

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXIII } LIMA, 15 DE DICIEMBRE DE 1906 } N.º 431

TRABAJOS NACIONALES

Medicina legal militar

INFORME SOBRE INVALIDEZ

Señor Cirujano Jefe de la Sección Técnica:

El Sargento Mayor N.....N..... que se halla en la condición de retiro temporal, solicita del Supremo Gobierno se le declare inválido, alegando que la incapacidad que actualmente le aqueja, se debe a las fatigas que sufriera durante "la cruda campaña de 1899-1900, en los departamentos de la Libertad y Cajamarca contra las monteras de N. N.....": campaña que, al decir del interesado, "comenzó en Trujillo, en setiembre de 1899 y terminó el 30 de enero de 1900". Llenados los trámites de estilo, el expediente vino para informe á la Sección Técnica del Servicio de Sanidad Militar y Naval, el día 26 de enero del año en curso y fué sometido por U.S. al dictamen de los infrascritos el día 27 del mismo mes y año; pero como quiera que en los documentos que aparejan el voluminoso legajo, no se encontraban los pertinentes que debemos valorizar, para dar cum-

plimiento á lo preceptuado en el artículo 33 del Novísimo Reglamento de Pensionistas Militares, pedimos, en 26 de febrero último, que se agregarán al expediente los datos ampliatorios indispensables para la correcta interpretación de los hechos que se aducen por el damnificado.

Satisfecha la exigencia antes indicada, cumplimos con evacuar el correspondiente dictámen, en los términos siguientes:

El señor N. N. nacido en Lima, de 54 años de edad, de raza blanca, casado, de temperamento sanguíneo y constitución fuerte; que ofrece en su aspecto exterior los atributos característicos de la diatesis artrítica, con endurecimiento ateromatoso de las arterias accesibles á la inspección digital; que ingresó á la carrera militar bien joven, á los 16 años; y que no acusa (si nos atenemos á sus aseveraciones) en sus antecedentes, tanto personales como de familia, nada digno de mención desde el punto de vista patológico, es evidentemente un sujeto inválido: una vez que está ampliamente probado que se halla afecto de una *hemiplegia* (parálisis de medio cuerpo) *completa* y de *pérdida absoluta de la visión de ambos ojos*, Completamente privado de sus relaciones con el medio que lo rodea, inmóvil en su sillón, presa de una cruel é incurable dolencia, incapáz

para satisfacer, sin ayuda ajena, las más premiosas é inaplazables exigencias de la vida; su situación es en verdad lamentable, reducido á vivir la vida vegetativa, sin poder exteriorizar manifestación alguna del yo síquico, por destrucción irreparable de los grupos celulares encefálicos que presiden y regulan las más nobles funciones de la personalidad humana.

Cuanto á la lesión ocular, el Dr. Campodónico que otrora asistiera al paciente, la describe así: "El médico que suscribe ha examinado al Sargento Mayor N. N., el cual se encuentra afectado de *glaucoma* en ambos ojos. La visión está irremisiblemente perdida. La enfermedad es debida á estados congestivos cerebrales que han repercutido sobre el órgano de la visión".

La marcha que ha seguido el proceso hasta colocar al señor N. en la aflictiva situación actual, es la siguiente: después de haber gozado siempre de buena salud y haber soportado sin molestia alguna las faenas de la campaña ya citada, sufrió, según lo asevera el Dr. Casimiro Medina en su certificado corriente á f. 91, expedido en febrero 1900 en la ciudad de Trujillo, "una congestión cerebral de la que curó en varios días de tratamiento médico"; sin que ni el facultativo informante, ni el paciente, en los muchos recursos que ha presentado, precisen el día en que sobrevino la dicha congestión cerebral; pudiéndose sí asegurar que el ataque fue posterior al día 7 de ese mes, fecha del certificado otorgado en Otuzco por el señor Emilio Orosco (que corre á fojas 111), en el que no se hace referencia alguna á la enfermedad del señor N. N. Como consecuencia de este accidente dice el interesado que le quedó una ligera hemiplejía, de la que no habla el Dr. Medina, que bien al contrario declara que la enfermedad se "curó en varios días de tratamiento médico"; no siendo presumible que es-

te profesional empleara tales términos en 28 de noviembre de 1903 (fecha de su certificado) sino hubiera tenido pleno convencimiento de la definitiva desaparición del mal. Con todo debemos indicar, que el Señor N. N. añade que regresó á Lima, en marzo del mismo año, con la visión algo turbia en el ojo izquierdo, y que permaneció en esta capital once meses caminando con el auxilio de un bastón, y sintiendo desfallecimientos y vértigos.

En julio de 1901 marchó en comisión del servicio, á la ciudad de Huánuco, en donde á los tres meses de residencia le sobrevino un ataque congestivo al cerebro de mayor intensidad que el primero, y que comprometió más seriamente los órganos visuales, cuya vitalidad se aniquiló por completo en 1905, á pesar del tratamiento instituido, en Lima, por los diversos facultativos que han asistido en varias ocasiones al señor N. N.

De lo dicho se desprende, con toda evidencia: que el punto de partida del estado actual del recurrente arranca de la congestión cerebral acaecida en febrero de 1906, la que aunque se disipó por completo dejó al organismo, de suyo preparado por el artritisismo, en permanente estado de oportunidad morbosa. En efecto, ese cerebro ya lesionado por un primer ataque quedó listo para reaccionar á la más ligera causa, y actuando éstas bajo el influjo de circunstancias al parecer banales, provocaron congestiones sucesivas que á la larga generaron la parálisis y el *glaucoma* con la ceguera definitiva que es su obliga la secuela.

¿Pero la congestión inicial de febrero de 1900, se debe con toda evidencia á las fatigas de la campaña empezada en setiembre de 1899 y terminada el 30 de enero de 1900? En nuestro concepto, nó: porque la citada correría militar apenas duró cuatro meses escasos, durante los que las operaciones se efec-

tuaron en comarcas bien conocidas, atravesadas por regulares caminos, por no decir buenos, y abundantemente provistos de cuantos recursos era menester para la cómoda subsistencia de la tropa; porque no se ha probado, ni siquiera con visos de presunción, que en la citada jornada haya sufrido el señor N. N., golpe, caída, traumatismo, insolación, enfermedad ó accidente alguno capaz de predisponer su organismo á un ictus aplopético del encéfalo; porque transcurrieron algunos días entre la llegada del paciente á Trujillo y la explosión del mal, tiempo durante el que el organismo había podido ya reponerse de los quebrantos ocasionados por los viajes y la vida activa; y, porque la rápida curación del primer ataque demuestra que la causa que lo engendrara fue lijera, de corta entidad, figurando como primer factor la predisposición individual dependiente del artritis. Es casi seguro que ese ataque haya sido influenciado por un embarazo gástrico, una sábita impresión moral, un esfuerzo, etc.

Realizada la primera congestión, el artritis y el estado ateromatoso de las arterias continuaron la obra destructora, tal como sucede siempre: sabido es que la consistencia de los vasos se modifica con pérdida de su elasticidad á medida que avanza la edad del sujeto. Lo que ha pasado en el señor N. N. es conforme con las enseñanzas de la patogenia y de la clínica.

Por todo lo expuesto estamos autorizados para formular la siguiente conclusión:

El estado de invalidez que aqueja al Sargento Mayor N. N., no se debe á las faenas del servicio militar.

Es cuanto podemos decir á U.S. en conformidad con los principios de la ciencia según nuestro leal saber y entender y con sujeción á lo dis-

puesto en el Novísimo Reglamento de Pensionistas Militares.

Lima, abril 3 de 1906.

S. C. J.

MANUEL ZAVALA Y ZAVALA.

TRABAJO EXTRANJERO

Algunas indicaciones para la campaña contra el paludismo.

De la Gaceta Médica de Méjico tomamos las partes principales de un trabajo así titulado, escrito por el Dr. J. E. Monjarás.

Señala en primer lugar la importancia y extensión del paludismo y las condiciones que necesita para producirse: "un enfermo palúdico, mosquitos anopheles y un individuo predispuesto".

Estudia en seguida los caracteres de los hematozoarios, sus formas y manera de distinguirlos.

Pasa á ocuparse luego del diagnóstico microscópico de la malaria. Estudia la evolución del germen malarial, como también las transformaciones y costumbres de los anopheles, y basándose sobre todos los anteriores conocimientos da las reglas para la profilaxis de la pandemia.

Esta parte, que íntegramente reproducimos, dice así:

La profilaxis del paludismo comprende:

1. Aislamiento de los enfermos palúdicos en piezas con ventanas y puertas alambradas.
2. Curación de los enfermos.
3. Inmunización de los no enfermos, por la quinina.
4. Evitar las picaduras de los mosquitos.
5. Destruir los mosquitos con ácido sulfuroso, peritre, formal dehi-

da, tabaco, etc., etc., por todas partes en donde se le encuentra, porque además de las fiebres intermitentes, se ha demostrado que también transmiten la fiebre amarilla, la filiariosis y otras enfermedades infecciosas.

6. Destruir las larvas (con aceites, petróleos, etc., etc.)

7. Supresión de las aguas estancadas (relleno, desecación artificial, calmotaje). No conservar ni depósitos ni ningún recipiente descubierto con agua en donde los mosquitos puedan depositar sus huevos.

!!! Para suprimir la fiebre, es preciso suprimir el agua!!!

8. Derivación de las aguas estancadas [drenaje, cultivos, plantaciones].

TRATAMIENTO DE ENFERMOS PALÚDICOS.

El específico infalible contra la malaria es la quinina, cuyas sales en dosis diversas tienen una acción tóxica manifiesta sobre los parásitos del paludismo. Es evidente que en una región en donde los *anopheles* abundan, los individuos atacados del paludismo constituyen el mayor daño, no basta aislarlos para hacerlos inofensivos, es preciso sujetarlos metódicamente á la acción de la quinina, para que los mosquitos que logren picarlos, no obstante las precauciones que se hayan tomado para impedirlo, no encuentren en su sangre ningún germen malarígeno en estado de actividad.

Repetimos, la quinina sólo es capaz de atacar en la sangre misma del organismo enfermo el parásito que transmite la enfermedad.

La quinina puede ser administrada bajo todas sus sales, pero las más empleadas son los clorhidratos, los clorohidro-sulfatos, los bromo-hidratos y los valerianatos. Los clorhidratos deben ser los más empleados en razón de su solubili-

dad y de su grande proporción en alcaloide, 81%.

La absorción de la quinina por la economía es rápida, aparece en la orina 15' á 17' después de su ingestión, 20' á 25' después de su introducción por la vía rectal, 10' á 15' después de la inyección hipodérmica y 10' después de la inyección intravenosa.

Del modo como debe ser administrada, depende su eficacia. El primer caso declarado debe ser tratado enérgicamente; es preciso *cortar la fiebre*, pero no detenerse aquí, sino procurar por todos los medios evitar la vuelta de un nuevo acceso. Después que se ha conseguido dominar los primeros accesos continuando la acción curativa del tratamiento para el caso dado, se hará preventiva para evitar la recaída y la transmisión de la enfermedad.

—A. Pressat cree “que en caso de fiebre intermitente debe ser cuidado durante cuatro meses sin interrupción”.

La siguiente manera de administrar la quinina ha dado á Pressat muy buenos resultados, 75 centigramos á 1 gramo por día, durante la primera semana, en dos dosis; 60 á 75 centigramos cada dos días en dos veces durante la segunda semana; 50 á 60 centigramos cada tercer día en dos veces durante la tercera semana; 50 centigramos en dos veces cada cuatro días, durante la cuarta semana. Durante el segundo mes 50 centigramos en dos dosis; dos veces por semana; durante el tercero y cuarto mes se debe recurrir á la combinación de quinina, fierro y arrenal para atender á la renovación de los glóbulos rojos y de la hemoglobina, cuya acción ha sido bien demostrada por Billet. [Revista de Medicina, 1902, pág. 1019].

La fórmula empleada es la siguiente:

Arrenal.....	0.01 centigramos
Lacto de fierro...	0.05 "
Biclorhidrato de quinina.....	0.10 "
Extracto de genciana	} a. a. q. b. } para cada } píldora.
Polvos de <i>centaurea</i>	
Id de canela	

Estas píldoras deben tomarse de 2 á 5 por día, durante 5 días seguidos, para volver á empezar á los otros cinco días.

Es evidente que este método puede ser modificado según el tipo clínico que se tiene en curación, pero en principio y en práctica es preciso prolongar el tratamiento curativo lo más posible de manera de hacerlo al mismo tiempo preventivo para las colectividades.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

El papel preventivo de la quinina ha sido bien establecido.

La dosis á que deben usarse las sales de quinina que se han recomendado, es á la de 10 á 20 centigramos diarios; 10 centigramos de las sales de quinina anteriormente recomendadas son enteramente suficientes en la mayoría de las circunstancias.

Dosis fuertes semanarias de 60 centigramos á 1 gramo han sido preconizadas y puestas en uso por el eminente Dr. Koch, quien ha obtenido verdaderos éxitos en las Indias Neerlandesas y en la costa oriental de Africa. Este método que tiene una acción indiscutible como curativo, tiene que ser dudoso como preventivo, pues se sabe que la quinina absorbida es completamente eliminada al cabo de 36 á 48 horas y, según Moequal, esta eliminación sería más rápida aún. Teniendo en cuenta estos datos y los que hemos dicho respecto á la evolución del parásito, el organismo que se trata de inmunizar queda sin defensa 5 á 9 días, tiempo más que suficiente para que la infección se produzca y para que el

papel del método se haga francamente curativo, yugulando al hematozoario en el curso de su evolución y no preparando el terreno para no hacerlo impropio á su cultivo, haciendo imposible que se desarrolle el *sporozoito* al ser inoculado por el piquete del mosquito, lo que se produce con el método de las dosis débiles continuas.

Se ve, pues, que el método preventivo por la quinina ofrece ventajas considerables. Deberá, pues, ser instituido de una manera sistemática en todos los medios maláricos y aplicado con grande perseverancia. Para que dé satisfactorios resultados y no aparezca ineficaz, es preciso que sea constantemente empleado, durante la estación epidémica y aún poco tiempo antes y después de ella.

Debe de aplicarse á todos los individuos sanos y á los que frecuentemente hayan sido impalúdicos.

En los niños, sobre todo los indígenas, el paludismo puede pasar desapercibido, porque no presenta algunas veces ninguna manifestación clínica evidente, sino es la splenomegalia, que es preciso buscar.

La inmunidad que parecen gozar los negros, no es adquirida sino á cierta edad y, por consecuencia, relativa y no siempre constante.

En resumen, la quinina es una arma poderosa contra la infección palúdica y se puede, con la ayuda de este precioso medicamento, determinar en el hombre una inmunidad pasajera, que puede dar servicios incalculables.

DESTRUCCIÓN DE LAS LARVAS DE LOS MOSQUITOS

Otro elemento poderosísimo de que se sirve la profilaxis contra el paludismo, es la destrucción de las larvas de los mosquitos. Este método es de los más eficaces y económicos. Este trabajo puede ponerse en acción en las ciudades y en los campos. La destrucción de las lar-

vas es el procedimiento de elección, es infinitamente más fácil atacar las larvas localizadas en las pequeñas colecciones de agua que á los mosquitos alados, esparcidos y fugaces por todas partes. Un gran número de sustancias tóxicas minerales y vegetales han sido empleadas para la destrucción de las larvas, al lado de ventajas indiscutibles, presentan serios inconvenientes, en particular los que, mezclados al agua, tienen por efecto alterar su composición hasta hacerla impropia á todos los usos domésticos. Sólo las sustancias oleaginosas corresponden á la mayor parte de las indicaciones, pero tienen el inconveniente de su alto precio; depositadas en la superficie de los hoyancos, impiden que la larva tome en esa misma superficie el oxígeno indispensable para la conservación de la vida y mueren asfixiadas.

La sustancia de elección es el petróleo, su precio moderado, su facilidad para procurarlo, la rapidez de su acción, lo hacen preferible á los aceites vegetales. Por lo mismo, es conveniente recurrir á los aceites alimenticios cuando se trate de destruir las larvas contenidas en recipientes de aguas para la alimentación.

En las otras aguas preferible es emplear, como lo indicamos, una mezcla de petróleo bruto y del refinado, porque se ha observado que este último sólo, se volatiliza rápidamente por la acción de los fuertes calores; el petróleo bruto es, por el contrario, poco difusible. La dosis necesaria y suficiente para la destrucción de las larvas y ninfas, es la de 20 centímetros cúbicos por metro cuadrado de superficie.

Todos los procedimientos de esparcimiento del petróleo son buenos. Se pueden emplear regaderas, jarros, ollas, trapos embebidos de petróleo y pasados sobre el agua, etc., etc.; pero cuando se opere sobre una superficie unida desprovis-

ta de vegetaciones, el esparcimiento con la jarra ó regadera es preferible. Cuando se opere sobre pequeñas excavaciones, ricas en vegetaciones acuáticas muy entrelazadas, es preciso no olvidar que esta vegetación detiene la difusión del petróleo y determina pequeñas zonas de aislamiento, donde las larvas pueden venir á respirar y llegar así á su transformación en mosquitos; en estas condiciones es preciso verter el petróleo directamente en cada una de estas excavaciones, agitando las ramas de las plantas para que el aceite penetre convenientemente.

Basta petrolizar cada ocho ó quince días, para obtener un resultado perfecto.

DESTRUCCIÓN DE LOS MOSQUITOS

Los procedimientos para destruir los mosquitos son muy numerosos y ninguno de ellos ha resultado completamente eficaz, cuando se trata de destruirlos en lugares abiertos; pero cuando se les puede atacar en un lugar cerrado herméticamente, en donde se han pegado en las hendeduras, tiras de papel con engrudo, las fumigaciones con ciertas sustancias dan muy buenos resultados; las más eficaces son el azufre, el polvo de peritre y el tabaco. Las fumigaciones de gas sulfuroso á la dosis de 20 gramos por metro cúbico, tienen una acción rápida y cierta. Pero esta sustancia suele deteriorar ó aún destruir ciertos objetos como las telas finas, pinturas, metales; además, hace momentáneamente inhabitables los locales donde se aplica.

El polvo de peritre quemado en las mismas condiciones que el azufre, da también resultados eficaces, aunque sólo adormece á los mosquitos que caen al suelo de las piezas, de donde pueden ser recogidos y quemados.

Los mismos resultados se obtienen quemando tabaco, crisantema

y raíz de valeriana, gases de formaldehida, etc.

Todos los otros medios empleados como lámparas, ventiladores, esencias, perfumes, pomadas, no tienen más que un valor mediano y en todo caso momentáneo.

El humo es aún el único procedimiento culicífugo práctico para evitar en un campamento la invasión de los mosquitos; pero es también un procedimiento de forma únicamente aplicable en los casos en que la protección no puede ser establecida por medios más eficaces.

TRABAJOS AGRONÓMICOS CONTRA EL PALUDISMO.

La agricultura puede prestar un gran contingente en la campaña contra el paludismo.

Hace siglos que la agricultura fue, por la primera vez, aplicada con este fin, y durante esos siglos ha permanecido el único medio eficaz. Su eficacia no ha disminuido, por el contrario, hoy que la acción es ya perfectamente razonable, que puede dirigirse con más método y precisión, los beneficios han aumentado. La experiencia y los estudios científicos han reducido este trabajo á dos operaciones: suprimir las aguas estancadas, desecar el suelo.

El relleno de los pantanos es el procedimiento de elección cuando es fácil su aplicación. Ningún otro medio le es superior, puesto que por él se destruyen radicalmente los hoyancos que coleccionan el agua en donde va á crearse el agente propagador del paludismo. Pero su aplicación puede encontrar tales dificultades, que obliguen á abandonarlo, con el alto precio del material para relleno, por encontrarse á grandes distancia de las excavaciones que hay que rellenar.

El desecamiento de los pantanos por medio de máquinas elevadoras, es también muy costoso y aplica-

ble en determinadas circunstancias.

La derivación á un terreno pantanoso de aguas cargadas de aluviones que caen allí depositados, es un magnífico medio, pero de una lentitud desesperante; debe, pues, ser aplicado sólo en aquellas circunstancias en que esté muy indicado; así se han entregado al cultivo grandes cantidades de terrenos, en otro tiempo activos focos palúdicos.

La derivación por el drenaje de las aguas estancadas, es el mejor procedimiento de saneamiento que la profilaxis puede emplear á condición de ser ejecutado de una manera muy metódica y sometido á una vigilancia incesante, para que no se convierta en una arma de doble filo. El drenaje subterráneo por medio de tubos, no ofrece ningún daño mientras el aparato permanecen permeable; pero si se pierde esta permeabilidad ó que por el contrario se produzcan rupturas, el agua de infiltración no tardaría en hacerse excesiva y salir produciendo estos pequeños charcos (baches), tan favorables á la producción del *anopheles*. La estancación del agua debe de ser evitada á todo precio.

La cultura de los terrenos cubiertos, completa felizmente el saneamiento. Las plantaciones, en particular las diferentes variedades de *eucalyptus*, contribuyen poderosamente al desecamiento del suelo. Largo tiempo el *eucalyptus* ha pasado por tener propiedades malarífugas y culicífugas. Nada de esto ha sido confirmado; por el contrario, fácil es ver á los mosquitos refugiarse para abrigarse del viento en las hojas de esta planta. La razón de su acción bienhechora, es debido á la rapidez con que crece, y para sufragar los gastos de este prodigioso crecimiento, toma del suelo enormes cantidades de agua.

Las naciones civilizadas, ha tiempo han comprendido la necesidad de convertir al cultivo los grandes

terrenos pantanosos, y, cuando han podido realizar las obras que ellos demandan, han palpado los beneficios inmediatamente.

Los más bellos trabajos de desecación han sido ejecutados en Holanda, cuyo suelo conquistado en gran parte sobre el mar, nos parece la imagen de un vasto *pantano* inofensivo, saneado, fertilizado por trabajos admirables (véase Diccionario Enciclopédico de Medicina, de Chambre); los que han tenido por efecto hacer desaparecer el mar de Holanda, que media 20 kilómetros de largo por 10 de ancho; han dado al cultivo 18,500 hectáreas, cubiertas hoy de excelentes pastos y habitadas impunemente para la salud y la vida.

La Francia ha realizado obras mejantes con el saneamiento de las tierras de Gascuña, que ocupan la parte comprendida entre el mar y los valles de *Garonne* y del *Adour*. Este inmenso triángulo mide 800 mil hectáreas de superficie; todo el lugar era inculto é inutilizable por sus mortíferos efectos. Las obras duraron 15 años y costaron quince millones de francos. Hoy la población ha aumentado de una manera notable; las enfermedades palúdicas han desaparecido por completo; el valor del terreno se ha elevado de tal manera, que la hectárea, que antes no encontraba comprador por 50 francos, hoy no hay quien la venda en 550; y las tierras cuyo saneamiento costó quince millones de francos, representa hoy un valor mayor de doscientos cinco millones.

En Méjico, gran número de hectáreas de terreno mortífero han sido saneadas y son ahora el lugar de las más florecientes y ricas industrias, con un valor fabuloso.

ORGANIZACIÓN DE LA CAMPAÑA CONTRA EL IMPALUDISMO.

Se ha demostrado que para que el impaludismo se desarrolle, en in-

dispensable que los mosquitos *anopheles* se infecten de un enfermo palúdico y trasmitan la infección picando á un individuo sano. Sin *anopheles* ó sin enfermo ó sin individuo sano á quién trasmitir la enfermedad, no habrá impaludismo.

Debe procederse:

1. A inmunizar á los individuos sanos contra el hematozoario de Laverán.
2. A destruir los hematozoarios en los enfermos de paludismo.
3. A aislar á los enfermos en pieza con puertas y ventanas alambradas.
4. A inmunizar á las ciudades contra los mosquitos.
5. A destruir los mosquitos, sus larvas y sus ninfas.

Ya se ha dicho que las sales de quina á la dosis de 0.10 á 0.20 centigramos tomados diariamente, son enteramente eficaces para preservar á los individuos contra la infección palúdica, inoculada por medio de los piquetes de mosquitos: para su administración es preciso comenzar por el empadronamiento de los habitantes de la localidad que se pretende sanear para conocer exactamente el número de enfermos y el de sanos. Las autoridades sanitarias, una vez practicado el empadronamiento, deben emplear todos los medios que estén en su poder para persuadir á los individuos sanos que tomen la quina como medio preventivo y á los enfermos como medio curativo. Al practicar el empadronamiento deberá tenerse en cuenta la presencia del paludismo en los niños, sobre todo, indígenas, impaludismo que puede pasar desapercibido, porque no presenta frecuentemente ninguna manifestación clínica evidente, siendo revelado por una splenomegalia que es preciso buscar, ó por la hematoscopia bien dirigida. Los niños indígenas son, pues, un daño permanente que es preciso no perder de vista y es á ellos, sobre todo, á quienes deberá

dirigirse el tratamiento profiláctico epidémico.

Los adultos por su lado presenten formas ambulatorias que será bueno buscar; los beneficios que se obtienen de su aplicación, son tan grandes, que deberá ser instituida sistemáticamente en todas las fases del paludismo, simultáneamente con los demás medios que vamos á indicar, porque es fácil, rápido, inmediato y puede ser instituido en todo tiempo y en todo lugar.

La inmunización por la sales de quinina empleada exclusivamente, tiene como defectos capitales, la imposibilidad de aplicarse á todos los individuos que la necesiten. Se resisten de tal manera, que sólo con la constancia en la persuasión y la fuerza empleada en los enfermos, puede obtenerse un resultado relativamente satisfactorio. Por otra parte, no asegura sino un resultado temporal y algunas veces ineficaz; por consiguiente, ella deberá ser aplicada como el complemento obligado de los otros métodos ya indicados, como la destrucción de los mosquitos, sus larvas y sus ninfas, el desecamiento de las aguas estancadas y la limpieza de las ciudades.

Además de la quinina empleada para la inmunización de las personas contra el impaludismo, se debe recomendar como medida muy útil, el uso del mosquitero de tela de mallas finas, que impida penetrar á los mosquitos. También debe recomendarse el uso de la tela de alambre en las ventanas y puertas de las habitaciones. Las puertas deberán ser dobles, á un metro de distancia una de la otra y dispuestas de manera que cuando una se abra la otra quede cerrada. Es este un procedimiento de innegable utilidad que da excelentes resultados para impedir que los mosquitos entren á las habitaciones, pero con la condición de ser aplicado de una manera sistemática y rigurosa y sometida á una vigilancia ince-

sante. Si no obstante estas precauciones alguno ó algunos mosquitos han logrado penetrar á las habitaciones, el uso del peritre ó de polvos de crisantema permitirá destruirlos.

Todas las causas de inferioridad física favorecen el desarrollo de la malaria; deben pues, observarse con todo el rigor posible las reglas de la higiene individual. La limpieza individual tiene un valor indiscutible. La alimentación á su vez desempeña un papel considerable. Es preciso que la nutrición sea sana y abundante, cuidándose de los excesos. El alcohol debe ser proscrito en todas sus formas; es el gran preparador de la malaria, el introductor de toda clase de enfermedades.

Un palúdico tiene necesidad del funcionamiento perfecto de su hígado, sus riñones, su corazón, todos sus órganos en fin; y sobre todos sus órganos tiene una acción nociva el alcohol.

DESTRUCCIÓN DE LOS MOSQUITOS SUS LARVAS Y NINFAS

Hemos dicho que el método de elección que dará los resultados más satisfactorios, pues siempre que se aplique con todo rigor, se obtendrán resultados rápidos y seguros, es de una aplicación fácil. Cualesquiera que sean los lugares en que tenga que emplearse, se podrá siempre petrolizar cuando menos los baches que se avecinan á las habitaciones; destruir las larvas y ninfas en los depósitos de agua á domicilio ya sea vaciándolos ó también petrolizándolos *una vez cada semana*, pues sabemos que la larva ó la ninfa tarda más de este tiempo en convertirse en mosquito. Una brigada de cuatro mozos mandada por un agente por cada 4,000 habitantes, basta para realizar este servicio á la perfección. Es mejor este procedimiento que la práctica de tapar los de-

pósitos de agua cada 8 días, el resultado es infalible.

INMUNIZACIÓN DE LAS CIUDADES

Toda tentativa de profilaxis antimalárica deberá acompañarse de una obediencia rigurosa á las reglas generales de higiene, que en esta campaña son el complemento necesario de todo método instituido.

La higiene de la casa tiene una importancia considerable, y se comprenderá que si cada uno tuviésemos cuidado de asear esmeradamente nuestra habitación, la posibilidad de la infección disminuiría notablemente. Se deberá vaciar y asear toda clase de depósitos de agua, cuando menos cada 7 días.

La salud del personal doméstico, sobre todo cuando se trata de indígenas que pasen la noche fuera de la casa, deberá ser atentamente vigilada y durante los períodos epidémicos y preepidémicos, este personal deberá ser sistemáticamente sometido al método preventivo por la quinina.

Debe comenzarse por la elección del terreno para la construcción de las casas. Se dará la preferencia á los lugares más altos; los terrenos bajos, arcillosos, son una amenaza constante de retención de las aguas. Es conveniente no hacer plantaciones en los bordes inmediatos de las casas. Los árboles interceptan los rayos del sol, este gran purificador, y dan asilo á los mosquitos.

Lo que se ha recomendado se aplica con más razón á los grupos de casas, es decir, á las ciudades; la economía urbana puede inspirarse en la economía doméstica, en consecuencia todas las reglas higiénicas que deben emplearse en la instalación y aseo de una casa, deberán aplicarse á las ciudades.

Pero la ciudad no constituye el principal daño tratándose de los mosquitos: estos insectos no sólo

se desarrollan en el interior de las ciudades, sino también en los cuarteles suburbanos; y es allí donde los cuidados higiénicos deberán ser particularmente activos. Fácil será crear una verdadera zona de protección más ó menos extensa á donde se dirigirá particularmente la vigilancia permanente de las brigadas relativamente á la limpieza, relleno de los baches y petrolización de los depósitos de agua.

Estas medidas deberán ser extendidas á los campos, porque en ellos se encuentra más particularmente las condiciones favorables al *anophelismo* y á la malaria.

La higiene de las colectividades de cualquier orden que sean: militar, agrícola é industrial, tendrá un papel importante en la profilaxis del paludismo. Las tropas no se movilizarán, durante la estación endoepidémica. Los trabajos de excavación deberán ser reducidos á su *mínimum*, principalmente cuando las tropas proceden de puntos no maláricos, y al ejecutarse se debe recomendar el uso de los mosquiteros y la administración de la quinina. Lo mismo debe recomendarse á bordo de los navíos que transportan tropas, principalmente cuando tengan que permanecer cerca de las costas, pues entonces los mosquitos los invaden. Se ha observado el desarrollo de la malaria y el de la fiebre amarilla, debido al transporte de mosquitos infectados

J. E. MONJARÁS.

—♦—
**¿Es posible reconocer
los casos de apendicitis que requieren
una operación inmediata?**

POR EL
DR. KRECKE

(Continuación)

En 4 de ellos existía una apendicitis simple, de los cuales dos ha-

bían sido diagnosticados como tales, pero fueron operados no obstante, el primero porque ya había sufrido muchos accesos anteriores, y el segundo porque la afección databa ya de cuatro días y no presentaba ninguna tendencia á la curación.

En los otros 2 casos se había hecho el diagnóstico de apendicitis destructora en un caso con señal de interrogación, y más adelante examinaré el motivo de esto último.

En 7 casos he diagnosticado una apendicitis simple y he opinado que la operación no era necesaria. Todos estos enfermos han curado sin trastorno alguno.

La circunstancia de que en mi estadística predominan tanto los casos graves, se explica porque, como cirujano, no soy llamado de ordinario más que para ver casos de aquella índole. En general, los casos ligeros serán sin duda mucho más frecuentes.

Como se ve por estos datos, no me he equivocado una sola vez en los casos graves que he observado. Todos los 24 casos fueron operados en la expectativa segura de encontrar un apéndice más ó menos destruido. No me he equivocado más que dos veces en casos ligeros, y es preciso reconocer que esto no es ninguna desgracia. Cuando no podemos formarnos una idea clara de la forma que tenemos á la vista, es preferible colocarnos en el terreno del criterio radical que quedar en la expectación en medio de la incertidumbre. Habría sido una desgracia, que en un caso grave hubiese hecho el diagnóstico de apendicitis ligera y hubiese aguardado. Pero con gran satisfacción mía no he cometido ningún error de este género.

Ahora bien, los puntos que me sirven de guía y que me han permitido diagnosticar acertadamente los 24 casos de apendicitis destructora, no constituyen en modo al-

guno una novedad, sino que se derivan con suma sencillez de los síntomas que todo el mundo conoce, con la sola diferencia de que al justipreciar cada síntoma hay que proceder de un modo algo distinto de lo que sucedía en otro tiempo.

Los síntomas de la apendicitis, conocidos por todos, son: 1º, el dolor; 2º, los vómitos; 3º, la aceleración del pulso; 4º, la elevación de temperatura; 5º, la tensión y la sensibilidad á la presión de las paredes abdominales.

Ateniéndose á mi propia experiencia, lo mismo que otros muchos cirujanos, he de conceder el primer puesto entre estos síntomas á la *tensión dolorosa de las paredes abdominales*. Entre mis 24 casos, existía de un modo pronunciado en 21. La tensión de las paredes abdominales aparece con seguridad casi absoluta cuando la pared del apéndice ha sido atravesado por los gérmenes morbosos. Es una señal infalible de la participación incipiente del peritoneo. No hay necesidad de que la tensión abarque una gran extensión. Si la zona tensa llega aunque no sea más que al tamaño de la palma de la mano, basta esto para admitir un proceso grave del apéndice. Los franceses han inventado para esta tensión la expresión muy adecuada de *defensa muscular*. Los músculos de la pared abdominal se contraen, se ponen duros, para resguardar de la excitación exterior el peritoneo que se ha vuelto sensible. Para demostrar esta tensión hay que acostumbrarse á proceder siempre á la exploración, haciendo deslizar la mano encargada de ella, desde una parte del abdomen que esté relajada, hacia la fosa ilíaca derecha, con todo cuidado y precaución. Tan sólo de esta manera se nota la diferencia tan extraordinariamente característica en la tensión de las diferentes regiones y se puede comprobar al propio tiempo la extensión de la zona tensa. Si en el pri-

mer examen, no se ha adquirido una idea clara de la existencia de la tensión (en muchos casos los enfermos presentan tan sólo una tensión refleja), otro examen practicado más adelante, pero que no se debe demorar más de dos horas, proporcionará un resultado claro y en algunos casos permitirá reconocer que el territorio tenso ha adquirido más extensión. Pero una vez se ha comprobado de un modo seguro la existencia de una tensión dolorosa de la pared abdominal, no debe retardarse hasta un nuevo examen, el tomar una resolución á favor ó en contra de la operación. *La existencia de la tensión dolorosa de las paredes abdominales en la apendicitis, es una indicación absoluta de la operación inmediata.* No debe diferirse la operación hasta la mañana siguiente, sino que debe procederse á la operación cualquiera que sea la hora del día ó de la noche. La apendicitis con tensión dolorosa de las paredes del abdomen debe ser considerada como una hernia estrangulada; tan sólo la operación inmediata puede guardar al médico de graves reproches, que de lo contrario se dirigiría á sí mismo.

Si la tensión de las paredes abdominales ha traspasado ya los límites de la fosa ilíaca derecha, sobre todo en dirección hacia la izquierda, puede aceptarse con seguridad que existe ya un exudado purulento en la cavidad del peritoneo. No he de entrar aquí á tratar del diagnóstico de la peritonitis supurada generalizada, y quiero indicar tan sólo que el médico que para diagnosticar la peritonitis generalizada aguarde á que el abdomen esté tenso como una tabla y distendido en grado máximo, á que el pulso sea frecuente y pequeño, y la cara esté desencajada, no obtendrá resultado alguno en el tratamiento de la peritonitis. "El diagnóstico precoz de la apendicitis destructora es á la vez el diagnóstico precoz de la

peritonitis supurada". La operación practicada en una fecha precoz en la apendicitis grave ahoga la peritonitis en sus primeros gérmenes. Entre los 24 casos mencionados, se diagnosticó ya la peritonitis generalizada antes de la operación.

En tres casos de los 24 de apendicitis destructora faltaba la tensión muscular ora de un modo completo, ora muy poco pronunciada. Si en estos tres casos, sin embargo, pudo establecerse el diagnóstico de la forma destructiva de un modo acertado, fue gracias á los fenómenos restantes, especialmente á los caracteres del pulso. En todos estos tres enfermos el número de pulsaciones pasaba de 124. Más adelante veremos que cuando esta cifra pasa ya de 100 puede aceptarse con gran seguridad la existencia de una apendicitis grave y existe una indicación absoluta para la operación inmediata. En uno de los casos se puso una señal interrogante en el diagnóstico de apendicitis destructora, á pesar de que el número de pulsaciones pasaba de 120, porque en este enfermo la temperatura llegó á 40°3 y por lo mismo habría podido ocasionar por sí sola el aumento del número de pulsaciones y por otra parte porque la tensión muscular era insignificante. Como ya se comprende, un caso de apendicitis destructora, dudoso como éste, es tratado exactamente como otro en el que el diagnóstico fuera seguro, esto es, se practica inmediatamente la operación.

Como elemento de apreciación de la gravedad de la apendicitis ocupa el segundo lugar el *pulso*. En los 24 casos de apendicitis destructora, en 19 el número de pulsaciones pasaba de 100 por minuto. "Un aumento del número de pulsaciones mas allá de 100 en los enfermos que tienen más de diez años, constituye para mí una indicación absoluta para la operación inmedia-

ta". No quiero afirmar, al decir esto, que esta aceleración del pulso constituye siempre una señal de la forma destructora de la apendicitis. Aquel criterio es verdadero en la mayor parte de los casos, como puedo demostrar, especialmente por los tres casos graves antes mencionados, en los que la tensión de la pared muscular era escasa, y la aceleración del pulso fue el único ó por lo menos el principal motivo que me indujo á plantear el diagnóstico de apendicitis grave, confirmado luego por la operación. Pero en algunas ocasiones, sin embargo, en las que falta completamente la tensión de las paredes abdominales, la aceleración del pulso por sí sola podría dar lugar á un error diagnóstico. Tal sucedió en los dos casos de apendicitis ya mencionados en los que creí deber aceptar el diagnóstico de apendicitis destructora fundándome en el aumento del número de pulsaciones. Se trataba de muchachos de diez y de once años, respectivamente; en el primero el número de pulsaciones llegaba á 100 y en el segundo á 132. En el primero establecí el diagnóstico, de apendicitis grave con señal de interrogación; pero en el segundo lo dí por seguro. Fácilmente se comprende que en los casos dudosos, como lo era el primero, debe el médico seguir la misma conducta que si estuviesen en frente de un caso grave. El error diagnóstico del segundo de estos enfermos recibió más tarde una explicación muy natural. El enfermo sufría de taquicardia y tenía todavía más de 120 pulsaciones, catorce días después de la operación. Por lo mismo de este diagnóstico dado como seguro y que como tal fue el único erróneo, debe ser considerado como muy disculpable, y en mi opinión sería aceptar un criterio falso establecer por este motivo otro criterio diagnóstico distinto del mencionado.

En los niños que no llegan á diez años se presentan también aun en la apendicitis ligera cifra de pulsaciones que llegan á 100. En esta clase de enfermos hay que tener en cuenta los demás síntomas y sobre todo la tensión de la pared abdominal. Para decidirme á quedar á la expectativa en un caso de este género en que el número de pulsaciones pase de 100, es necesario que los demás síntomas sean absolutamente favorables. En los niños hay que reflexionar una y otra vez antes de dar por ligero el caso de apendicitis.

Debe emitirse un juicio especialmente desfavorable en aquellos casos en los que el número de pulsaciones llega ó pasa de 100, siendo así que no existe elevación alguna en el número de pulsaciones. En tales casos rara vez se cometerá un error aceptando la existencia de una forma grave por el sólo argumento del aumento del número de pulsaciones.

En 5 de los 24 casos de apendicitis destructora, el número de pulsaciones no llegaba á 100, así es que en dos casos era 96, y en los otros 3, era 94, 92 y 68 respectivamente. Sin embargo, en 2 de estos casos y entre ellos en el enfermo que no tenía más que 68 pulsaciones por minuto, existía una peritonitis supurada generalizada. No obstante, en todos estos enfermos se reconoció de un modo acertado la forma destructora del apendicitis y también se diagnosticó la existencia de la peritonitis general en los dos casos últimamente mencionados. Estos diagnósticos tan sólo pudieron hacerse en estos casos, gracias á la existencia de una tensión dolorosa muy pronunciada de las paredes abdominales, lo cual constituye una brillante demostración de la importancia de este síntoma, al que no se le da de mucho en la práctica la importancia que merece.

Estos 5 casos de apendicitis destructora sin aceleración del pulso, nos demuestran sobre todo que "la falta de esta aceleración no debe nunca seducirnos hasta el punto de diagnosticar por ella la forma ligera de la apendicitis". Pueden desarrollarse en el abdomen los procesos más graves, y sin embargo no existir en el pulso la más mínima modificación. En el enfermo que no tenía más que 68 pulsaciones, las asas del intestino flotaban en el pus. Tan sólo *la aceleración* del pulso nos proporciona argumentos para diagnosticar la naturaleza de la afección, pero *la falta de esta aceleración* no demuestra nada. El médico que se deje llevar á rechazar la existencia de una apendicitis grave por razón de las buenas condiciones del pulso, no tiene una inteligencia perfecta de la índole de la enfermedad.

En el tercer puesto de los síntomas de la apendicitis coloco los *vómitos*. Entre mis 24 casos de apendicitis destructora no faltaban más que en tres casos de un modo completo y en otros dos había tan sólo náuseas. Los restantes 19 enfermos aquejaban vómitos más ó menos violentos. Debe hacerse un juicio de especial gravedad en aquellos casos en que aparecen desde el principio vómitos repetidos, así como también aquellos en que vuelven á presentarse los vómitos después de haber desaparecido durante algún tiempo. Un caso en el que se presentara este último fenómeno me induciría siempre á practicar inmediatamente la operación, aunque no hubiese aumento alguno en el número de pulsaciones. En la mayoría de los casos, sin embargo, los vómitos van acompañados de los demás síntomas importantes.

En los 4 casos de apendicitis simple, existían los vómitos repetidos en tres enfermos y faltaban en 1. En todos ellos este síntoma desapareció pronto, y por lo tanto no

podía atribuírsele una importancia notable para el diagnóstico.

Los *dolores subjetivos* existían en grado más ó menos violento, así en los 24 casos de apendicitis destructora, como en los 4 casos de apendicitis simple.

Desgraciadamente, para los dolores no tenemos á nuestra disposición un medio de precisar la intensidad, y per lo mismo quedamos reducidos exclusivamente á los datos que nos suministran los enfermos. Por lo mismo, según que éstos sean más ó menos sensibles la exteriorización del dolor será más ó menos viva. Si desde antes de la enfermedad conocemos a un enfermo como hombre muy enérgico y dotado de resistencia para el dolor, nos inclinaremos á diagnosticar la forma grave de la apendicitis, cuando el paciente aqueje un dolor intenso. En la mayoría de los casos de esta índole no faltan, por otra parte, las demás manifestaciones que revelan la existencia de una afección grave. La falta de manifestaciones dolorosas violentas no debe nunca inducirnos á admitir que se trata de un caso ligero.

Para formarnos una idea, hasta cierto punto adecuada, del grado de los dolores, es preciso ser sumamente parcos en la prescripción de los medicamentos narcóticos. Tan sólo cuando los dolores sean sumamente intensos se administrará opio ó una inyección de morfina. En estos casos, los exámenes siguientes permitirán reconocer casi siempre la existencia de otros síntomas graves é impondrán la indicación de la operación inmediata. De ordinario deberemos limitarnos á prescribir la aplicación de una vejiga de hielo. Si bajo la influencia de esta medida terapéutica el enfermo no se encuentra al cabo de algunas horas en un estado tan soportable que esté libre de dolores cuando permanece en quietud, debe pensarse siempre en una forma grave de apendicitis. Según mis obser-

vaciones, en estos casos existe siempre ó bien la tensión dolorosa de las paredes abdominales, ó bien la aceleración del pulso por encima de 100 pulsaciones, y por estos hechos existe la indicación para la operación inmediata.

El curso de la *temperatura* desempeña un papel muy secundario en la apreciación de la gravedad de un caso de apendicitis. Tanto en los 24 casos de apendicitis grave, como en los 4 de apendicitis ligera, la temperatura alcanzaba un grado más ó menos elevado, sin que me haya sido posible atribuir á este síntoma ninguna significación particular. Las temperaturas muy altas deben inducirnos en general á una gran circunspección en el establecimiento del diagnóstico. Pero es cosa más importante todavía que no nos dejemos llevar á admitir una forma ligera y á excluir una forma grave por el hecho de faltar la elevación térmica. Todo aquel que forma su juicio sobre la gravedad de la apendicitis fundándose en la temperatura es poco inteligente en punto á diagnóstico. Precisamente los casos más graves de peritonitis, evolucionan, según he observado sin elevación térmica alguna ó con fiebre muy remisa.

las dificultades de interpretación patogénica ó de indicaciones terapéuticas á que pueden dar lugar, sea la localización de la neurastenia en el aparato útero-ovárico, ó la coexistencia de la neurosis y de una lesión pelviana. El Dr. Batuaud, habiendo tenido ocasión de observar y tratar todas las variedades de neurastenia genital, que pasa en revista se ha esforzado en exponer con toda la precisión deseable el tratamiento tanto local como general, susceptible de dar los mejores resultados, según su práctica personal.

Después de un capítulo de historia, demuestra el autor la importancia, frecuentemente desconocida, de la *coexistencia* de la neurastenia con una infección pelviana. Describe en detalle la influencia que ejerce la neurastenia sobre el aparato útero-ovárico, es decir los trastornos de estática uterina de origen neurasténico, inestabilidad, alojamiento ó anteversión, retrodesviación, las grandes neuralgias pelvianas, los trastornos circulatorios y tróficos (congestiones, pseudometrites, hipertrofias curables). La neurastenia de punto de partida genital, menos importantes, lo expuesto después desde el punto de vista de la etiología y la profilaxia así como la neurastenia postoperatoria. El capítulo que sigue es un estudio muy curioso y muy interesante de la *clinomanía neurasténica*, no todavía descrita hasta el presente, considerada en sus causas psíquicas ó pelvianas, en sus consecuencias á veces serias, y en su tratamiento metódico.

Según esta sola enumeración de las cabezas de capítulo, la *neurastenia genital femenina del Dr. J. Batuaud* se presenta como una obra muy nueva y muy original; muestra toda la cuestión bajo sus diferentes aspectos clínicos y en todas las consecuencias terapéuticas. Nos parece obra capaz de interesar

Publicaciones recibidas

La neurasthenie genitale féminine par le Dr. Jules Batuaud.

1 vol in 18.....4 fr.
A. Maloine, éditeur 25-27, rue de l'Ecole de Medecine París.

Esta obra es la primera monografía que se ha dedicado á la neurastenia genital femenina, cuestión enteramente nueva y de alto interés práctico, pues no hay médico, ginecólogo ó cirujano que no tenga diariamente que luchar contra

á casi todos los prácticos y serles muy útil.

Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique publié en fascicules sous la direction de M. M. P. Béquard et A. Gilbert, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris. **Vient de paraître: Maladies des organes génito urinaires de l'homme et de la femme**, par les Drs Le Fur et Siredey, médecin de l'Hopital de Saint Antoine. 1 vol. gr. in 8 de 458 pages, avec 67 figures Brolié 8 fr. Cartoné 9 fr. 50 (*Librairie J. B. Bailliere et fils 19 rue Hautefeuille*, á Paris).

El tratado de Medicina y de Terapéutica de los profesares Brouardel y Gilbert ha sido modificada en esta última edición cambiando el modo de división de los volúmenes. Son ahora fascículos separados, con título; compaginación y tabla de materias propia. Se vende separadamente y constituyen un todo completo.

Acaba de aparecer el fascículo XXII, consagrado á las *enfermedades de los órganos génito-urina-rius*, escrito por los doctores Le Fur y Siredey, médico del Hospital de San Antonio.

El siguiente es un resumen de las materias que encierra la obra dicha:

Enfermedades de la uretra, de la próstata y la vejiga. Las *uretritis* en el hombre. Uretritis agudas, sub agudas y crónicas. Las uretritis en la mujer; en los niños. *Prostatitis* agudas, sub-agudas y crónicas. Prostatitis é hipertrofia de la próstata de los prostáticos jóvenes. Las cistitis. Las cistitis tuberculosas. Las ulceraciones simples de la vejiga y la úlcera simple de la vejiga. Trastornos vesicales de origen nervioso. Incontinencia nocturna ó esencial. Incontinencias diversas. Infección urinaria y envenenamiento urinoso.

Enfermedades de los órganos genitales del hombre. Orquiepididi-

mitis traumáticas de origen uretral, en las infecciones generales y en las grandes pirexias, por infección linfática, diatésicas y crónica. La orquiepididimitis tuberculosa, leprosa y sífilítica. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los orquiepididimitis.

Enfermedades de los órganos genitales de la mujer. Menstruación. Accidentes de la pubertad, de la menstruación, de la menopausa. Trastornos funcionales y distróficos. Congestión uterina. Hipertrofia esclerosa. Distrofias y desviaciones. Exclerosa y miniatoris. Mitrítis parenquimatosa. Infecciones genitales. Vulvitis. Vaginales. Vaginianas. Metrites. Inflamaciones difusas de las anexas (perimetro salpingitis de Pozzi). Salpingitis. Ovaritis. Flegmón del ligamento ancho. Pelviperitonitis. Tuberculosis de los órganos genitales. Tuberculosis de la vulva y de la vagina, del útero, de los ovarios y de las trompas. Cáncer del útero. Cuerpos fibrosos del útero. Sífilis de los órganos genitales de la mujer. Hematocele retro uterino.

Lima, abril 17 de 1893.

Sres. Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos:

Hace tres años que en mi clientela no hago uso de otra preparación de aceite de bacalao que la de Uds. conocida con el nombre de Emulsión de Scott, pues además de ser casi insípida, es una feliz asociación del aceite de bacalao con los hipofosfitos que son agentes preciosos y de ineludible indicación en todos los varios casos de nutrición empobrecida: Escrófulas, Tuberculosis, Raquitismo, Osteomalacia y otros malos estados generales consecutivos.

Soy de Uds. S. S.,

DR. CONSTANTINO T. CARVALLO.
Profesor de la Facultad de Medicina de Lima; Cirujano de la *Maison de Santé*.

Calle de Filipinas N. 159.