

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XIX } LIMA, 15 DE DICIEMBRE DE 1902. { N.º 335

TRABAJOS NACIONALES

Un caso de Malaria Inmaculata

N. N. de 28 años, cocinera, ingresa al Hospital de Santa Ana á ocupar la cama N.º 6 de la Sala de Santo Domingo, Servicio clínico del Dr. Fernandez Dávila.

Procedencia.—Hace ocho días que llegó de Tarma haciendo el viaje parte á pié, parte en ferrocarril.

Antecedentes personales.—En la montaña donde ha estado seis años solo ha padecido de fiebres cuya naturaleza ignora, ningún otro antecedente morboso.

Antecedentes hereditarios.—Negativos hasta antes de su ingreso al hospital solo ha tenido seis días de enfermedad, presentando como síntomas más importantes: Cefalalgia—vómitos y fiebre.

El estado de la enferma á su ingreso al hospital es el siguiente.

Tinte anémico de la piel, cefalalgia ligera, sordera, lengua blanca saburrosa, estado general soporoso, temperatura 40.3.

El examen clínico de los diversos aparatos dá el siguiente resultado:

Aparato digestivo.—Lengua blanca, saburrosa, vientre normal, la investigación del hígado normal, el bazo lo mismo; disturbios funcionales: Nauseas, no hay dolor en ninguna región de la pared abdomi-

nal ni espontaneo, ni provocado, cámaras una normal.

Aparato respiratorio.—Tos, esputo aereado y mucoso, respiración algo ruda en el pulmon derecho, á la percusión en el pulmón derecho (tercio medio) una zona de submasicéz; á la auscultación estertores humedos en la base del mismo, por la parte anterior nada audible.

Aparato circulatorio.—Pulso frecuente, dicrotismo bien marcado, corazón normal.

Aparato Genito—Urinario—Normal—Aparato Nervioso.—Cefalalgia delirio ligero en la noche, insomnio, lijera sordera, estado intelectual en buenas condiciones.

▲ Tales el cuadro clínico que presenta á nuestra consideración esta enferma.

Tratando llegar á un diagnóstico con solo el examen de este cuadro nosológico, vemos que no es suficientemente rico en datos como para ello, sin embargo ensayamos si tal cosa puede hacerse. Desde luego el corto tiempo de la enfermedad en relación con su estado actual nos hace pesar en una infección de evolución rápida, (relativamente). A que gérmen podemos, asignarle este cuadro morboso? en mi concepto solo podemos hacerlo al bacilo de Eberth, á los parásitos de Laverán ó al gérmen de la verruga.

Veamos á cual de estos tres podemos inclinarnos. En primer lugar no creo que se trate de una fiebre tifóidea por cuanto los datos enuncia-

dos no son suficientes para creer que de ella se trata; si bien es cierto que tiene ligera sordera, algo de delirio en la noche y su estado general algo tifoide; por otra parte falta el estado saburral propio de la lengua tífica, signo clásico; el fúligo, dolor en la fosa iliaca derecha, zurrido y las diarreas, signos todos que debían presentarse ya, si recordamos que estamos en el sétimo día de la enfermedad.

Con el objeto de asegurarme más de lo que dejo dicho, he practicado la *reacción aglutinante de Widal*, siendo su resultado negativo.

Con estos datos me parece que estamos autorizados, para creer que no se trata de una infección á bacilo de Eberth.

Tratemos deslindar ahora los diagnósticos que nos quedan, es decir la enfermedad de Carrión y la malaria. He aquí un punto difícil si solo tenemos en consideración los datos clínicos enunciados, por lo demás solo nos hace pensar en la verruga la procedencia de la enferma, pues viene de la Oroya y ha pasado por lugares verrucosos; pero le faltan síntomas como son la anemia profunda, los dolores articulares agudos y el infarto del Bazo.

Eliminada la *Verruga* solo nos quedo el *Paludismo*. Tenemos suficientes motivos para creer atacada esta enferma por el germen malárico? El microscopio poderoso auxiliar de la clínica nos dará la respuesta de una manera elocuente.

El examen micrográfico de la sangre nos hace ver los globulos rojos descoloridos; así como también *formas anulares del hematozoario, características de la malaria de forma grave*.

Practicamos la reacción aglutinante malárica, con resultados positivos. Operamos de la siguiente manera: con una pipeta especial tomo una cantidad de sangre que dejo coagular y separo el serum, una pequeña cantidad de éste lo mezclo

con otra parte de sangre de una persona sana, el enfermo si el enfermo cuya sangre se ha tomado es palúdico, el serum de ésta obrará sobre los eritrocitos sanos aglutinándolos.

Esta reacción cuya importancia crece día á día ha sido objeto de algunos trabajos entre los cuales se encuentran los de Lomonaco y otros.

En un *Report to the Malaria Committee of the Royal Society* del médico Inglés Dr. Christophleas, hace mucho incapie sobre el aumento de los leucocitos grandes mononucleares en la malaria; al efecto presenta una serie de observaciones concluyentes. Por mi parte he observado este fenómeno pocas veces obteniendo resultados positivos; en el presente caso dá lo siguiente:

Polinucleares.....	18 %
Grandes Mononucleares	81 „
Pequeños „	1 „

Como se ve el microscopio ha sido fecundo en sus enseñanzas y el nos conduce á diagnosticar un *Paludismo no de forma grave*.

Con el objeto de asegurar nuestro diagnóstico observemos lo que á nuestra consideración se nos presenta.

Día lunes.—Temperatura m 39° —t 39°1. La cefalalgia ha desaparecido, la sordera aumentado, estado soporoso más acentuado, la saburra gástrica ha disminuido, disnea poco marcada; el examen micrográfico de la sangre nos muestra las mismas formas del día anterior, en cuanto á los leococitos el resultado el siguiente:

Polinucleares.....	52 %
Grandes Monocleares.....	31 „
Pequeños „	17 „

es decir los grandes mononucleares aumentados.

Manuaberg en su obra "*Die Malaria-parasiten*" distingue tres especies de parásitos productores de

las formas graves de paludismo: la especie pigmentada de ciclo evolutivo de 48 horas, otra especie pigmentada, de ciclo evolutivo de 24 horas y una tercera no pigmentada de ciclo evolutivo de 24 horas ó menos. Cual de estas tres especies se presenta á nuestra observación hasta ahora me parece aventurado decirlo.

Día martes.—Temperatura m 39°2'c—t 39—120 pulsaciones y 40 respiraciones.

LEUCOCITOS

Polinucleares.....	68.5%
Grandes Monucleares.....	27 „
Pequeños „	4.5 „

Día miércoles.—Temperatura m 38°4—t—39.6. Pulsaciones 118, respiraciones 46. La sordera ha aumentado notablemente, estado soporoso más acentuado que ayer; la saburra ha desaparecido de la lengua, encontrándose ésta rosada y exenta de toda sustancia extraña, la punta algo descamada, no hay fúligo, una cámara normal.

LEUCOCITOS

Polinucleares.....	71.5%
Grandes Mononucleares	24 „
Pequeños „	4.5 „

El examen de la sangre nos muestra unos cuerpos endoglobulares transparentes, hialinos, pero sin nada de pigmento, algunos ocupan casi la totalidad del glóbulo, otros son más pequeños afectando en su disposición formas diversas; estos cuerpos atraen vivamente mi atención pues nunca los he visto, desde luego estoy seguro que no se trata de alteraciones globulares pues en algunos observo movimientos.

Dirigiendo una mirada á la curva ella nos ofrece el caracter de una fiebre irregular con ligeras remisiones matinales.

Admitida la existencias de la malaria de forma grave; así como también que puede ser originada

por las tres especies ya enunciadas y ateniendonos á lo observado hasta ahora no me parece ilógico concluir que la especie *no pigmentada* es la que á nuestra observación se presenta, las razones en que me fundo para creer que de ella se trata son las siguientes: Ausencia de pigmento tanto libre en plasma como en los leucocitos, como sabemos la presencia de leucocitos pigmentados ó pigmento libre es un fenómeno tan constante en las otras formas de malaria que basta para hacer el diagnóstico, aun dado el caso de ausencia de parásitos en la sangre periférica, y 2º la presencia de aquellos cuerpos endoglobulares ocupando casi la totalidad del glóbulo sin exhibir la más pequeña cantidad de pigmento.

Día jueves.—Temperatura m 38°6—t 38°6. Pulsaciones 114, respiraciones 46. La sordera mucho más pronunciada que ayer, postración también mayor, disnea marcada.

LEUCOCITOS

Polinucleares.....	77 %
Grandes Mononucleares...	20 „
Pequeños „	3 „

El examen de la sangre nos muestra los mismos cuerpos que ayer, en tarde la mostré al Dr. Biffi una preparación que contenía dos supuestos parásitos, quien me dijo que se trataba de ellos. Dada la competencia del Dr. Biffi no es posible dudar todavía de lo aseverado anteriormente.

Día Viernes.—Temp. m. 38° á las 7 a. m., á las 9 a. m. 36°8, tarde 37°4. Pulsaciones 116. Respiraciones 47. Estado general malo, disnea disnea intensa sensibilidad térmica menos manifiesta en el miembro inferior izquierdo, en la tarde todos estos síntomas se hacen más acentuados y la enferma muere en la madrugada, habiendo tenido antes vómitos incoercibles.

El examen de la sangre nos mostró abundantes parásitos, los leucocitos no fué posible cortarlos por haberse malogrado la preparación.

Necropsia.—Inspección exterior: el cadáver corresponde á una mujer de baja estatura, de constitución robusta y abundante panículo adiposo.

El color es en general pálido, en las partes posterior del tronco presenta un color rojizo que desaparece por la presión; al voltear el cadáver sale por la nariz un líquido amarillento, párpados abiertos, boca abierta, los alrededores del ano sucios por materias excrementicias, orificio anal cerrado.

Inspección interior. Cavidad craneana: meninges sanas, masa encefálica sin ninguna lesión apreciable macroscopicamente ni en su aspecto exterior, ni en los cortes.

Cavidad abdominal.—No hay ningún contenido insólito.

Cavidad torácica.—Pulmones congestionados en las bases—Corazón, pericardio sano, ventrículo derecho lleno, válvulas normales, adiposis.

Cavidad abdominal.—Epiplon mayor con infiltración grasosa, lo mismo que el meso colon y mesenterio, hígado hipertrofiado con adiposis manifiesta, vesícula biliar llena algo hipertrofiada, bazo algo hipertrofiado, estómago aspecto normal, intestinos, aspecto exterior sano; por la superficie mucosa se notan algunas zonas de inyección vascular, Riñones el izquierdo grande, blanco, graso; derecho tamaño normal, pelvis renal ocupada por un líquido de color lechoso.

Vejiga ocupada y la superficie mucosa de color verdoso; la enferma tomó azul de metileno.

Organos genitales—Sanos.

Las lesiones encontradas en esta necropsia nos ilustran muy poco sobre la causa inmediata de la muerte, pues si bien es cierto que existen lesiones en algunos órganos como, las de los riñones, hígado y pulmo-

nes no podemos considerarlas como productoras de la muerte, ni aún ligarlas al proceso actual con excepción de la congestión pulmonar que se presenta acompañando casi siempre á las enfermedades febriles agudas.

Examinado el bazo, para lo cual practiqué algunos cortes y tomé sangre de los vasos, encontré los diversos estados evolutivos del hematocario que observé en vida.

El examen de la médula ósea ha sido poco instructivo pues solo encontré células adiposas, leucocitos algunas formas dudosas y entrocitos existiendo en su interior formas idénticas en su aspecto á las observadas en el bazo.

Examinando el líquido encontrada en la pelvis; con ayuda de los reactivos tintóreos, se vió que estaba exclusivamente formado de células epiteliales.

Conclusiones.—De todo lo expuesto podemos sacar las siguientes:

1º El caso observado ha sido un paludismo grave (soporoso.)

2º Que la reacción aglutinante malarica, como el aumento de los leucocitos grandes mononucleares son datos de gran importancia como medio de diagnóstico, sobre todo en casos como el presente.

y 3º Que la causa de esta entidad patológica ha sido la *Haemmeba in maculata*—descrita por Grassi y Feletti y observada por primera vez entre nosotros.

Lima, 31 de octubre de 1902.

JULIO C. GASTIABURÚ.

Ligeras consideraciones sobre la Enterocolitis Muco-Membranosa.

TÉSIS PARA EL BACHILLERATO EN MEDICINA POR CARLOS A. MARTÍNEZ CABRERA.

(Continuación)

La cuestión lapso de tiempo tras-

currido entre cada dos deposiciones alvinas, es, pues, hasta cierto punto individual. Esta diferencia se hace todavía más manifiesta si se le refiere al sexo; mientras que se establece como normal el plazo de 24 ó 48 horas en el hombre; se alarga en la mujer de tres á cuatro y aún á seis días, sin que entrañe ninguna modificación patológica. De todos modos, cuando se excede estos plazos y por ellos resultan "ciertos trastornos, ciertos malestares (Potain) se dice que hay constipación horaria, como la titulaba muy gráficamente Lasegue desde hace veinte años. (1)

Constipación cuantitativa—Pasa con la cuestión cantidad cosa análoga que con la horaria. El peso de 180 á 200 gramos por 24 horas que se ha establecido, puede ser tan fácilmente pasado como difícilmente alcanzado. Depende de la calidad de la alimentación. Se refiere la curiosa inducción de aquel fisiólogo paseando por los caminos de una provincia para él desconocida, indujo que sus habitantes eran vegetarianos y descuidados á la vez, porque todo el trayecto estaba sembrado de considerables depósitos de heces.

La celulosa inatacable por los jugos del tubo digestivo deja un residuo abundante.

El médico está, pues, obligado antes de pronunciarse, á averiguar el género de alimentación de su asistido para hacer un juicio á este respecto; el enfermo, por otra parte, le suministrará muy interesantes datos comparativos sobre el particular. Además de estas investigaciones, hay todavía una causa de error y de importancia capital; la retención de las materias esccrementicias que pudieran llamarse residuarias; después de verificada una deposición, el enfermo cree que su intestino ha realizado una exoneración suficiente; pero la exploración inme-

diata del vientre ó la administración de una lavativa, prueban que quedaban todavía abundantes materias, que el intestino, átono, es incapaz de movilizar espontáneamente, exactamente como ocurre en el estómago de un gastro-ectásico ó con la vejiga forzada de un prostático.

Constipación cualitativa.—Se refiere al volumen, forma, sequedad de los materias.

Estos caracteres están ligados á los trastornos de secreción y de motilidad del intestino. El amortiguamiento ó la exageración patológica de estas funciones conducen de los cibalos petrosos que ocasionan la obstrucción á deposiciones líquidas que engañan al punto de tomarlas por crisis de diarrea.

Las perturbaciones de motilidad tienen tal importancia que condujeron á Fleiner á establecer su clasificación de la constipación en: atónica y espasmódica; describe la primera como pasiva por atonía intestinal y la segunda la llama activa ó por espasmo. En la primera hay parésia, falta de contracción de las fibras lisas intestinales, lo que hace que las materias fecales se presenten duras y secas; en las segundas por el contrario, la retención es debida á una contracción, á un verdadero espasmo del cólon, y es por eso que las materias, en este caso, se presentan bajo la forma de cinta ó pequeñas nuecesillas de un diámetro siempre menor que el del intestino. Baraduc, fundándose en los estudios de Langenhagen, cree que la ectásia prolongada de las materias en el intestino no puede tener lugar sino en los cólores transversos y descendente, por ser este el único sitio donde los residuos de la digestión adquieren la consistencia necesaria para que pueda hacerse la segmentación, permitiendo al mismo tiempo, que los gases y los líquidos se deslicen entre estas materias y la pared intestinal; en el ciego sería imposible, porque las materias for-

(1) Lasgue, *Estudes Medicales* 1884. tomo II. pág. 389.

man masas compactas impermeables, tanto á los gases como á los líquidos, lo que originaría fenómenos de obstrucción que si bien es cierto se presentan á veces en el curso de la entero colitis mucosomembranosa, no constituye una regla general, como pretenden algunos autores.

La coloración de las heces es generalmente normal en algunos casos; sin embargo, se les ha encontrado decoloradas como semejando la arcilla.

Las enfermas de las historias N^o 1 y 4 presentaron esta decoración bastante marcada.

Potain, Malibrán, Langenhagen y otros, señalan casos de verdaderas enterorragias cuya cantidad puede alcanzar hasta medio litro; pero hay que convenir aquí que esto es cuando menos muy raro, pudiéndose estimar más bien como una complicación. Para explicar el origen de estas enterorragias, Potain invoca la congestión intensa, de origen vaso motriz, de que es asiento la mucosa intestinal, aunque no tiene nada de extraño suponer que en algunas casos sean debidas á un trabajo ulcerativo de la mucosa.

Lo que si es frecuente observar, sobre todo al fin del período diarreico, es la presencia en las deposiciones de estrias ó gotitas sanguinolentas, provenientes de las escoriaciones que hacen sufrir á la mucosa rectal las materias fecales endurecidas.

Las relaciones de la entero-colitis mucosomembranosa con la litiasis intestinal, entrevistas primero por Biaggi, el año 1876, y estudiadas mejor por el profesor Mathieu, han sido posteriormente estudiadas majistralmente por Dieulafoy en una nota á la Academia de Medicina de París.

Mathieu cree que solo hay coincidencia de ambos procesos; Dieulafoy, por el contrario, opina que se hallan estrechamente vinculadas,

dependiendo ambas de un origen comun: el neuro-artrismo.

La litiasis intestinal, asi como la litiasis biliar, renal, etc, no son sino manifestaciones de la misma diátesis; y así como la condición primordial para la formación de los cálculos hiliares, es el desarrollo de un proceso flogístico en las paredes de los conductos por donde circula la bilis, así mismo pasa en el intestino, es decir: que la condición primera para el desarrollo de los coprolitos ó cálculos intestinales, es la inflamación de la mucosa.

El mucus proveniente de la gran hipersecreción, concretándose, suministraría los núcleos al rededor de los cuales se vendrían á depositar las sales calcareas, producidas estas á su vez por la intensa descamación epitelial de la mucosa; pudiendo invocarse, al mismo tiempo, la constipación, que facilitaríala precipitación de las sales disueltas en los líquidos contenidos en el intestino. Las historias N^o 4, 6 y 7 confirman estas relaciones en una de las cuales se hizo el análisis de los coprolitos.

Los coprolitos son generalmente de pequeñas dimensiones; semejan granos de arena, de forma cúbica, con facetas irregulares y de bordes cortantes; su color es bruno claro.

Su expulsión provoca crisis de cólicos. Cuando son pequeños como arenillas, no es molesta su expulsión.

El dolor desempeña un papel importantísimo en la sintomatología de la entero-colitis mucosomembranosa. Langenhagen, distingue dos clases: el dolor habitual, que puede acompañar á la enfermedad en todo su curso, y las crisis dolorosas que se presentan, con intervalos más ó menos grandes, pero que casi nunca faltan. A estas dos clases de dolores puede hoy agregarse los dolores precólicos y los paroxismos que felizmente solo se observan en los casos graves.

El dolor habitual es de muy va-

riable intensidad, traduciéndose en algunos casos más bien por una sensación de pesadéz en el bajo vientre que de verdadero dolor; en otros toma la forma punzante, de quemadura, de constricción, etc.

Su localización es así mismo muy variada; ya asienta al rededor del ombligo; en el colon transversó; en el descendente ó en los ángulos cólicos derecho ó izquierdo. Se exacerba ordinariamente á las 2 ó 3 horas de haber ingerido los alimentos; esto se debe tal vez á la congestión provocada por el acto digestivo.

Las crisis dolorosas no tienen hora fija presentándose en cualquier momento, bien sea á causa de una transgresión de régimen, de las congestiones menstruales, ó lo que es más frecuente, de la éxtasis prolongada de la materias en el intestino.

Además de estos dolores espontáneos, se pueden presentar otros provocados por la palpación abdominal, y en este caso, el sitio más frecuente es el ángulo izquierdo del colon, y después, el ángulo derecho, si bien Bernard, ateniéndose á sus estadísticas, afirma no haber prioridad en cuanto á la frecuencia en ámbos puntos. Nuestros enfermos han presentado el dolor más marcado en el ángulo derecho y colon transverso. En la enferma de la historia N^o 4 el dolor era más intenso en la parte media del colon transverso.

Estos dolores tienen de especial ser muy variables en los distintos sujetos y aún en el mismo individuos, no siendo raro hallar en este caso que el dolor localizado en un punto, á un nuevo exámen se le encuentra localizado en el opuesto.

El exámen metódico por la palpación abdominal nos suministra también numerosos y útiles datos sobre la flacidéz ó atonía de las paredes abdominales, pudiendo éstas dejarse deprimir y dar de este

modo una noción más ó menos exacta de la plosis en que se encuentran las diversas vísceras contenidas, en su cavidad tales como: el hígado, estómago, colon, riñon, etc; ptosis que se esplican perfectamente por la laxitud de los ligamentos de sosten á consecuencia de las perturbaciones intestinales y entre las que la más acentuada es la del colon transverso, que, en algunos casos, llega á tomar la forma de una V ó una U y vá hasta por debajo del ombligo, comprobando, de esta manera, los dolores que algunos enfermos localizan su exacerbación en este sitio.

La atonía no queda localizada solamente á la pared abdominal, sino que extiende su dominio á las túnicas intestinales, y si en estas no son muy manifiestas las alteraciones anteriores, es debido esto á su falta de medios de fijeza y á la ausencia de un plano resistente para comprobarlo.

La palpación puede también producir el ruido de chapoteo, que se realiza algunas veces en casi todo el trayecto del colon; pero, generalmente, se encuentra limitado al colon transverso, dando lugar á que algunos autores lo confundan con el chapoteo de la dilatación estomacal, que también se presenta con alguna frecuencia.

Por la percusión puede notarse, además, la dilatación cólica, que ofrece en algunos casos grandes dimensiones; tal sucede con la enferma de la historia N^o 4, en que la dilatación se observa en el ángulo derecho, enmascarando la macicez hepática por la parte interior.

En cuanto á los dolores precólicos, así como los paroxísmos, ofrecen una irregularidad bastante marcada, presentándose comunmente á más ó menos grandes intervalos, y durante las noches los enfermos son recordados por ellos; su localización es imposible, por ocupar todo el vientre aumentando por el más ligero contacto, produciendo

algunas veces lipotimias, y cuya acalmia se realiza después de la desocupación del contenido intestinal.

Wannenbrouk fue el primero que se ocupó en esta entidad morbosa del espasmo intestinal, el que no es debido, coma creían algunos autores, á una debilidad de la tonicidad muscular, sino á una exajerada tensión de la pared intestinal que da lugar á un acortamiento del cólon, al que Glenard dió después el nombre de cuerda cólica, signo bastante importante.

El profesor Mathieu demostró que este acortamiento estaba asociado á la contracción de la pared, cuyo origen era debido á trastornos nerviosos. Este espasmo puede alternar con la atonia no siendo raro que se realice en una parte del intestino. Su localización en el ciego podría hacer pensar en una apendicitis.

El intestino se encuentra casi siempre lleno de materias endurecidas que quedan allí aprisionadas por efecto de la retracción y cuya expulsión con diámetros tan pequeños ponen en evidencia la retracción. En cuanto á las demás vísceras, podemos decir que el hígado se encuentra casi siempre ptosado, hallándose también congestionado y tumefacto.

En las mujeres se observa algunos veces la ptosis del riñon derecho. El estómago según Langenhagen se encuentra casi siempre dilatado y ptosado. La dilatación no siempre es fácil percibirla con exactitud causa de su confusión con la del cólon; además el estómago es perturbado en su función y según Robin la enterocolitis mucosa-membranosa es un síndrome que está bajo la dependencia de un estado gástrico hiperesténico, que produce la parálisis intestinal y la coprostásis; y si se le observa sobre todo en los artríticos es porque son dispépticos; también se observa alteraciones de parte de la mucosa bucal: tales son las gingivitis, las que, según Gle-

nard, serían debidas, ya á autointoxicaciones, ya á infecciones secundarias, teniendo siempre en cuenta la relación tan estrecha que existe entre las diversas partes del tubo digestivo. En cuanto á las perturbaciones de orden reflejo, se encuentran también aquí, no siendo raro hallar la cefalalgia, la anoréxia, la hiperestésia de ciertas regiones, artralgias, la amaurósis, según Langenhagen, y el tialismo, etc.; las hemorroides así como también las dermatosis, el eczema seco y el estrófulo, ó sea la presencia de pápulas rosadas en el dorso de la mano ó en el antebrazo, como pasa en la enferma de la historia N^o 5.

Un síntoma que se ha observado dos veces y que llamó la atención fué un hipo que se presentó en el enfermo de la historia N^o 6 con un carácter tal de rebeldía, que solo se extinguió con la mejoría de las perturbaciones intestinales, habiendo fracasado toda medicación sintomática.

FORMAS CLÍNICAS

Teniendo en cuenta los diversos síntomas que hemos indicado, podría creerse que la enterocolitis mucosa-membranosa es una en sus manifestaciones, siendo así que cabe, como en toda entidad patológica, tener en cuenta algunas formas. Entre estas tres son las que describen la mayoría de los autores: forma benigna, crónica común y forma grave. La forma grave se subdivide, á su vez, en tres tipos: continuo, de paroxismo febril y tipo doloroso.

La forma benigna presenta sus síntomas tan poco manifiestos que los enfermos hacen caso omiso de ella casi siempre pues la constipación, que es uno de los síntomas primeros, pasa siempre desapercibida. Es frecuente la falta de moco membranas en las heces, que solo contienen moco y en pequeña cantidad. Se observa en ella gran fetidez de las deposiciones, generalmente nocturnas y

alejadas por un lapso de tiempo más ó menos largo, siendo generalmente debido esto á la mala higiene ó separaciones de régimen á que se exponen los enfermos; por lo demás el estado general es satisfactorio, aunque se presentan de ordinario algunos trastornos tales como: anorexia, náuseas, pesadéz de vientre, palpitaciones, etc. La repetición de estos accesos, que podemos llamar así, trae como consecuencia la persistencia de los trastornos, sobre todo de la constipación; las deposiciones pierden sus caracteres normales y de una manera lenta é inadvertida para el enfermo; pasa este á la segunda forma, en la cual á estas perturbaciones de carácter local, se agregan las de carácter general. Esta forma es corriente y está muy extendida entre nosotros, desgraciadamente no se le trata como es debido.

La forma crónica común puede presentarse en los individuos de cualquier constitución, pero se le observa cierta preferencia por los obesos, gotosos, nerviosos, cloróticos, etc.; su forma es algo insidiosa, pues como anteriormente hemos dicho, esta no es sino continuación de la forma benigna. La constipación se acentúa, y en lugar de moco que envuelve las heces se presenta reemplazándolo aquí la mucosa membrana clásica. Los enfermos hacen uso frecuente de los laxantes y purgantes, en vista de la dificultad creciente para deponer, y de este modo se realizan esas deposiciones acompañadas de fuertes dolores y de materias secas y ovilladas.

A consecuencia de esta *debácle* intestinal, la constipación tarda algun tiempo en producirse; pero vencido este, vuelve acompañada de filamentos cilindroides, mucosidades y trastornos digestivos. Instituyendo aquí un régimen enérgico y apropiado, las heces se regularizan y se puede obtener la curación; pero si no sucede esto, los fenómenos cambian presentándose entonces

todo el cuadro sintomático de la afección que nos ocupa. La constipación adquiere un desarrollo inusitado, los enfermos deponen sólo cada 4, 6 ó más días, siendo acompañadas estas deposiciones de agudos dolores sin localización precisa al principio, y cuya mayor intensidad despues se observa durante el período digestivo.

El dolor difuso bien pronto adquiere localización, en primer lugar, en el cólon transverso; despues, en el ascendente y descendente, pudiendo en algunos casos estenderse su irradiación á los riñones y aún á lo largo del cordón en el hombre; viéndose obligados los enfermos, para calmar el dolor, á recurrir á la cámara é intentar la defecación, la que en algunos casos no se realiza; pero, en otros, sí; y se caracteriza entonces por materias duras acompañadas de mucosa membranas y tenesmo.

Después de esta crisis, el enfermo mejora, habiendo quedado sin embargo, un ligero dolor de vientre junto con síntomas de orden reflejo, como lengua sabural en toda su extensión ó mas generalmente en su base y roja en los lados y en la punta, que es caracter especial casi; náuseas, anorexia, laxitud, etc.

A esta forma pertenecen los accesos diarreicos y disenterí formes, siendo mas generales los de falsa diarrea, pues al líquido diarreico vá unido la presencia de seibalos y mucosa membranas.

La patogenia de estos accesos diarreicos es bastante oscura y difícil, pues si para algunos autores son debidos á una exaltación de virulencia de los gérmenes patógenos del intestino, para otros son debidos á una nueva infección.

En Lima adquiere la enterocolitis mucosa membranosa formas hemorrágicas de gravedad insitada. Las deposiciones formadas por un líquido semejante á la lavadura de carne, contienen pequeños trozos de materias esccrementicias duras, desecadas, barnizadas de mucus.

En ocasiones las cámaras son disenteriformes; más todavía en algunos casos el aspecto general del enfermo, la calidad de estas cámaras, la urgencia y eficacia del tratamiento á base de ipecacuana, conducen á creer que se trata de disenterias verdaderas. Y en verdad en muchos casos es difícil hacer la delimitación entre ambas enfermedades. En los casos que he observado, pero que no he podido seguir de cerca y mantenidamente, se trataba de individuos procedentes de las haciendas de los alrededores de la capital, que beben agua contaminada de las acequias, que habían sufrido crónicamente de paludismo y en quienes no se podía precisar si sus sufrimientos intestinales databan de fechas atrasadas. En esos casos dudosos, muchos seguidos de muerte, no me ha sido posible hacer la autopsia ni por consiguiente examen anatómico de la mucosa cólica; pero, aparte de estas formas gravísimas y discutibles existen otras bien filiadas que se presentan con gran frecuencia en la localidad. Ofrecen la sintomatología de la entero colitis vulgar, á la que se agrega, como característica clínica, la sangre, y en algunos casos, la fiebre de mediana intensidad.

Si me he de atener á los datos suministrados por antiguos internos del Sr. Dr. Odriozola, debo consignar aquí que ha sido dicho profesor quien ha vulgarizado en Lima el conocimiento y diagnóstico de la entero colitis de forma hemorrágica hace ya varios años.

La forma grave hemos dicho que tiene tres tipos: continuo, de paroxísmo febril y doloroso.

El tipo continuo tiene síntomas muy lentos y permanentes aunque no son muy intensos, de tal manera que el enfermo no tiene un momento de reposo. Esta alteración del tubo intestinal reacciona á su vez sobre el estómago y los enfermos dispépticos se alimentan poco y van perdiendo insensiblemente las fuer-

zas; la neurasténia se desarrolla con gran rapidéz y todas las consecuencias y perturbaciones que trae consigo se agregan ó suman para agravar más la situación. El tipo de paroxísmo febril fué señalado, y magistralmente, por el profesor Mathieu, que fué el primero que se ocupó de descubrirlo. La temperatura llega aquí de 38° y 1/2 á 39 grados y muy rara vez á 40, no siendo esto frecuente; pero, en otros casos, adquiere cierta periodicidad como los accesos palúdicos, precedida, de violentos escalofríos. Esto en el adulto parece depender de una infección primitiva, así como también es posible sea debido á fenómenos de auto-infección, caso cuya comprobación es la historia N° 1.

El tipo doloroso es, por fortuna, bastante raro: el síntoma dolor adquiere aquí su máximun estando por esto obligados los pacientes á guardar el lecho para aminorar la intensidad de este; el vientre se ballona, la cara se pone gripada, hay meteorismo, etc., síntomas que pueden hacer creer en un peritonismo. Después de estos intensos trastornos disminuyen los dolores; pero los enfermos, como guardan siempre el lecho por temor á las recaídas, se debilitan y llevan una existencia bastante desesperada.

Evolución

Por lo que respecta á la evolución de la enterocolitis mucosa membranosa, se ve, teniendo en cuenta el cuadro clínico y sintomatológico que hemos bosquejado, que no tiene, como otras entidades morbosas, una marcha regular.

Principia, ya de un modo brusco, ya lento y desapercibida, siendo en muchos casos curable si se atiende á tiempo; pero, si se le desconoce en su primer período ó sea su iniciación, sinó se le combate con energía y se hacen por esta falta muy marcados sus síntomas, la enfermedad adquiere un carácter de cronicidad.

rebeldísima; la constipación se hace cada vez más tenáz; si se le hace ceder es momentáneamente, por procedimientos artificiales, cuya acción cesa con la supresión del tratamiento; otras veces la repleción intestinal produce despeños espontáneos bajo la forma de diarrea matinal, cuyas cámaras están constituidas por pequeñas masas sibáticas mezcladas con falsas membranas, moco fluido y sangre. El enfermo vé acentuarse el síntoma diarrea con el uso de preparaciones absorbentes ó astringentes á que recurre por un falso concepto suyo y muchas veces de su médico sobre la naturaleza de su mal.

A desesperación de causa ingiere un purgante, que le mejora temporalmente, para recaer de nuevo: las mucosidades aumentan, casi nunca falta en la deposición lo que bautizó tan gráficamente Lasague con el nombre de esputo intestinal; aparecen los síntomas dolorosos, la nutrición se pervierte, sobrevienen los trastornos nerviosos de carácter grave que llevan al paciente al estado caquético y entonces la curación es imposible; siendo el tratamiento solo paliativo. "Con razón se ha dicho que la enterocolitis es una vergüenza para la medicina y para el médico."

Complicaciones

En el cuadro sintomatológico de esta enfermedad hemos hablado de ciertos síntomas que no siempre son constantes: pero que cambian con su presencia la marcha de la enterocolitis muco-membranosa haciendo por lo tanto su pronóstico inquietante y que por tal razón las podemos considerar como complicaciones; tales son: los fenómenos nerviosos, las hemorragias, los accesos febriles, la oclusión intestinal, las hemorroides, la dilatación del estómago, la apendicitis, la ectopia renal, etc.

En los fenómenos nerviosos debe-

mos, ante todo, tener en cuenta que los enfermos atacados de esta entidad patológica, son casi siempre neuróticos, cuyo neurosismo, puede ser escasamente influenciado por la perversión funcional entérica, ó, al contrario, adquirir exacerbación, y en este caso, se observa que la cara de estos enfermos toma un carácter especial, los ojos se encuentran escavados, las fuerzas disminuyen, así como el apetito, etc; sobreviniendo un desgaste vital extremo y apoderándose de ellos una desesperación que los lleva precozmente á la afección cancerosa ó tuberculosa.

Observando con detención estos hechos, se encuentra, que si la enterocolitis muco-membranosa reclama es cierto un terreno predispuesto por el neurosismo, éste es á su vez entretenido y aún reforzado ó exagerado por la lesión intestinal, y llegan en ciertos casos los desórdenes nerviosos á absorber toda la atención del médico, pues los trastornos de la enterocolitis muco-membranosa ocupan un lugar secundario.

Felizmente estos casos son bastante raros. En ellos el médico se encuentra desarmado ante estos fenómenos, siendo en estas circunstancias el tratamiento sugestivo el que juega el principal papel.

No hay verdaderas hemorragias, al decir de algunos autores. Según otros, Mathieu, Malinbran, Langenhagen, etc. hay casos en que las enterorragias alcanzan medio litro de sangre. Potain, Vouselle citan también casos, y este último autor refiere de un enfermo que sucumbió á una violenta enterorragia. La patogenia de estas hemorragias es muy discutida; Potain cree se trata de una congestión de la mucosa, de origen vaso motriz; Langenhagen cree que es debida, no á ulceraciones, sino á erociones ó escoriaciones debidas á la inflamación crónica de la mucosa; para Baradue serían debidas, no á la enterocolitis

muco-membranosa, sino á una enteritis folicular con ulceraciones y de origen infeccioso. La opinión más probable es la de perturbaciones vaso-motoras de origen histérico, pues se sabe que las hemorragias de origen histérico no son raras.

Los accesos febriles, otra de las complicaciones en el curso de esta afección y señalados por los autores, no son de funestos resultados, pero sí, hacen difícil el diagnóstico y reservado el pronóstico, á causa algunas veces de las grandes hipertermias.

Mathieu cita casos en que la fiebre se presentó bruscamente, llegando la temperatura á 39°5 acompañada de cefalalgia, algunas veces de epistaxis, anorexia, lengua saburral, náuseas y gran decaimiento de fuerzas. En estos casos podía muy bien creerse en la invasión de una tifoidea; su patogenicia parece debida á una infección, cosa muy aceptable si tenemos en cuenta la rica flora microbiana intestinal, siendo imputable en este caso la pírrexia, tanto al colibacilo que se encuentra en abundancia cuanto al enterococcus de Thiercelin que también se halla. Al lado de estas temperaturas que simulan una tifoidea se encuentran casos en que ésta apenas pasa la normal, oxilando entre 37°5 y 38, sin sobrepasarla y no dando el estado del intestino ningún dato que pueda explicar este fenómeno; pues los dolores disminuyen, la expulsión de muco-membranas es menor, y sin embargo, el enfermo se adelgaza, tiene inaptitud al trabajo, disminuyen las fuerzas, presenta un tinte amarillo que revela una lenta intoxicación. En cuanto á la patogenicia de este proceso toxinfecioso, sabemos que al estado normal la flora microbiana intestinal no puede penetrar en el organismo merced á la integridad del epitelio; pero si hay colitis ó sea inflamación, la estancación de las materias provoca la

irritación, y por consiguiente, la desamación epitelial; de allí la penetración de los gérmenes ó de sus toxinas, por vía sanguínea ó linfática.

La oclusión intestinal, es otra de las temibles complicaciones de esta enfermedad. El profesor Mathieu cita dos casos de género observados por él, en que los enfermos presentaban los síntomas de ésta, debida al espasmo del cólon, que cedieron, aunque con dificultad, al lavado intestinal á fuerte presión.

La enferma que lleva la historia N° 2 presentó dos veces estos síntomas que cedieron merced al tratamiento oportuno.

Las hemorroides podemos considerarlas también con Vouzelle, como otra complicación, siendo su patogenicia debida á una fuerte congestión de los plexos hemorroidales como consecuencia forzosa de la constipación.

La dilatación estomacal, es casi una complicación frecuente de la entero-colitis muco-membranosa, habiendo al mismo tiempo ptosis de los ligamentos que sostienen este órgano, manifiesta perfectamente por la percusión abdominal; también se encuentra hiperclorhidria según el profesor G. Lyon.

Otra de las funestas complicaciones de la entero-colitis es la apendicitis; sin embargo, aquí los autores piensan de distinto modo.

Para Dieulafoy, la apendicitis es una afección primitiva, que no reconoce por causa la entero-colitis, y los casos en que se cree se presenta, no son sino inflamaciones violentas que se realizan en el ciego solamente, sin tener ninguna participación el apéndice, y cita en su apoyo una estadística de 800 casos de entero-colitis sin ésta complicación. Del mismo modo opinan Potain, Botentmt y otros.

Talamon, y con él, Reclus, Brun, Mathieu, Walther, L. Championiere y otros, por el contrario, consideran la apendicitis como una compli-

cación de la entero-colitis, apoyándose en el hecho de que una infección localizada en el intestino grueso durante mucho tiempo, puede muy bien por la vía sanguínea ó linfática, ó mejor quizás todavía por penetración directa, pasar al apéndice y provocar la apendicitis hecho constatado experimentalmente por Beaussenat.

Ultimamente Comby, Florand, Vorbe, Vonzelle, Moissard, etc., apoyándose en sus observaciones clínicas, establecen el principio que la entero-colitis mucosa membranosa, predispone al apendicitis.

En cuanto á la patogenia de esta apendicitis L. Chiampioniere la explica por la aglomeración de las materias en el ciego, aglomeración que provoca por su descomposición y fermentaciones anormales una infección, que siguiendo su curso, se propaga al apéndice, tan favorable para constituir la cavidad cerrada y aumentada de este modo la acción patogénica de los gérmenes.

Además, podemos citar entre las complicaciones: la ectopía renal, según Langenhagen, sobre todo la del riñón derecho, y debida probablemente á inflamaciones de proximidad; las gingivitis, aftas, etc. que se presentan con alguna frecuencia y que, aunque no revisten gravedad en sí, hacen sin embargo la marcha lenta.

Diagnóstico

Numerosos son los médicos, dice un reputado clínico, que ignoran casi, el cuadro clínico y sintomático de esta entidad patológica, cometiendo innumerables errores y dando diversa interpretación clínica á los síntomas propios de ella ó á las perturbaciones tan variadas á que dá lugar."

El profesor Langenhagen cree sin embargo fácil el diagnóstico, teniendo en cuenta los marcados síntomas que posee y ofreciendo solamente dificultades los casos en que se presentan las crisis dolorosas en que

puede suponerse la litiasis biliar ó renal, ó también la oclusión intestinal.

De todos modos, puede decirse que teniendo en cuenta los síntomas que hemos señalado y la marcha clínica de la enfermedad, el diagnóstico es ciertamente fácil; pero no así cuando recién se inicia la enfermedad, donde es necesario una gran atención para dar á cada signo su valor; ó en los casos de complicaciones, en que el diagnóstico se hace muy dudoso y difícil, pues la constipación, que entra en gran parte entre sus síntomas de comienzo, así como la presencia de mucosidades y los fenómenos dolorosos pueden inducir á error; pues se ha visto tomar la mucosidad por trozos de solitaria, por oxiuros y aún por trozos de mucosa; los fenómenos de las crisis dolorosas por cólicos hepáticos, nefríticos, apendicitis, etc.; y la constipación, como una perturbación banal del tubo digestivo.

En cuanto al diagnóstico diferencial con otras afecciones tenemos:

De la enteritis catarral crónica se diferencia por la presencia y estructura de las mucosidades, y sobre todo, por la diarrea, que en la entero-colitis solo hay una falsa diarrea, caracterizada por la presencia de scíbalos, que no existen en la enteritis catarral crónica.

De la enteritis tuberculosa con constipación rebelde también se diferencia perfectamente, pues aquí las mucosidades son trozos de mucosa intestinal, reconocible al microscopio por sus caracteres y también por la presencia posible del bacilo de Koch, y por los fenómenos propios de la infección tuberculosa, que presenta y que faltan completamente en la entero-colitis.

Con la disenteria, al principio, puede confundirse en que las deposiciones son frecuentes, dolorosas y acompañadas de mucosidades y algo sanguinolentas; pero, en este caso, el exámen microscópico reve-

la que las mucosidades están constituidas esencialmente por fibrina que no existe en la entero-colitis.

Con el cáncer del intestino, pues, en ambas, hay constipación, deformación de las materias, secreciones muco-membranosas, fenómenos dolorosos, etc; de tal modo que aquí hay que tener en cuenta la evolución que es más larga en el cáncer; además, la diarrea es más frecuente en éste, y por último, las muco-membranas no se presentan estratificadas y el microscopio revela el elemento canceroso; por otra parte, el examen del vientre manifiesta la presencia de un tumor duro, hay hipertrofia de los ganglios inguinales, caquexia progresiva, etc, que permite distinguir perfectamente estas afecciones.

El cáncer del estómago, según Potain, por las perturbaciones digestivas, la tumefacción y dolor al epigastrio, el tinte amarillo paja, etc, puede inducir á error; pero en este caso, un purgante que desocupe el intestino y la presencia y examen microscópico de las muco-membranas, permite diferenciarlo bien.

La gastrálgia, en la que hay fenómenos dolorosos de gran intensidad, puede hacer suponer las crisis dolorosas de la entero-colitis; pero aquí hay que tener en cuenta que los dolores aparecen en el momento de la ingestión de alimentos, mientras que en la entero-colitis sobrevienen en pleno período digestivo.

La litiasis biliar sin ictericia, según Chanffard, puede confundirse también con esta afección; pero el dolor por debajo del hígado, las crisis paroxísticas repetidas, y, sobre todo, la presencia de muco-membranas, permite diferenciarlas; pero, según Vouzelle, el dolor se halla localizado al ángulo derecho del colon, por lo que puede confundirse y más aún cuando hay hipertrofia del hígado con ictericia, hipertermia, en cuyo caso solo la presencia de muco-membranas establece el diagnóstico diferencial.

La litiasis renal es otra afección con la que puede confundirse, y, en efecto, tenemos el dolor agudo ó sea las crisis paroxísticas con irradiaciones al cordón, la constipación, náuseas, vómitos, ipotimias, etc., que también se presentan en la entero-colitis; pero si se tiene en cuenta aquí la ausencia de la cuerda cólica y de muco-membranas, se evitará el error.

Con la apendicitis también puede confundirse, pero no con la forma aguda y violenta, sino con la forma crónica, latente de poca reacción y de medianas temperaturas; pero aquí el estado general, el punto de Mac Burney, el plastrón en la región del apéndice, la ausencia de constipación anterior, son, según el profesor Dieulafoy, signos bastantes precisos para diferenciarla; pero, según Poncet, el medio más seguro es el tacto rectal combinado á la palpación abdominal, que permite reconocer la inflamación del apéndice ó la presencia de una colección purulenta desarrollada en su alrededor.

Con la fiebre tifoidea también puede confundirse, sobre todo en sus formas hipertérmicas, en las que se presentan pequeños escalofríos con ascensión técnica, que llega hasta 39°, con epistaxis; pero aquí las remisiones son mas marcadas que en la tifoidea; además, el dolor se halla localizado en todo el trayecto del colon y no en la S iliaca solamente; también faltan las manchas rosáceas lenticulares y petequias, etc., y sobre todo, la presencia, después de pocos días, de las crisis dolorosas y la expulsión de las muco-membranas, permiten establecer un diagnóstico preciso.

PRONÓSTICO

De una manera general podemos decir que el pronóstico de la entero-colitis muco-membranosa es bueno por lo que respecta á la vida; y

malo, dor lo que se refiere á la curación definitiva.

Ya hemos visto en el curso de nuestro estudio, que la enterocolitis muco membranosa no mata casi nunca por sí sola, á tal punto que las lesiones anatómicas en el cadáver no han podido ser estudiadas ni reconocidas todas, sino en individuos muertos de resultados de alguna infección intercurrente; razón por la que consideramos el pronóstico bueno en este caso.

Y decimos que es malo, en lo que respecta á la curación definitiva, porque, hemos visto y sabemos que, á despecho del más severo régimen higiénico y farmacológico, la enfermedad, que ha podido quedar adormecida durante un tiempo más ó menos largo, haciendo concebir al paciente y al médico las más risueñas esperanzas, sufre exacerbaciones inesperadas que condenan al paciente á un régimen prolongado, sin obtener su curación.

TRATAMIENTO

Para proceder con método, dividiremos este capítulo de nuestro estudio, en tres partes: a.) En la primera estudiaremos el régimen dietético, cuya importancia es primordial en el tratamiento de la enterocolitis muco-membranosa, como en el de toda enfermedad del aparato digestivo;

b), en la segunda parte, nos ocuparemos de las diversas indicaciones farmacológicas que conviene llenar según el estado del enfermo.

c), y por último, en la tercera indicaremos las prescripciones higiénicas generales á que deben someterse los individuos atacados de enterocolitis muco-membranosa.

a) RÉGIMEN DIETÉTICO

Con respecto á este, hay que tener en cuenta la acción irritante que ejercen ciertas sustancias sobre la mucosa del intestino grueso, así como las que pueden dejar residuos sólidos que obren mecánicamente

de modo que hay que reducir al mínimo las putrefacciones y fermentaciones intestinales.

En tal virtud, están indicadas las papillas de harina lacteada, de harina de cebada, la leche, los huevos bajo todas sus formas, excepto los duros; las carnes asadas ó la parrilla, sean de vaca ó cordero, las aves bien machadas y cocidas para que sea su digestión fácil; los pescados: corbina, lenguado, pejerrey, etc; las legumbres secas; papas, habas, lentejas, bien cocidas y bajo la forma de puré; las legumbres verdes y frescas: lechuga, espárragos, espinacas, en pequeña cantidad y siempre que sean bien digeridas, porque si no lo son, por su estancación entran en fermentación y provocan la irritación de la mucosa y como consecuencia la hipersecreción glandular; las frutas, duras, uvas, peras, chirimoyas, bien maduras, los dulces poco alibarados y el pan bien tostado y en pequeña cantidad. Como bebidas: la cerveza mezclada al agua de Vichy, Ebrían, Contrexéville, Yura, etc.; estas mismas aguas solas, los vinos poco alcoholizados, bastante diluidos con sifón y en pequeña cantidad, las infusiones aromáticas calientes: tilo, manzanilla, azahar, cedrón, sobre todo al fin de las comidas.

Están contraindicados: el caldo, los potajes grasos, las comidas muy aderezadas, las carnes con especias, los frutos verdes; los crustáceos, el alcohol, etc., cuya ingestión exacerba los síntomas de esta enfermedad.

b) RÉGIMEN FARMACOLÓGICO

Teniendo en cuenta la etiología y sintomatología que hemos expuesto en el curso de nuestro estudio, podemos considerar tres puntos cardinales en el tratamiento farmacológico; tales son: a), actuar sobre la constipación; b) hacer la anti-sepsia intestinal y combatir la inflamación de la mucosa; y c), actuar sobre el fenómeno dolor.

En cuanto al primer punto, sabemos que de la constipación dependen las perturbaciones posteriores que se presentan en esta afección, de modo que hay que suprimirla para aminorar ó extinguir estas perturbaciones. Ante todo eliminaremos los purgantes drásticos enérgicos, puesto que su empleo traería como consecuencia una excitación mayor del intestino, ya excitado; y á las deposiciones obtenidas sucedería luego una constipación más rebelde, con exceso de secreción.

(Continuara)

Publicaciones recibidas

J. Gaube. (DU GERS).—Cours de Mineralogie biologique. — Du pouvoir rotatoire des Serums et de ses relations avec leur minéralisation.

LEÇON D'OUVERTURE.—Paris, A. Maloine, éditeur. 23.25 Rue de l'Ecole de Médecine 1902.

NOUVEAU PROCÉDÉ RAPIDE pour l'analyse chimique de l'eau par MM Pignet, médecin-mayor de 2^a classe et E Hue pharmacien de 1^{re} classe—Prix.—1 fr 50.

Paris, A. Maloine, éditeur—1902.

Le Sang, par le Dr. Marcel Labbé, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire a la Faculté de Médecine de Paris: 1 volin 18 de 96 pages-cartonné (Actualités médicales) 1 fr. 50. Librairie de J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

En esta nueva ACTUALIDAD MÉDICA, M. Labbé expone con precisión y claridad la orientación nueva dada á las investigaciones y á los estudios que se han hecho, con tanto fruto, sobre la sangre, en el curso de estos últimos años; los principios de la técnica que ha precedido á estas investigaciones; en fin, los resultados generales obtenidos, que

se pueden considerar como hechos adquiridos, por el empleo riguroso de los métodos combinados de la observación clínica y la experimentación científica.

Es una excelente introducción al estudio de la sangre, donde el autor pone en relieve todo el interés que presenta este estudio, tanto desde el punto de vista especulativo de la medicina general, como desde el punto de vista práctico de las enfermedades.

He aquí las tres grandes divisiones del libro.

1^o Importancia del papel que juega en el organismo la sangre, considerada como intermediaria de los cambios vitales y como vector de los elementos nutritivos.

2^o Composición química é histológica de la sangre. Notable equilibrio fisiológico de esta composición. Modificaciones que determinan en este equilibrio los estados patológicos.

3^o Procesos que presiden al nacimiento y á la muerte de la sangre; actividad considerable de estos procesos.

Lima. Abril 5 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Estimados Señores:

Tengo el placer de felicitar á Uds. por la feliz idea de reunir en una sola fórmula los hipofosfitos de cal y sosa y el aceite de hígado de bacalao.

He tenido la satisfacción de ver á muchos de mis enfermos recuperar la salud con el uso de la Emulsión de Scott.

Aprovecho esta oportunidad para suscribirme de Uds. Atto. y S. S.,
J. YDOÑA Y SAVÁ.

Médico y Cirujano de la Universidad de San Marcos de Lima.

Imp. de San Pedro—28523