

# LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXIV

LIMA, 15 DE FEBRERO

DE 1907

N.º 455

## TRABAJOS NACIONALES

Modificaciones y mejoras que se imponen

### EN EL NUEVO SERVICIO DE NIÑOS

Un caso de laringitis diftérica primitiva

Prueba escrita para el concurso de medicina, (enfermedades de niños) del Hospital de Santa Ana, por el Dr. M. O. TAMAYO.

El nuevo reglamento de concursos de médicos de Hospital establece la obligación de presentar ante el jurado especial de exámenes, nombrado al efecto, un trabajo de medicina ó de cirugía, según el servicio en concurso. Tratándose de un servicio general de pediatría, que forzosamente habrá de ser mixto, he creído necesario, para satisfacer cumplidamente las exigencias reglamentarias, que no han previsto este caso, presentar un trabajo mixto de medicina y cirugía infantiles, tomado de mi práctica personal.

Pero antes de exponerlo, séame permitido emitir, á manera de programa razonado, algunos conceptos respecto de las modernas exigencias de la nosocomiología pediátrica, en relación con las condiciones actuales de hospitalización en Santa Ana, y deducir de ellos las

reformas que han de ser necesarias para organizar el nuevo servicio en concurso.

En pediatría, como en las otras ramas de las ciencias médicas, se va hoy directamente hacia la medicina profiláctica. La puericultura es un capítulo importantísimo de la higiene, ciencia que teniendo por objeto preservar de la enfermedad ó atenuar sus efectos, encuentra campo preferente de acción eficaz en la primera infancia, cuando el organismo está aún ageno á todas esas lesiones crónicas, irreparables, dejadas como secuela indeleble por las enfermedades anteriores. De aquí que el Hospital de niños sea actualmente objeto de la más solícita atención de los higienistas, no solo por ser allí donde se ejercita la higiene pediátrica curativa y profiláctica, sino además porque un Hospital de niños es siempre una escuela de madres, donde éstas aprenden á serlo en el real sentido de la palabra.

La higiene hospitalaria, indispensable en todo caso, adquiere en el nuestro mayor significación que en ninguno. La inmensa mayoría de las enfermedades de que es presa el niño, son infecciosas y provienen de algún grosero vicio de higiene, y una vez desarrolladas, por nuevos errores igualmente groseros, dan lugar á complicaciones ocasionadas por infecciones secundarias, de las que se derivan la mayor parte de las lesiones orgánicas crónicas.

Las enfermedades eruptivas, "esos procesos morbosos cíclicos, que todo el mundo cree saber reconocer y curar radicalmente", tienen la peculiaridad de dejar rastros á menudo indelebles, en el organismo del niño, cuando la asistencia se ha efectuado en un medio ambiente infectado.

En tal caso el sarampión ocasiona gravísimas complicaciones bronco-pulmonares, de alta mortalidad y no menos lamentables implantaciones microbianas adventicias en los órganos de los sentidos: la sordera y la rino-faringitis son hoy á menudo sus consecuencias. El doctor Nedoleczny (1) ha hecho notar una vez más la frecuencia de las otitis post-morbilosas, con datos estadísticos reunidos en Munich, según los cuales en más de 59 por ciento de casos de sarampión, se han producido otitis, muchas de ellas supuradas.

La escarlatina y la viruela tienen secuelas viscerales que perduran con la vida y á veces inutilizan á un hombre.

La difteria, la tos convulsiva, la misma tuberculosis, se hacen mucho más graves cuando al germen propio de esas afecciones se sobre-agrega el estreptococo ú otro agente de segunda contaminación.

El medio hospitalario defectuoso es el gran factor de estas complicaciones cuya influencia nociva tiene vastas proyecciones, repercutiéndose en la constitución del grupo social futuro. La promiscuidad de enfermos contagiosos, su hacinamiento en un medio poluto é indeseable, hace obligadas las contaminaciones mutuas, especialmente en las salas de niños, donde á la mayor virulencia de los gérmenes exaltados en organismos jóvenes se une la gran receptividad del niño.

(1) Nedoleczny. Jahrschrift für Kinderheilkund, 1094.

Por eso es que tratándose de medicina infantil es cuando más se invoca la necesidad de la acción profiláctica, y que la hospitalización pediátrica este más que ninguna dominada por sus leyes.

El factor contagioso es tan importante en patología infantil, que todo Hospital de niños se sujeta hoy á los preceptos que rigen la construcción y funcionamiento de los Hospitales para enfermedades contagiosas. Mientras que en los nosocomios de adultos, se considera suficiente el sistema de pabellones aislados para cada grupo análogo de enfermedades, en los Hospitales de niños se sostiene la necesidad de los pabellones celulares, donde cada enfermo está individualmente alojado en una celda, ó box.

Gradualmente se ha verificado esta avanzada evolución, y son los médicos de niños quienes han recorrido antes que los otros sus diversas etapas, porque son ellos los que más oportunidad tienen de apreciar los defectos de la promiscuidad nosocomial.

Fueron, en efecto, los médicos pediátras, mereciendo mención especial el doctor Bourneville de Bicêtre, quienes impresionados por la altísima mortalidad de las enfermedades infecciosas en los Hospitales y la frecuencia de las infecciones adventicias, reclamaron el aislamiento de los contagiosos, primero, y, posteriormente, al notar que no cesaban las infecciones secundarias en las grandes salas de aislamiento común, llegaron sucesivamente á la necesidad de la asistencia en salones pequeños, y al aislamiento individual.

Un especialista en enfermedades de niños, el doctor Sevestre, de París, médico del Hospital des "Enfants Assistés", haciendo ver que la gravedad del sarampión dependía más que nada de las complicaciones secundarias, y en particular de la bronco-neumonía, pedía en 1890

el "aislamiento en el aislamiento, es decir, separar el *sarampión simple* del *sarampión complicado*", asistiendo á los enfermos en "pequeñas salas y no en una gran sala única" (1).

Hutinel, sucesor de Sevestre en el mismo Hospital, da un paso más y llega al concepto del pabellón celular, haciendo dividir las grandes salas é instalando boxes.

Finalmente Roux, hablando de la asistencia de la difteria, admite las salas comunes sólo para los convalecientes, mientras que todos los enfermos nuevos deben permanecer aislados en celdas, cerradas y fáciles de desinfectar.

La gran autoridad de Roux dió argumento decisivo á estas opiniones tan claramente formuladas, iniciándose entonces el nuevo sistema de pabellones alveolares en la construcción del Hospital Pasteur, anexo al Instituto del mismo nombre, y en el nuevo servicio de dudosos del Hospital des "Enfants-Malades". Cuando este último servicio entró en función, después de asistirse allí, según el sistema de aislamiento individual, 5016 enfermos de todas las enfermedades contagiosas, se tuvo solamente 7 casos de contagio.

De la misma manera en el Hospital Pasteur, la hospitalización celular de todas las enfermedades contagiosas de la infancia y de la edad adulta, ha venido probando las excelencias del sistema en los cinco años que tiene de aplicación rigurosa.

Resumiendo la evolución de los progresos en la asistencia nosocomial de los contagiosos, el doctor Martín, Director del Hospital Pas-

(1) Sévestre. La Rougeole a l'hospice des "Enfants Assistés". Bull. de la Soc. med. des Hospitaux, 1890, página 376.

teur (1), hace ver que "en un primer período, el temor del contagio o la insuficiencia de la desinfección incitan á reclamar el aislamiento de los enfermos en pabellones".

"En un segundo período, los médicos insisten en los defectos de este sistema que no pone al abrigo de las complicaciones, que nada puede contra las infecciones secundarias; se trata de luchar por la antisepsia, la desinfección; se propone el aislamiento en el aislamiento."

"En un tercer período, se proclama más y más la necesidad de la antisepsia médica, y se llega, en fin, á pedir el aislamiento individual."

Durante mi permanencia en Europa tuve ocasión de estudiar *de visu*, la construcción y marcha de los hospitales celulares, y entonces en una carta dirigida á mi maestro el Dr. Matto, á la sazón Ministro de Fomento (2) le decía:

Un Hospital destinado al tratamiento de las enfermedades epidémicas, debe ser un establecimiento donde el enfermo esté aislado no sólo de los individuos sanos, sino también de los otros enfermos. Cada caso tiene una fisonomía especial y se acompaña ó no de complicaciones secundarias que conviene limitar so pena de verse desarrollar una epidemia de infecciones secundarias en una serie de epidemiados. Es absolutamente imposible agrupar los enfermos en aglomeraciones de idéntico aspecto; una sala común encierra siempre casos diversos aun cuando sólo esté destinada á una sola enfermedad, y ocupada

(1) Dr. E. Martín. Des Hospitaux pour Contagieux. Comunicación á la Soc. de Medicina Pública é Ingeniería Sanitaria. Sesión del 28 de febrero de 1906.—V. Revue d'Hygiene, etc. Tomo XXVIII. N.º 3, marzo de 1906, página 203.

(2) Véase "El Comercio," 19 de abril de 1903. Número 27893.

por enfermos del mismo orden. Aplicando el sistema de tratamiento celular, Martín ha visto evolucionar sin accidentes 200 casos de sarampión, siguiendo una marcha totalmente distinta de la que se observa en general todo medio hospitalario. La inmensa mayoría de los casos de viruela y difteria hanse visto libres de la infección por el estreptococo ó cualquier otro germen de implantación secundaria. La estadística del Hospital Pasteur es notable en cuanto á la pequeñez de la mortalidad y á la ausencia de contagios y recaídas, resultado debido únicamente á la aplicación del sistema celular y á la rigurosa observancia de los principios de Pasteur.

La aplicación práctica de tal sistema no exige grandes gastos de construcción. En cambio, hace necesario un personal inteligente é instruido en las ideas de antisepsia.

Los pabellones, en vez de salas generales, están formados por una doble hilera de celdas ó boxes separados por un corredor central y provistos de dos puertas, una abriéndose en el corredor y destinada al personal técnico y á la asistencia en general y la otra abierta hacia una vereda ó balcón exterior destinada al ingreso de la familia del paciente, en caso de que sea imposible evitarlo, á la salida del cadáver y al ingreso de los operarios en casos de reparaciones. El corredor central es absolutamente prohibido á los extraños al personal técnico. La familia generalmente se conforma con ver al enfermo á través de los vidrios de la puerta exterior. Cada box está construido de manera de ser totalmente lavable: sin ángulos; pintado al óleo; provisto de agua á presión y en abundancia, de un lavatorio fijo de porcelana, de un catre, una mesa y una silla desinfectables. El médico, el interno y las enfermeras revisten

al entrar á cada box una blusa especial para cada celda, que sobrepone á la que continuamente llevan desde su ingreso al pabellón y que dejan dentro del box al salir. El personal debe estar reducido á su mínimo. En cada celda existe un termómetro, un peine metálico esterilizado, un cubierto, un vaso y una taza. La ropa sucia es arrojada á un balde que contiene agua cresilada. Los cubiertos son hervidos después de las comidas en una solución de potasa. Las escupidoras son esterilizadas cada tres ó cuatro días durante el trascurso de una enfermedad.

Después del abandono de la celda, es ésta abundantemente lavada con agua ordinaria, mediante un tubo que se adapta á la canalización que da agua al lavatorio. Se le desinfecta, principalmente el piso, por medio de agua de Jabell. Este piso, como todos los de los Hospitales modernos, está cubierto de baldosas impermeables y presenta una ligera pendiente á fin de permitir á las aguas de lavado salir por un orificio en comunicación con la canalización.

Cabe entre tanto preguntarse si es aplicable en los servicios de niños, universalmente y en todo su rigor el principio del aislamiento individual. La respuesta es forzosamente negativa; si en un Hospital de epidemiados, el sistema ya resulta oneroso y en extremo complicado, cuando se trata Hospitales generales estos inconvenientes son mucho mayores, y lo serían todavía más en nuestro caso, privados como estamos de un personal de enfermeras suficientemente ilustrado.

Sería utópico é inoportuno pedir la transformación de las actuales salas de Santa Ana en pabellones alveolares. Semejante exigencia, amén de irrealizable, entrañaría una palmaria exageración, puesto

que los especialistas más avanzados, Martín (1) y Simonin (2), entre otros, solo piden, aun para los Hospitales de epidemiados, la aplicación parcial del sistema de aislamiento individual. Pero, sin llegar á extremos, podemos lentamente, en prudente elevación, ir modificando las defectuosas condiciones del nuevo servicio y organizarlo obediendo á un programa trazado de acuerdo con las nuevas tendencias. Como candidato á la dirección del primer servicio especialista de pediatría en nuestros Hospitales, me he creído en la obligación de exponer mi manera de sentir respecto á lo que debiera ser en lo futuro el nuevo servicio y después de haber esbozado los desiderata de un Hospital moderno, voy á señalar los defectos más salientes de la asistencia pediátrica actual en Santa Ana.

Principiaré por hacer resaltar el más grave y aquel que requiere inmediato remedio. Me refiero á la admisión en las salas de niños sanos.

En efecto la población del Hospital de Santa Ana no es puramente nosocomial. Al lado de los enfermos, en íntima promiscuidad con ellos, se hace habitar durante muchos días las salas infectantes á un numeroso grupo de niños sanos, dejados allí en depósito mientras sus madres son asistidas de una enfermedad cualquiera. Estos infelices, condenados á respirar un ambiente saturado de gérmenes virulentos y á sufrir toda clase de contactos polutos, se ven colocados expresamente en las condiciones de

elección para adquirir una enfermedad infecciosa.

Es este un verdadero pecado de higiene, que exige inmediata redención. No se trata ya de un grupo nosocomial heterogéneo, obligado á los peligros de la contaminación recíproca; no es ya solamente la falta de buen aire y de abundante luz, y, el hacinamiento en un espacio reducido, á estos vicios higiénicos, á veces insalvables por depender de la naturaleza de un edificio ó de su disposición, se ha querido añadir una gravísima trasgresión de los más elementales principios de salubridad imputable solo á la mano del hombre, colocando á niños sanos en contacto inmediato y prolongado con los enfermos y sus productos. Y es original comprobar aquí, como muestra de la fuerza del hábito y el vigor de las tendencias conservadoras, que no se haya pensado hasta este momento en semejante estado de cosas, y como el competente cuerpo médico de Santa Ana y la alta ilustración de sus inspectores, no han sabido experimentar el intolerable malestar que causa semejante espectáculo y que de sentirlo les habría obligado á hacerlo cesar, pese á cualquier obstáculo.

Hoy que ni siquiera se tolera la entronización de un servicio de adultos en los Hospitales de niños; hoy que se ha llegado al sistema de pabellones alveolares aislados, para alejar una enfermedad de las otras, y cada enfermo de los demás, vemos en Lima asistirse á los niños en salas donde también se asisten adultos, y al lado de esta población nosocomial híbrida, crece, respira, vive, todo un grupo de niños sanos colocados allí para que en breve dejen de serlo.

¿A quién debe atribuirse la responsabilidad de semejante estado de cosas? Hay que confesar que es al cuerpo médico; que somos nos-

(1) L. Martín. Loc. cit.

(2) J. Simonin. Comun. al Congreso de médicos militares de los Estados Unidos reunidos en San Luis el 15 de octubre de 1904, y á la Soc. de Méd. Púb. é Ing. Sanit. en abril de 1906. Rev. d'Hygiene. t. XXVIII. Número 5 página 420.

otros, profesionales conscientes del peligro y conocedores del mal, los que estábamos en la obligación de hacerlo notar á los administradores de la caridad pública. No se diga que estos se hacen sordos ante nuestros pedidos. Siempre que algo se les ha exigido con la vehemencia que origina una convicción, han cedido á nuestras reclamaciones, y es así como hemos visto dotados nuestros viejos Hospitales de salas de operaciones inspiradas en conceptos nuevos y provistas de material apropiado á las tendencias del día.

Pero sería también injusto hacer recaer en los actuales médicos de las salas de niños el peso de semejante responsabilidad. Encargados de servicios excesivamente complicados, teniendo á su cuidado más de cien enfermos de diversa condición, sus funciones resultaban tan complejas que por grande que fuese su actividad sus energías no podían aplicarse más que en la asistencia inmediata. La división de los antiguos servicios, viene á remediar en parte el mal é impone á los nuevos médicos el deber de corregir los graves defectos actuales.

Es de la más premiosa necesidad suprimir la viciosa práctica de admitir niños sanos en las salas del Hospital. En caso que no sea posible dejarlos en su domicilio, por no tener familia, será menester depositarlos en Santa Teresa, en el Hospital de Laetantes, ó en un servicio de depósito creado al efecto en el patio exterior del Hospital ó en otro sitio cualquiera, pero no puede permitirse que continúe el actual estado de cosas.

Solamente tratándose de un lactante sería excusable la admisión de un niño sano junto con su madre enferma; pero aun ese caso debe ser excesivamente severo y procurar que la madre se decida á confiar su niño á una ama mientras dure su enfermedad. No se diga que esto es inaceptable, porque diaria-

mente vemos en Lima á las mujeres del pueblo destinarse como amas en las casas acomodadas dejando á sus hijos al cuidado de vecinas ó amigas; lo mismo podía exigirse en caso de enfermedad. No se diga también que al separar al niño de su madre lo exponemos á todos los peligros de la lactancia artificial y mercenaria, porque, amén de que la mayor parte de las enfermedades, hacen difícil ó imposible la lactancia materna, los peligros de la promiscuidad hospitalaria son por lo menos tan graves como los de una alimentación tan defectuosa. En ciertos casos, para atenuar este peligro, podría admitirse al niño en el Hospital, durante ciertas horas del día en las que sería lactado por su madre; así pasaría la noche alejado del medio infectante y el daño sería menor.

No son ideas teóricas las que inspiran estos conceptos, sino hechos tangibles y por desgracia demasiado elocuentes. Quiero citar, en prueba de ello, solo un ejemplo: el resultado de la asistencia en las cunas maternales hospitalarias de Europa según hace notar el Dr. Méry (1), muestra las desastrosas consecuencias del medio nosocomial. Comparando las cifras de la mortalidad de las dos cunas maternales des "Enfants-Malades" con las que arrojan las estadísticas extra-hospitalarias, se ve que si fuera del nosocomio la mortalidad ha descendido en un 50 %, mediante los progresos de la puericultura, en el hospital se observa "un *statu quo* desesperante."

Así pues, si aun en las *crèches* europeas, instaladas de acuerdo con los desiderata de la higiene, basta el medio hospitalario y sus promiscuidades inevitables para exaltar

(1) H. Méry. Les *crèches* des nourrissons dans les hopitaux d'enfants. Leçons d'hygiène infantile. La Presse Medicale, 6 de enero de 1906, página 10.

la mortalidad infantil, puede pensarse lo que ocurrirá entre nosotros.

Es, pues, indispensable no sólo alejar al niño sano de nuestros Hospitales, sino también limitar la hospitalización de las madres lactantes y de los niños en lactancia, procurando que las enfermedades de unas y otros sean en lo posible asistidas á domicilio, á lo menos en los casos no graves. Será necesario al efecto instalar en Santa Ana un servicio de consultas externas especial para lactantes, remitiendo á los dispensarios de Santa Teresa ó Maravillas mientras se organiza el nuevo dispensario, á los enfermos en tales condiciones. Desde luego, puede recomendarse á los internos de guardia, que solamente concedan la admisión hospitalaria en casos de evidente necesidad.

Tendrá esto la doble ventaja de impedir el ingreso de personas sanas á un medio verdaderamente sospechoso, y de atenuar el hacinamiento, tan exagerado en las salas de niños de Santa Ana que constituye el segundo gravísimo defecto de nuestra actual asistencia pediátrica. La necesidad aparente de aceptar á todos los que solicitan el ingreso al Hospital, hace que en ciertas épocas del año, la sala de San Vicente se vea no sólo totalmente ocupada en sus sesenta camas, sino que en el reducido espacio que separa estas últimas, se prepare sobre el suelo nuevas camas destinadas por lo general á algunos infelices convalescientes.

La limitación de la admisión tendría, finalmente, ventajas económicas apreciables disminuyendo el número de enfermos mantenidos y asistidos, pero la economía que en ello se hiciere deberá emplearse íntegramente en el mantenimiento de los dispensarios especiales para niños, y en los auxilios á domicilio, (medicamentos, alimentos).

Pero si limitando los ingresos al Hospital no viéramos sensiblemente

te disminuida la sobre población de las salas, sería menester construir una nueva ó instalar una parte del servicio de niños, en alguna de las salas ya existentes. En las condiciones actuales del Hospital, demasiado estrecho para contener la multiplicidad de sus servicios, es casi imposible encontrar desocupada una sala aparente para la asistencia pediátrica, y en cuanto á construir una nueva, parecerá que no debe pensarse en ello, estando el nuevo Hospital ya casi en construcción.

No obstante, debe tenerse en cuenta que el nuevo Hospital no podrá estar concluido antes de 6 ú 8 años, durante los cuales no es posible asistir con estoica impasibilidad al espectáculo que ofrece una hospitalización infanticida. Es de urgencia ponerle término, y es fácil lograrlo convenientemente. Invirtiendo sumas muy moderadas se pueden obtener excelentes resultados y satisfacer todas las exigencias del momento. En vez de las salas costosas hechas de albañilería se podría construir en el espacio libre situado paralelamente y hacia la derecha de la sala de San José, una barraca de madera semejante á las que forman los pabellones del Hospital Moabit de Berlín, considerado como uno de los más perfectos de esa ciudad, ó como los que hice construir en 1904 para los lazaretos de San Pedro de Lloc y Trujillo. Es sabido que en el día gozan de gran favor entre los higienistas estas construcciones ligeras susceptibles de ser incendiadas si llegan á sobreinfectarse en el curso de una epidemia. Haciéndolos con cuidado y obedeciendo á ciertas reglas generales de buena higiene, se puede conseguir por 6 ú 8 mil soles, pabellones trasportables, infinitamente superiores á las actuales salas de Santa Ana, y que en caso necesario hasta podrían ser levantados más tarde en las afueras de la ciudad para utilizarlos

como pabellones de aislamiento de epidemiados.

Esta barraca para 25 enfermos, deberá ser construída según el sistema alveolar y solamente en su extremo se dispondrá una sala común para 7 camas. Será así una sala de aislamiento perfecto, que descongestionaría no sólo en número sino más que todo en calidad, salas sobre-pobladas del nuevo servicio. En el proyecto del nuevo Hospital de mujeres, que el infrascrito presentó á la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima en colaboración con el señor Pedro Paulet, Director de la Escuela de Artes y Oficios, consultamos la necesidad de un pabellón de aislamiento así concebido. Teniendo en cuenta las condiciones actuales de Santa Ana, la proximidad de su abandono, la cifra de su población nosocomial infantil y razones de órden económico, estimamos apenas suficiente un pabellón de la capacidad indicada. Martín (1) cree que en los Hospitales de contagiosos es indispensable aislamiento individual de un cuarto de los enfermos. Los doce alveolos que consulto para la barraca del nuevo servicio representan, aproximadamente la novena parte de los niños actualmente asistidos, y la sétima ú octava de los que contendrá limitando las admisiones.

Llevando á cabo las reformas indicadas, quedaría por realizar una, no menos importante; me refiero á la preparación de un personal de enfermeras convenientemente instruído. Si en los Hospitales de adultos, conscientes y capaces por sí mismos de atender á su restablecimiento es indispensable un buen personal de asistencia, esta necesidad adquiere significación primordial en los servicios de medicina infantil.

Privados de escuelas especiales

(1) Loc. cit.

de enfermeros, nuestros Hospitales están servidos por gentes, á veces de buena voluntad, y siempre de la más crasa ignorancia en lo que atañe á la asistencia nosocomial. En Santa Ana las enfermeras, sometidas al régimen disciplinario conventual, y reclutadas atendiendo severamente á sus antecedentes y á su origen, tienen en general las ventajas de la juventud y la buena conducta; pero estas cualidades no bastan para la complicada asistencia de los niños.

Por eso, el primero de los deberes del Jefe del nuevo servicio, será preparar por la enseñanza diaria, un pequeño grupo de asistentes instruídas, que en lo futuro constituirán el núcleo de nuestro cuerpo de enfermeras de Hospital.

La construcción de la barraca de aislamiento propuesta contribuirá poderosamente á la preparación del personal de enfermeros. Asistiendo *de visu* á su funcionamiento; habituadas á ver alojados á los enfermos en celdas de limpieza escrupulosa y completamente separados unos de otros, se darán cuenta de los peligros de la promiscuidad y de las ventajas de la antisepsia. El régimen alimenticio fijado de antemano para cada caso, les dará ideas claras respecto de su importancia, y, ya convencidas de la necesidad de las medidas de higiene y de los desastres que su abandono puede ocasionar, adquirirán el sentimiento de responsabilidad y, conscientes de la elevación de sus funciones, sabrán ejercitarlas debidamente.

Pero no sólo será el nuevo servicio una escuela de enfermeras, sino también una escuela de madres; "una escuela de limpieza y de salud para todos los enfermos que lo atraviesen y que vengan á pedirle asilo temporal....." La persona que los haya visitado ó habitado saldrá "más instruída de los de-

beres para consigo misma, su familia y el cuerpo social (1).

En todos los tonos se ha dicho que no tenemos madres suficientemente instruidas de sus deberes; en el actual servicio de niños no pueden aprender á serlo, y uno de los más importantes deberes del médico que lo reorganice será hacer de él una verdadera escuela de madres.

En resumen, las medidas que creo indispensables para iniciar la reorganización del nuevo servicio de niños, y que de contar con el valioso apoyo del señor Inspector del Hospital, procuraría realizar, caso de ser elegido para dirigirlo, son las siguientes:

Limitación de los ingresos de madres lactantes ó de niños en lactancia enfermos, á los casos de verdadera y palmaria necesidad.

Supresión absoluta del ingreso de niños sanos.

Construcción de una barraca de aislamiento, según el sistema alveolar.

Preparación de un cuerpo bien instruido de enfermeras.

Organización conveniente de la policía sanitaria inter-nosocomial.

#### UN CASO DE LARINGITIS DIFTÉRICA PRIMITIVA

Hasta principios del siglo XIX se había avanzado tan poco en el estudio de las enfermedades laríngeas, que se confundía en una misma denominación muchas diversas entidades morbosas. Se ve así, á Francis Honee publicar en 1765 una obra, que se hizo famosa (2), para describir una enfermedad ca-

racterizada por accesos de sofocación, atribuida al estrechamiento de la laringe por el desarrollo de falsas membranas sobre su mucosa. Esta pretendida enfermedad, el *croup*, nombre tomado del vocabulario popular escocés, era en realidad una doble entidad clínica: simple laringitis estridulosa unas veces la difteria laríngea. Honee no supo y otras distinguir las diferencias radicales que separan ambos procesos clínicos, y fué solo más tarde cuando Samuel Bard (1), Bretonneau (2), Trouseau (3) y sus continuadores demostraron la especificidad del *croup*, que se les separó. Desde entonces, las laringitis estridulosas, quedaron ocupando un lugar modesto en la nosología, mientras que las diversas formas de la difteria atraían por su importancia toda la atención y eran objeto de trabajos que han hecho de ella "la enfermedad cuyo estudio científico está más avanzado" (4).

¿Es posible confundir ambas afecciones, *croup* verdadero y falso, hoy que las ciencias médicas han recorrido los cien años de asombrosos progresos del siglo en Pasteur? Si desde el doble punto de vista etiológico y anátomo patológico, hay completa diferencia entre una y otra, la simple observación clínica es á veces impotente para distinguir las desde el primer momento, y si no se recurre de un modo sistemático al auxilio de la bacteriología, lo que parece á menudo del todo innecesario, pueden producirse

(1) S. Bard. De la nature, de la cause, et du traitement de l'angine suffocante, ou sore throat. Trad. par Ruette, Paris, 1810.

(2) Bretonneau, Des inflammations speciales du tissu muqueux et en particulier de la diphterie, etc. Paris 1826.

(3) Trouseau. Clin. méd. del Hotel Dieu de Paris, 1882.

(4) A. B. Marfan. Introducción á la obra de M. Deguy y B. Neill, titulada Manuel Pratique du traitement de la diphterie. Paris, 1902.

(1) Grancher. Bull. de l'Acad. de Med. 1898, tomo XXXIX, página 54.

(2) F. Honee, An inquiry into the nature, cause and cure of the croup. Edinburgh, 1765.

lamentables errores de diagnóstico. Un caso de este orden, en el que todo pareció conjurarse para oscurecer el diagnóstico precoz de la difteria, es el que va á ocuparme.

Juzgamos útil darle á conocer porque no se ha insistido suficientemente sobre estos casos y hasta se advierte en la mayoría de autores cierta dañosa tendencia esquemmatizadora, levantando infranqueables barreras entre aquellas dos manifestaciones patológicas, según ellos inconfundibles. Esas ideas, derivadas de conceptos teóricos no son, felizmente aceptadas por todos, y así vemos á Varioz y Glower, en la conocida obra de Grancher y Comby, afirmar, hablando de las formas graves de las laringitis estridulosas, que "el diagnóstico de este falso croup grave con el croup verdadero ofrece en ciertos casos gran dificultad" (1).

L. N., de 4 años de edad, fué atacado en la noche del 9 al 10 de julio de 1904 de un violento acceso de sofocación que se dispó lentamente dejando además de la tendencia espasmódica intermitente, un enronquecimiento de la voz. Desde días antes este niño presentaba señales de un ligero catarro de las vías respiratorias, y en la tarde del día 9, había experimentado un poco de dispnea que se atribuyó al catarro.

Desde el primer año de su vida había manifestado una notable excitabilidad laringea, siendo frecuentemente atacado de accesos de sofocación nocturnos, que se resolvían en el síndrome de la laringitis estridulosa. Después de una ó muchas horas de tos, agitación, dispnea y tos ronca, entraba todo en

orden y los accidentes se repetían con el mismo cuadro sintomático más ó menos aparatoso, algunos días después.

Uno de nuestros clínicos más competentes y de reputación consagrada por numerosas pruebas, asistía á este niño desde sus primeros ataques laringeos y en esta vez como en las otras, solicitado de urgencia en la madrugada creyó en los primeros momentos que se trataba de la forma estridulosa habitual en su enfermito. A ello lo inclinaba además de los antecedentes lo brusco de la iniciación del mal, precedido solamente de ligero catarro laringeo, y la ausencia de exudados faringeos.

Pero en vez de atenuarse el acceso y desaparecer en pocas horas, como de ordinario, fuese haciendo más notable la estenosis laringea con su obligado cortejo de síntomas dependientes de la disoxemía. Fué entonces que el médico tratante, dándose rápidamente cuenta de la situación, enmendó el diagnóstico y solicitó mi concurso para intervenir en un caso que amenazaba terminarse en pocas horas por asfixia.

Al ser examinado por mí, cinco horas después del acceso sofocante, se iniciaba en el niño el período asfíxico (Barttles) ó de obstrucción mecánica como lo llaman Sevestre y Martín (1), y en él se mostraban en todo su vigor las perturbaciones de la fonación y de la respiración características de la difteria laringea, con voz completamente extinguida, el niño pedía á cada instante que le hicieran cambiar de postura, que lo levantaran ó lo acostaran, no pudiendo estar un momento tranquilo. Todas sus potencias respiratorias se ejercitaban, notándose en activa función los

(1) Grancher et Comby. *Traite des maladies de l'enfance*, 2<sup>e</sup> edit. 1904. página 184.

(1) Grancher y Comby. *Traite des maladies de l'enfance*. 2<sup>e</sup> edit. Diphtherie, página 130.

grupos musculares del cuello, del tórax y del abdomen que intervienen en la respiración complementaria. En la base y en el vértice del tórax y sobre la clavícula se marcaban las depresiones del tiraje, acusando una notable dificultad en la presión intra-torácica.

Lívido, con manchas cianóticas en el rostro, el niño estaba cubierto de sudor helado, en sus facciones se veía la angustia asfíxica. La respiración áspera, ruidosa denotaba una marcada estenosis de la glotis; la espiración era activa. El pulso esbozaba hacer en ciertos instantes la forma paradoxal. La temperatura era de 37°8.

El examen directo de la faringe no permitía ver en su porción superior el menor vestigio de falsas membranas, pero deprimiendo fuertemente la lengua y aplicando principalmente el depresor hacia las porciones basales de este órgano, según la técnica para la inspección directa de la epiglottis recomendada por Variot (1), podía verse, tanto en el lado derecho del borde epiglótico, como en la región peri-epiglótica un exudado blanco amarillento, poco extenso. La rapidez con que es necesario proceder en este examen, especialmente en casos como el nuestro en que el espasmo se acentúa con la maniobra exploradora, hasta producir accesos graves de sofocación, no permitía darse cuenta exacta de los caracteres de este exudado, pero su presencia era ya indicio seguro de la naturaleza del mal. Las tendencias espasmódicas y la falta de medios de iluminación apropiada hacían en nuestro caso del todo imposible la autoscopia directa de las vías aéreas por el procedimiento de Kirstein (2).

(1) G. Variot in Grancher. *Traite des maladies de l'enfance*. 2 edit. 1904. Art. Laryngitis aigues, página 190.

(2) Kirstein. *Autoscopie des voies aeriennes*; *Ann. des mal. de l'or, du lar. et du nez*. página 814.

La gravedad de nuestro caso era palmaria y se imponía la urgencia de la intervención operatoria. En pocas horas se habían sucedido los distintos episodios que caracterizan la evolución del croup, habiéndose instalado la faz de disnea continua y rápidamente progresiva; el tiraje supra-clavicular y supra-é infra-esternal se mostraba con toda franqueza, y hasta se notaba, como ya dijimos, ciertas veleidades de pulso paradójal, que Gerhardt, Rauchfuss, Variot y la mayor parte de los autores modernos consideran como indicación operatoria urgente. Fué, pues, decidida la intervención y mientras se la preparaba, se inyectó al niño una dosis de 30 centímetros cúbicos de suero antidiptérico del Instituto Bacterio-Terápico de Berna.

La marcha de la enfermedad era tan precipitada, que dos horas más tarde, cuando se procedió á operar, el enfermito estaba ya en pleno período asfíxico, cianótico y con el sensorio ya perturbado.

Siguiendo el precepto formulado para el caso, que dice: siempre debe tentarse la intubación como primer acto operatorio (3), se comenzó por esta, siguiendo la conocida técnica, que no es necesario recordar. El instrumental usado fué doble: en la primera tentativa usé el aparato de Deguy-B. Neill, y en la segunda, los tubos de Froin. Es sabido que, á menudo por uno ú otro motivo, el tubo no puede franquear la abertura glótica, y es entonces conveniente, en ciertos casos, cambiar su forma. Teniendo en cuenta esta circunstancia y las razones que militan en favor y en contra de cada uno de los instrumentos de intubación preconizados, aplicables cada uno de ellos en determinados casos, durante mi per-

(3) Véase Deguy et Neill. *Manuel Pratique du Traitement de la Diphteris*, 1902, página 34.

manencia en París en 1903, hice construir en la casa Mattieu, una caja mixta de instrumentos para la intubación, en la que al lado de una serie de tubos de Froin y su extractor, se encuentra el aparato de Deguy-B. Neill en sus respectivos tubos.

Este último aparato, modificación feliz del primitivo de O'Dweyz y del más moderno de Sevestre-Collin, tiene como este la ventaja de los tubos cortos fácilmente enucleables mediante la maniobra de Bayeux, pero difiere de él en la forma de los mandriles, de calibre uniforme, lo que facilita la adaptación al tubo y su extracción del mismo; en el modo de fijación del mandril al introductor, más sólido que en el aparato de Sevestre-Collin; en la ausencia del propulsor destinado á la separación mecánica del mandril estando ya el tubo colocado en la laringe, y finalmente, en la posibilidad de transformar el introductor en extractor.

En mi práctica de intubación en el Hospital Des Enfants Maládes, de París, siguiendo el curso del Dr. Marfan, y trabajando bajo las indicaciones de Deguy y Weill pude darme cuenta de las ventajas de su aparato, pero no debo ocultar que, á menudo y tal vez por ser mi práctica aun limitada he notado la ausencia del desarmador mecánico de Sevestre-Collin.

El aparato de Froin, suprime como el de Gérroud el uso de los mandriles y se caracteriza sobre todo, por la forma de los tubos, hechos de maillechort dorado, de un calibre superior á los de Sevestre, ensanchandos en embudo hacia su porción superior, y cuyo extremo inferior se termina por un ensanchamiento traqueal que se prolonga en una asa sagital, aplanada, formando dos ángulos, anterior y posterior, destinados á abordar las cuerdas vocales en toda su extensión.

El extractor de este aparato es un simple gancho que se fija á la extremidad del dedo índice.

En las dos tentativas de intubación, llevadas á cabo obedeciendo fielmente los preceptos técnicos del caso, me ví obligado á abandonar la sin éxito, á causa de la imposibilidad absoluta de franquear el orificio glótico, no sólo porque este se hallaba reducido á proporciones mínimas á causa del edema de los repliegues aritenoidales epi-glóticos, en los que la extremidad del tubo encontraba obstáculo insalvable, sino además, por la exaltada tendencia espasmódica traducida en ambas tentativas por violentos accesos de sofocación. En la segunda tentativa el acceso sofocante revisió caracteres dramáticos y puso en gravísimo peligro la vida del niño. Fué entonces, en pleno acceso, estando el niño cianótico, inanimado, apneico y en estado de muerte aparente, que se procedió, como *última ratio* á la traqueotomía de urgencia. Preveyendo el caso se había preparado la operación y esterilizado los instrumentos.

El procedimiento empleado fué el que Sevestre llama "de los internos", ó sea la *traqueotomía rápida* ó en *dos tiempos* preconizada por la inmensa mayoría de autores, por ser mucho más seguro que la operación ultra-rápida en un tiempo.

Siguiendo la conocida técnica, se abrió la traquea en su porción superior, incindiendo sus tres primeros anillos, á través de la herida operatoria se pasó una cánula doble de 7 milímetros de diámetro. La operación practicada *in extremis*, en estado de muerte aparente, no requirió la anestesia. Su duración no excedió de 3 minutos.

Después de hacerse durante algunos instantes la respiración artificial, cesó la apnea, sobrevinieron algunos quintos de tos, que hicieron salir por la cánula trozos de falsas membranas junto con abun-

dante mucosidad sanguinolenta, y el niño volvió á la vida, restableciéndose, tranquila, su respiración. Se le hizo beber algunos tragos de té con cognac, y previa una rápida toilette post-operatoria, se le colocó en su cama, donde pudo después dormir el sueño reparador que habitualmente sigue á la desobstrucción brusca de la glotis.

En la tarde de ese día, se produjo una obstrucción canular; que me obligó á retirar no sólo la cánula interna, sino también la externa. La traquea estaba ocupada por grandes fragmentos de falsas membranas que hacían difícil la respiración y aplicándose en el extremo inferior del tubo lo obstruían incesantemente. Para obviar este inconveniente sustituí la cánula doble ordinaria por la cánula simple de Froin, cuya abertura inferior, como es sabido no es circular, sino afluada y se prolonga en una asa, á manera de espólón que detiene las falsas membranas; alejándolas de la luz del tubo canular.

Una de las falsas membranas examinada examinada en el Instituto Municipal de Higiene mostró tanto al examen microscópico directo (coloración de Roux, Neisser, Ljwinski, G. Gram), como los cultivos en suero de Loeffler, la presencia del bacilo diftérico. Las inoculaciones experimentales de este germen acreditaron su gran virulencia.

Las primeras horas que siguieron á la intervención fueron de notable mejoría; el niño durmió largo tiempo un sueño tranquilo y al despertar pidió sus juguetes. El termómetro marcaba 36°8, á las 4 p. m. Respiraba bien y no manifestaba sufrimiento alguno. Pero su fisonomía tenía el color pálido-terroso propio de las infecciones graves y el pulso continuaba depresible y rápido (120 pulsaciones). Estos signos, característicos de las intoxicaciones serias, hicieron decidírnos á

inyectarle una dosis de suero antidiftérico (20 c. c.) y 100 c. c. de solución salina fisiológica.

En el transcurso de la noche se acentuaron los signos de la toxemia y el riñón dejó de funcionar normalmente, secretando una orina albuminosa y cargada de elementos figurados de los tubuli. La temperatura era inferior á la normal (36°1). El pulso aceleró su marcha y se produjo la disnea tóxica. La cánula estaba perfectamente permeable. Se le hizo, entonces, una última inyección de 20 c. c. de suero anti-diftérico.

A pesar de todo continuó progresando el mal y el niño murió en anuria en la noche del 11 de julio, 40 horas después de manifestarse el acceso de sofocación inicial.

El caso que acabo de historiar merece ser citado entre otras razones, por haberse tratado de una difteria laringea primitiva, pues aunque los hechos de este orden sean ya perfectamente aceptados en la clasificación nosológica, su número es relativamente escaso, hasta el punto de que Bretonneau y Guersant pensaban que el croup debía ser necesariamente precedido de la angina diftérica, representando solamente una propagación secundaria de esta enfermedad. Castex y Barbier, en la conocida obra de Brouardel y Gilbert (1), insisten en la rareza del *Croup d'embleé*, atribuyendo la mayor parte de los casos señalados por las estadísticas á errores de observación. No obstante, sin dejar de declararla muy poco frecuente, todos los autores modernos admiten esta forma de difteria, que Trouseau, Bergeron y otros ya señalaban.

(1) Brouardel y Gilbert. *Traite de med. et de Thérap.* Art. *Laryngite diphtérique*; t. VII, página 151.

Es incuestionable que en nuestro caso la implantación diftérica fué primitivamente laringea, la observación cuidadosa del médico que asistió al niño, y posteriormente la mía, hecha con el especial objeto de buscar las falsas membranas, no permitieron ver el menor indicio de ellas sobre la mucosa faringea, en tanto que en la epiglotis y en las proximidades del vestíbulo laringeo. Por otra parte, las manifestaciones clínicas, correspondían en este enfermo á las que típicamente caracterizan el *cr. up d'embleé*: su principio insidioso, representado por un catarro laringeo de apariencia inofensiva, su brusco despertar bajo la forma de espasmos sofocantes y, finalmente, la marcha excesivamente rápida del mal, que sin recorrer los tres primeros períodos de Barthez, pasó del catarro laringeo al espasmo asfísico.

Y ya que hablamos de la gravedad del caso, cabe aquí hacer notar cómo están reñidas con la observación clínica ciertas afirmaciones consignadas en las obras de patología. Así Neill (1), dice que "el croup está habitualmente ligado á las difterias no tóxicas", y luego agrega que "se caracteriza por el predominio de las perturbaciones funcionales sobre los síntomas generales. En verdad, aun en el campo teórico no encuentro suficiente mente fundada esta creencia, no sé porqué la difteria no tóxica tendría la peculiaridad de extenderse hacia la laringe, mientras que las anginas loefflerianas tóxicas quedarían limitadas á la mucosa faringea. Más de acuerdo con la lógica sería pensar que, al contrario, los bacilos más vivaces, secretan toxinas más activas, y multiplicándose con mayor energía, se extienden en grandes zonas de las mucosas é in-

vaden la laringe. Las antiguas estadísticas de la difteria laringea hechas después de vulgarizada la traqueotomía, y las que se han hecho posteriormente á la seroterapia, no establecen esa pretendida benignidad del bacilo diftérico en los casos de croup. La mayoría de de los que, yo personalmente he tenido ocasión de ver en el Perú y en Europa, revelaban en sus manifestaciones clínicas, la naturaleza hipertóxica de su germen patógeno, muy ostensible en el caso que historiamos: terminado el proceso laringeo, y alejados sus peligros por la traqueotomía, nuestro enfermo continuó presa del elemento tóxico bajo cuya acción terminó por sucumbir, y los bacilos tomados de las falsas membranas que arrojaba por la cánula, se manifestaron exageradamente virulentos en las inoculaciones experimentales.

Sevestre y Martín (1), muy ajenos á la opinión de Neill, tratándose de laringitis diftéricas primitivas, dicen que "accesos de sofocación suelen marcar el principio de la enfermedad, que afecta generalmente entonces una marcha en extremo rápida. Esta afirmación muy de acuerdo con lo ocurrido en nuestro enfermo, tiene probablemente su fundamento en el hecho de pasar desapercibida la primera faz de desarrollo del mal, que ya muy adelantado se muestra bruscamente por el espasmo glótico.

Es conocida la influencia que ejercen los vicios de nutrición celular sobre las implantaciones microbianas. Son las regiones mortificadas por los traumatismos ó en estado de inferioridad vital á causa de inflamaciones sucesivas, las que preferentemente sirven de asiento á las colonizaciones parasitarias. Esta ley de patología general, en-

(1) E. Neill. *précis de Med. infantile*. 2<sup>a</sup> edit. 1906. página 115.

(1) Loc. cit.

cuentra muy sugestiva demostración en nuestro caso. la mucosa laringea inflamada por un catarro crónico, traducido por frecuentes accesos estridulosos, no obstante su situación recóndita y bien protegida sirve de primitivo lugar de implantación al bacilo de de Loeffler. En el niño N., el croup fué primitivo porque su mucosa laringea, frecuentemente traumatizada por el espasmo estriduloso, se hallaba en estado flegnásico crónico y en situación de receptividad mórbida. Por eso los bacilos diftéricos, llegados á la boca, mediante algún contacto séptico, no hallando en la faringe sitio aparente para su fácil implantación, se fijaron originariamente en la laringe y crearon el croup primitivo.

Un hecho, bastante vulgar, pero siempre digno de mención, es la imposibilidad de pasar el tubo á través de la glotis, que hizo escollar la intubación en nuestro enfermo. La falta de éxito, es atribuible, á mi juicio, como ya lo dije, al estado inflamatorio de la mucosa laringea, en edema crónico, sumado á la gran excitabilidad espasmódica de la glotis. El espasmo solo, en el croup ordinario, es generalmente fácil de vencer, aun exagerado; pero las dificultades se hacen insuperables cuando á la contracción espasmódica se agrega el edema y la tumefacción inflamatoria.

Finalmente, nuestro caso es una muestra de las dificultades que á veces presenta el diagnóstico clínico exclusivo, acumuladas, como á placer, en este niño, antiguo estriduloso, que una madrugada se vió bruscamente atacado de accesos espasmódicos del todo idénticos en su primitiva aparición á los que había padecido hasta entonces. Era forzoso pensar en la afección habitual y más que nadie, el médico de la familia, conocedor del enfermo y sus tendencias morbosas, debía cometer el error de diagnóstico. Sólo

un espíritu muy desconfiado habría caído en sospecha, al notar el enronquecimiento de la tos y la afonía, pero después de examinada la faringe y notar la ausencia de falsas membranas, la sospecha se habría desvanecido recordando que el croup d'embleé es una excepción clínica. Era este un caso destinado forzosamente á ser desconocido en sus primeras fases, mereciendo toda alabanza el criterio clínico del médico tratante, que supo distinguir su verdadera naturaleza, en cuanto se mostraron los primeros elementos de diagnóstico diferencial.

Los autores modernos, tal vez con excesiva severidad, critican la obra de Home, creando una entidad mórbida por la reunión de enfermedades laringeas perfectamente distintas, con detrimento de las tendencias disociadoras que una bien entendida observación clínica, comenzaba á embozar. Ciertamente que, desde este punto de vista, su acción fué dañosa para el progreso de la ciencia, pero nos sentimos inclinados á la indulgencia al ver producirse casos en que la difteria laringea, viniendo á manifestarse en un antiguo estriduloso, toma con fidelidad asombrosa los perfiles clínicos que distinguen el falso croup.

---

### Publicaciones recibidas

---

**L' Oeil Diétésique.** Relations de la diatése avec las affections des organes de la vision. Por le Dr. *Fernand Giraud.*

1 vol. in 18 (A. Maloine, editeur)  
4 fr.

Bajo este título, el Dr Fernand Giraud acaba de publicar una obra digna de llamar la atención de los oftalmólogos y también de to-

dos los médicos que, en su práctica diaria, están llamados de tratar afecciones oculares benignas ó á dar los primeros cuidados al principio de las enfermedades más graves del ojo y que reclaman ulteriormente la introducción de un especialista.

Después de haber expuesto la semeiología de la diátesis en general, distinguiéndola ó separándola de la infección (sífilis, tuberculosis, etc.) pasa el autor revista sumaria á las diferentes teorías del artritis y al estudio de los tearnos tuberculoso, escrofuloso, careceroso, y se extiende principalmente en el capítulo de la diátesis eritrítica.

El autor admite de preferencia á las otras, la teoría humoral de Gautrelet y se afilia á las diátesis por hiperacididad é hipoacididad generales.

Haciendo obra de clínico original estudia las influencias de la diátesis sobre la patología local del globo ocular y sus anexos, tratando de demostrar el interés que tiene para el médico y la ventaja para su enfermo el saber despistar esta diátesis en sus efectos sobre las afecciones del ojo que crea ó complica.

El autor llama la atención de los oculistas principalmente sobre las relaciones del artritis con las enfermedades de los ojos y trata de probar que, al lado de las afecciones de naturaleza reumática franca y aguda, que son bien conocidas y tratadas desde hace mucho tiempo, hay muchísimos otros estados sub-agudos y crónicos del ojo cuya fuente es la diátesis larvada, y el tratamiento por excelencia la medicación general y el régimen asociado al tratamiento local

**Del Directorio Católico**  
1904

“Los siguientes resultados obte-

nidos, usado como analgésico en las neuralgias y reumatismos, nos impulsan á que llamemos su atención sobre las *Tabletas de Antikamnia*. La dosis para los adultos que siempre alivia las Jaquecas de tenedores de libros, actores, abogados, estudiantes, maestros, madres y nodrizas, y en fin, todo dolor de cabeza causado por la agitación, fatiga corporal ó trabajo mental, es de dos tabletas. Las señoras que aquejen dolores durante el período, tomarán asimismo dos tabletas cada tres horas”.

*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; Ex-Cirujano de la *Maison Santé*.

Calle de Filipinas N. 159.

Imp. San Pedro.—87231