

# CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXI }

LIMA, 15 DE MARZO DE 1904

{ N.º 365

## Correspondencia de París

### Diagnóstico y tratamiento de las vegetaciones adenoideas

La hipertrofia del tejido adenoideo faringeo es frecuente en el niño y sus consecuencias son más serias de lo que generalmente se cree, pues que no solo engendra un estado patológico por el hecho de su presencia misma, sino que constituye una puerta de entrada para muchas infecciones, con predilección por la tuberculosis. Por otra parte dificulta el desarrollo del niño quitándole para el porvenir cierta cantidad de energías física é intelectual, que este habría conservado si sus vegetaciones hubiesen sido tratadas con oportunidad.

El niño que tiene su cavum faringeo ocupado durante años por una masa que se opone al libre juego de la respiración, mantiene á sus pulmones en constante in-uficiencia de ventilación precisamente en la época de la vida, en que ha menester de la normalidad más absoluta en el fisiologismo de sus órganos para sentar las bases de una organización vigorosa para el porvenir.

La hematosiis es deficiente, el fluido nutricio incompletamente oxigenado no suministra á los parénquimas el material adecuado á su nu-

trición y crecimiento; por el contrario, lleva consigo las toxinas segregadas en los sitios de infecciones secundarias á las que con tanta frecuencia están expuestos los adenoideos.

El niño crece á la manera de aquellas pálidas plantas á las que se priva de la cantidad suficiente de agua, de aire y de la luz del sol.

Por consiguiente hay todo interés en detallar el tratamiento curativo de estas vegetaciones, que no debe quedar circunscrito solo al terreno de la especialidad, sino que debe extenderse á todo médico y aún á los internos de hospitales, dada que es su sencillez.

Para ello buscamos información en la práctica del doctor Cuvillier, del hospital "des Enfants Malades" que galantemente nos ha permitido seguirle en su clínica, concretándonos á los puntos esencialmente prácticos, dejando la teoría para los tratados que se ocupan con particularidad de la cuestión.

#### DIAGNÓSTICO

Hay que tener en cuenta:

- 1º los conmemorativos y
- 2º los síntomas actuales.

#### 1º CONMEMORATIVOS

Hay tres tipos de vegetaciones adenoideas en la forma clásica:

a tipo respiratorio

b tipo auricular

c tipo mixto

*a tipo respiratorio:* el niño tiene catarros frecuentes, dificultad en la respiración, duerme con la boca abierta y ronca de noche.

*b tipo auricular:* sordera ó supuración del oído.

*c tipo mixto,* su nombre lo define. Se produce generalmente por flogosis ó gran hipertrofia del tumor adenoideo mediano, que obstruye ó inflama la abertura de la trompa de Eustaquio, ocasiona la salpingitis, la otitis media seca ó supurada, con ó sin supuración del tímpano.

## 2º SÍNTOMAS ACTUALES

El niño respira dejando la boca más ó menos entreabierta según el grado de hipertrofia de la masa adenoidea.

Deja apreciar las vegetaciones al tacto faringeo. Como este suministra el síntoma patognomónico y como su realización ofrece ligeros inconvenientes, sobre todo por la edad de los enfermos en los que se practica, creemos necesario entrar en algunos detalles.

El niño debe estar sentado con sus manos sostenidas por un ayudante. El que practica el tacto se coloca por detrás y algo á la derecha del paciente. Con el índice de la mano izquierda, presiona la mejilla izquierda del muchacho, invitándolo al mismo tiempo á que abra la boca. El índice al deprimir la mejilla entre los maxilares, hace que el niño no pueda juntar estos sin morderse y sin desistir de su propósito por el dolor que él mismo se ocasiona.

Entonces se introduce el índice derecho que encuentra el velo del paladar, pasa por debajo y por detrás de él y remonta, si es necesario, hasta el techo del cavum faringeo.

Durante todo el tiempo que dura el tacto no hay que retirar el índice izquierdo que deprime la mejilla entre los arcos dentarios. El dedo constituye, pues, el separador más cómodo y eficaz que está al alcance

de todos y que no aterra al niño como lo hacen los otros separadores quirúrgicos que son más ó menos impresionantes.

Si es considerable el volumen de la masa adenoidea, el dedo tocará inmediatamente después de haber franqueado el borde libre del velo del paladar, un tumor muy blando, irregular ó redondeado, muy friable, tanto que con mucha frecuencia se desgarrará y dá algunas gotas de sangre, eventualidad que desde luego carece de importancia.

Si el tumor es menos voluminoso hay que continuar la introducción del índice hasta encontrarle más ó menos escondido en la bóveda faríngea.

En el caso de no existir vegetaciones, el dedo recorre con facilidad el cavum sin encontrar obstáculo ni modificación en la consistencia de la mucosa.

## TRATAMIENTO

El doctor Cuvillier estatuye que "*siempre que hay verdaderamente tumor adenoideo, cae únicamente bajo el dominio del tratamiento quirúrgico.*"

Pero, la ablación de las vegetaciones sólo se practicará después de haber sometido al niño á una preparación previa, con el fin de desinfectar en la medida de lo posible el campo operatorio, hacer desaparecer un estado flegmático agudo del tumor y disminuir así las causas de hemorragia.

Con ligeras variantes según los casos se seguirá la terapéutica siguiente:

Durante 8 ó 10 días se prescribirá el empleo de:

a) *Instilaciones nasales de aceites, aspiraciones de pomadas, insuflaciones de polvos medicamentosos, solas ó acompañadas de:*

b) *Irrigaciones nasales?*

Las instalaciones se hacen por medio de una geringa de 1 c. cúb. de capacidad, provista de una cánula

nasal redondeada, empleando el aceite mentolado según la fórmula:  
 Aceite de olivo es-

terilizado..... 25 gramos  
 Mentol..... 0 gr. 50 ctg.

La instilación de algunas gotas á  $\frac{1}{2}$  c. cúb. en cada fosa na-al, se practica estando el niño recostado y con la cabeza algo echada hácia atrás de tal modo que penetre hasta la cavidad faríngea.

Dos ó tres veces por día son suficientes.

En caso de que el mentol no sea muy bien tolerado, se le reemplazará por:

Resorcina..... 1 gr.  
 Aceite olivo esterilizado... 25 gr.

Puede reemplazar á los acéites la pomada siguiente que se aplicará 2 ó 4 veces por día haciendo aspirar fuertemente por cada abertura nasal una cantidad del tamaño de una alberja.

Mentol..... 0'01 á 0'10 ctg.

Acido bórico..... 4 gr.

Aceite almendras

dulces..... 20 gr.

Blanco de ballena c. s. para consistencia semisólida.

Como polvos se pueden emplear:

Mentol..... 0gr. 10 ctg.

Acido bórico..... } aa'

Talco ..... } 5 gr.

ó también

Alcanfor..... } aa'

Acido bórico ó bismuto } 5 gr.

Las irrigaciones nasales se usarán como hemos dicho, solas ó acompañadas de una de las medicaciones precedentes;

Es condición indispensable que el médico enseñe á los padres del niño á bien practicar estas irrigaciones, que encuentran indicación absoluta en los casos en que las vegetaciones adenoideas se acompañan de catarro naso-faríngeo.

Para esto, el niño debe tener la cabeza inclinada hácia adelante y recibir la inyección de manera que penetrando por una abertura nasal, limpie la cavidad correspondiente, llegue al cavum y salga

por la abertura nasal del lado opuesto, sin haber descendido á la laringe ni al esófago. Se prohibirán los movimientos de deglución y de fonación durante todo el tiempo del lavado, porque abren la trompa de Eustaquio y favorecen la penetración del líquido en ella.

El niño solo se deja convencer de la necesidad de estos preceptos, cuando posee cierto raciocinio que no existe en todos: en los de muy pequeña edad ó en los refractarios y nerviosos, se instituirán solo las instalaciones ó las insuflaciones.

El doctor Cuvillier cada vez que prescribe irrigaciones nasales, suministra al encargado de practicarlas la indicación impresa que sigue:

"Emplear un sifon nasal ó un bock á inyecciones."

"No colocar el recipiente sino á 15

"ó 20 cm. proximamente por en-

"cima de la cabeza. Colocar la cá-

"mula nasal *horizontalmente* en

"la dirección de la profundidad de

"la nariz. *Durante el lavado*, res-

"pirar con la boca abierta. Tener

"la cabeza ligeramente inclinada

"hácia adelante. No hablar. No de-

"glutir.

"*Después de los lavados*, no so-

"narse con violencia. Secar la na-

"riz, soplando alternativamente

"por cada abertura nasal, estando

"cerrada la otra.

" Evitar todo resfrío.

Como solución se usará el agua boricada hervida á 3 % ó el agua salada hervida al 1 ó 2 %. Un litro de solución basta para cada irrigación que en *todo caso* deben ser tibias es decir á 30 ó 35° de temperatura.

Desde el principio del tratamiento se administrará el jarabe iodo tánico á la dosis de una cucharada de sopa en las mañanas.

Desde el punto de vista de la *técnica operatoria* hé aquí como se procede:

El niño es colocado enfrente del

operador. en la posición sentada que es la que ofrece mayor comodidad tanto para la anestesia fugaz, como para el manejo de los instrumentos.

Un ayudante fija al niño en buena posición, colocándole las piernas entre las suyas, manteniéndole los brazos y el tronco con el brazo izquierdo é inmovilizándole la cabeza por presión ejercida con la mano derecha sobre la frente del niño, que se verá así obligada á apoyar la región occipital contra el pecho del ayudante.

El empleo de la anestesia es cómodo *pero no indispensable*, pues la rapidez de la operación abrevia grandemente el dolor.

Se usará de preferencia el bromuro de etilo á la dosis de 6 á 10 gramos, administrados en una sola vez, en la máscara anestésica ó simplemente en un paño recubierto de tafetan engomado para evitar la evaporación rápida.

Es demas decir que el anestésico debe ser *químicamente irreprochable y recientemente preparado*.

El operador debe procurar mantener bien abierta la boca del niño, introduciendo sin temor el depresor de la lengua que maneja con la mano izquierda hasta cerca de la epiglotis provocando un favorable reflejo nauseoso. Entonces con la pinza clásica á vejitaciones y en tres golpes sucesivos se arrancan los fragmentos de tumor que hacen eminencia tanto en la parte media, como en las partes laterales del cavum.

En este momento se retira el depresor lingual para permitir que el niño expulse la sangre que viene en abundancia y renueve su ventilación pulmonar. Treinta segundos de reposo bastan para introducir de nuevo á fondo el depresor y reemplaza la pinza por la cureta de Lermoyez, con la que se hace un raspado enérgico, rápido y completo del cavum, insistiendo con especialidad en los angulos de la cavi-

dad faríngea, hasta llegar á la mucosa.

En una sola sesión, la operación está terminada y la hemorragia, que espanta á los circunstantes, pues se presenta á olas por las cavidades bucal y nasal, se detiene en algunos minutos.

Lermoyez y Castex raspan á la cureta las vegetaciones sin hacer previalmente el desgarro por medio de la pinza.

En los lactantes no se puede hacer el tacto, viéndose el práctico obligado á efectuar el diagnóstico al mismo tiempo que el tratamiento, introduciendo abierta la pinza á vegetaciones en la faringe cerrándola allí y llevándola al exterior. Si hay adenohipertrofia es arrastrada con la pinza, no siendo otro el tratamiento en estos casos.

Inmediatamente después de operado se hace gargarigar al niño con agua esterelizada helada cuya acción anestésica y hemostásica se refuerza por medio de la ingestión de algunos trozos de hielo machacado.

Como no siempre se operan niños que se hallen en condiciones de ser vigilados cotidianamente por el médico, se darán por escrito las siguientes prescripciones á la familia, como es de práctica en la clínica del hospital "des Enfants Malades".

1º Guardar el reposo en el cuarto ocho días. En la cama el día de la operación y el siguiente. Evitar toda fatiga y todo resfrío. Tener algodón en los oídos.

2º El día de la operación y el siguiente gargarismos boricados fríos cada dos horas. Los días siguientes, gargarismos boricados tibios cada dos horas.

3º El día de la operación después de cada gargarismo hacer deglutir una ó dos cucharaditas de *hielo machacado*, continuar con él si la saliva sale teñida de sangre ó si hay epístaxis. Si ésta es intensa,

taponar las fosas nasales con algodón hífrófilo empapado en:

Antipirina 5 gramos.

Agua destilada 30 gramos.

4º Alimentación líquida y fría el día de la operación, semi líquida y tibia al día siguiente y los demás.

5º Seis veces por día hacer aspirar fuertemente en cada fosa nasal una cantidad de vaselina boricada del tamaño de una alberja.

Al cabo de ocho días de este tratamiento se hace una embrocación de la retrocavidad de las fosas nasales á la glicerina iodada.

Glicerina neutra aa.

Tintura de iodo del Codex 10 gramos.

Los días siguientes se vá disminuyendo el rigor del tratamiento hasta dejarlo en el 16º ó 17º día en solo las aspiraciones de vaselina boricada, algunos gargarismos tibios y jarabe iodo tánico. En este 16º día se hace una nueva embrocación á la glicerina iodada.

En general, desde este momento se puede considerar al niño como curado, debiendo sí continuar por algunos meses la aspiración de vaselina boricada noche y mañana y el jarabe iodo tánico en la mañana sobre todo durante el invierno.

Estas ligeras anotaciones corresponden á lo que por lo general se presenta en la práctica diaria. La dificultad operatoria es pues completamente negativa antes bien se encuentra al alcance de todo médico que, está en el deber de practicarla siempre que un niño se le presente con los síntomas adenoides.

París, enero 13 de 1904.

EDMUNDO E. ESCOMEL.

## La Peste Bubónica en el Callao

(EN ABRIL DE 1903)

TESIS QUE, PARA OPTAR EL GRADO DE BACHILLER, PRESENTA Á LA FACULTAD DE MEDICINA EL ALUMNO ARÍSTIDES CASTAÑEDA

[Continuación]

Si casos hay en que la clínica vé destruidas por la micrografia presunciones más ó menos bien fundadas, los hay también, como el presente, en que no puede esperar de ella sino una completa confirmación.

Y esta misma confirmación próximos estábamos á obtenerla de las inoculaciones en cuyes que la víspera realizáramos, como que desde pocas horas después de inoculados esos roedores comenzaron á presentar síntomas claros de encontrarse bajo la acción de grave infección, demostrada por la pérdida de su natural vivacidad, la ausencia completa del apetito, la falta de movilidad y la abundante diarrea, y hecha mas tarde innegable por la muerte de uno de ellos antes de las 36 horas; pero, desgraciadamente, mientras se preparaba los instrumentos necesarios para practicar la autopsia y se daba el poco tiempo que, según parecía era preciso para que murieran los casi agónicos dos restantes, temores muy fundados, aunque muy distintos de los que el contagio puede infundir á aquellos que han frecuentado durante seis años los claustros de San Fernando y tienen fé en la inmunidad que, con sus precauciones, la ciencia ofrece, nos obligaron á consultar al señor Inspector, recibiendo de él la orden de incinerarlos inmediatamente, sin siquiera tocarlos.

Resultaba también incompleta esta observación; pero si se tiene presente la gran sensibilidad del cui respecto á la infección pestosa

y los efectos observados, no podemos calificarla de completamente inútil.

Tal es la historia clínica que hiciera día á día y que intencionalmente trascibo íntegra, apesar de que en algo altera el plan adoptado al principio, porque la considero suficientemente completa para, por si sola, permitirnos hacer diagnóstico acertado.

Con todo, seguiremos acumulando datos que nos conduzcan á un convencimiento tan absoluto como el que engendran la Clínica y la Bacteriología cuando marchan acordes en sus deducciones.

Al ingreso de Cornejo al Hospital, ignórabase aun que entre sus compañeros de labores los tuviera tambien de infortunio; pero en la primera junta celebrada en la tarde del 6, hemos visto, en la anterior historia, que los doctores Cantuarias y Cárdenas hicieron presente que ellos tambien asistían en la calle algunos enfermos en los que venían observando síntomas tan análogos á los presentados por Cornejo que no vacilaban en atribuirlos todos á una misma causa que para ellos tambien no era otra que la *infección pestosa*.

Efectivamente, como puede verse en el anexo número 1, el 10. de mayo, dos días despues que Cornejo, cae bruscamente enfermo Emilio Kraff, con escalofríos, fiebre alta, gran postración, delirio, inyección conjuntival, epistaxis precóz y abundante y todos los síntomas de una *neumonia doble*, presentando poco despues, en la ingle derecha, un bubón perfectamente desarrollado y otro incipiente en la región simétrica.

Al sexto día fallece y la autopsia descubre lesiones análogas á las que, el día siguiente, se encontraran en el cadáver de Cornejo, más las lesiones pulmonares.

El 2 de mayo, Samuel Gonzalez sintióse repentinamente acometido de fuertes escalofríos seguidos

de fiebre, cefalalgia, postración, delirio, inyección conjuntival y epístaxis.

Trasladado días despues á la carpa, no solo presentó los bubones en la ingle izquierda sino tambien los clásicos carbones pestosos.

Muere á los 26 días, dando pruebas claras, en la marcha de su enfermedad, de no ser completamente inactivo el viejo suero de Yersin que se le inyectara.

El cuadro sintomático, como puede verse en el anexo número 2, no puede ser más completo.

El 3 de mayo tocaba el turno á Juan Carlos Fernandez, que, como lo dice el anexo N° 3, con una invasión semejante en todo á la observada en los anteriores enfermos, presenta síntomas análogos, con infarto ganglionar en la región inguinal izquierda, y mas tarde, signos *neumónicos* en el pulmón derecho.

Muere igualmente á los 26 días, habiendo sido tratado tambien por las inyecciones de suero.

Fuertes escalofríos, cefalalgia intensa, fiebre alta, inyección conjuntival, postración suma, delirio nocturno precóz, lengua saburrosa, infarto ganglionar en las ingles, región cervical y pliegue de codo izquierdo y carbones pestosos en varias regiones, encontramos en la historia de Pascual Novelli (anexo N.° 4), asistido por el doctor Cárdenas y que tras adado á la carpa, permanece alli hasta el 7 de junio, día en que sale completamente curado de la infección pestosa, mediante, sin duda, el suero de Yersin; pero conservando aún en sus ganglios, vestigios claros de los bubones. Este enfermo fué el único que presentara bubón supurado.

Cosa igual puede decirse del cuadro sintomático del anexo N.° 5 referente á Alfredo Varela, que, principiando el 8 de mayo termina el 24. Los síntomas son los mismos y los bubones preséntase en la in-

gle izquierda y en ambas regiones poplíteas.

Tratado por el suero, á el debe atribuirse la curación.

Por último, para que no faltaran los casos benignos, aquellos que en toda epidemia curan sin tratamiento alguno, tenemos la historia de Pedro Castro, acometido el 4 de mayo con todo el aparato de una forma clásica, con infarto ganglionar en la axila derecha y evolucionando espontánea y rápidamente hacia la curación, que es completa á los 10 ó 12 días, como se vé en el anexo N° 6.

Contemporáneamente á los hechos narrados, acontecimientos semejantes se realizan en el puerto de Pisco, que, segun las comunicaciones de los doctores Mestanza y Ribeyro, pueden resumirse así, siguiendo para mayor claridad el orden cronológico en que se realizaron y no aquel en que se les reconociera.

La época en que se presentarán allí los casos diagnosticados por los citados facultativos como de *peste bubónica* y la circunstancia de haber dejado en ese puerto, el "Serapis", en su viage al Callao, parte del arroz que trajera para Milne, á la vez que les dan valor indiscutible para nuestro diagnóstico, hacen muy probable la hipótesis de que este barco fuera el portador del germen.

En los últimos días de abril descúbrense en el local del Resguardo cinco ratas muertas, y poco despues y en el muelle, otra que revelaba ser presa de grave enfermedad, pues estaba casi agónica, y para arrojar al mar las primeras son comisionados los bogas Roberto Ramos, Manuel C. Chacallasa y Mariano Valenzuela y el menor Faustino Ramos.

Rocos días despues, el 1° de mayo, recíbese en Pisco la noticia de la enfermedad de Roberto Ramos, que, segun datos recojidos más tarde por el Dr. Mestanza, presen-

taba fiebre alta, cefalalgia, vómitos y dolor en la región inguinal, falleciendo al siguiente día 2, en el caserío de San Andrés.

El día 3 se solicitó los servicios profesionales del Dr. Mestanza para asistir, et el barrio "La Pascaña", á Maguel Chacallasa, acometido en ese día de un fuerte escalofrío, seguido de fiebre alta, cefalalgia y malestar general.

A la cabeera del enfermo puede constatar dicho facultativo el siguiente cuadro sintomático: inyección conjuntival, cefalalgia, lengua húmeda, estado tifoide poco marcado, temperatura axilar de 40° 8 y 120 pulsaciones por minuto.

Habiéndose prescrito un tratamiento antipalúdico, encuéntrasele el día siguiente casi en las mismas condiciones que el día anterior: pulso frecuente, temperatura 39° 6 y el ligero estado nauseoso por lo que se modifica en parte el tratamiento.

En la noche del mismo día presentóse el vómito de materias biliosas, la fiebre sube como que es ya de 40° y como es natural el pulso se hace más frecuente. Llénase las indicaciones de un tratamiento sintomático.

El día 5, el vómito ha aumentado, la cefalalgia es intensa, los ojos están brillantes y hay un poco de diarrea. A pesar de no ser la temperatura sino 39° y las pulsaciones radiales en número de 120 por minuto puedese apreciar la gravedad de la infección de que es presa este boga.

En la tarde, al practicarse un nuevo exámen, despiertase por la presión un dolor en la región inguinal derecha y guiándose por él se encuentra los ganglios de la región intartados y muy sensibles, sin que haya nada que pueda explicar ese infarto ganglionar.

En la visita del día 6 encuéntrase á Chacallasa con 38° 8 de temperatura, pulso frecuente, el vómito

ha disminuído, la cefalalgia persiste y el infarto ganglionar, rodeado de una infiltración difusa ha aumentado visiblemente.

En la tarde las condiciones del enfermo son las mismas.

El 7 en la mañana el estado general es aparentemente mejor: el vómito ha desaparecido, la temperatura es de 38°4, el infarto ganglionar y la cefalalgia persisten, así como cierto desfallecimiento que le impide abandonar el decúbito.

Al visitarlo en la tarde solo encuentra de nuevo el facultativo, en la ingle izquierda, igual dolor que en el lado opuesto, pero sin que pueda descubrirse infarto ganglionar alguno.

Mas, apesar de esta aparente mejoría y contra toda previsión, fallece Chacallasa á las 12 de la noche, presa poco antes de un gran desasosiego.

El sábado 9 tócale el turno á Mariano Valenzuela, que, como hemos dicho, en compañía de los anteriores recibió y cumplió la comisión de arrojar al mar los cadáveres de ratas encontrados en el resguardo.

Al examinarlo el 10 los doctores Vasquez Solis y Mestanza, lo encuentran con las conjuntivas inyectadas, 39° 5 de temperatura, pulso frecuente, cefalalgia intensa y dolor á la presión en la región inguinal derecha.

El 11 la temperatura es de 39° 4, con 104 pulsaciones por minuto, la cefalalgia es bastante pronunciada, manifiéstase cierto estado nauseoso, ligera disnea y tumefacción de los ganglios profundos de la región inguinal derecha.

El 12 la temperatura es de 39° con 94 pulsaciones radiales por minuto. preséntase además epístaxis, hematemesis y diarrea, continua el estado nauseoso y el bubon se desarrolla rápidamente, siendo muy doloroso á la mas ligera presión. La orina es albuminosa.

El día 13 el estado del enfermo es el siguiente: estado tifoide poco marcado, 40° de temperatura, 116 pulsaciones radiales por minuto, pulso lleno, regular, frecuente, la inyección conjuntival es intensa, lo mismo que la cefalalgia, la inteligencia es lúcida y la espresión difícil. Hay petequias en la piel de la pared abdominal y el bazo está aumentado de volúmen.

En la región inguino-crural hay otro infarto ganglionar voluminoso y duro, siendo muy pequeño el infarto de los ganglios de la región inguinal izquierda.

En este día se le hace una inyección de 20 gramos de suero de Yersin y se toma los elementos necesarios para hacer un estudio microscópico, cuyos resultados consignaremos después.

El día 14 mejoró notablemente el estado general, la temperatura es de 37° 8 y las pulsaciones radiales en número de 100 por minuto. Se le hace nueva inyección de 20 grados de suero.

Día 15, hay insomnio, la temperatura es de 38° y el pulso late de 120 veces por minuto.

Día 16, la temperatura es de 38° 5, el pulso de 126. Preséntase en la región suprahoidea un infarto ganglionar que progresa rápidamente; al mismo tiempo preséntanse algunas pequeñas pústulas en la cara y brazos.

El 17 la temperatura sube á 38° 9, obsérvase subdelirio y el estado empéorase sensiblemente.

El 18 el enfermo se encuentra sin conocimiento y delirante, la temperatura es de 38° 4, intensos son los dolores, sobre todo en el lado derecho, donde los gánglios han perdido su individualidad, no observándose sino una pastosidad muy roja, caliente y algo fluetuante, de 12 centímetros de diámetro poco mas ó menos.

El bubón situado sobre el mismo arco crural tiene aspecto semejante, aunque es mas pequeño. El

del lado izquierdo poco ha avanzado, y encuanto al bubón suprahióideo tiene el volumen de un coco chileno, es rojo, duro y muy doloroso.

Además la erupción pustulosa se ha hecho confluyente en el tronco, cuello y cara.

El estado general continúa agravándose hasta la una de la mañana siguiente en que fallece.

Y aquí cabe preguntar: ¿han sido estas las únicas víctimas de la epidemia?

Si consideramos que en toda epidemia muchos de los primeros casos, sobre todo cuando no presentan una sintomatología clásica, co-a frecuente desde luego, pasan desapercibidos á los ojos del médico con mayor razón para el vulgo, y que tan luego como se diagnostica algunos casos y se decreta el aislamiento forzoso, el natural temor que éste infunde hace que no solo casos benignos, si que también graves traten de ocultarse, consiguiéndolo no pocos, natural es suponer que, sucediendo esto hasta en las epidemias europeas, la nuestra no habrá hecho excepción y que yacerán en el cementerio pestosos con diagnósticos diversos, así como no faltará alguno que, presa de una forma benigna ignore el haberla tenido.

Pero saliendo del terreno de las suposiciones podemos, casi con seguridad, agregar tres víctimas á la lista anterior: el asiático Manuel Hubí y el muchacho N. Figueroa en el Callao, y el menor Faustino Ramos en Pisco.

El primero cocinero del molino "Santa Rosa" con buena ó mala salud, desempeña sus obligaciones hasta el domingo 3, día en que, como tenía por costumbre, viene á Lima á visitar á su familia residente en la calle de la Torrecilla número 225, siendo en este día acometido de la enfermedad que rápidamente lo llevara á la tumba.

Cuál fué esta enfermedad?

El médico que lo asistiera hace,

fundándose en los síntomas patognómicos que observa, el diagnóstico de neumonía doble.

Pero esa neumonía doble que evoluciona en dos ó tres días en un chino procedente del molino de Santa Rosa, foco único de donde han salido todos los pestosos del Callao, es producida por el neumococo ó lo es por el cocobacilo de Yersin?

Para adquirir certidumbre, puesto que, aun sospechándose, difícil y aun imposible es hacer el diagnóstico clínico diferencial de estas dos afecciones, preciso habría sido recurrir al exámen microscópico; pero, ya que este no se hizo, la procedencia del enfermo y la marcha demasiado rápida de la afección, nos autorizan suficientemente para considerar esto como muy probablemente de naturaleza pestosa.

Mayores razones nos asisten para considerar entre las probables víctimas de la epidemia á N. Figueroa, muchacho empleado del tantas veces citado molino y que, según se dice, falleció después de dos ó tres días de enfermedad, presentando entre otros síntomas: fiebre alta, estado comatoso é infartos dolorosos en el cuello, á pesar de lo que se diagnosticó *congestión cerebral*.

Por último, debe considerarse entre los epidemiados de Pisco al menor Faustino Ramos que en compañía de los mencionados bogas arrojó las ratas al mar y que durante cuatro ó cinco días estuvo enfermo con fiebre, cefalalgia, náuseas é infarto ganglionar en la ingle; pero que todo pasó rápidamente, haciendo comprender que se trataba de la forma ambulatoria.

### III

Las últimas dudas que pudieran quedar en el ánimo serán seguramente disipadas al ocuparnos ahora de la parte bacteriológica; aun que lo haremos solo de una mane-

ra general, fijándonos mas en los resultados que en la parte técnica, de todos conocida y por lo mismo, hasta cierto punto supérflua.

Indicamos ya, en el curso de la historia de Miguel Cornejo, que el día 7 de mayo, con todas las precauciones del caso, inoculamos con productos extraídos de este enfermo tres cuyes, de los que uno murió antes de las 36 horas, y que si motivos especiales nos impidieron practicar la autopsia, no por eso debía considerarse esa experiencia como absolutamente estéril.

El Dr. J. Patrón hace al mismo tiempo, con productos tomados del cadáver de Kraff, inoculaciones en tres cuyes, que corren igual suerte que los anteriores.

En el mismo día mi compañero y amigo Sr. Romero hace preparaciones en fresco de algunos de los productos tomados á Cornejo y Kraff y en ellas observamos bacilos que no podían ser otros que los de Yersin, pues tenían todos los caracteres morfológicos de estos. También siembra algunos cultivos y colorea mas tarde algunas preparaciones, pero vióse obligado poco después á destruirlo todo.

Pero si estos trabajos tienen tan triste fin, no sucede lo mismo con los del Dr. Biffi, que llegan á feliz término, sirviendo de absoluta confirmación á la idea que sostuvieramos desde el primer momento en el Hospital de Guadalupe.

Dijimos ya que el Dr. Biffi estuvo en el Callao en la mañana del 8 de mayo con el objeto de recojer, como lo hizo, materiales de los enfermos Novelli y Gonzales y del cadáver de Cornejo, materiales que sometió en el laboratorio de la escuela á riguroso estudio bacteriológico.

Veamos á grandes rasgos como se hizo este estudio, según datos suministrados por el Sr. Raseto, colaborador del Dr. Biffi.

Siguiendo rigurosa técnica, siembrase dos cultivos con el líquido

obtenido por punción de los ganglios inguinales de Novelli y Gonzales y de idéntica manera prepárense tres cultivos de trozos de ganglios y bazo tomados del cadáver de Cornejo.

Los dos primeros déjense á la temperatura ambiente, apareciendo á las 48 horas las colonias con todos sus caracteres. Los otros dos, colocados en la estufa á 37°, dan también abundantes colonias.

Con dos de las culturas obtenidas de Cornejo practicóse inoculaciones intraperitoneal y subcutánea, respectivamente, á dos cuyes, y, con la obtenida del ganglio de Gonzales practicase una inoculación por frotamiento en la piel sana y rasurada de un tercer cui, observándose en estas, como en todas las otras operaciones, la más rigurosa técnica.

Ahora bien, antes de las 14 horas muere el cui de la inoculación intraperitoneal; el de la inoculación subcutánea muere al segundo día, y, solo el tercero día, el de la inoculación epidérmica por frotamiento.

Al practicarse la autopsia se encuentra que en todos ellos los ganglios están infartados, hermorrágicos lo mismo que el tejido celular periganglionar; el tejido celular subcutáneo está edematoso; los vasos de las paredes musculares abdominales y torácicas dilatados y equimóticos estas mismas paredes; abundante exudado inflamatorio encuéntrase en la cavidad peritoneal, menor cantidad en las pleuras; los intestinos están fuertemente inflamados, el bazo hipertrofiado y sumamente friable y congestionado el hígado. El punto de inoculación encuéntrase en algunos supurado.

Muy sugestivas son estas lesiones, sobre todo la de los ganglios linfáticos: grandes, reblandecidos, con un contenido comparable á *hecies de vino*, envueltos y fusionados muchos de ellos en una ganga se-

rosanguinolenta, que recuerda un hematomato traumático son fiel reproducción de las lesiones ganglionares observadas en los cadáveres de los desgraciados Kraff y Cornejo; de modo que por sí solas hacen pensar en su unidad casual.

Pero, á mayor abundamiento practicase aun con el cultivo obtenido de Novelli una inyección de cuatro gotas en el peritoneo de un cui y con uno de los de Cornejo una inyección hipodérmica á otro de estos roedores. El primero de ellos fallece al segundo día y el otro al tercero, presentando ambas lesiones anatómopatológicas idénticas á la de los anteriores, y por tanto, en relación con las de los cadáveres de Kraff y Cornejo.

Siémbrase tambien, con los diversos órganos y exudados de los cuyes inoculados, e iltivos de resultados positivos todos, muy típicos, y que inyectados á otros roedores de la misma especie, reproducen las lesiones anatómopatológicas observadas en los primeros.

Hasta aquí nos hemos ocupado solamente de los cultivos é inoculaciones animales, es decir, de los caracteres biológicos del gérmen productor de la infección que estudiamos, faltándonos como necesario complemento, conocer sus caracteres morfológicos.

Con tal objeto hácese preparaciones microscópicas, ciñéndose á todas las minucias de la técnica, tanto de los productos y cultivos de Gonzales, Novelli y Cornejo, como del hígado, bazo, sangre, líquido peritoneal y exudado celular de los diferentes cuyes inoculados muertos y de los cultivos con estas sustancias sembrados, observándose en todas ellas y con exclusión de toda otra especie, gérmenes cuyos caracteres morfológicos y reacciones de coloración corresponden en absoluto á los del cocobacilo de Yersin.

Al mismo tiempo los Señores Ribeyro y Gastiaturú emprenden es-

tudios sobre el gérmen de la epidemia en Pisco, de cuyos resultados podemos darnos cuenta por los siguientes datos suministrados por el último.

Con algunas gotas de líquido serosanguinolento extraído por punciones rigurosamente asépticas de los bubones de Mariano Valenzuela, hácese 14 preparaciones microscópicas que, coloreadas con thionina fenicada, azul de metileno, azul de Loefler, violeta de genciana fenicada ó con el método de Gram, descubren el bacilo de Yersin con todos sus caracteres y, aunque en escaso número, sin mezcla de ningun otro gérmen.

Ademas, hácese sembrados en gelatina en tubos y por picadura y en gelozza en estria, sembrados que, dejados á la temperatura ordinaria, presentan después de 24 horas poco desarrollo, principalmente los en gelatina, en los que, sin haberse liquefactado ésta, se observan pequeños grumos blanco amarillentos dispuestos en el trayecto de la picadura, poco abundantes en la parte inferior; mas en la superior. Los cultivos en agar presentan algunas ligeras manchas blancas á lo largo de la estria.

Con estos cultivos se hacen preparaciones microscópicas que, convenientemente coloreadas, presentan el mismo cocobacilo.

Pocos días después, del 18, se extrae con una jeringa de Lüer cierta cantidad de serosidad rojisa de los bubones del mismo enfermo, con la que se hacen algunas preparaciones microscópicas que convenientemente coloreadas con thionina, azul de metileno fenicado, fucsina y por el método de Gram, muestran gran cantidad de bacilos de Yersin con su forma característica, libres y exclusivos.

Tambien se encuentra, libre y exclusivamente, el bacilo de Yersin en gran número de preparaciones hechas con el contenido de las pústulas y coloreadas con violeta de

genciana fenicada, fucsina fenicada y por el Gram.

Además, se siembra en este día dos cultivos por picadura y en estría en gelatina y otra en estría en geloza, que se dejan á la temperatura ambiente.

A las 24 horas el cultivo por picadura en gelatina presenta como un rosario de colonias superpuestas á lo largo de todo el trayecto de la picadura, blancas, esféricas y mucho mas desarrolladas en la parte superior que en la inferior. Los cultivos en estría en agar y gelatina son también abundantes y presentan aspecto muriforme.

En los días siguientes estos cultivos se desarrollan mucho, principalmente el de estría en gelatina, que se extiende uniformemente á lo largo de la estría, bajo la forma de una banda con bordes festonados.

Como con los cultivos anteriores hácese con estos preparaciones microscópicas coloreadas y todas encuéntrase el mismo bacilo de Yersin, con sus caracteres morfológicos clásicos.

#### IV

Resumiendo, después de lo anteriormente dicho, nadie que conozca teórica ó prácticamente la peste bubónica y su historia, podrá dudar de que la hemos tenido ó quizá, por desgracia, aún la tenemos en el Callao y Pisco.

Preciso es tener motivos mas ó menos personales y por lo mismo censurables en un profano, indignos en un profesional, para negar lo que por sí mismo se impone.

Tratándose de los primeros, toda réplica sería inútil.

En cuanto á los últimos, para confundirles, hemos visto, contamos con razones etiológicas, clínicas, bacteriológicas y experimentales por inoculaciones animales.

Un buque, probablemente el "Serapis" de procedencia pestosa, trae arroz al molino de Milne.

Poco después y sin que pueda a-

tribuirse á la acción del veneno, como alguien pretende, prodúcese en el molino una epizotia de ratas que coincide con variaciones atmosféricas notables y casi inmediatamente seguida de la aparición, entre los individuos que en el trabajaban, de nueve casos de una enfermedad, brusca en su aparición y en todos ellos común en su sintomatología, caracterizada esencialmente por invasión brusca, rápida y grande postración, fiebre alta, delirio precóz y aparición de *bubones* en distintos grupos ganglionales.

Este mismo buque deja en Pisco cinco mil sacos de arroz y allí también preséntase como en el Callao y casi simultaneamente, mortalidad de ratas primero y cuatro casos de una infección en todo semejante á la de este último puerto, en seguida.

No es esta la manera como la peste se inicia en todos los lugares que invade?

Recuérdense las historias de las epidemias de 1810 en Nápoles, de 1818 en Tunes, de 1819 en Siberia, de 1794 en Formosa, Hong-Kong, Cantón, etc. etc; de 1898 en Oporto, de 1899 en la isla Mauricio, Reunión, Lorenzo Márquez, etc; la del mismo año en Asunción, Rosario y Buenos Ayres. Con ligeras variaciones, todas ellas nos dicen lo mismo.

Y no sirva de fundamento, para negar, el número limitado de casos presentados, como esta limitación tampoco puede servir para afirmar que ella ha desaparecido.

Sábase perfectamente que en la marcha de las principales epidemias pueden considerarse tres periodos bastante bien definidos, sobre todo el primero del segundo: inicial ó de aparición, reducido á casos limitados, relativamente benignos, como que en el las curaciones no son raras y con sintomato

logía no siempre bien definida, clásica; de vigor ó álgido, donde la virulencia del germen ha alcanzado su máximun y en el que, por lo mismo, los casos son mas numerosos y numerosas tambien las defunciones; por último, el de declinación, caracterizado por la disminución del número de casos y de su gravedad.

En apoyo de esta aserción bastará citar algunos ejemplos.

En julio de 1575 se presenta el primer caso sospechoso en Trento; en agosto y setiembre solo se encuentra cuatro defunciones, mientras que en octubre y noviembre llegan á seis mil las víctimas. Esto solamente en la pequeña ciudad de Trento, sin hablar de las otras poblaciones italianas invadidas sucesivamente por la misma epidemia.

A los pocos días del arribo del ejército francés á Alejandría, en 1796, preséntanse dos casos, que, desde luego, quedan aislados, haciendo creer en la desaparición del flajelo; pero cinco meses después reproducense los casos en tal número y con tal tenacidad que no bastaron cinco años para extinguirla, haciéndose por el contrario, centro de nuevos focos de infección.

En el mismo año, 1796, preséntanse tres casos fatales en el hospital militar de Moscow, seguidos de algunos otros casos sospechosos.

Con el inmediato aislamiento de la población hospitalaria parece morir la epidemia en su cuna, como que no se presenta ningún caso nuevo; pero á los tres meses estalla un nuevo foco epidémico en una fábrica, uno de cuyos operarios dió hospitalidad á la viuda de uno de los enfermos muertos de bubónica en el hospital.

Aislada la fábrica, las defunciones disminuyen rápidamente hasta desaparecer, y al cabo de dos meses, creyéndose que todo había con-

cluído, permítase á los obreros volver á sus hogares.

Bien pronto preséntanse seis casos típicos en el hospital de San Simón, seguidos de la aparición de numerosos casos en los distintos barrios de la ciudad, y generalizándose de manera tal la epidemia, que se contaban por millares las defunciones diarias y que costó á la ciudad sola de Moscow, la pérdida de setenta y dos mil de sus habitantes.

La epidemia que en 1813 asoló la isla de Malta, se inicia de idéntica manera: importada de Alejandría por el navío "San Nicolás", dos de cuyos tripulantes fallecen en la travesía solo manifiéstanse en tierra algunos días después del libre desembarque de los pasajeros, y esto matando únicamente al capitán y un sirviente, lo que produce la alarma en la población y la adopción de medidas enérgicas; pero que desgraciadamente llegaron tarde, como que dieciocho días después, multiplicanse los nuevos casos, tomando la epidemia asombroso desarrollo.

La epidemia de 1815 en Noja (Nápoles) comenzó por dos casos que no se repitieron sino meses después, en el siguiente año.

Cosa análoga pasó en la epidemia de Tunes en 1818.

En 1898 muere en el instituto anatómico patológico de Viena el guardián de los animales inoculados con todos los síntomas de una neumonía; el doctor Müller, asistente del profesor Nothnagel, contrae la misma enfermedad asistiendo al guardián, y muere seis días después; dos guardianes presentan al mismo tiempo síntomas alarmantes, y el pánico cunde en la población, pero felizmente las enérgicas medidas tomadas inmediatamente impiden la propagación, quedando reducida la epidemia á cuatro casos.

En 1901 se contaron hasta 17 atacados de peste bubónica en la

ciudad de Nápoles, no presentándose mas casos, gracias á haberse quemado á tiempo el buque portador de las pieles sospechosas, el muelle por donde las desembarcaran y el hospital donde se asistieran los epidemiados.

En la epidemia de 1664 en Londres, presentáronse en el transcurso de cuatro meses sólo dos casos, que no permitieron desde luego sospechar el enorme desarrollo que tomó después.

La manera de desarrollarse la peste bubónica en Asunción, es también digna de notarse, como que es sabido que empleó mas de cuatro meses en generalizarse.

Cosa idéntica puede decirse de las epidemias en Rosario y Buenos Aires, como que en ambos lugares la generalización no tuvo lugar antes de los tres meses.

Hechos como los anteriores podríamos citar aun muchos más; pero creo que los apuntados bastarán para convencernos de que la peste bubónica acostumbra hacer su primer ataque á *pasos lentos y contados*, y que, por lo mismo, la manera como se ha iniciado entre nosotros es una prueba en *pro*, lejos de serlo en *contra*. como por ignorancia ó malicia ha querido suponerse.

Y hasta cierto punto no debe llamarnos la atención ese desarrollo vacilante y lento de la epidemia. si consideramos la poca resistencia del cocobacilo de Yersin á la acción del calor y de la luz solar difusa ó directa, y si se reflexiona que el desarrollo de la epidemia es la resultante de la lucha entre este cocobacilo y el medio tanto físico como social del lugar á que es importado.

Si tras una travesía mas ó menos larga, pero siempre poco favorable para el cocobacilo, va á encontrarse este en el lugar á que ha sido trasportado con condiciones climatológicas inadecuadas y con hábitos higiénicos más ó menos desarrollados y por lo mismo, menos ó

más favorables á su pronta y eficaz germinación, natural es que emplee mas ó menos tiempo en esa lucha de aclimatación, de adaptación al nuevo medio, lucha en la que no siempre obtendrá la victoria. De allí que no baste la importación del germen para el desarrollo de la epidemia; de allí que la primera no sea siempre inmediatamente seguida del segundo; ni que siempre tome ese desarrollo las mismas pavorosas proporciones.

Si es cierto que no todos los granos sembrados germinan al mismo tiempo, ni puede asegurarse que los considerados como perdidos continuarán siéndolo indefinidamente, sino que muchos de ellos conservan vida latente que se manifestará mas tarde con determinados cambios del terreno en que fueron sembrados, también lo es que las condiciones del medio ejercen papel preponderante en el desarrollo de las epidemias en general y muy en especial de la pestosa.

Quién podría asegurarnos que esta es la primera vez que el cocobacilo visita nuestras costas?

Solo cuando se conozca perfectamente las condiciones de vida del bacilo pestoso; solo cuando se determine matemáticamente las continuas variaciones de esas condiciones, podrá responderse satisfactoriamente.

Entonces y sólo entonces, podrá explicarse de una manera clara y precisa el grado de influencia que han ejercido esos bruscos cambios de estación, observados en los últimos días de abril, coincidiendo con la aparición de los primeros casos; el pronto regreso de los días calurosos, coincidiendo con la suspensión, por lo menos aparente, del desarrollo de la epidemia; la casi completa ausencia de pulgas y otros parásitos semejantes, considerados como los principales propagadores del contagio; por último, la relativa buena higiene y los enérgicos medios profilácticos in-

mediatamente adoptados, á los que probablemente debemos el escaso incremento del flajelo.

Y sin que esto obste á tener el convencimiento de que la peste ha existido entre nosotros, y sin que pueda asegurarse que ella ha desaparecido completamente.

Por otra parte, pocas veces se tienen cuadros clínicos más completos, cuadros que, no obstante el reducido número de casos, hacen conocer las diferentes formas clínicas de la infección, sin que se note la ausencia de uno sólo de los síntomas cardinales, patognomónicos, ni aún de los secundarios; pues si alguien ha insistido maliciosamente en la falta de la raya azul oscuro del medio de la lengua ó signo de Von Haine, es porque olvidó sin duda que ese síntoma es casi prodrómico y por lo mismo fugaz, y que ninguno de los enfermos fué observado desde el primer día, antes de que la saburra hiciera imposible distinguir esa raya.

Olvidó sin duda, también, que poco ó ningún valor puede tener ese signo en el ánimo del médico al hacer el diagnóstico, como no lo tienen otros síntomas fugaces para el reconocimiento de muchas otras afecciones.

Qué se diría del práctico que se abstuviera de diagnosticar una viruela en pleno período de supuración sólo por no haber llegado á tiempo para observar el rash variótico?

Qué se diría del médico que se considerase incapacitado para diagnosticar un acceso palúdico por no haber visto los vómitos y pauculaciones del enfermo?

Sería aventurado diagnosticar un sarampión en plena erupción, sin haber observado el punteado faríngeo palatino?

Bien conocida es la poca importancia que tienen esos síntomas prodrómicos ó iniciales, y por lo mismo; sólo á falta de otros, puede apelarse á ese argumento.

Por otra parte, las lesiones anatómo-patológicas observadas en los dos casos en que pudo practicarse la necropsia, hablan demasiado claro para no insistir sobre este punto.

Y no se diga que esas lesiones son comunes á casi todas las graves infecciones, porque en vista de la sintomatología esa infección queda perfectamente individualizada.

Además, podemos citar aquí el *naturam morborum curationis ostendunt*, como que los efectos del suero de Yersin han sido innegables, aunque poco enérgicos, debido esto sin duda á que el suero empleado contaba mas de dos años, y á que por no disponerse de cantidad suficiente, su aplicación fué muy irregular y escasa, no habiendo podido recurrirse al sistema de impregnación de tan buenos resultados.

Y aun la misma mortalidad observada puede servirnos de nueva prueba que confirme nuestro modo de pensar. Así, en el Callao, sobre un total probable de nueve casos se cuentan seis defunciones, ó sea una mortalidad total de sesenta y siete por ciento; y en Pisco, sobre tres casos se tienen otras tantas defunciones, ó sea una mortalidad total de ciento por ciento.

Ahora bien, semejante totalidad no la observamos en ninguna de las infecciones que, endémica ó epidémicamente, se desarrollan entre nosotros.

Por último, el cocobacilo de Yersin ha sido encontrado con sus caracteres morfológicos y reacciones de coloración típicos en diferentes líquidos y tegidos de enfermos cuya sintomatología bastaba por sí sola para hacer el diagnóstico de *Peste bubónica*.

Con estos líquidos y tegidos hánse practicado inoculaciones en cuyes, (animales que por su exquisita sensibilidad á la infección pestosa son considerados como verdaderos reactivos) que no solo reproducen las lesiones anatómopatológicas

sin que el germen se presente en todos los órganos y tegidos, y con los que se hacen nuevos cultivos é inventaciones que reproducen la misma serie de fenómenos.

Pues bien, si en toda afección microbiana, para dar firmeza absoluta á un diagnóstico clínico dudoso, ha bastado y bastará siempre el reconocimiento microscópico del germen patógeno, no será suficiente, para quitar todo lugar á dudas sobre un diagnóstico que clínicamente se impone, el reconocimiento y aislamiento por cultivos del cocobacilo de Yersin y la reproducción, por inoculaciones en cuyes, de la infección pestosa?

Para nosotros, que creemos en la ciencia de Pasteur, las anteriores experiencias tienen mayor fuerza que el antiguo diagnóstico *magister dixit*, como que contra hechos no hay argumento posible.

#### ANEXO N° 1

Emilio Kraff, blanco, soltero, de constitución robusta, temperamento sanguíneo, de 16 años de edad y domiciliado en la calle de Guisse número 16. (callejón del "Toro Mochó") y empleado del molino de Milne, es probablemente la tercera víctima de la epidemia, y el primero, cuya autopsia se practicara en el hospital de Guadalupe.

Iniciada su enfermedad el 1° de mayo con fuertes escalofríos, intensa cefalalgia frontal, vómitos, gran postración y temperatura elevada, solo el día 5 solicita los servicios profesionales del doctor Cantuarias, quien se encuentra con el siguiente cuadro sintomático:

Las conjuntivas bulbares fuertemente inyectadas y con marcada fotofobia; epistaxis abundante, precós y persistente, como que le acompañó hasta la muerte; piel seca y caliente, temperatura axilar 40°5.

(Continuará)

## Publicaciones recibidas

**Una palabra sobre la raquio-cocai-zación.**—Tesis presentada y sostenida ante la junta directiva de la Facultad de Medicina y Farmacia de Guatemala por *D. Mario J. Wunderlich*, ex-interno del Hospital General, ex-redactor en jefe de "La Juventud Médica", etc.

Guatemala.—Tipografía Sánchez etc. de Guise, 8ª avenida Sur, 24. 1903.

**Beneficio de las inyecciones intra-esplénicas en el paludismo crónico.** Tesis para el bachillerato en Medicina por don Justo L. Castro Iglesias.

Lima—1903.

**Le role de la feume dans la lutte contre la tuberculose** par le doctor Edmond Vidal. Conférence faite a l'Union des femmes de France (Croix Rouge Française).

París. A Maloine, editeur. 23-25 rue de l'Ecole de Medicine—1903.

*Trujillo, febrero 19 de 1893.*

Señores Scott y Bowne. — Nueva York.

Muy señores míos: Muy á mi satisfacción es la forma, modo y composición del precioso medicamento Emulsión de Scott, que prescribo con mucha frecuencia á mis enfermos y familia, con éxito feliz. No produce las indigestiones que causa muy á menudo el aceite de hígado de bacalao puro.

En las enfermedades escrofulosas tan comunes en nuestro clima, en la tuberculosis pulmonar, raquitismo y otras, sus efectos, á veces lentos, son siempre prodigiosos. Me vanaglorío de haber preferido la Emulsión de Scott. Las convalecencias lentas y el desarrollo de las jóvenes linfáticas tienen en este preparado un reconstituyente especial.

DR. NICOLÁS CARLOS DE VEGA.

Imprenta de San Pedro