriba con la ayuda de una pinza de Museux, la arteria uterina es cuidadosamente disecada tan abajo como se pueda después de seccionar el cuello con tijeras, sea hacia adelante, sea hacia atrás ó lateralmente. Así abierta la vagina, el índice izquierdo sirve de guía para la inserción de la pared vaginal que se hará tan extensa como sea posible.

La vagina es reunida por un *surgut* y por encima se sutura al catgut el peritoneo pelviano.

Jacobs se propone actualmente substituir á las tijeras el termocauterío en la extracción del cáncer uterino.

Para hacer mas fácil y mas extensa la exéresis de la pared vaginal, Bardeuhuer y Reynier trazan

por la vagina una incisión circular al rededor del cuello. Por otra parte ellos hacían la histerectomía abdominal en un solo tiempo.

Las consecuencias operatorias son apiréticas generalmente.

La curación vaginal es renovada cada dos días (Yodoformo, gaza esterilizada).

Hemos dicho que el tiempo mas delicado es la extirpación de los ganglios. Importa por lo mismo conocerlos bien.

Estos comprenden tres grupos.

1.º Ganglios iliacos, á los que convergen los linfáticos del cuello y tercio superior de la vagina; están situadas al rededor de los vasos iliacos y de su bifurcación.

2.º Ganglios lumbares, situados en la región lumbar, delante de la aorta, pues los vasos siguen la parte superior de los ligamentos.

3.º Ganglios inguinales con los linfáticos que emanan del asta uterina.

Ademas un tronco voluminoso anastomosa los linfáticos del cuerpo con los del cuello á lo largo del útero.

En las afecciones del cuello es sobre todo los ganglios del 1.º grado que es necesario atacar, aunque los otros también demandan ser extirpados. Esta investigación será tanto mas difícil cuanto que el cáncer esté más al principio. Son tan pequeños que pasan fácilmente desapercibidos.

Jacobs ha tenido 206 casos operados gasta el día (21 de Enero de 1899) y los divide en dos categorías la primera comprende nueve casos con una muerte por neumonía doble. Se trata aquí de casos donde la fórmula operatoria no estando consagrada aun, la operación fué la tardía y, por consiguiente, la recidiva prevista. La edad de estas enfermas variaba entre 32 y 67 años.

La operación fué siempre incompleta. He aquí los resultados: en 8 casos, un muerto y 7 recidivas observadas seis semanas, un mes, dos meses (3 casos) cinco meses después de la operación.

La segunda categoría se compone de 15 casos - 12 carcinomas del cuello. La edad de las enfermas es de 26 á 57 años.

No hay recidiva, y todos son seguidos regularmente. Aquí, M. Jacobs creé haber extirpado todas las partes atacadas.

Estos resultados, comparados á los que dá la histerectomía vaginal son mejores. Pero, como las operaciones son de data relativamente reciente, no se puede emitir opinión alguna sobre el valor terapéutico tardío de este método operatorio. La mortalidad, como se ve, es nula.

En resúmen, no se debe operar, sino cuando la lesión esté limitada al útero y los fondos de saco libres. Son estos los casos que pueden dar los mayores éxitos, y los que justifican la operación. El porvenir consagrará la lapero-histerectomía como la única operación capaz en curar radicalmente el cáncer del cuello.

Dr. R. Blondel, "Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale."

Dr. FREDERIC R. STARR, M. D.

La fiebre tifoidea en los niños

(Journal of the Am. med. assoc.)

Etiología.—La fiebre tifoidea es rara en los dos primeros años de la vida, no obstante se ha señalado casos en un feto de 7 meses y en niños de 8 y 11 días, comprobados con autopsia. Son ejemplos aislados. En 2000 autopsias hechas en el New York Foundling Asylum, en su mayor parte de niños menores de 2 años, no se ha descubierto un solo caso de fiebre tifoidea, y los archivos de la clínica de esa institución no contienen una sola historia de tífus abdominal en veinte años. Después del segundo año la fiebre tifoidea es menos rara; no es muy frecuente hasta después de los cinco años, y solo adquieren los caracteres que la mar-

can en el adulto después del décimo año.

Es un hecho interesante que el bacilo de Eberth no ha sido encontrado en las lesiones tíficas de los niños monores de dos años. Lo poco frecuente de la infección de los niños por intermedio de la leche, puede explicarse en parte por la ebullición á que se somete ordinariamente esta sustancia alimenticia. El período de incubación dura de cinco días á tres semanas.

Las lesiones que se observan habitualmente en los niños son la inflamación aguda de las placas de Peziz y folículos solitarios del intestino, de los ganglios mesentéricos y del bazo, que con frecuencia está reblandecido. Se encuentra también, pero con mucha menos frecuencia que en los adultos, úlceras del intestino, superficiales y profundas; las perforaciones son excesivamente raras antes de los 6 ú 8 años. Las alteraciones degenerativas del corazón, de los riñones y del hígado son muchos menos frecuentes y graves que en el adulto.

Síntomas.—Debe recordarse que el principio es mucho más brusco en los niños, y los caracteres clínicos ménos definidos. Los síntomas cardinales son: epítaxis, timpanitis, temperatura característica, manchas rosadas é infarto del bazo. Otros síntomas de valor son la cefalalgia más ó menos persistente, vómitos, pérdida del apetito, lengua seca y barnizada, el aspecto particular de la cara y el subdelirio.

Formémoslas en detalles:

La Epístaxis puede faltar.

El estado de los intestinos es variable.

El timpanismo es un síntoma constante y algunas veces grave; la constipación y la diarrea se encuentran en número igual de casos, salvo en los niños muy pequeños donde la constipación predomina. Pocas veces la diarrea es excesiva, y las cámaras aunque mucosas, no son característicamente tíficas; algunas veces se

acompañen de sensibilidad en el vientre y gorgoteo en la fosa ilíaca derecha.

Las manchas rosadas se notan con menos frecuencia, en menos número, y no tan características como en el adulto; faltan en 50 % de los casos. Aparecen al principio de la segunda semana y duran cerca de 7 días.

Puede comprobarse el infarto del bazo al fin de la primera semana, y aunque de ordinario sobresale medio través de dedo del reborde costal, puede ser mucho más marcado. Es mucho más difícil apreciarlo por palpación que por percusión, lo que se debe a su mayor blandura. Los dos métodos de investigación son difíciles en un niño irritable. La persistencia del infarto esplénico es considerada por algunos autores como signo de prolongación de la enfermedad, aun cuando los otros síntomas hayan declinado.

El hígado se infarta algunas veces; este síntoma no es constante.

Los principales puntos de diferencia de la marcha térmica en la fiebre tifoidea infantil, son los siguientes: la alza inicial es mucho más rápida; el carácter remitente de la fiebre en la segunda semana menos marcado; el promedio de duración mucho más corto, entre 8 y 19 días, en niños menores de 10 años; la tendencia a la temperatura hiponormal es más manifiesta que en el adulto, y persiste con frecuencia por una semana ó más después que se ha alcanzado la temperatura normal. Pasados los 10 años son aplicables las reglas que rigen la temperatura en el tífico adulto.—La temperatura en la mayoría de los casos se eleva a 103° y 104°; y en los graves puede alcanzar 105° y 106° F. Su oposición a lo que se observa en los estados febriles de los niños, la fiebre tifoidea determina temperaturas más altas en los niños que cuentan más años. Una caída brusca de la temperatura, como en los adultos, indica perforación ó hemorragia intestinal. La temperatura puede

descender casi por crisis en los niños. Las recaídas se presentan en cerca del 10 % de los casos, y se conducen como en adulto.

La lengua en los niños puede permanecer húmeda, y ser su costra muy ligera y limitada al centro durante toda la enfermedad.

Otros síntomas deben notarse en el pulso, la expresión facial, los trastornos del sistema nervioso y la emaciación. El pulso, aunque muy rápido presenta raras veces irregularidades; compresible ó dicroto; los soplos funcionales del corazón son frecuentes. El aspecto de la cara en los casos graves es típico, pues no es patognómico en los de mediana importancia. La cefalalgia y subdelirio son casi constantes; hay también por lo general apatía ó semi-estupor. El sobresalto de los tendones y coma vigilado sus fenómenos muy raros en los niños pequeños. El enflaquecimiento es muy marcado y se hace rápidamente después de la primera semana.

COMPLICACIONES Y SECUELAS.—Son muchos, pero es raro que se presenten. Entre las más importantes tenemos las siguientes:

Hemorragia intestinal en 3 % de los casos, principalmente en niños de más de 10 años. Ocurre al fin de la segunda semana; da una mortalidad de 39 á 50 %.

La perforación intestinal más rara que la hemorragia (1 %) con una mortalidad de cerca del 85 %. Este accidente se manifiesta de ordinario por una brusca caída de la temperatura, vómitos y meteorismo. La usual ausencia de ulceraciones profundas en los niños, explica estas complicaciones sean en ellos insusitados. La última determina de ordinario una peritonitis aguda generalizada. Una peritonitis menos grave puede originarse, según Easle de Chicago, de las maneras siguientes: 1.° Por emigración del *bacillus coli communis* al través de la pared intestinal debilitada; 2.° Por la existencia de una trombo-linfangitis ó linfadenitis, y extensión al peritoneo de la infla-

mación de los gánglios linfáticos. 3.º Por ruptura de focos linfadenicos en la cavidad peritoneal.

La meningitis se vé muy rara vez; la afasia es ménos rara y no corresponde en general á una lesión orgánica aparente. Las parálisis pueden durar varias semanas, y el niño algunas veces tiene que aprender de nuevo á andar. No es rara la corea; poco frecuentes los trastornos de la visión; el oído puede afectarse por poco tiempo, é igualmente la memoria.

Entre otras complicaciones podemos mencionar las otitis, que se presentan con mayor frecuencia que en el adulto, parotiditis, abscesos del higado, periostitis, abscesos múltiples, forunculosis y flebitis, ordinariamente de la vena femoral, y dolores post-tifoídicos. La tuberculosis pulmonar y de los huesos puede presentarse también.

Los principales signos diagnósticos de la fiebre tifoidea son: la fiebre continua y típica, la erupción, el timpanismo y el infarto del bazo. Otros y más concluyentes nos suministra el ensaye de la orina, de la sangre y de las materias fecales. Los resumiremos:

La reacción de Widal en la sangre, se encuentra en 95 % de los casos y se hace adicionando una gota de sangre á un cultivo puro del bacilo de Eberth previamente preparado. La reacción depende de la propiedad que tiene la sangre de aglutinar ó apresar los bacilos típicos.

La reacción de la orina de Eberth ó reacción diazoica, se hace agregando á la orina la siguiente solución: ácido clorhídrico 5 partes; nitrato (1) de soda, en solución al 5 %^o, 2 5 partes; agua destilida cantidad suficiente para 100 partes. Da una coloración roja intensa. Por no ser constante, y presentarse también en casos de malaria, sarampión y tuberculosis, es considerado de poco valor práctico.

La reacción de las materias fecales, que se llama medio de Elsner, consiste en adicionar la gelatina con ioduro de potasio á una

solución de materias fecales, lo cual hace aparecer los distintos bacilosy otras bacterias en orden definido, primero el *coli communis*, el de Eberth.

La fiebre tifoidea debe ser distinguida de las materias ileo-colitis, meningitis, meningitis tuberculosa, tuberculosis aguda generalizada, empiema y gripe; de la malaria por el carácter de la temperatura, la presencia de la plasmodia en la sangre y el efecto de la quinina; de la ileo-colitis por la mayor gravedad de los síntomas con fiebre ménos elevada, y por la ausencia de infarto esplénico, timpanismo y erupción; de la meningitis por la presencia en esta afección de un pulso lento é irregular, parálisis localizados, vientre retraído y temperaturas bajas.

En la tuberculosis aguda generalizada durante la primera semana, si no hay signo locales distintos en los pulmones, es muy difícil hacer un diagnóstico diferencial; el empiema se diferencia por los signos torácicos, los escalofríos carácter séptico de la temperatura; de la gripe se distingue por su principio mas lento, la marcha de la temperatura y la ausencia de dolores intensos, especialmente en los miembros que caracterizan á la influenza. El diagnóstico de la fiebre tifoidea en California presenta dificultades especiales por su carácter ordinariamente benigno y sus síntomas poco definidos.

El pronóstico es en general bueno, exceptuando los niños delicados. Es considerablemente modificado por la pre-existencia de las alteraciones mórbidas siguientes: anémia bronquitis crónica ó enfisema, trastornos crónicos del corazón. La mortalidad por dotienterria de los niños es de 3 á 5 %^o, incluyendo los asistidos en hospitales y en la práctica privada. La muerte es determinada ordinariamente por complicación neumónica, hemorragia intestinal ó perforación. Algunas veces el enfermo muere de septicemia generalizada, con paroti-

ditis, escaras, nefritis, meningitis ó parálisis del corazón. La tercera semana es el periodo mas fatal.

Tratamiento.—Una cuestión que suele plantearse en el tratamiento de la fiebre tifoidea: puede hacerse abortar la enfermedad? Jacoby lo cree posible, pero en ausencia de la reacción de Widal ó de Elsner, no hay seguridad de que una infección febril, que evoluciona en pocos días, hacia la curación, sea fiebre tifoidea. El Dr. Woodbridge afirma que con su método abortan la mayor parte de los casos de dotieneria. Debemos hacer notar que de siete eminecias profesionales consultadas solo una nueva cita como posible el aborto de la fiebre tifoidea, sin hacer referencia al tratamiento de Woodbrige.

Siendo el periodo de incubación del tifus abdominal de 5 días á tres semanas de duración, es probable que un tratamiento abortivo sea demasiado tardío para dar éxitos.

El tratamiento es general y especial: el general consiste en colocar al enfermo en una habitación espaciosa, muy clara, bien ventilada y aislada; mantenerlo en reposo absoluto en el lecho; sometido á una dieta muy regularizada; darle antisépticos intestinales; y desinfectar con cuidado sus vestidos y sus excreta. Es muy útil tener dos habitaciones semejantes para colocar alternativamente al enfermo. El periodo de descanso en el lecho debe ser prolongado hasta una semana después de la desaparición del estado febril, solo entonces podía dejar el enfermo la posición horizontal.

La dieta consistirá principalmente en leche, dada á intervalos de 3 horas. Debe ser pasteurizada, y si es necesario sometida á algún agente digestivo. Puede también diluirse con agua de cebada ó de Oipvj. Mientras sea bien tolerada y no aburra al niño, es el mejor alimento. Si no es tolerado puede sustituirse por el kowmis. Cuando el enfermo rechace todas las preparaciones de leche, se le dará jugo de carne, caldo de buey, carne-

ro ó pollo bien filtrada, solo ó con un huevo batido; también es un buen alimento una clara de huevo en agua de cebada y un poquito de cognac. Los albuminoides deben usarse de preferencia á los hidratos de carbono. Los dulces con frecuencia útiles y agradables. Como bebida, el agua de cebada mezclada con jugo de limón es bien recibida.

Si se necesitaran estimulantes, puede usarse el cognac ó whisky, 5 á 20 gotas, bien diluido; si estos licores irritaran el estómago, se dará vino ó champagne, este último es antiemético. Los estimulante son poco necesarios en los niños, y deben suspenderse en cuanto se nota congestión de la cara.

La antisepsia intestinal debe iniciarse por catarsis con pequeñas dosis de calomel, medicamento cuyo uso debe repetirse varias veces en el curso de la enfermedad cuando hay constipación. Hay gran número de antisépticos intestinales entre los que puede elejirse: el naptol beta, carbonato de guayacol, sulfofenato de zinc y arsenito de cobre. Yo uso el sulfofenato de zinc en dosis de 1/6 de grano cada dos horas; posee la triple ventaja de ser antifermentativo, antiséptico y ligeramente astringente.

La desinfección de los excretos debe ser ordenada enérgicamente. Toda cámara será será mezclada con una solución de sublimado al 1%., y permanecer seis horas en contacto con el antiséptico antes de ser arrojado á las letrinas. Todo lienzo manchado por los excreta del enfermo debe ser imbibido en una solución antiséptica antes de hervirlo, y la ropa y cobijas del enfermo hervidas y lavadas aparte de las del resto de su familia. Para la desinfección de los escusados puede usarse el cloruro de cal.

El tratamiento especial consiste en atender á los síntomas conforme se presentan.

La temperatura si no excede de 103° F. no requiere atención especial; cuando pase de esta cifra de-

ben ponerse en juego los medios antipiréticos. Los mejores en los niños son: las embrocaciones de agua alcoholizada, á partes iguales, por medio de una esponja y los baños fríos—para los niños pequeños se comenzará con una temperatura de 100° que será reducida gradualmente con el hielo hasta 85° F.; en los niños de más edad podrá bajarse la temperatura del baño hasta 75° ú 80°, vigilando la aplicación de un escalofrío. La aplicación del frío por estos medios debe siempre preferirse al uso de las drogas, es mas eficaz antipirético. Los baños pueden repetirse cada 3 horas si es necesario. En su lugar puede usarse la sábana mojada, cuya superficie externa se frota con hielo durante cinco ó diez minutos.

Otros medios para hacer descender la temperatura son: aplicación de 5 á 10 gotas de guayaecol (en solución alcohólica) sobre la región hepática. Su acción es positiva y rápida, y la depresión que provoca es de menor importancia que la que sigue al empleo de la antipirina, fenacetina y acetanilida. El uso de estas drogas debe proibirse, exceptuándose los casos en que los otros medios fallan. La cefalalgia, desasociego, nerviosidad é insomnio son bien combatidos por los baños fríos y aplicación frías sobre la cabeza. Algunas veces los bromuros con ó sin una pequeña dosis de acetanilida, producen muy buenos efectos.

La diarrea cuando es moderada no requiere intervención; si se vuelve excesiva, el bismuto combinado con pequeñas dosis de polvos de Dover, será suficiente para yugularla; el acetato de plomo es también útil contra este síntoma. Las aplicaciones frías son recomendadas como útil adyuvante por Jacobí.

El mejor tratamiento de la constipación es el calomel á pequeñas dosis y un enema de agua caliente y jabón; puede darse también aceite de ricino, y en algunos casos que se pueda presumir la existencia de

extensas ulceraciones intestinales, debe ser preferido al calomel por su acción curativa sobre la membrana mucosa del intestino.

Contra el timpanismo se usan compresas mojadas en trementina, aplicaciones frías, enemas conteniendo trementina ó glicerina, y supositorios de glicerina. Con frecuencia dá mejor resultado que todo lo anterior el empleo de un sifon (ó tubo).

Las hemorragias requieren una intervención presta, se empleará la morfina por vía hipodérmica 1/50 de grano para un niño de 3 años, seguida de estriquina y digital, también hipodérmicamente, si el estado del pulso lo demanda; por la boca, ergotina ó trementina—la última es mejor y mas benéfica si se administra con aceite de castor que la acarrea en todo el tubo digestivo,—también se hará aplicaciones de hielo sobre el abdomen.

La perforación debe tratarse por la morfina, hipodérmicamente por estimulantes y aplicaciones frías sobre el vientre y de calor en los pies.

En la astenia cardiaca, la mejor práctica, es dar, desde el principio, pequeñas dosis de un estimulante del miocardio, en lugar de esperar hasta que nos obligue á hacerlo un desfallecimiento amenazador del centro circulatorio. Con este objeto tengo la costumbre de dar pequeñas dosis de estriquina durante toda la enfermedad, excepto en los casos leves. Es bien tolerada, y disminuye considerablemente, á mi juicio, las probabilidades de un súbito trastorno del corazón; hace también innecesario los estimulantes alcohólicos, cuya influencia es pasajera y seguida de depresión. Si se notase signos de debilitamiento del corazón se debe agregar la digital á la estriquina. También se usa el estrofantus, la espartina y cafeína; la última no debe darse cuando hay frecuentes ataques de delirio. Como medios de urgencia puede inyectarse alcanfor (0.5 á 1 granp) disuelto en éter

ó aceite de olivo, al 10 % en el primero y al 20 % en el segundo.

Publicaciones Recibidas

Anuario Internacional de Medicina y Cirugía.—Se ha puesto á la venta el tomo XXVIII de esta importante revista semestral, dedicada al estudio y recopilación de cuantos adelantos y descubrimientos prácticos hacen las ciencias médicas.

En esta obra, que forma un elegante tomo de cerca de 600 páginas, se halla reunido cuanto se ha publicado en revistas nacionales y extranjeras que pueda ser de interés á la clase médica, resultando un libro indispensable á toda persona amante de su profesión, si desea estar al tanto de la marcha de la ciencia.

En una palabra, diremos que esta obra es indispensable á la clase médica, á la par que le proporcionará gran facilidad en estudio y economía, y á la cual deberían estar suscritos todos los médicos de España.

La obra se halla de venta en las principales librerías y en la casa editorial de los señores Bailly-Bailliére é Hijos. Plaza de Santa Ana, 10, Madrid, al precio de 5 pesetas en rústica y 6 en pasta.

Se ha puesto á la venta el Décimonoveno Suplemento á la *Oficina de Farmacia*, que bajo la dirección del ilustre químico don Filiberto Soria, publica la casa editorial de los señores Bailly-Bailliére é Hijos.

Por el creciente favor que los señores farmacéuticos vienen dispensando á esta obra durante el gran número de años que se está publicando, creemos inútil ninguna alabanza, pues hace tiempo que su mérito es reconocido por todos; así que nos limitaremos á decir que el actual contiene, entre otras materias, ensayos sobre gran número de sustancias usuales por procedimientos nuevos y exactísimos, for-

mas distintas de los medicamentos últimamente usados en terapéutica, detalles sobre análisis y conservación de sustancias, composición de extractos de carne, &; profusión de fórmulas y elección de las mismas, haciendo un verdadero estudio de las que tienen fundamento de perpetuidad y visos de verdadero progreso.

La parte legislativa contiene disposiciones de verdadero interés para la clase profesional, y por último, diremos que contiene innumerables datos sobre la pureza de las sustancias, análisis biológicos, &, &, todo ello tratado con excelente acierto y método para evitar confusiones.

Ante todo lo expuesto no dudamos que los señores farmacéuticos que no figuren en la lista de suscritores desearán serlo, y por tanto no vacilamos en recomendarlo con gran interés.

La vie sur les hauts plateaux par le Profesor A. L. Herrera et le doctor don *Vergara Lope*, ancien Presidents de la Societe "Alzate".

Obra coronada por el Instituto Smithsonian, de Washington, en el concurso Hodgkings 1895.

Traducción francesa ilustrada con numerosas planchas.

Próximamente daremos un juicio crítico de esta interesante obra.

Contribución al estudio del Riño escleroma, tesis para la investidura de Médico y Cirujano presentada y sostenida ante la junta directiva de la Facultad de Medicina y Farmacia de Guatemala por D. J. F. Gutiérrez.

Guatemala—1899.

Algunas pequeñas modificaciones á las **Canulas de Traqueotomía**, por el doctor don Ricardo D. Botey.—Tema desarrollado en la "Academia de Ciencias Médicas" el 8 de febrero de 1899 y publicado en los *Annales des Maladies de l'Oreille, du larinx, etc.*, del doctor

Gouguenhein en el número de febrero de 1899.

Barcelona—1899.

Anuario de la clínica privada del doctor Fargas.

Annales de 1898 pu bliées en abril 1899.—E. Merck Darmstadt.

Tableaux synoptiques de Diagnostic sémiologique et différentiel, par le DR. COUTANCE, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné. 5 fr.

La idea de poner la medicina en Cuadros sinópticos ha tenido magnífica acogida de los estudiantes y prácticos. La colección Villeroy, que comprendía ya los cuadros sinópticos de Patología interna, Patología externa y Terapéutica, acaba de acrecentarse con un nuevo volumen.

Los cuadros sinópticos de Diagnóstico constituyen un libro de clínica. Están divididos en dos partes:

1.º DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES POR ÓRGANOS.—Cada cuadro se divide en dos secciones: 1.º *Diagnóstico semeiológico*, donde se estudian los signos de las enfermedades; 2.º *Diagnóstico diferencial*, en que se enumeran los signos disemejantes de la afección estudiada con las afecciones vecinas.

El autor estudia sucesivamente los *signos frecuentes*, comenzando por los *signos importantes* que se debe buscar siempre sin dejarse detener por los síntomas lijeros ó fugaces, después los *signos secundarios* que permiten hacer el diagnóstico ó establecer las formas benignas y frustas de las enfermedades; los *signos funcionales*, que resultan del interrogatorio del enfermo; los *signos físicos*, que suministra el examen directo; los *signos generales*, que tienen siempre tanta importancia, en particular para el pronóstico; los *signos terminales* y de *convalecencia*. Menciona también los *signos par-*

ticulares, que crean las formas más ó menos numerosas de las enfermedades, y los *signos que complican la afección*.

En el *Diagnóstico diferencial*, el autor toma primero las *afecciones mas comunes* con las cuales se puede confundir la enfermedad estudiada.

Después pasa en revista las *afecciones mas raras*, dando para cada una de ellas si hay lugar, los *signos de semejanza*, que pudieran inducir en error, y los *signos disemejantes*, que establecen y reforman el diagnóstico.

2.º SEMEIOLOGÍA GENERAL.—Esta segunda parte comprende:

1.º La lista de las enfermedades diferentes donde se encuentra un mismo sintoma importante.

2.º La sinonimia de las enfermedades de nombre propio, la expoarchiatres populares que ejercían la medicina en los diferentes cuarteles de la ciudad y los archiatres de palacio á los que estaba reservado el cuidado de los nobles. En esta época se contaba 14 médicos más un *ataché* al templo de las vírgenes vestales y un gimnasta.

Lima, Abril de 1898.

El que suscribe, Médico del Hospital de Huérfanos, manifiesta que ha usado tanto en la Inclusa, cuanto en su práctica particular la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos de cal y sosa, preparada por Scott y Bowne y ha obtenido siempre los mejores resultados en los casos en que están indicados dichos medicamentos.

DOCTOR PEDRO VALERO.

Para la tisis, escrófula, anemia y extenuación la medicina favorita es la legítima Emulsión de Scott que cura produciendo fuerzas y creando carnes.