

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVIII } LIMA, 31 DE OCTUBRE DE 1901. { N.º 308

La Crónica Médica

Lima, 31 de octubre de 1901.

La municipalidad de los de "Abajo del Puente."

Fundándose en la *soi disant* de sentencia de la Municipalidad, en materia de higiene sobre todo, ciertos vecinos de abajo del Puente se han presentado al Soberano Congreso solicitando se declare la autonomía municipal dedichos barrios. Una ligereza de unos cuantos individuos, que alucinados por la novedad y lo intempestivo de la idea se lanzaron á patrocinarla con su firma, como se acepta ciertas extravagancias cuando se presentan bruscamente como novedades, sin ocuparse de estudiar los inconvenientes y los obstáculos serios que el llevar á la práctica esa idea suponía. Pero el expediente iniciado al respecto no ha necesitado ir mas allá de la sindicatura municipal para ser literalmente deshecho; tomándolo tal vez más á lo serio de lo que merecía. Los inteligentes sindicatos municipales, de los que uno de ellos es médico ilustradísimo se han conformado con tratar la cuestión desde el punto legal y económico solamente, sin necesitar de

abordarla desde el punto de vista de la higiene sociológica.

En cuestión de higiene pública el desideratum tiene que ser forzosamente la unidad de acción. Esa es la tendencia en todos los países civilizados del mundo. Por eso la higiene pública deja de ser en todas partes el resorte municipal á medida que los poderes públicos llegan á penetrarse de esta necesidad.

La higiene ha de estar en manos de una sola persona, para que sus mandatos puedan reunir las siguientes condiciones: prontitud, energía y responsabilidad bien efectiva.

La higiene tiende á ser á ser gubernativa porque la naturaleza de las instituciones comunales esencialmente colectivas y transitorias les hace perder esa prontitud en las decisiones, esa energía necesaria para luchar contra los intereses privados vulnerados por ella y esa responsabilidad que solo deja de ser una ilusión, cuando es una sola persona la que tiene que dar cuenta de sus actos ante la opinión pública y ante el tribunal de una sola conciencia.

Dividir la autoridad higiénica más aun de lo que hoy lo está, supondría pues, alejarnos más y más de su perfeccionamiento.

Esto tratando el asunto desde un punto de vista muy general; entrando al detalle ¡que desbarajuste ¡cuantos obstáculos! No puede ser de ninguna manera.

La pretendida división de la ciudad desde el punto de vista municipal sería la mayor calamidad higiénica posible.

Los espíritus serios no pueden pensar nunca en eso.

El proyecto de ley es imposible que pase. La tinta gastada en escribirlo irá á aumentar el mar de tinta empleado en proyectos inútiles entre nosotros.

TRABAJOS NACIONALES

Algo sobre paludismo.

En el número 297 de "La Crónica Médica" publiqué un ligero artículo titulado como el presente; y en el que refiriéndome á la acción combinada de ciertas inyecciones intraesplénicas y las hipodérmicas de bicloruro de quinina, decía: Es así como creo yo que se logre curar el paludismo crónico, siempre que la intensidad de la caquexia no haya repercutido gravemente sobre órganos delicados. Más tarde, alentado por mis compañeros de estudio, he continuado mis investigaciones clínicas á este respecto, y hoy, con nuevos datos, puedo asegurar lo que antes sólo me atreví á suponer.

Voy á relatar, para mejor conocimiento, mis observaciones hechas en el servicio de Clínica Médica del señor doctor Juan C. Castillo y bajo la dirección del indicado profesor.

I.

Además de los tres casos que en mi artículo anterior publiqué, y que me parece inútil repetir, he observado los siguientes:

Observación N.º 4.

Manuel de la Cruz, de 32 años de

edad, vecino de Huachipa (1) y jornalero de oficio, hace 6 años que sufre de paludismo, por lo cual en distintas ocasiones, ha ingresado á este hospital. En este lapso de tiempo, aliviando y recaendo, ha recorrido todos los servicios del establecimiento, en los mismos que ha consumido grandes dosis de quinina y experimentado, en algunos de ellos, los efectos de un vejigatorio y del termocauterio en la región esplénica. Después de un mes de su última estadía ingresa de nuevo, anémico, apirético, con ligero derrame pleural é infarto esplénico que llega á 7 traveses de dedo por debajo del arco costal y avanza hasta el epigastrio. Dice que en días pasados ha sufrido accesos de terciana, aunque con débil reacción febril.

Desde el 15 de mayo del presente año, fecha de su ingreso, hasta el 29, sólo dos veces ha tenido ligera ascensión termométrica; en este tiempo ha consumido quinina por la vía gástrica con licor de Fowler por la misma vía unas veces y otras en inyección hipodérmica, sin que su estado mejorara en lo menor.

Día 29. Con 36.4 de temperatura y después de 3 días que no se le administra quinina, le hago una inyección intraesplénica de la fórmula siguiente:

tin. malato fe—X gotas
lic. de Fowler—VI „
ag. dest. ester.—c. s.
para una inyección.

En la tarde á las 5 constaté una temperatura de 37.9 acompañada de cefalalgia y malestar, pero sin haber presentado período de frío. El enfermo relata que por la noche le subió mucho la fiebre y hubo sudor.

Día 30. Descanzo. 37.1—37.2.

Día 31. Descanzo. 37—36.9.

Día 1.º de Junio. Con 37º de temperatura á las 9 a. m. inyección intraesplénica, y á las 5.30 p. m. ascensión termométrica sin frío anterior de 38.1. El enfermo me dice que por la noche subió mucho más

(1) Lugar eminentemente palúdico.

la fiebre y terminó por sudor copiosísimo, constatado por el interuio de guardia señor San Bartolomé.

Día 2. Descanzo. 36,6—37,2.

Día 3. Con 36,8, inyección intraesplénica á las 11.15 a. m., y en la noche fiebre á 38°.

Día 4. A las 9,45 a. m. con 36,8 inyección intraesplénica y á las 6 p. m. 37,8 y sudor en la noche.

Día 5. Descanzo. 36,8—37,4.

Día 6. Hago preparar en la Botica de Gallese la inyección que vengo usando, poniendo 8 gotas de licor de Fowler en lugar de 6 que tenía la preparada en la Botica del Hospital. A las 9,45 a. m. con 37°, la aplico y á las 3 p. m. consta, después de intenso escalofrío, 39,9 con síntomas de congestión pulmonar.

Día 7. Temperatura en la mañana 39,3.

El doctor A. Barton encuentra en la sangre periférica el hematozoario de Laveran, bajo la forma de cuerpo esférico joven. En la tarde 39°.

Día 8. Bien; 36,9—36,8. Sulfato de quinina 0.40 gms. tres veces al día.

Día 9. Bien; 36,6—36,6. Descanzo.

Día 10. Con temperatura 36,5, inyección intraesplénica con el mismo preparado de Gallese, y á las 3 p. m. escalofrío fuerte y ascensión termométrica que á las 5.45 era de 39,2. Inyección hipodérmica de bicloruro de quinina 1 gmo. en la tarde.

Día 11, 37,9—39. Sulf. quin. 0,40 gms. 3 veces.

Día 12. Bien; 37,3—36,4. Sulf. quin. 0,40 gms. tres veces.

Día 13. El bazo ha disminuido más de la mitad de su volumen anterior y se ha tornado blando.

El enfermo pide su alta con exigencia, así es que se le concede con 36,3 de temperatura.

Observación N.º 5.

Manuel Gonzalez, natural de Huancayo, de 36 años de edad y de constitución fuerte, ingresa al servicio el 13 de junio del presente año.

Dice que trabajando en la línea del Ferrocarril Central fué en Moron donde hace 1 año enfermó por primera vez de paludismo, presentando, en el trascurso de este tiempo, periodos más ó menos largos de intermitente, que en la actualidad es una doble tercía típica. Sus mucosas están decoloridas y el infarto esplénico llega á 3 traveses de dedo por debajo del arco costal.

Día 25. Observado atentamente desde el 20 sin que nada anormal llame la atención á pesar de no administrársele medicamento alguno, le hago hoy, con temp. 36,6, una inyección intraesplénica de una jeringuilla de Praváz llena del líquido reformado por mi estimado amigo el Farmacéutico señor Julio Gallese.

tint. mal. fe—10 gms.

lic. de Fowler— 8 „

ag. dest. ester— 2 „

amoniaco— IV gotas

La inyección no ha sido dolorosa.

A las 2,45 p. m. lo encuentro muy sofocado, semidelirante, con temperatura de 40°1, que había sido precedida de violento escalofrío.

Por la noche y á la caída de la fiebre, le invadió sudor copiosísimo con sensación de bienestar.

Día 26. Bien. El bazo ha disminuido de volumen. En la sangre periférica se ven cuerpos amiboides. 36,2—36,9.

Inyec. bicl. quin. 1 gmo. en la mañana.

Día 27. Bien; 36,8—36,6; descanso.

Día 28. Con temperatura de 37, inyección intraesplénica con líquido preparado en el Hospital. Es necesario colocar al paciente en el decúbito lateral derecho para hacer más accesible el bazo. En la tarde la inyección es seguida de ligero escalofrío y fiebre, que á las 4 p. m. es de 37,8, hora en que se inicia el sudor.

Iny. hipod. bicl. quin. 1 gmo. en el torax.

Día 29. Bien; 36,8—36,7. Sulf. quin. 0,40 gm. tres veces é inyec. hipod. biclor. quin. 1 gmo. en la mañana.

Día 30. Bien; 36,8—36,7 Descanzo.
Días 1.º y 2 de Julio. Bien, 36,8—36,4 y 36,5—36,7 Sulf. quin. 0,30 gms. tres veces.

Días 3 y 4. Bien; 36,5—36,7 y 36,6—36,5. Descanzo.

Día 5. Inyec. intraesplénica sin reacción. 36,7—37,3 Inyec. hipod. biol. quin. 1 gmo. en la tarde.

Día 6. Bien, 37,1—36,7. Biol. quin. 0,40 gmo. tres veces al día.

Día 7. Bien; 36,4—36,4 Biol. quin. 0,40 alt.

Día 8. Inyec. intraesplénica sin reacción. 37—37.

Día 9. Bien; 37—36,7 Biol. quin. 0,30 alt.

Día 10. Bien; 36,5—36,4. Biol. quin. 0,30 alt.

Día 11. La palpación del bazo es ya bastante difícil; sin embargo obligando al paciente a hacer una gran inspiración sostenida, logro colocar una inyección intraesplénica después de otra hipodérmica de biol. quin. No hubo reacción. Temp. 36,7—36,7 Biol. quin. 0,30 alt.

Licor de Fowler VI gts. y tint. mal. fe XX gts. en los alimentos.

Día 12. Bien, 36,7—36,8. Biol. quin. 0,30 alt. y Fowler y mal. fe. en los alimentos.

Día 13. El enfermo pide su alta.

El bazo ha desaparecido completamente por debajo del arco costal, llegando la matitez sólo hasta el 8.º espacio. Las mucosas están coloreadas y su estado general es excelente. Deseoso de trabajar ha permanecido en el servicio ayudando con actividad en sus ocupaciones rudas á los empleados del Hospital.

Observación N.º 7.

Eusebio Lazo, de 16 años de edad, linfático y de constitución débil, ingresó al servicio procedente de la Hacienda Santa Clara (1) en cuyo campo trabajaba como peon.

Viene á curarse de una disenteria aguda benigna, cuyo cuadro sintomático presenta. Tiene además anemia bien marcada y bazo duro, indoloro y grande hasta 5 traveses de dedo por debajo del arco costal.

Interrogado sobre sus antecedentes refiere que hace dos años enfermó con paludismo intermitente, bajo la forma terciaria con el que padeció 6 meses, sanando después, á su parecer, sin intervención médica.

Día 18. Desde el 12 día de su ingreso, hasta la fecha ha ido mejorando de su disenteria; y, salvo las dos primeras tardes, en que su tem. subió á 37,8 y 37,6, respectivamente, se ha mantenido apirético.

Hoy á las 9.40 a. m. con temp. 36, le hago una inyección intraesplénica y á las 11.30 a. m. le sobreviene escalofrío y en seguida fiebre, que á las 12 m. era de 38º1 y á las 5,35 p. m. 38,4. Inyec. hipod. biol. quin. 1 gmo. en la tarde.

Día 19. Anoche ha aumentado la diarrea, 6 deposiciones; y hoy en el día igual número. Temp. 37,3—36,9. Inyec. biol. quin. 1 gmo. Tan. quin. 0,40 alt.

Día 20. La diarrea ha disminuido 36,3—36,5.

Día 21. A las 10 a. m. con 36,5 inyec. intraesplénica, y á las 11 escalofrío fuerte y después fiebre 38,5, pero no hubo sudor. Poc. absorbente. Inyec. biol. quin. 1 gmo. en la tarde.

Día 22. Aumenta la diarrea. 37—36,9. Inyec. biol. quin. 1 grm. en la mañana.

Día 23. El bazo ha comenzado á disminuir de volumen 36,7—36,3. Poc. absorbente.

Día 24. A las 10.15 a. m. inyec. intraesplénica con temp. 36, y después ascensión termométrica que á las 5.15 p. m. era de 38,4 pero sin haber sido precedido de frío. En la noche mucha diarrea. Poc. absorbente. Inyec. biol. quin. 1 gmo. en la tarde.

Día 25. Mejor; 36,6—36,5. Inyec. biol. quin. 1 gmo. en la mañana.

Día 26. En la mañana con temp. 36,3, inyec. intraesplénica, y al medio día fuerte escalofrío seguido de fiebre, pero que á las 5 p. m. sólo era de 37º9.

Día 27. Con temp. 36,9 inyec. intraesplénica, seguida al medio día de fuerte escalofrío y escensión termométrica que á las 5,15 p. m. era

(1) Lugar muy palúdico.

38,3; pero que subió por la noche al mismo tiempo que aumentó la diarrea.

Día 28. Copioso sudor en la mañana 36,8—36,5.

Día 29. A las 11 a. m. con temp. 36,4 inyec. intraesplénica, que á la 1 p. m. fué seguida de fuerte escalofrío y fiebre que á las 3 p. m. era de 38°. Esta fiebre subió en la noche y terminó por sudor y aumento notable en el número de las cámaras serosas. Absorventes en alterna, é inyec. bicl. quin. 1 gmo. en la tarde.

Día 30. Bien, 36,5—36,3. Inyec. bicl. quin. 1 gramo en la mañana.

Día 1.º de Julio. El bazo sigue disminuyendo bastante. La diarrea casi ha desaparecido; 36,3—36,6. Descanzo.

Día 2. Con temp. 36,1 le pongo á las 9.40 a. m. una inyec. hipd. de biclor. quin. 1 gmo. y á las 11.10 una inyec. intraesplénica. El enfermo dice que ella fué seguida de ligero escalofrío y poca fiebre, pero es lo cierto que á las 5 p. m. su temp. era de 36,7 En la noche bien, no ha habido aumento de diarrea.

Día 3. Bien; 36,6—36,3. Inyec. bicl. quin. 1 gmo. en la mañana.

Día 4. Descanzo: 36—36,5.

Día 5. Con 36,6 de temp. inyec. bicl. quin. 1 gmo. y hora y media después de una intraesplénica, presentando en la tarde como única consecuencia 37,5. Inyec. bicl. quin. 1 gmo. en la tarde.

Día 6. Bien, 36,5—36,2; bicl. quin. 0,30 alt.

Día 7. Con 10 minutos de diferencia hize una inyección de bicl. quin. 1 gmo. y otra después intraesplénica. Sin reacción 36,6—36,5

Día 8. Inyecciones como ayer. Sin reacción, 36,3—37; tan. quin. 0,40 alt.

Día 9. Bien, 36,3—36; tan. quin. 0,4 alt.

Día 10. Bien, 36,4—36,8 bicl. quin. 0,20 alt.

Día 11. Inyec. hipod. bicl. quin. 1 gmo. é inmediatamente otra intraesplénica. No hay reacción 36,2—36,5.

Día 12. Mejor, 36,5—36,6.

Día 13 y 14. Mejor, 36,4—36,5 y 36,2—36,5.

Día 15. Inyecciones de quin. é intraesplénica, sin reacción, 36,5—36,9. Tan. quin. 0,20 alt. y absorventes.

Día 16. Bien, 36,7—36,8. Absorventes.

Día 17. El bazo está ya muy pequeño, 36,4—36,9. Inyec. bicl. quin. 1 gmo. mañana y tarde.

Día 18. Bien, 36—36,8. Absorventes.

Día 19. Sin administración anterior de sustancia quínica y con 36,5 de temperatura, inyec. intraesplénica que produjo á las 5 p. m. 37,8 sin frío anterior pero con diarrea en la noche.

Día 20. Descanzo, 36,6—36,5.

Día 21. Con 36,6 inyec. intraesplénica, sin quinina anterior. No hay reacción, 37,3 á las 3 p. m. Tint. malat. fe. XX gts. en los alimentos.

Día 22. Bien, 36,3—36,5. Inyec. bicl. quin. 1 gmo. en la mañana, y mal. fe. en los alimentos.

Día 23. Bien, 36,3—36,8. Fierro en los alimentos.

Día 24. Inyec. intraesplénica en la mañana sin quinina anterior. No hay reacción, 36,4—37,1. Inyección bicl. quin. 0,80 en la tarde y fierro en los alimentos.

Día 25. Bien, 36,6—36,7. Inyec. bicl. quin. 1 gmo. en la mañana y fierro en los alimentos.

Días 26 y 27. Bien, 36,3—36,8 y 36,7—36,7. fierro en los alimentos.

Día 28. Con temp. 36,8 le puse una inyec. intraesplénica, presentando en la tarde temp. 37,7 sin frío anterior. Fierro en los alimentos.

Día 29. Vómitos biliosos, 37,9—36,4. Inyec. biclor. quin. 0,50 gm. m. y t. Tan. quin. 0,40 y Dower 0,20 cada 2 horas.

Día 30. Han cesado los vómitos pero han aparecido diarreas sanguinolentas, 36,9—36,6. Dower 0,20 alt. Enema de ipeca é inyec. bicl. quin. 1 gmo. en la noche.

Día 31. Sigue la disenteria favorecida por desarreglos en la alimentación, 36—36,4. Enemas de ipeca.

Día 1.º de Agosto. Mejora la di-

sentería, 36,2—36. Enemas de ipeca.
Día 2, 36,4—37,7. En la tarde compruebo que comienza á evolucionar un flegmon en la nalga.

Día 3. Está curada la disentería. Mejor del flegmon, 37,6—37,1.

Día 4. Mejora, 36,9—36,7.

Día 5. Pide su alta con exigencia y se le concede. Del bazo solo queda una punta blanda y muy pequeña; y por arriba sólo llega al borde inferior de la 8.^a costilla. Se vá con 36,5. En estos últimos días ha perdido lo que había ganado en colores.

El líquido que he empleado en este enfermo ha sido según la reforma hecha por Gallesse, pero preparado en la botica del hospital. Las inyecciones no han sido dolorosas sino por penetración de la aguja.

II

Como se ve, son muy alhajados los resultados obtenidos en estos tres casos clínicos. El de la observación número 5, puede decirse curado completamente, pues si bien es cierto que la zona de matidez hácia su límite superior pasaba de los límites normales señalados por F. de Niemeyer, este aumento no era demasiado puesto que no iba más allá de la 8.^a costilla; además, si se tiene en cuenta que en todo bazo infartado por el paludismo crónico, "al microscopio las travéculas fibrosas aparecen espezadas" (1), es natural suponer que nunca el órgano llegará á adquirir sus límites normales desde que no es posible destruir aquel tejido de neoformación. Mi enfermo citado había recobrado su coloración rosada de las mucosas, su apetito era espléndido, todas sus funciones las realizaba á satisfacción; y su actividad y deseo de trabajar lo hicieron pedir con exigencia su alta entre el número de los hombres sanos.

El caso signado con el número 7 esperaba yo poder presentarlo co-

(1) Charcot, Bouchard, etc. *Traité de Médecine* 2.^a édition. Tomo II pág. 279.

mo una prueba satisfactoria de mis aserciones; pero, por desgracia, cuando llegaba al término de mis afanes y cuando veía casi realizados mis deseos, se le ocurre salir del hospital y hubo de acceder á su reclamo. Felizmente para él la curación casi era completa; pues, á su salida, solo quedaba una insignificante punta de bazo blando, que mediría un travez de dedo y que ya sólo habría podido soportar una ó dos inyecciones más. Ultimamente, después de mejorar su tinte anémico y su estado general, recayó en ellos por que desarreglos en la alimentación le ocasionaron un disentería que fué juzgada prontamente por el uso de la ipeca.

El enfermo de la observación número 4 era un caquético completo. Ese bazo duro como una piedra y muy grande, que había sufrido la infección de 7 años, que había recibido los lejanos efectos de un vejigatorio y puntos de fuego sin inmutarse, cedió resistiéndose al principio, pero después rápidamente. Este individuo, pues, en quien todo tratamiento había escollado se compuso muy bien con la medicación de que me vengo ocupando; desgraciadamente éste como el anterior pidió su alta en el momento más precioso.

Aun tengo en cura otros casos más, cuyos resultados comunicaré próximamente.

III

Después de escrita gran parte de este artículo he tenido que rehacerlo y declarar aquí lo que en estos días acabo de saber.

Por gran casualidad llegó á mis manos la gran obra de Terapéutica aplicada de los Profesores F. Penzoldt y R. Stintzing en la que el Pf. Ed. Maragliano, que es quien escribe la parte de paludismo, habla de las inyecciones intraesplénicas "usadas por primera vez por Mosler y estudiadas después por otros muchos autores."

"Mosler empleaba una disolución fenicada el 2 por ciento y el licor

arsenical de Fowler al 1 por 10 obteniendo buenos resultados.”

En el curso de mi disertación me referiré varias veces al Profesor Maragliano.

IV

Desde hace mucho tiempo, y especialmente desde que la civilización europea al invadir con más ardor las regiones del Asia y África veía á sus mejores soldados caer bajo la lenta pero al fin matadora acción del paludismo crónico, es que los médicos han emprendido con mayor denuedo la guerra contra el hematozoario de Laveran. Desgraciadamente en materia de tratamiento no se ha avanzado gran cosa de lo que la antigüedad nos legó; la quina, usada por nuestra adelantada civilización incásica de la cual la recogimos, es la misma que hoy se usa, aunque simplificada por la extracción de su más activo alcaloide y por el uso de vías más expeditas para su pronta absorción. “Estas mismas preparaciones de quinina son casi ineficaces en los accidentes de tipo crónico: anemia, hipertrofia del bazo, cirrosis palúdica. Administradas por la boca, ellas son algunas veces más nocivas que útiles, aumentando los trastornos digestivos” (1). Entre nosotros se vé que la quinina es completamente ineficaz en ellos.

Los estudios posteriores del hematozoario de Laveran han probado que las distintas formas del paludismo son originadas por formas también distintas del germen; al punto que “Mattei y Calandrucio no solo han propagado la terciana por inoculación, sino que han notado que el individuo inyectado presentaba el tipo febril y la forma ó virilidad del plasmodium del sujeto cuya sangre sirvió de semilla” (2) “Según Grassi y Feletti los cuerpos esféricos caracterizarían las fiebres regulares y los cuerpos

en media luna serían característicos de las fiebres irregulares” (1)

Esto que aseveran los autores europeos necesita comprobación entre nosotros; y por el momento no tenemos más noticia que la de nuestro amigo el Dr. Alberto Barton, que es una autoridad entre nosotros en Bactereología, quien dice, hablando de las medias lunas: “Esta modalidad del hematozoario nos ha parecido hasta hoy rara. No recordamos haberla visto más que dos ó tres veces y en muy corto número. Hemos punzado varias veces el bazo de enfermos con el fin de observar esta forma frecuente en dicho órgano —al decir de Laveran—pero sin fruto” (2) Yo en todos los casos que he citado, que como se vé son bien clasificados de paludismo crónico, no he encontrado ni una sola vez, ni en la sangre periférica ni en la del bazo, la forma en media luna, ni he visto algo que me hiciera pensar en ella; en cambio sí he encontrado en todos ellos la forma en cuerpo esférico.

Ahora bien, si no es pues frecuente entre nosotros la forma en media luna, en los casos de paludismo crónico, ó mejor dicho, sino en todos estos casos se encuentra esa forma del hematozoario, habría otra que resiste también á la acción de las sales de quinina? ¿O acaso las medias lunas guiadas por su instinto de conservación van á buscar más seguro refugio á obscuro rincón esplénico en donde solo de manera casual llegaría nuestra aguja punzadora? No lo sé; pero dado el entusiasmo que viene despertando entre nosotros el estudio del paludismo, muy especialmente de parte de mi estimado amigo el Sr. Daniel Mackhenie, probable es que pronto lo sepamos. Desde luego, sé que en las caquecias avanzadas, mi inteligente compañero ha visto numerosas muestras de esa forma, tal cual la

(1) A. F. Plicque. Presse Medicale, 1897 N.º 32 pág. 180.

(2) R. Cajal—Anatomía Patológica—1900.

(1) Callet. Precis. de Patho. Interne. 2e. edition, 1901 pág. 527.

(2) La Crónica Médica de Lima, N.º 289

describen los autores europeos; pero en los otros casos de paludismo crónico, que tampoco se curan por la quinina, me parece que no se le vé siempre.

De todos modos, se puede concluir aquí como en cualquier parte que en los casos de paludismo crónico hay gérmenes que no mueren por la quinina. Pero resulta una cuestión. ¿Estos gérmenes resisten á la quinina por sí mismos ó porque viven guarecidos en lugar adecuado para ello? Me parece que en el primer sentido es que asevera el Pf. Widal cuando dice: "Los parásitos llegados al estado cuerpos en media luna resisten mucho mejor á la quinina que al estado de cuerpos amiboides" [1] Pero como resistir más, no quiere decir resistir completamente, deduzco que es aquella forma susceptible también de ser destruída por la quinina, aunque con mayor dosis que cualquiera otra. Además, "cuando los parásitos se encuentran en el parénquima de órganos se hallan menos expuestos á la acción de la quinina," (2) que en débil fracción de la dosis absorbida es llevada al bazo por su arteria principal; y como el profesor Laveran dice: "que el bazo es la guarida del hematozoario," es fácil de comprender la imposibilidad de destruirlo en la forma crónica por los medios ordinarios. De aquí su falta de curación.

Sin embargo, no por esto habremos de destronar al alcaloide de la corteza peruana del honroso puesto que con derecho se ha conquistado; sáquese al enemigo de su guarida, pongámosle frente á frente con una fuerte proporción de quinina y lo veremos caer bajo la acción de su poderosa destrucción.

¿Y cómo habríamos de sacar del bazo al hematozoario? Ya lo he dicho en mi artículo anterior: Esta es la acción de las inyecciones de que me vengo ocupando. Voy á probarlo.

Como se ha visto por las historias clínicas copiadas más adelante, toda vez que he hecho una inyección intraesplénica ha habido una manifestación patológica idéntica en su mayor número á la del paludismo intermitente típico; en otras ocasiones no han habido sino manifestaciones febriles acompañadas solo de algunos de los otros dos períodos; siendo muy rara la vez en que la única manifestación ha sido la elevación de la temperatura. Pues bien, para mí esta reacción, que ni una sola vez ha dejado de presentarse, es solo y exclusivamente originada por la invasión del hematozoario bajo forma joven á la sangre periférica. La igualdad de las reacciones observadas con la intermitente palúdica me hace pensar así. Además, Golgi "ha demostrado que todo acceso palúdico coincide con la esporulación de una generación de amibas adultas" (1); Grassi dice que el calofrío que caracteriza el principio del acceso febril indica precisamente que se ha realizado la reproducción de los parásitos del paludismo (2); Maragliano refiere que el signo de la formación de esporos es el paroxismo febril (3); este mismo autor agrega que "un traumatismo en la región esplénica, podría provocar una manifestación aguda, en una infección palúdica latente durante mucho tiempo" (4); el Dr. A. F. Plicque dice también: "que las duchas locales al nivel del bazo, tienen generalmente el inconveniente de recordar los accesos febriles agudos" (5). El profesor Laveran hablando del papel del bazo en el paludismo dice: "Luego los hematozoarios se acantonan en el bazo y subsisten allí. Un traumatismo de este órga-

(1) S. Dominici.—Contribución al estudio del hematozoario en Venezuela. 1896.

(2) Dr. B. Grassi. Discurso pronunciado en la conferencia tenida en el Colegio Romano el 25 de Marzo de 1900.

(3) Penzoldt y Stintzing.—Terapéutica citada, pág. 521.

(4) Penzoldt y Stintzing—Obra citada, pág. 499.

(5) Presse Medicale, citada.

(1) Charcot etc., obra citada.
(2) Penzoldt y Stintzing. Terapéutica aplicada. Traduc. españ. 1896. Tomo I. pág. 504.

no, una ducha, una causa irritante cualquiera, pueden ponerlos en libertad y provocar un nuevo acceso." (1). Unamos todas estas verdades obtenidas de autores de reconocida competencia y se llegará fácilmente, lógicamente, á mi conclusión enunciada: Las inyecciones que empleo sacan los gérmenes á la circulación periférica.

¿Y acaso hay otra conclusión que se deba tener en cuenta? Esa reacción significaría otra cosa? Se la creería una reacción idéntica á la de las inyecciones de suero artificial de Hayem? Acaso se presentan en estas los tres periodos de la intermitente ó siquiera la temperatura vá mas allá de 38°; y en estos casos se han descartado todas las causas que pudieron haber influido en ello, como la tuberculosis que muchas veces pasa desapercibida? La fiebre prueba una infección y se me diría que la he llevado de fuera; pero en este caso después de un violento escalofrío y alta temperatura, habría que concluir que esa infección era considerable y por tanto que ella no podría pasar en pocas horas, ni ser dominada por la quinina, ni impedida su producción por una inyección anterior de la misma base. ¿Quién ignora, por último, las exigencias que la cirugía moderna pide á la asepsia? Se me ha dicho que siendo el bazo una especie de emuntorio en donde, según algunos fisiólogos, el órgano se encarga de hacer el aseo de nuestro organismo; y que yo, llevando allí mi inyección he hecho salir esos tóxicos, los mismos que se han manifestado por la reacción que observamos. Pero fácil es contestar á esta objeción; en primer lugar esa propiedad fisiológica no es admitida suficientemente; y después que aún con tal teoría no se pueden negar las conclusiones que proclamo, porque si bien podrían decir esos tóxicos llevarían consigo al hematozoario; me refiero á

los tóxicos figurados, porque si fueran líquidos no podrían quedar ni un momento encerrados en el bazo sin inundar la circulación totalmente produciendo sus efectos.

Cierto es que algunas elevaciones térmicas no han sido precedidas de frío; pero cierto es también que los periodos de la intermitente palúdica "pueden invertirse y aún faltar alguno" (1) En los casos que he citado he visto que después de pequeñas elevaciones térmicas se han presentado periodos de sudor copiosísimo á veces; y aquí diré de paso que el sudor á la caída de la fiebre no lo creo causado por sólo la defervescencia brusca, sino como una manifestación de otra causa, quizás si debida á la acción, sin serle exclusiva, del hematozoario ó de su toxina sobre aquella parte del sistema nervioso que interviene en la sudación. Algunas veces he observado también esa forma de intermitente dividida que señala el Profesor Widál (2). El hecho de verificarse las reacciones por la tarde, tampoco es objeción porque sabemos que tal es la observación del Profesor Castillo (3). Supongo que nadie me pedirá siempre fuertes reacciones, porque es de suponer que ellas tienen que estar en relación con el número de gérmenes invasores; y por que además "el sistema nervioso se acostumbra á la presencia de los hematozoarios y reacciona cada vez menos" (4). A este respecto el Profesor Maragliano dice que "no siempre la formación de esporos da origen á un paroxismo febril; probablemente se trata de generaciones poco numerosas y por lo tanto de una cantidad escasa de sustancias febrígenas en la sangre" (5). Así vemos que en el enfermo de la observación 5.ª cuya infección datada de sólo un año y con bazo re-

(1) Dr. Juan C. Castillo. Lecciones de Patología Interna. Lima 1900 pág. 36.

(2) Charcot etc. obra citada.

(3) Obra citada. pag. 15.

(4) Laveran et Teissier. Pathologie Médicale 1894. Tome 1er. pag. 223.

(5) Penzoldt etc. Terapéutica citada pág. 522.

(1) La Presse Médicale. Febrero 17 de 1897.

lativamente aumentado y blando, reaccionó fuertemente á la primera inyección: es decir que gérmenes más activos ó susceptibles y en gran número impresionaron fácilmente un organismo menos acostumbrado á ellos; como se les atacó á tiempo por medio de dosis alta de quinina murieron con rapidez. Y así lo creo, porque las inyecciones sucesivas originaron reacciones cada vez más ligeras hasta que fueron nulas, lo que coincidió con disminución completa del bazo y la curación del enfermo. En la observación número 4 se ve que á las cuatro primeras inyecciones los accesos fueron de poca significación, porque se trataba de una infección de 7 años; ya en las siguientes fueron tan intensos que ocasionaron estragos en el organismo. En el enfermo de la observación número 7, cuya infección de dos años no interrumpida por medicación alguna lo había reducido á un estado caquético ya avanzado, nunca logré ver temperatura mayor que 38°5; pero en cambio en este fué muy rara la vez que faltaron los escalofríos, y si se tiene en cuenta la intensidad de su caquexia no es posible exigir más. Es de advertir que en este, como en los anteriores, la fiebre subía por las noches, según me aseguraban ellos mismos; desgraciadamente no me era posible constatarla por falta de facilidades en el hospital. Por último, he hecho, como se ha visto, inyecciones de quinina antes ó al mismo tiempo que las intraesplénicas y el acceso ha dejado de presentarse; esto probará más claro todavía la causa palúdica de la reacción de que me ocupo. Y no se diga que si la reacción dejó de presentarse no fué por la quinina, sino por la ineficacia de la inyección intraesplénica, porque en la misma observación 7.^a hemos visto que después de haber puesto al mismo tiempo ambas inyecciones sin acceso consecutivo, he vuelto á observarlo aunque más ligero por la curación del mal, como respuesta á la intervención intraesplénica aislada. No

creo que se me observen las dos últimas elevaciones térmicas independientes de todo tratamiento en el número 7, porque ellas fueron debidas una vez á la recaída de la disenteria y la otra al flegmón de la nalga.

Por todo lo expuesto creo tener derecho para asegurar con buena lógica, que las reacciones que he observado, después de cada inyección intraesplénica sin existencia previa de quinina en la sangre, prueba son de la invasión del hematozoario de Laveran contenido en el bazo á la circulación periférica mediante la misma inyección.

(Continuará).

FORMULARIO

El Cloroformo en pociones

Mathieu formula así la solución de codeína:

Codeína.....	0 gr. 20.
Agua de laurel cerezo.	25 gramos
Agua destilada.....	75 „
Agua cloroformada saturada.....	100 „

Los ingleses y americanos emplean muy frecuentemente como calmante del estómago, soluciones de composición muy compleja, conocidas con el nombre de clorodina.

He aquí según Soulier, en qué consisten estas fórmulas:

Cloroformo.....	120 gramos
Eter.....	30 „
Alcohol.....	120 „
Melaza.....	120 „
Extracto de regaliz...	75 „
Clorhidrato de morfina	0 gr. 50
Esencia de menta.....	XVI gotas
Jarabe.....	530 gramos
Acido cianhídrico diluido.....	60 „

Disolver la morfina y la esencia en el alcohol, agregar el cloroformo y el eter; por otra parte, disuélvase el regaliz en el jarabe; agréguese la melaza, únense las dos soluciones, agítense y agréguese el ácido cianhídrico.

La dosis que debe emplearse de esta clorodina es de V á XV gotas.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Congreso Médicos

PRIMER CONGRESO EJIPCIO DE MEDICINA. Bajo el alto patronato de S. A. el Khédive.

Una reunión científica con este nombre tendrá lugar en el Cairo, del 10 al 14 de diciembre de 1902.

Los trabajos de este Congreso versarán especialmente sobre afecciones particulares al Egipto, tales como: la bilharzia, el anquilostoma duodenal, fiebre biliosa, abscesos del hígado, etc. Las cuestiones relativas á epidemias que visitan regularmente el Egipto desde hace algunos años y amenazan por ello los puertos mediterraneos, así como las medidas profilácticas, quarentenas, seran objeto de informes y comunicaciones inscritas á la orden del día.

Muy interesante esta reunión para los europeos- lo es también, indiscutiblemente, para nosotros, sudamericanos, que ejercemos en clima análogo al ejipcio, cálido, donde abundan las afecciones objeto principal del dicho Congreso.

Presidirá las Sesiones el Dr. Ibrahim Pachá Hassan; actuando como secretario general el Dr. Voronoff.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Paris, setiembre 19 de 1901.

El secretario general tiene el honor de avisar á los señores miembros del citado Congreso, que la impresión y envío del *Volumen general* y de los 17 volúmenes de las secciones, estan actualmente terminados.

Se suplica á todo miembro del Congreso, ó suscriptor que, por error no hubiera recibido los volúmenes á que tiene derecho, dirija su reclamo al editor del Congreso, M. Masson & C.º 120 Boulevard Saint Germain, Paris,

A partir del 31 de diciembre de 1901, no se admitirá ningún reclamo.

El microbio de la sífilis

POR EL DR. P. HAMONIC

El eminente Dr. Luis Jullien, con uno de sus colaboradores el Dr. de Lisle, acaba de hacer una notable comunicación á la Academia de Medicina, sobre el *microbio de la sífilis*.

Este trabajo me interesa particularmente, pues el microbio que han encontrado los doctores citados es el que he descubierto en 1882 y que di á conocer en esa época con mi maestro Martineau. Entonces estábamos en los comienzos de la bacteriología y debíamos contentarnos con los métodos técnicos primitivos.

Entre los experimentadores yo he sido el primero que de una manera positiva he inoculado al mono la sífilis, y el bacilo de Lisle y Jullien corresponde absolutamente á la bacteridia anunciada por Martineau y por mi.

En mis primeras experiencias, en 1882, creí deber buscar el microbio específico en su foco primitivo, el chancro indurado, el lugar donde se desarrolla con un máximun de actividad; con el producto del raspado de la lesión primitiva sembré un caldo de cultivo que germinó con actividad. El microbio pudo ser seguido á travez de la sangre de dos puercos; uno de ellos sufrió accidentes sépticos graves, después se restableció.

El microbio de Julien y de Lisle es esencialmente polimorfo, pudiendo variar de 5 á 8 u de longitud y de 15 centésimos á 30 de u de anchura á la longitud de un filamento muy largo." Nuestra bacteridia tiene "la forma de bastoncillo de longitud variable, pero sin sobrepasar el diámetro de un gló-

bulo sanguíneo. Al mismo tiempo se encuentran otros bastoncillos mucho más largos (hasta 4 á 5 veces) poco móviles, rectilíneos ó ligeramente curvilíneos."

El microbio de Jullien "está animado de movimientos y evoluciona en el campo del microscopio."

Nuestra bacteridia "ofrece movimientos diversos. El más frecuente es el que se verifica al rededor de un eje que corta el parásito en dos, á la manera de una aguja de brújula. Estos movimientos se hacen sucesivamente á derecha y á izquierda, de donde progresión rápida,

Sembrado en caldo, el microbio de Lisle y Julien lo enturbia en 24 horas. El nuestro produce al cabo de 10 horas algunos copos que enturbian su transparencia.

En las experiencias de Julien "la longitud del microbio crece cada vez más finalmente se vuelve granuloso y toma el aspecto de puntos."

En nuestras investigaciones encontramos "bastoncillos mucho más largos (hasta 4 á 5 veces.) Existen también microbios en forma de puntos brillantes."

Estos caracteres morfológicos establecen entre el microbio de los Sres. Julien y de Lisle y el que he descubierto una analogía completa.

No hago la reivindicación de prioridad. Los Sres. Jullien y de Lisle han encontrado un microbio ya señalado y publican investigaciones originales muy interesantes. Su probidad científica es bien establecida para temer algo.

La memoria que Martineau y yo hemos presentado á la Academia de ciencias el 4 de setiembre, y á la de Medicina el 5 de setiembre de 1882, es la siguiente:

DE LA BACTERIDIA SIFILÍTICA.—
DE LA EVOLUCIÓN SIFILÍTICA EN EL PUERCO.

Estudios y experimentos

Desde los magníficos trabajos de Pasteur sobre los microbios y las bacteridias de las enfermedades virulentas de los animales, los mé-

dicos y los cirujanos se han dedicado á la investigación de las bacteridias de todas las enfermedades virulentas del hombre. La sífilis enfermedad constitucional virulenta, debía ser, entre todas, la preocupación constante de los experimentadores. Los sifiliógrafos se consagraron á la obra. En Alemania varios médicos entre los que citaremos á Klebs y Aufrecht, se dedicaron á numerosas investigaciones: descubrieron la bacteridia sifilítica que creyeron haber encontrado en la sangre ó en la serosidad de las pápulas hipertróficas sifilíticas. Estos autores cometieron el error de no cultivar estos gérmenes llamados sifilíticos y de no comprobar su acción por la inoculación á los animales. Hubieran reconocido así su error, que les fué demostrado por nuevos experimentadores. En Francia, estas investigaciones son continuadas. Además de las dificultades que estas experiencias presentan, creemos que se debe atribuir los fracasos á los métodos defectuosos que se han empleado. Durante varios meses, hemos buscado la bacteridia ya en la sangre, ya en el chancro infectante, en las sífilides papulosas, pápulo-hipertróficas, la hipertrofia amigdalina. Todo quedó infructuoso. Resolvimos entonces emplear otro procedimiento que, después de los resultados obtenidos por la experimentación sobre los animales, nos permite afirmar la existencia de la bacteridia sifilítica.

La memoria que sometemos á la apreciación de la Academia no es sino el preludio de una serie de investigaciones que hacemos sobre la bacteridia sifilítica y sobre la evolución de la sífilis en los animales. Nuestro objeto ahora es hacer conocer el procedimiento que hemos seguido para el descubrimiento de la bacteridia, los caracteres que presenta, los resultados de su inoculación, así como las particularidades que ofrece la evolución de la sífilis en el puerco.

El 29 de abril de 1882, estirpamos un chancro infectante, sifilítico,

indurado, del labio menor izquierdo, de una enferma que ocupaba la cama N.º 34 de la sala de San Luis en el Hospital Lauricine. Este chancro es colocado en un vaso cerrado, previamente calentado al rojo sombrero. Preparamos un caldo concentrado (Liebig) llevado a la ebullición durante dos horas. Colocamos en un balón de cuello alargado previamente llevado al rojo y enfriado, caldo en ebullición, de cuya alcalinidad nos aseguramos. Cerramos el tubo con algodón y lo dejamos enfriar. Cuando la temperatura del líquido es de 30 grados centígrados colocamos el chancro, rápidamente y sin quitar el tapón de algodón se cierra el tubo a la lámpara.

El caldo es de color caoba, pero límpido. El balón es colocado en un baño-maria a 30 grados.

A las 3 horas ligero enturbiamiento; a las seis un pequeño depósito gris en el fondo.

El 30 de abril, se toman algunas gotas de líquido y se cierra nuevamente a la lámpara. Al microscopio una gota del caldo presenta: bacteridias en bastoncillo, de porte variable, sin sobrepasar el diámetro de los hematies; formados de materia clara; no hay núcleo, envoltura ni granulaciones.

Las bacteridias están agrupadas ya por dos segun una línea horizontal (—) ó cuatro (==), ya forman ángulo. Rara vez están 3 por 3, á veces dos parecen no formar sino una. Tienen diversos movimientos que las hacen progresar. Se tieñen bien por el violeta de metilo.

El 1.º de mayo encontramos en el caldo visto al microscopio, pebueñas bacteridias, bien móviles, otras muy grandes, poco móviles, algunas están dispuestas en Y. Se encuentran también microbios puntiformes.

El 1.º de mayo hacemos á un puerco de 5 años una inyección del líquido de cultivo en el abdómen, cerca de la región peniana y otra al nivel de la axila derecha. Al día siguiente el animal tiene fiebre, es-

tá enfermo y rechaza el alimento; días despues en la sangre encontramos bacteridias móviles; al fin del mes comprobamos en el abdómen 7 á 8 pápulas, posteriormente le ha sobrevenido bléfaro-conjuntivitis; en el pene un tumor duro y los ganglios infartados, los pelos del lomo caen fácilmente. Vuelta á examinar la sangre se encuentran bacteridias, se siembra en el caldo y después de 18 horas hay proliferación abundante de las mismas bacteridias.

Los profesores Nocard, Bouley y Weber hallan gran similitud entre la erupción del animal y la sífilide pápulo-escamosa.

En junio se hace nueva inoculación en un puerco de 1 mes con la serosidad de un chancro sífilítico de un enfermo de la sala de San Luis; examinada la sangre del puerco pocos días después, se hallan las mismas bacteridias que en el primer experimento; diversas erupciones se presentan en el cuerpo del animal.

En julio inoculamos en la región peniana de un mono macaco por inyección subcutánea las bacteridias comprobadas en la sangre del puerco de la 1.ª experiencia. El mono no ha presentado ningún fenómeno anormal.

Comparando el resultado de nuestras dos primeras experiencias, no se puede poner en duda la realidad de la bacteridia sífilítica.

No tenemos necesidad de hacer resaltar la importancia que este experimento tiene desde el punto de vista de la profilaxis y de la terapéutica de la sífilis.

La evolución de la sífilis parece ser más rápida en los animales que en el hombre. Todos los animales no parecen aptos para contraerla.

El interesante trabajo de los señores Jullien y de Lisle es el siguiente: INVESTIGACIONES BACTERIOLÓGICAS SOBRE LA SÍFILIS.

Tenemos el honor de comunicar á la Academia de Medicina las investigaciones que nos han conducido á conocer el microbio patógeno de la sífilis.

Por más que la sangre de los sífilíticos haya sido considerada es térril bajo el punto de vista bacteriológico, es sobre este líquido que hemos hecho los estudios, pues parece imposible que el agente que disemina la infección en todo el cuerpo no contuviese el gérmen.

En la sangre de un sífilítico hemos hallado cuerpos redondeados, granulosos, muy refringentes, susceptibles de atravesar el filtro Chamberland y dotados de movilidad. El plasma obtenido por los medios actualmente empleados en el laboratorio, nos ha presentado una bacteridia de forma bacilar, cuyos caracteres son el *polimorfismo*, su aspecto puede variar del de un bacilo corto de 5 á 8 *n.* de longitud y de 15 á 0'30 de *n.* de anchura, al de un filamento alargado, de estremidades poco redondeadas, no dilatadas en maza. Está animado de movimientos y evoluciona en el campo del microscopio. Toma bien todas las materias colorantes. No toma el Gram.

Sembrado en caldo lo enturbia en 24 h., liquida la gelatina. En glosa ordinaria y glicerínada, así como en la peptonizada dá cultivos cremosos siempre húmedos y de ligero tinte verde.

Se desarrolla bien sobre papa glicerínada, bajo la forma de un enlucido blanco, ni seco, ni escamoso. En el serum solidificado, se desarrolla poco y sin liquefacción. En el líquido amniótico dá buen cultivo, así como en medios vacunados por el bacilo piocianico y el colibacilo.

No coagula la leche, pero precipita la caseína, dejando una capa grasienta en la superficie; la reacción es alcalina. No produce ni pyocianina ni indol. La mayor parte de los cultivos tienen un olor desagradable.

Las modificaciones sufridas por el microbio son importantes; su longitud crece á medida que el cultivo envejece, á los 5 días es filamentosos, á los 10 es granuloso y toma el aspecto de los puntos redondos mencionados anteriormen-

te y vistos en el plasma, pero el trasplante puede hacer reaparecer el bacilo con todos sus caracteres primitivos.

Nuestros cultivos inyectados en el peritoneo de la cobaya producen parálisis, enflaquecimiento y muerte entre 10 y 15 días. Las cobayas jóvenes mueren en 12 horas. Inyectados bajo la piel, determinan caída del pelo, la formación de una placa indurada con ulceración, acompañada de ingurgitamiento, de los ganglios vecinos. La sangre siempre es estéril en los animales muertos. Este último hecho, tal vez está en relación con la no contaminación específica por picadura en el anfiteatro en los millares de autopsias practicadas en los hospitales.

Un cultivo de nuestros microbios espuesto en contacto con el serum sanguíneo de un sífilítico, determina claramente la *aglutinación*. En los sífilíticos la inoculación de nuestros cultivos no ha dado ningún resultado.

En fin, fenómeno capital, y sobre el cual nos permitimos llamar la atención, la *alexina* contenida en el serum de un animal sometido á inyecciones repetidas de plasma sífilítico, se fija sobre este microbio. Se sabe que esta reacción es debida á la intervención de una sustancia la *sensibilizante* especial, engendrada por la vacunación.

En resumen, hemos encontrado: 1.º el microbio en los sífilíticos y nada más que sífilíticos; 2.º este microbio aglutina el serum de individuos sanos; 3.º determina en animales de laboratorio accidentes especiales y comparables á los que se observan en el hombre, fija la *alexina* especial de los animales vacunados con los productos sífilíticos; 4.º sus productos son sin efecto sobre los enfermos sífilíticos.

Por todas estas razones, concluimos que el bacilo que hemos aislado en el plasma sanguíneo de nuestros enfermos sífilíticos, es el microbio patógeno de esta infección.

N. BEDOYA.

(De la Revista de Andrología y Ginecología, Julio 1901.)

CRONICA

Tuberculosis humana y tuberculosis bovina.—El doctor P. Garnault, acaba de dirigir al Profesor Koeh, la siguiente carta que ha sido reproducida por todos los diarios políticos de Paris.

14 de Agosto de 1901.

Muy respetable maestro:

En la plenitud de mi conciencia, vengo á ofrecirme ante vos, para servir de sujeto á inoculaciones de tuberculosis bovina. Me hallo muy dispuesto á creer que estáis en un error, y tengo la convicción de que sería contaminado. Tengo 40 años, peso más de 100 kilos, tengo 1 m. 81 de talla, gozo de perfecta salud, (lo que podría verificar, sometíendome de antemano á inoculaciones de tuberculina) no tengo hijos.

En los combates, hombres de mentalidad inferior, se ofrecen por millares á una muerte inevitable. Aun cuando no participo de vuestras opiniones, y bien que, considero mi inoculación como probable, estimo que, sobre el campo de batalla de la vida social, un ser consciente, puede muy bien hacer lo que tantos hacen tan fácilmente, sobre los verdaderos campos de batalla. Me pongo á vuestra completa disposición, en Paris ó en Berlín, en las condiciones que os plasan.

Paul Garnault.

Doctor en medicina, doctor en ciencias, exprofesor de la Facultad de Ciencias de Burdeos.

(De "Le Progres Medical.")

De regreso.—Nuestros compañeros de Redacción los doctores Velasquez y Mimbela están ya de regreso de Europa. El doctor Mimbela antes de llegar á Lima á ido á Piura á visitar su lugar de nacimiento, pero estará entre nosotros dentro de pocos días. Damos á nuestros compañeros la más cordial bienvenida.

El doctor Barton ha sido agraciado por la Representación Nacional, y muy merecidamente—inclu-

yendo en el Presupuesto General de la República la suma de ocho mil soles para que continúe en Europa sus estudios bacteriológicos.

De Buenos Aires.—Entre los canjes con que es honrada nuestra mesa, hallamos el nuevo é importantísimo periódico "*La Revista de la Tuberculosis*" que dirige el doctor Emilio Coni.

En sus páginas transcribe nuestro suelto de crónica: *Las escupideras de papel*, que publicamos en uno de nuestros números anteriores, escupideras que examinamos de entre los adelantos que se manifestan en el hospital de Bellavista.

Publicaciones recibidas

La Leprose par LE DR. DOM SAUTON.—1 vol in 8. ° raisin de 506 pages, avec 60 figures et planches hors texte, cartonné à l'anglaise. Prix... 22 francs.

C. NAUD, editeur. 3 rue Racine, Paris. VI.

Durante numerosos años, el Dr. Dom Sauton se ha consagrado principalmente á la cuestión lepra, y yendo á estudiarla en los principales focos del mundo entero: es el resultado de estas investigaciones que consigna en una magnífica obra en 8. °, de 500 páginas, dedicado "á la memoria de Pasteur, ilustre obrero de la ciencia y de la caridad."

Se ha confundido con el nombre de lepra, dice el autor, numerosas dermatosis, la sarna, las enfermedades venereas y en particular la sífilis; así se ha atribuido á la lepra los estragos y la contagiosidad de estas otras enfermedades con las que se hallaba confundida. Tendremos pues que corregir graves errores, que destruir prejuicios acumulados hace siglos y profundamente arraigados en la opinión pública. Es con este objeto y con estos motivos que hemos sustituido al nombre de lepra el de *leprosis* que representa una entidad mórbida perfectamente definida.

Después de haber buscado el origen de esta enfermedad, de haber estudiado su marcha en el mundo entero, Dom Sauton estudia las epidemias de la edad media; establece que la sequestración en las leproserías detuvo particularmente la propagación de las enfermedades venereas, y que la supresión de las *maladreries* preparó la gran epidemia de *mal frances* ó *mal napolitano* de 1,493. "Probablemente, dice, la *lepra* sería todavía mas frecuente, en la actualidad, en Europa, que en la edad media, si se hubiera continuado confundiéndola con las dermatosis, la sarna y la sífilis."

Pasa revista á todas las regiones del globo, que en gran parte ha visitado; sus largos viajes le han permitido establecer una estadística tan exacta como es posible, del número de leprosos y describir las condiciones en que se hallan en cada uno de estos países. Un planisferio coloreado reproduce esta distribución Geográfica, indica las principales leproserías, y grabados vienen á completar el gran interés de esta laboriosa estadística. Debemos hacer notar en lo que al Perú se refiere, que no es exacto que entre nosotros exista la lepra, salvo uno que otro caso importado con la inmigración China y sin embargo en el planisferio ya citado figura nuestro territorio coloreado de manera que significa existencia de leprosis a débil grado.

Después de algunas consideraciones sobre la etiología, aborda los dos grandes problemas de la *herencia* y del *contagio*; en lugar de limitarse, como se hace frecuentemente, á un estudio superficial, evita el grueso escollo: *post hoc, ergo propter hoc*; sigue paso á paso "al bacilo," elemento patógeno, en sus peregrinaciones; escudriña "el terreno" y apoyándose sobre los descubrimientos relativos á la tuberculosis y á la sífilis, resume sus conclusiones en dos leyes generales:

1. ° La herencia trasmite las

diatesis y las degeneraciones orgánicas;

2. ° El contagio propaga las enfermedades microbianas.

Demuestra en que medida y bajo que formas pueden, aunque rara vez, marcarse el contagio y la herencia de la leprosis.

La bacteriología, la anatomía patológica, la clínica y la patogenia son objeto de largos desarrollos; el autor interroga los trabajos más recientes aparecidos en Francia y en el extranjero; los analiza, los discute con cuidado.

A la inversa de lo que pasa para la sífilis, "la receptividad del terreno" juega un papel capital, determina los diversos grados de actividad del elemento patógeno y sus localizaciones.

Una conclusión se deduce para el lector: "La unidad nosológica de la leprosis, bajo un polimorfismo variado al infinito."

Las numerosas variedades de la lepra autorisan á admitir, como se hace todavía universalmente en nuestros días, varias especies ó formas" de lepra, formas tegumentarias, maculosas, tuberculosas, anestésicas, mutilantes, sensoriales, etc.

No, dice el Dr. Sauton, hay léprides, como hay sífilides; leprosis visceral y medular, como sífilis de las vísceras, de la medula y del cerebro, y estas léprides están sometidas á leyes de sucesión en su evolución. Es así que el tipo clásico y completo de la leprosis comprende cuatro períodos:

1. ° La incubación;

2. ° La infección, ó accidentes primarios;

3. ° Los accidentes secundarios;

4. ° Los accidentes terciarios.

No es, dice, el deseo de crear un paralelo, una analogía entre la leprosis y la sífilis, sino el examen atento de los síntomas, de su encañamiento, de su sucesión; en una palabra, es el estudio anatómico y clínico que nos ha impuesto esta división; no tiene nada de artificial, de arbitrario; aclara el cami-

no, da la clave de todas las formas frustradas ó incompletas, simplifica el diagnóstico y establece el orden donde reinaba la confusión.

Es con el mismo espíritu clínico que considera "las enfermedades nuevas": la syringomielia, la enfermedad de Morvan, el anñhum, la morfea de los contemporaneos, la esclerodermia, etc. otros tantos síndromas, cuyas causas hay que buscar, y estas permitirán entonces asignarles un lugar legítimo en los diversos cuadros nosológicos.

Estas nociones dan luz nueva á la sintomatología, las formas múltiples y diagnóstico diferencial de la leprosis; proyectan también viva claridad sobre la grave cuestión de profilaxia y el autor llega á conclusiones tan simples como prácticas, llenas de actualidad, y tan útiles para Europa como para sus colonias.

Un último problema, el de la terapéutica, suministra al Dr. Sauton la ocasión de buscar las bases de un tratamiento racional y científico; con este objeto, estudia el mecanismo y los recursos de la bacterioterapia, de la seroterapia, de la fisioterapia, de la opoterapia y de la terapéutica sintomática.

En fin, una abundante bibliografía, la descripción de un sanatorium modelo, planchas y grabados agregan todavía valor á esta sabia obra, que M. Naud acaba de editar con el cuidado y lujo que sabe dar á sus publicaciones.

LA POCIÓN ANTISÉPTICA del Dr. Bandiera es el mejor remedio conocido hasta el presente para la curación de la tisis pulmonar. Produce también excelentes efectos en los catarros de los bronquios, agudos ó crónicos, en la bronco-alveolitis, en las bronquitis y en las enfermedades similares. Cuidado con las falsificaciones ó imitaciones. No aceptar sino frascos de la **POCIÓN ANTISÉPTICA BANDIERA**. Cada frasco está provisto de la marca de fábrica.

Depósito único en Palermo, en la *Pharmacie Nationale*, rue Cavour 89-91, donde deben dirigirse los pedidos.

Tratado de Cirujía Clínica y Operatoria.—Publicado en Francia bajo la dirección de los doctores A. Le Dentu, profesor de clínica quirúrgica en la facultad de medicina de París, miembro de la academia de medicina, cirujano del hospital Necker, y Pierre Delbet profesor agregado á la facultad de medicina de París, cirujano de los Hospitales, con la colaboración de los doctores Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipaul, Faure, Gangolfe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet, Barbon, Lyot, Maucloire, Moresstin, Nimier, Pichevin, Ricard, Rieffel, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson y Villar.

Traducido al castellano por D. José Núñez Granéz, y anotado y comentado por D. Federico Rubio y Gali.

Diez tomos en 4.º mayor, con infinidad de grabados intercalados en el texto.

Está ya publicado el tomo 4.º Se publica por suscripción y se sirve un tomo cada mes, al precio de 15 francos.

Para ser suscriptor basta dirigirse á la casa de Hernando y C.^a Arenal, 11, y Quintana 31, la cual se encarga de servir los tomos en el domicilio del suscriptor y de girar por un importe, contra el mismo, en tres plazos de 50 francos cada uno, más el importe del franqueo y certificado de los tomos y de los regalos.

¶ Hemos recibido el tomo 7.º

TRATADO DE MEDICINA Y DE TERAPÉUTICA PUBLICADO en Francia bajo la dirección de los doctores P. BROUARDEL, miembro del instituto, decano de la Facultad de Medicina de París, médico de la Caridad, A. GILBERT, profesor agregado á la facultad de medicina de París, médico del hospital Broussais, S. G.

RODE médico de los hospitales de París, auditor en el comité de higiene pública de Francia, con la colaboración de los doctores Auché, Balzer, Barbé, Bonet, Boulloche, Brouardel, Chaffard (A.) Courmont, de Gennes, Deschamps, Dupré, Gaillard, Gaucher, Gilbert, Girode, Gombault (A.) Grancher, Guinon (L.), Hallopeau, Hanot, Hayem, Hudelo, Hutinel, Jacquet, Laboulbène, Lancereaux, Landouzy, Laveran, Legroux, Letulle, Lion, Marfan, Menetrier, Merklen, Mosny, Netter, Parmentier, Richandière, Roger, Roque, Siredey (A.), Straus, Surmont, Teissier, Thoinot, Vaillard, Widai (F.) y Wurtz (R).

Traducido al castellano por D. José Núñez Granés.

Diez tomos en 4.º mayor, con grabados intercalados en el texto.

Está ya publicado el tomo 1.

Se publica por suscripción y se sirve un tomo cada dos meses, al precio de 15 francos.

Todo suscriptor á esta obra recibirá regalos en libros por valor de 102 francos.

Para ser suscriptor basta dirigir se á la Casa de Hernando y C.ª Arenal, 11, y Quintana, 31, la cual se encarga de servir los tomos en el domicilio del suscriptor y de girar por su importe, contra el mismo, en tres plazos de 50 francos cada uno, más el importe del franqueo y certificado de los tomos y de los regalos.

Tratado de Cirugía clínica y operatoria, publicado en Francia bajo la dirección de A. Le Dentu y Pierre Delbet. Traducido al castellano por D. José Núñez Granés, y anotado por D. Federico Rubio y Gali.—Diez tomos en 4.º prolongado, 156 francos. Está ya publicado el VII.

Matiere Médicale Zoologique.—*Histoire des drogues d'origine animale* par H. BEAUREGARD, Professeur á l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, Ancien Assistent de la Chaire d'Anatomie com-

parée au Museum d'Histoire naturelle, Membre de Société de Biologie.

Revisé par M. Conttiere, Professeur agrégé de l'Ecole supérieure de Pharmacie.

Avec Preface de M. D'Arsonval, Professeur au Collège de France; membre de l'Institut.

Un volume in 8.º carré de 422 pages, avec 4 planches en couleurs hors texte et 144 figures en noir, Prix, broché:....12 fr.

C. Naud, éditeur. 3, rue Racine, Paris.

Pathologie générale et expérimentale.—**Les Processus Généraux.**—Vol. I.—Historia general de la enfermedad.—Herencia.—Atrofias.—Degeneraciones.—Concreciones.—Gangrenas.

Por A. CHANTEMESSE, profesor de Patología experimental y comparada en la Facultad de Medicina de la Universidad de París, Médico de los hospitales y W. W. PODWYSSOTSKY, decano de la Facultad Imperial de Medicina de Odesa, profesor de Patología General en la misma Facultad. Con 162 ilustraciones entre grabados y cromos.

C. NAUD, editor. París, 1901.

Lima, Abril 6 de 1897.

El que suscribe médico del Hospital Victor Manuel de esta capital, después de largos y extenso uso de la Emulsión de Scott, puede certificar las excelentes cualidades reconstituyentes y antiescrfulosas de dicha preparación que la ha de preferible á las demás formas en aceite de hígado de bacalao.

DR. JUAN B. AGNOLI.

No se ha equivocado el señor Doctor Agnoli. La Emulsion de Scott es el gran reconstituyente productor de fuerzas y creador de carnes. Los débiles (por cualquier causa), los anémicos los raquíticos deben tomar la Emulsión de Scott legitima.

Imprenta San Pedro —25,088