

# LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXV }

LIMA, 15 DE FEBRERO DE 1908

{ N.º 459

## TRABAJOS NACIONALES

### Las epidemias amarílicas de Lima

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA FIEBRE AMARILLA EN AMÉRICA

Es punto que hasta los días que alcanzamos no está perfectamente resuelto, aquel que se refiere al origen de la fiebre amarilla, pues aunque con acopio de documentos y multiplicidad de investigaciones, los médicos peruanos de 1856, entre ellos los doctores Miguel de los Ríos y Manuel Nicolás Corpancho, sostuvieron, y según todas probabilidades demostraron, el exotismo americano de la fiebre amarilla, en los tiempos modernos Manson, Simpson, Le Dantec, etc. todavía nos hablan como de asunto sin lugar á dudas, de este de la cuna de la fiebre amarilla, sosteniendo muy seriamente que la del tifus icteroides es la América.

Puede verse en la "Gaceta Médica", que ningún cronista de las Indias ha dejado noticia de la existencia de la fiebre amarilla en América antes del siglo XV, y sólo se alcanza en crítica imparcial de documentos históricos, que hasta después de dos siglos del descubrimiento del Nuevo Mundo, no se la conoció en las Antillas.

No existen relatos de los que con algún fundamento pueda diagnosticarse retrospectivamente como fiebre amarilla, alguna de las enfermedades reinantes en los tiempos del descubrimiento, y las crónicas por algunos admitidos no permiten establecer en definitiva que resista la objeción, que la entidad patológica señalada como fiebre amarilla, efectivamente lo fuese. Antes bien, de esos relatos, más se cree que la dicha enfermedad fuera la remitente biliosa de los países cálidos ó el tifus de nuestras sierras, que es lo que en México se denomina *Matztlazas*.

Y tanta es la ausencia de documentaciones que autoricen en puridad de cosas, á pensar en la existencia de la fiebre amarilla en América á la llegada de las carabelas de Colón, que ni aun la carta en la cual Hernán Cortez dá cuenta de la fundación de Veracruz, habla de fiebre amarilla, ni de insalubridad siquiera, siendo muy forzado de admitir que Hernán Cortez silenciara un asunto de tan alto interés para los conquistadores; y notable es, y mucho, que los cronistas españoles de aquel tiempo, pasaran al lado del tifus amarílico, sin darse cuenta de su presencia.

Los tercios de Cortez permanecieron en Veracruz, hasta que emprendieron su viaje al centro del

Imperio Azteca, luego de que el conquistador quemara sus naves, y previos arreglos diplomáticos con Moctezuma, siendo digno de notarse que en todo ese tiempo no se enfermara ninguno de los que componían la legión conquistadora. Más aún: en la representación que á Hernán Cortez hicieron sus legionarios para volver á España, no se halla como causa de desaliento, la insalubridad de las comarcas, cosa que de haber sido cierta, no hubiera pasado inadvertida en una petición para la que seguramente se buscó el mayor número de fundadas y valederas razones. Esta ausencia de enfermedades se halla puesta fuera de dudas por la respuesta dada por el Conquistador, quien en ella dice que ningún español había muerto hasta esa época, ni aún por efecto de las saetas de los indios.

El doctor Manuel N. Corpancho, que hubo consultado los relatos de Solís, las crónicas de Bernal Díaz del Castillo, Herrera, Torquemada, Gomara, Zárate, las de otros historiadores primitivos de Indias, la colección de Rivadeneira, Azagra, Prescott, Irvind, y los comentarios modernos de Colón y la conquista de América, dice:

"Los cronistas muchos de ellos compañeros del gran conquistador, tales como los de Vaca, Azagra, etc. y que describen en sus relaciones las más prolijas minuciosidades del país, tampoco hacen referencia de ninguna enfermedad que pueda suponerse la fiebre amarilla, circunstancias todas que corroboran las opiniones del abate Clavijero, quien asegura no haberla conocido en México hasta 1725. No hay pues probabilidades de que la fiebre amarilla haya reinado en Veracruz desde tiempo inmemorial, y por consiguiente no es indígena de este lugar.

"El único escritor—dice el doctor Miguel de los Ríos—de esa época que hace mención de las enfermeda-

des que contraían los españoles al llegar á América, y de donde algunos autores han querido deducir que se refería á la fiebre amarilla, es Oviedo, pero además de que está probado que Oviedo es un cronista falaz, el no hace mención sino de las *bubas y niguas*".

Bruce en su libro sobre el tratamiento de la fiebre amarilla por la trementina, dice que esta enfermedad apareció en las Barbadas en 1634 y la atribuye en su origen á las colonias francesas, que á su vez la adquirieron de Siam, por lo que se la denominó en aquel tiempo, *enfermedad de Siam*, y también *fiebre nueva*, queriendo indicar su procedencia en el primer caso, y el reciente conocimiento de ella, en el segundo, lo que en el sentir del doctor Ríos basta para negar en ausencia de buena afirmativa, el origen americano de la fiebre amarilla, y opina que la cuna de esta enfermedad es africana, habiéndose importado por los buques negreros, pues es sabido que el tifus icteroides se desarrolló en algunos puntos de Africa, tales como Sierra Leona, donde fue notada por Coppland, no habiéndose presentado en América hasta 1634 según lo afirma Bruce y el padre Dutertre, época esa en la que fue mayor la trata de negros, comenzada ya, desde los tiempos en que Hernán Cortez conquistaba México.

Hoeffler en su diccionario dice que la fiebre amarilla se presentó á la vez en Siam y en lo que hoy es EE. UU. El padre Dutertre atribuye esto á un buque que de Siam vino á las Barbadas, habiendo crónicas de que apareció esa fiebre a bordo, á poco de haber zarpado de la costa africana.

El Barón de Humboldt asegura que la más antigua descripción de la fiebre amarilla pertenece al médico portugués Ferreira da Rosa, quien la observó en Olinda (Brasil) en 1687 poco tiempo después de la con-

quista de Pernambuco. Pero es lo evidente que Bruce había escrito mucho antes su descripción de la fiebre amarilla de las Barbadas durante 1634, lo que prueba que antes que en el Brasil se la conocía en las Antillas y no es de admitirse el origen americano por el origen brasilero. Además de esto, no se encuentra en los relatos de los padres Labat y Dutertre cita alguna de fiebre amarilla antes de la llegada de los buques negreros de Siam; y por otra parte, Mr. Sigaud, médico de S. M. I. en su obra "Clima y enfermedades del Brasil", niega que lo observado por Ferreira da Rosa hubiese sido la fiebre amarilla.

El Dr. Le Dantec en su excelente obra de Patología exótica, que es de los modernos tratados donde más se insiste en el origen americano de la fiebre amarilla dice, al hacer la historia, que los "Caraiabas, pueblo autóctono de las Antillas, designaban la fiebre amarilla con el nombre de *homanhatina*; y el sujeto atacado por ella *il pouliccatnia*, lo que significa: tengo el golpe de barra".

Ni esto ni el párrafo siguiente prueban nada en favor de la tesis. En seguida dice:

"En la época en que los primeros europeos fueron á instalarse en el litoral de México para fundar Veracruz, fueron atacados por una enfermedad que los indígenas de esta región llamaban *cocolitzle*, que no era otra cosa que el tífus amarillo."

Ya hemos visto que á la llegada de Hernán Cortez, ni este ni nadie dice que hallaron la fiebre amarilla, la que no hubiera dejado de quitar algunos hombres á las legiones del Conquistador.

Mr. Le Dantec, citando al padre Dutertre dice: "los enfermos estaban más amarillos que los membrillos, y según Herrera, parecían azafrañados. No hay pues duda á este respecto, la fiebre amarilla existía

en todo el golfo de México, á la llegada de los europeos á las indias occidentales."

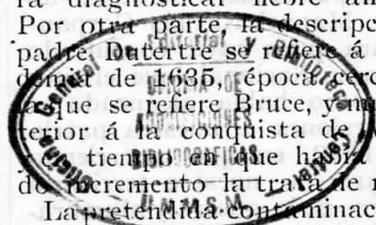
No es concluyente esto para nosotros, como lo es para Mr. Le Dantec. No basta estar colorado, membrillo ó del azafrán, y las Antillas ó en la costa mexicana, para diagnosticar fiebre amarilla. Por otra parte, la descripción del padre Dutertre se refiere á la epidemia de 1635, época cercana á la que se refiere Bruce, y muy posterior á la conquista de México, tiempo en que había tomado incremento la trata de negros.

La pretendida contaminación por la fiebre amarilla en el Brasil, del "Oriflama" en 1690, en viaje de Siam al Brasil y de allí á la Martinica, no prueba el origen americano, pues en las Antillas se conoció la enfermedad en 1634 con origen africano. Por otra parte, documentos auténticos prueban que lo del Oriflama no fue fiebre amarilla.

Aréjula hablando de la epidemia de Veracruz, dice que es americana, porque tal era la opinión reinante entre los médicos, pero se sabe que á la llegada de Hernán Cortez la fiebre amarilla no existía en Veracruz.

Robertson cita la enfermedad de que padeció Colón, pero de ningún modo está probado que Colón padeció de tífus icteroides.

No tiene tampoco valor decisivo en el pretendido origen americano de la fiebre amarilla, los relatos de Herrera en sus Décadas, respecto del diezmo que sufría la población de Panamá por *fiebres malignas* á la llegada de Pedrarias; ni lo acontecido á la tripulación de Ponce en su viaje de Honduras á México, quedando los documentos de Dutertre y Bruce como los que señalan el más antiguo conocimiento de la fiebre amarilla en América, sin que hayan visos de que hubiese existido antes de esa



época, pues no hay referencias bien fehacientes, ni de cronistas ni de conquistadores.

Ya se ha visto lo que dice Hernán Cortez de Veracruz, lugar que pasa por ser el primero donde se conoció la fiebre amarilla y desde tiempo inmemorial.

“Es un punto fuera de duda—dice el Dr. Manuel Nicolás Corpancho—para quien haya consultado la Historia Nacional, que el tifus icteroides no había alcanzado en sus incursiones á nuestra patria hasta 1852, en que recorriendo gran parte de nuestro territorio en el carro de la guerra y alumbrado por la antorcha de las revoluciones, sembró la consternación, y está asociado á nuestros recuerdos con uno de los períodos políticos más calamitosos. Antes de esa época no hay tradición de que esa enfermedad haya figurado en nuestro cuadro nosológico, ni existe ningún documento científico que siquiera lo haga sospechar. Ni Garcilazo de la Vega, Prescott, Zárate, Oviedo, ni ninguno de los historiadores de la Conquista, ni los cronistas de Indias, ni los ilustres viajeros que han visitado el Perú, como el Comendador Ulloa, Sobreviela y Gerbal y otros refieren la presencia del tifus icteroides, sin embargo de que hacen mención de las epidemias ó á lo menos enumeran las enfermedades que se padecían en el país.”

—“D. Cosme Bueno, D. Gabriel Moreno y D. Hipólito Unánue, ninguno de ellos menciona la fiebre amarilla como enfermedad conocida en el Perú, lo que no era creíble que pasase inadvertido para médicos de tanta nota, sobre todo, si hubiese reinado alguna vez epidémicamente.”

Se cita como comprobante de la existencia de la fiebre amarilla en Lima antes de 1852, la descripción de Paredes respecto de la epidemia

de 1818. De esta dice el autor que en tal año perecieron por ella 2344 personas sólo en el 1er. semestre. Pero según el mismo Dr. Paredes, no había motivo suficiente para suponer la fiebre amarilla, opinando que tenía más puntos de contacto con la epidemia Gaditana, llamada la Piadosa, reinante en Cádiz en 1784, descrita por el Dr. Don Cristóbal Cubillas; á la cual Piadosa hoy se le reconoce como gripe.

Lo que dice el Dr. Paredes, respecto de la epidemia de Lima en 1818, es lo siguiente:

“A una horripilación ó mera destemplanza seguía una fiebre aguda en que el pulso ofrecía un grado moderado en velocidad y fuerza y casi nunca fue duro ni vibratorio, con cutis caliente y seca, dolor de cabeza principalmente en la frente, ojos cargados y lagrimosos, dolores en las articulaciones y más recios en la región lumbar, orina natural, amargor de boca, lengua húmeda y limpia, ó cubierta levemente de un sarro blanco, y una general displicencia de alimentos y bebidas. Este aparato por lo regular no se sostenía más que uno ó dos días y al 2º ó 3º se sentía el enfermo aliviado de la fiebre, luego que le sobrevenia un blando sudor, que en muchos eran fétido y de olor ácido, experimentando todavía de cuando en cuando dolores pasajeros que subían á la cara, y continuándole el dolor de cabeza, la repugnancia al alimento y los dolores hasta que sobrevenia una diarrea de dos ó tres días; y al cuarto ó quinto se hallaba el individuo en estado de salir, permaneciéndole por muchos días la inapetencia, falta de fuerzas y laxitud de cuerpo.”

Luego habla de formas graves y de expansión de la epidemia, continuando:

“En medio de tan gran generalidad y de los síntomas alarmantes referidos, se veía, no sin admira-

ción, que lejos de tomar éstos el auge que parecía consiguiente, ni de fijarse con terquedad, cedían espontáneamente ó con los ordinarios auxilios, de manera que ninguno de que supiésemos pereció en la urgencia del mal, sino de los resultados que constituían ya enfermedad separada y esto al cabo de varios días ó de meses, siendo los más, aunque no todos, personas habitualmente enfermizas."

"Se quiso saludar — dice Paredes — la enfermedad de *vómito prieto* y de *fiebre amarilla* sin fundamento, pues los que vomitaron oscuro, fueron los menos; á nadie quedaba el tinte amarillo tan esencial en dicha fiebre."

Esta descripción es suficiente para creer hoy, que la epidemia de 1818 fue la gripe, de modo que citar á Paredes en favor de la fiebre amarilla, no tiene razón que lo abone, ni aún la del Dr. Paredes, que por lo apuntado, bien se vé que opinó en contra, y asimiló en razón, la epidemia limeña de 1818, á la de Cádiz en 1784, llamada la *piadosa* allí, y en Lima *mangajo*, de las que hoy se puede decir fueron una y otra, epidemias de gripe.

Los documentos dejados por Valdez respecto de las epidemias de 1808 y 1818, no prueban que se tratara de fiebre amarilla, como algunos han pretendido. Lo que Valdez cuenta, entra perfectamente en el síndrome clínico de la gripe, como es opinión de la mayoría.

En las viejas y muy importantes columnas de la "Gaceta Médica", hay una cita que hace el doctor Ulloa, respecto de una pequeña epidemia ocurrida en el Callao en 1781 referida por el doctor Lebland, que á juicio de este representaba unos pocos casos de fiebre amarilla, sirviendo esto al doctor Ulloa para asegurar que dicha enfermedad había existido en Lima antes de 1852.

Ha sido muy investigado el asunto de la vez primera que la fiebre amarilla se mostró en Lima, y si no muy investigado, á lo menos ha sido punto que ha llamado bastante la atención de doctos y profanos, éstos por curiosidad simplemente inofensiva, aquellos por curiosidad de interés científico.

Está bien determinado que entre 1740 año de la primera epidemia en Guayaquil y 1800, no hay otro punto discutible que el de la pequetísima epidemia chalaca de 1781; en el resto del período considerado, evidentemente no se conoció ejemplos de fiebre amarilla; las crónicas de esos tiempos no hubieran dejado de anotar, un asunto que no podía pasar inadvertido. Desde 1800 hasta 1852 la fiebre amarilla no ha sido conocida en Lima, y esta aseveración estan afirmativa, que jamás ha sido puesto en duda por los cronistas modernos. Las epidemias de 1808 y 1818 fueron seguramente de gripe. Por consiguiente desde 1740 hasta 1852 sólo queda en discusión la epidemia de 1871, cuyo observador único es el doctor Lebland. Era este señor, un médico naturalista á quien el gobierno francés envió en 1779 á estudiar los países intertropicales, con el cual motivo residió en Lima desde entonces hasta 1781.

El doctor Lebrand en sus crónicas, después de decir que tuvo ocasión de sostener con brillo sus opiniones en el Hospital militar del Callao, respecto del tratamiento de la disentería, añade que allí el médico y uno de los dos cirujanos acababan de morir de una epidemia que se decía ser peste, palabra por la cual en lenguaje vulgar se designa epidemia: Dice luego el doctor Lebrand:

"De orden del Virey, comisionado por el —rotomédico partí á las nueve de la noche para reconocer el estado de las cosas. En el camino encontré al segundo cirujano

que lo traían moribundo. Llegué y veo 120 enfermos en dos salas cerradas por todas partes, y atacados de la epidemia reinante en Lima (El Bicho). En una tercera sala estaban encerrados los enfermos que se decían apestados, en número de trece. El boticario, viejo aclimatado y muy experimentado, me dijo que los enfermos de la tercera sala eran marineros llegados de Chile hacía tres meses, y nueve habían sucumbido en ocho días, los más con convulsiones, en otros con hemorragias que se manifestaban por la boca, la lengua y los ojos; que todos habían sido atacados de vómitos de un humor negrozco y que en fin era el *vómito negro*, enfermedad que él conocía bien por haberla visto en Cartagena y en Puerto Bello. Añadió que los primeros que habían sido traídos en número de 5, pertenecían á un buque cargado de trigo procedente de Chile; que este grano se había mojado por una vía de agua durante la travesía; que él había ido á hacer una visita á bordo, y que él y los que bajaron al entre-puente habían experimentado un gran calor, vértigos, dolor de cabeza, causados sin duda por el trigo en fermentación."

"Mientras se abrían las ventanas, se purificaba el aire de la sala con fumigaciones de vinagre, etc, hice trasportar á otra sala todos los febricitantes atacados de vómitos y vértigo que el boticario me señaló en número de veintidós. Eran marineros, todos extranjeros venidos de Chile, es decir de un clima frío como el de Europa, por consiguiente no aclimatados."

"La quina en sustancia ó en decocción, mezclada con ácido sulfúrico, ó algunos decigramos de jalapa ó de láudano, se administró á todos aquellos en que se habían manifestado los vértigos, la debilidad del pulso, las hemorragias, las petequias, y los otros síntomas que

acompañan la confirmación de la fiebre amarilla. Los sinapismos y otros coadyuvantes se emplearon también, según las circunstancias. De estos enfermos los atacados, de delirio furioso, y amarillos como membrillo tenían los pies y las manos atados. Les hice aplicar nieve en la cabeza. Tales fueron mis disposiciones en la primera noche."

"La mañana siguiente administré el emético á los febricitantes en las dos primeras salas, atacados de la epidemia reinante, y á los de la tercera sala en quienes la fiebre amarilla no estaba confirmada. Este remedio fue empleado con las precauciones indicadas en el tratamiento de la fiebre amarilla. Los que pudieron soportar la quina se encontraban mejores. Tres habían sucumbido sin tomar remedio alguno. De los dos atacados de delirio uno había muerto, el otro había recobrado el conocimiento y no sentía más que debilidad; fue cubierto de un sudor general, que terminó el delirio y decidió la curación."

Más adelante dice Lebland que la enfermedad en cuestión se hizo contagiosa, "en el hospital entre los extranjeros solamente. El médico y los dos cirujanos, los tres europeos que se encontraron más al alcance del contagio perecieron, etc."

....."Bastaría observar que sobre los 35 enfermos que he creído atacados ó amenazados de fiebre amarilla, 26 fueron curados; de suerte que sobre los nueve muertos, de los cuales 5 sucumbieron la noche de mi llegada, no hubieron sino 4 que murieron sin que la quina hubiese podido obrar en ellos; así es que á mi partida del hospital donde permanecí 25 días no había más que 60 enfermos sobre la totalidad, cuyo tercio había sido renovado por los recién llegados, y la fiebre amarilla había desaparecido."

A pesar de la autenticidad de lo relatado por Mr. Lebland, pues no tiene explicación la presencia primi-

mitiva de fiebre amarilla, en sujetos que contaban tres meses desde su llegada al Callao, y que procedían de la costa de Chile, lugar desfavorable al cultivo del stegomia, que necesariamente tuvo que proceder de Guayaquil ó Panamá en viaje directo á Chile, y ofrecer el caso inaudito, de que en tan largo viaje no se presentaran á bordo casos de fiebre, pues de elló nada se dice.

Y puesto que no hubo caso en la nave, supongamos que en Guayaquil se embarcó un stegomia infectado, verificando su postura á bordo, y que luego pereciera sin volver á picar, puesto que no hubo fiebre en el buque; por consiguiente, la única manera de producirse ésta debió ser por los nuevos stegomia infectados por herencia. En la naturaleza los huevos necesitan 30 días por término medio para evolucionar en todos sus ciclos, y como los adultos no son peligrosos aún sino después de 14 días de su eclosión, tenemos ya un total de mes y medio. Los nuevos stegomia infectados por herencia, para multiplicarse, y hallándose todavía á temperaturas favorables con 45 días de viaje hacia el Sur de Guayaquil, han debido picar, y por lo tanto producir fiebre amarilla lo que no sucedió, luego pues esta enfermedad no emigró á Chile por infecciones sucesivas, y no habiendo ocurrido así, es claro que la fiebre amarilla de Lebland no ha viajado en el citado buque de Guayaquil á las costas chilenas, y de allí al Callao, para manifestarse á los tres meses de la arribada.

Entonces, ¿qué pudo ser la enfermedad observada por Lebland? ¿Sería nada otra cosa que la enfermedad reinante en Lima en aquel año, á la que el público bautizó con el nombre de *bicho*?

Y si así fue, ¿no era el *bicho* la fiebre remitente biliosa de los países

cálidos, que es á lo que más se parece la epidemia de Lebland?

Lebland halló 120 enfermos con *bicho* en dos salas. En una tercera halló 13 enfermos á los que el boticario calificó de amarílicos. Estos eran los marineros llegados de Chile hacía ya tres meses. Por la misma habían muerto antes 9 de los marineros llegados.

Lebland hizo trasportar á otra sala, todos los febricitantes con vómitos y vértigos en número de 22.

Por consiguiente ya tenemos una cuarta sala y es justo pensar que aquí pasaron los 13 de la tercera sala, pero como formaron un total de 22, es claro que hubo de elegir 9 de entre los que ocupaban las salas primera y segunda.

Es decir que sometió á tratamiento anti-amalrico á amalrícos y no amalrícos ó sea á los atacados de *bicho*.

Pero como después dice que al día siguiente dio emético á los febricitantes de las dos primeras salas y á los de la tercera en quienes la fiebre amarilla no estaba confirmada, se deduce que no es efectiva la aquiescencia que parece dar al diagnóstico del boticario, quien señaló como amarílicos á todos los trece de la tercera sala; que habiendo sido los trece trasladados á la cuarta sala, para llegar al número 22 enfermos, fue necesario tomar más de 9 de las dos primeras salas, los que según Lebland tenían *bicho*. Suponiendo que pasaran sólo diez de la tercera á la cuarta, de la primera y segunda han debido pasar doce, por lo tanto se sometió á tratamiento anti-amarílico á un total de 22 enfermos de los cuales 12 no eran amarílicos.

Después dice el doctor Lebland que tuvo un total de 35 enfermos y suponiendo que sólo 10 fueran de fiebre amarilla de veras, quedaron 25 no amarílicos que la tradición de Lebland quiere hacer pasar por

amarílicos para constituir una pequeña epidemia.

Pero lo concluyente en contra del diagnóstico, y atendiendo á la teoría del stegomia, es lo siguiente, dicho por Mr. Lebland:

“He aquí pues un hecho notable en que la fiebre amarilla, sin haber sido traída de fuera por los buques de comercio de Chile, se declaró en sus tripulaciones gozando todos del mejor estado de salud, etc.”

Es decir, que nunca hubo á bordo enfermos de fiebre amarilla, la que para ser trasportada desde Guayaquil á Chile ha tenido necesidad absoluta de que ocurrieran varios casos sucesivos durante los viajes.

Por otra parte, puesto que Lebland utilizó de igualdad terapéutica, es porque por lo menos halló semejanza clínica entre los enfermos de las tres salas. En las dos primeras se alojaban 120 enfermos de *bicho*, algunos con tales caracteres que obligaron á Mr. Lebland á alojarlos junto con los, claramente para él, atacados de fiebre amarilla, y puesto que ésta no ha podido existir, es justo suponer que todos los enfermos estuvieron atacados por una sola y misma enfermedad, á la que el público apodaba *bicho*, entidad morbosa que por el sindrona clínico parece bien la fiebre remitente biliosa de los países cálidos; todo lo que ocurría en el mes de marzo, mes de las mayores temperaturas en Lima y Callao.

Cuando en 1856 la Sociedad Médica se ocupó en muy ilustradas discusiones del origen y modo de propagación de la fiebre amarilla del 54, el doctor J. J. Corpancho citó la historia clínica de don Alonso Morales, quien, en 1842 padeció la fiebre amarilla, sin que se presentaran más casos; este señor se hallaba en el Callao, y aunque no se dice nada de su residencia, con la teoría actual del stegomia es permitido afirmar que contrajo la fiebre amarilla fuera de Lima, y por

lo tanto que el señor Alonso Morales tenía pocos días de permanencia en el Callao, si se ha de admitir que fue el tífus icteroides lo que el padeció, pues bastante le semeja el cuadro clínico que en resumen fue: “calofríos, dolor á los huesos, cefalalgia, dolor epigástrico, vómitos biliosos y negros, hemorragia de las encías, ictericia.”

Nada hay de extraño en lo relatado. En nuestros días también ocurre la llegada de sujetos provenientes de Guayaquil, á los que la fiebre amarilla invade en el Callao, habiendo hecho el viaje durante la incubación, y siendo picados en Guayaquil ó en la travesía por un stegomia embarcado en Guayaquil después de infectarse.

Sea de ello lo que fuere, el caso de Alonso no puede considerarse nacional, por consiguiente antes de 1851 no hubo fiebre amarilla en Lima, ó mejor dicho antes de febrero de 1853 que fue cuando la fiebre amarilla se hizo epidémica.

Hacia fines del año 1851, hasta el cual no se conocía la fiebre amarilla en Lima, era noticia de harta evidencia, que la dicha enfermedad había determinado epidemias en New Orleans, San Thomas, Panamá y Guayaquil, y esto dio ocasión á que en el Callao fuera puesto en cuarentena el vapor “Maid Orleans” á cuyo bordo habían muerto cuatro marineros, todos ellos á causa de infección amarílica, lo cual también aconteció con el vapor “Bolivia”, que procedente de uno de los puertos epidemiados, llegó aún con enfermos de los que uno murió en su arribada á Paita.

Fue en uno de los días de diciembre del año en referencia, que llegó á Lima el señor José María Vásquez procedente de las Antillas y de paso por Panamá. En el tiempo aquél, comenzaba la epidemia de fiebre amarilla en los territorios antillanos, y particularmente en San Thomas, puerto donde toca-

ban los vapores trasatlánticos antes de ir á Colón. No se tiene noticia de que hubiese enfermos en la misma nave que trajera á Vásquez al Callao, pero es lo cierto que alojado en Lima en el hotel "Victoria" propiedad del señor Coppola, enfermó allí de fiebre amarilla al principiarse el mes de enero de 1852; prestóse asistencia profesional el doctor José Miguel de los Ríos y estimando necesaria su separación del hotel, fue conducido Vásquez al antiguo hospital de "San Andrés", (hoy comisaría del cuartel 3º) donde murió.

Este fue el principio de la primera y pequeña epidemia que sufrió Lima el año 1852. Los casos se repitieron y su total formó el siniestro preludio de lo que aconteciera en Lima dos años después.

La fiebre amarilla invadió con marcada intensidad en 1852 toda la parte situada al norte del distrito 2.º, mostrándose menos cruel con el resto del indicado distrito, es decir: desde la calle de Palacio y siguientes del girón de la Unión, hasta la Merced por un lado, y por otro hasta el girón paralelo de la Toma y Panteoncito, esfumándose hacia las calles de Minería, Gallos y San Marcelo. En el distrito 3.º, fue la parte central la más acosada por la fiebre amarilla, diseminándose hacia los barrios de la iglesia de San Francisco de un lado, y del otro hacia la Higuera y el Corcobado. Quien recuerde que en esos tiempos las calles de Lima tenían acequias al descubierto, y que ellas servían de sumidero á las aguas excluidas y residuos de toda especie del vecindario, se imaginará muy bien el estado de aseo lo menos, ya que no de higiene, en que se encontraba Lima. Su estado natural era, pues, el antigienismo, y se encontraba en situaciones de lo más favorables para que las epidemias hicieran estragos muy serios. Es in-

dudable que en los sujetos que viven en determinada época, no se halla el sensorium tan irritado por tal ó cual modus vivendi contemporáneo, como en aquellos que asistiendo sólo á la época del mejoramiento y de la evolución, y ya lejanos de aquel primer tiempo, lo miran con asombro, y se duelen del grado de tranquilidad con que vivieron los abuelos, en un medio que después se juzga como detestable é imposible de tolerancia, exactamente como dirán de nosotros los futuros nietos al tener conocimiento de esta resignación y reposo con que soportamos la pérdida anual en Lima de 1,000 personas lo menos, sólo por tuberculosis pulmonar.

Continuará.

---

## Correspondencia de París

---

### La galvano-cauterización en la hipertrofia congestiva difusa ó hiperhémica vascular del cornete inferior

La obstrucción nasal por hipertrofia del cornete inferior, afecta dos formas diferentes que es necesario distinguir bien entre sí para instituir el tratamiento que de los resultados más favorables; la primera es la forma *hiperhémica vascular* y la segunda la *hipertrófica conjuntiva*.

Sólo indicaremos algunos de sus caracteres diferenciales más importantes.

<b>1ª hiperhémica vascular</b>	<b>2ª hipertrófica conjuntiva</b>
Tejido pseudo-mixomatoso.	Tejido conectivo embrionario
Blando	Duro
El estilete se encaja profundamente á la presión como si lo hiciera sobre una almohada de plumas.	El tejido es firme y resistente á la presión del estilete.
Mucosa roja.	Mucosa gris-blancuesina
Mucosa lisa.	Aspecto peliploide y rugoso de la mucosa.
Siempre difusa.	Generalmente localizada ó irregular.
Cuando se la impregna con una solución de cocaína - adrenalina se retrae casi por completo.	No se retrae sino muy poco á la cocaína-adrenalina.
Tratamiento: gálvano - cauterización.	Tratamiento: ablación. El gálvano - cauterio está contraindicado.

Estos caracteres son suficientes para sentar un diagnóstico preciso de *hipertrofia congestiva difusa* del cornete inferior, única susceptible de ser tratada por la cauterización galvánica.

Una regla á la que da mucha importancia el doctor Lermoyez sobre la indicación de las rayas de fuego, está basada en la retracción de los tejidos bajo la acción de la cocaína-adrenalina.

Las rayas de fuego darán un resultado en todo caso *algo menor* que la retracción á la cocaína-adrenalina, de modo que al primer examen que se hace de un enfermo se puede predecir el grado de mejoría que se obtendrá por el tratamien-

to. Basta hacerle una embrocación minuciosa y completa del cornete con la siguiente solución.

Rp.

Polv. de cocaína..... 1 gramo.  
 Agua destilada..... 10 gramos.  
 Solución normal de adrenalina al 1/1000 X gotas.

se esperan 10 minutos, al cabo de los cuales se mide la capacidad respiratoria nasal del enfermo.

Si la retracción es nula ó muy mediocre, no se empleará la gálvano-cauterización y si más bien la ablación sangrante de la región hipertrofiada.

Si al contrario la retracción es amplia y suficiente, se practicarán las rayas de fuego esperando obtener una desobstrucción nasal que, como hemos dicho, será siempre un poco inferior á la que se había producido por la cocaína-adrenalina.

#### TÉCNICA OPERATORIA. — PREPARACIÓN DEL ENFERMO

Hay que operar siempre en frío, si existe un ataque de coriza agudo, serioso ó purulento es necesario tratarlo convenientemente hasta que desaparezca la supuración.

Durante los 4 días que preceden á la cauterización, se hacen tomar dos baños nasales, uno de noche y otro de mañana á 37° ó 38° de temperatura con la pipeta de Kress y Orven llena de una solución isotónica, sea de cloruro de sodio á 7 por 1000 ó sea de bicarbonato de soda á 15 por 1000.

En seguida se prescriben 4 vaporizaciones al día, una cada 3 horas hechas con el *Vaporizador Roberts* de la siguiente solución:

- Rp. Gemenol..... 2 gramos.  
 Aceite de vaselina esterilizado..... 20 gramos.

**POLO DEL GÁLVANO-CAUTERIO**

Por lo general debe preferirse el cauterio en forma de cuchillo: que se pone incandescente por un sólo lado; esto tiene una importancia capital, pues al hacer la cauterización es menester evitar la herida del tabique, que en el momento de la reacción se pondría en contacto con la superficie granulosa del cornete y daría lugar á la formación de sinequias más ó menos extensas, que desvirtuarían el resultado final de la operación.

**ANESTESIA**

Será siempre local y obtenida gracias á la solución de cocaína-adrenalina cuya fórmula hemos dado al tratar del diagnóstico de la enfermedad. La adrenalina no sólo ayuda á la retracción vascular y al aumento de la amplitud nasal para el manejo de los instrumentos, sino que refuerza también el poder anestésico de la cocaína.

Bajo el control de la vista se hará primeramente una embrocación de toda la superficie del cornete y del tabique; en seguida se colocará una torunda de algodón impregnada del líquido anestésico á lo largo de la superficie que hay que cauterizar y se esperará por lo menos durante diez minutos para que la anestesia al calor, que es la última en obtener, sea completa.

En los niños de menos de 6 años no se empleará esta manera de

anestesiarse porque puede dar origen á accidentes de gravedad.

**CAUTERIZACIÓN**

El cauterio será llevado al rojo cerezo al exterior, para que cuando esté en contacto con la mucosa en el momento de la cauterización, de rojo sombrío.

El cauterio se introduce frío hasta la parte posterior del cornete, evitando siempre y con gran cuidado el contacto con el pabellón de la trampa; se dirige entonces la parte del cuchillo que ha de entrar en incandescencia hacia el cornete y se hace pasar la corriente; el cauterio se va introduciendo en la mucosa hasta ser detenida por la superficie ósea del cornete, en este instante se comienza á sacar el polo por movimiento de va y ven, cauterizando siempre hasta el hueso.

Antes de llegar á la extremidad anterior del cornete se separa el cauterio y se saca al exterior en el estado incandescente, pues si se abre el circuito estando aún en contacto con la mucosa la adherencia que se hace con ella convierte la extracción en difícil y dolorosa.

**EL TABIQUE DEBE QUEDAR ABSOLUTAMENTE INDEMNE EN TODA BUENA CAUTERIZACIÓN**

**DEL CORNETE**

O bien se contenta el operador con hacer una sola raya de fuego si el cornete no está muy hipertrofiado ó practica otra á 5 milímetros de distancia de la primera si el cornete es voluminoso siguiendo en todo caso las mismas reglas para su ejecución.

No debe operarse sino el cornete de un lado para dejar libre la res-

piración del otro, cuando sobrevenga la obstrucción nasal de reacción consecutiva á la cauterización.

A los 8 días se opera el otro lado. Sólo á los 15 días de la primera cauterización se puede hacer una segunda. En general, bastan dos cauterizaciones bien regladas para reducir un cornete vasculo-congestivo por grande que sea.

**CUIDADOS POST-OPERATORIOS**

Por lo general no debe hacerse taponamiento nasal preventivo. El enfermo debe guardar el cuarto por lo menos durante las primeras 24 horas que siguen á la operación.

Si hay un poco de hemorragia basta hacer toques ó colocar una pequeña tornada de algodón impregnada con agua oxigenada tibia sobre la superficie que sangra. Se renovarán las tornadas si es necesario.

Es excesivamente raro que la hemorragia sea tan intensa que requiera un taponamiento nasal completo.

Los primeros días el enfermo peor por el lado operado, que está ligeramente adolorido y que deja escurrir un líquido sero sanguinolento ó francamente seroso. Se prescribirán entónces 3 vaporizaciones al día de la vaselina-gomenol ya indicada.

Si la obstrucción es muy marcada y los dolores no desaparecen, se harán dos pulverizaciones diarias de la solución siguiente bien esterilizada.

Rp:

- Clorhidrato de cocaína..... gr. 0.50
- Agua destilada..... 25 gramos.
- Solución normal de adrenalina al 1 por 1000..... XX gotas.

distanciadas por lo menos de una hora de las de gomenol.

Si sobreviene una reacción francamente infecciosa con expulsión de pus, (lo que es muy raro si se han seguido las prescripciones preoperatorias), se harán cada dos ó tres horas, según el grado de la inflamación, vaporizaciones intranasales de una solución fenicada al 1/100, con un vaporizador al vapor y se pondrán además á permanencia cataplasmas calientes sobre el dorso de la nariz.

**RESULTADOS**

En la forma que estudiamos el resultado es bueno y duradero en general por 2 ó 3 años, al cabo de los cuales, si se vuelve á presentar la hipertrofia congestiva-vascular, se repetirá la cauterización que es inofensiva y de muy fácil ejecución, si se pone en práctica ciñéndose á las indispensables instrucciones de detalle que preceden.

París, enero 1.º de 1908.

EDMUNDO ESCOMEL.

**TRABAJOS EXTRANJEROS**

**La Profesión médica en Sud-América**

JUZGADA POR UN NOTABLE CIRUJANO Y ATREVIDO VIAJERO NORTE AMERICANO

(Continuación)

ACADEMIA DE MEDICINA DE RÍO DE JANEIRO.—La academia de Medicina de esta ciudad es una organiza-

ción selecta y digna, compuesta de los más prominentes médicos. El número de sus miembros está limitado á cien activos y corto número de honorarios, que en mayoría residen en la ciudad. Exepto durante los cuatro meses de verano, las sesiones tienen lugar todos los jueves en la tarde, y sus trabajos se publican en los *Anales de la Academia de Medicina de Río de Janeiro*, fundados en 1829. La academia es propietaria del edificio en que tienen lugar sus sesiones.

La Sociedad Médica de Río de Janeiro tiene mucho mayor número de miembros y representa los intereses de la masa profesional. El congreso médico brasilero tendrá su próxima reunión en la ciudad de San Pablo (Sao Paulo), en setiembre 6. El Congreso Médico Internacional de las repúblicas sudamericanas se reunirá el año entrante en Río de Janeiro. El doctor Sobré, profesor en medicina en la facultad de Río de Janeiro, es el presidente del Comité Brasilero para el Congreso Médico Internacional de Buda-Pesth.

**PERIÓDICOS MÉDICOS DEL BRAZIL.**— Los principales periódicos médicos que se publican en la república del Brazil son los siguientes: *Brazil Médico*, Río de Janeiro, editado por el profesor Azevedo Sobré; *Revista Médica de Sao Paulo*, San Pablo, editado por el doctor Victor Godinho; y *Gaceta Médica de Bahía*, Bahía, editado por el profesor Silva Lima. Un gran número de periodiquitos se publican en diferentes partes del país, y en mayoría están llenos de toda clase de avisos impresos en papel de colores, dependen evidentemente de los anunciantes y no de los suscritores *bona fide*, como lo revela su origen y existencia. Sería de desear que *The Journal A. M. A.* cultivara mejores relaciones con los periódicos médicos selectos de sudamérica, y ofrezca á sus lectores algo

del espléndido trabajo científico que realizan los numerosos estudiantes é investigadores serios de las repúblicas sudamericanas.

Río de Janeiro, Julio 28 de 1907.

TRABAJOS DE LA  
OFICINA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
DE LA REPÚBLICA DEL BRAZIL

Desde que el país fué invadido por los europeos, hace cerca de 400 años, muchas rudas batallas se han dado en el suelo brasilero por su posesión, y por el poder la riqueza é influencia personal. En muchas de estas guerras la Justicia estaba vendada y las victorias fueron dón exclusivo para las inteligencias superiores y para las armadas más poderosas, sin tomarse en consideración las causas que determinaron la contienda y el derramamiento de sangre. La más grande y honrosa lucha en que el Brazil ha estado siempre empeñado, va siendo ganada, y victoria tras victoria ha coronado el entusiasmo y constancia de sus combatientes, armados no con instrumentos de guerra sino con las armas silenciosas de la ciencia, que han destruido al más formidable enemigo del país, los gérmenes mortíferos de las más peligrosas enfermedades transmisibles agudas: la fiebre amarilla y la peste bubónica. Lo que el coronel Gorgas ha realizado en la zona del Canal y en las ciudades de Panamá y Colón, ha sido conseguido por el Dr. Oswaldo Cruz, en el Brazil, en los cuatro últimos años. A la cabeza de un cuerpo sanitario de 2200 hombres, bien adiestrados y equipados, y con el auxilio de un numeroso estado mayor de asistentes especialmente instruídos para este trabajo, ha conseguido desembarazar la costa brasilera de la fiebre amari-

lla y reducir al *mínimum* los estragos de la peste butónica, enfermedades ambas que durante años y años han diezmando la población del Brazil, dificultado la marcha del comercio é impedido el desarrollo de sus inagotables recursos. El temor de estas enfermedades ha apartado de sus costas á los hombres ricos é inteligentes y detenido la ola fecunda de la inmigración.

Ninguno de los muchos brasileiros honrados con monumentos y estatuas, ha hecho tanto por su país como el Dr. Cruz. El ha emprendido la difícil tarea de luchar intrépidamente contra la fiebre amarilla y la plaga bubónica, con la firme convicción de que la victoria debería coronar sus bien concebidos planes y heroicos esfuerzos. Una estatua de oro erigida á su memoria sería débil muestra de reconocimiento por los innumerables servicios que ha prestado á su país y su victoria sobre estas enfermedades, sin mencionar lo que ha hecho por la profilaxia en general, lo hace acreedor á los más altos honores que la gratitud de la nación puede discernir. El Dr. Cruz es el dictador del departamento sanitario del gobierno federal. Su palabra es ley y sus órdenes atendidas sin réplica, como sucede demasiado frecuentemente en los asuntos sanitarios de nuestro país desde el gobierno general hasta la administración de las más pequeñas aldeas. El dirige el trabajo de todas las diferentes secciones del departamento de sanidad, cada una de las cuales tiene su jefe, que está subordinado á él.

El Dr. Cruz tiene 36 años, pero el trabajo rudo ha blanqueado prematuramente sus caballos. Es una personalidad agradable, bondadoso y considerado con sus subordinados, pero su mandíbula inferior prominente, su boca firme y las marcadas líneas de su fisono-

mía, prueban que puede decir "no" cuando la ocasión lo requiere. Su conjunto revela que está habituado á la obediencia y pronta ejecución de sus órdenes. Es respetado y querido por sus subordinados, y sus asistentes en el laboratorio lo veneran legítimamente. Se embarcó para Europa al día siguiente que visité su laboratorio, de vacaciones por seis meses. Durante su permanencia en Europa asistirá al Congreso Internacional de Higiene, y estoy seguro, que su cooperación en los trabajos de este cuerpo científico, llamaría mucho la atención, pues sus grandes conocimientos y vasta experiencia le dan títulos para hablar con autoridad. Recibe un sueldo anual de 6000 dollars oro, suma insignificante si se considera el valor de sus inestimables servicios.

*Continuará.*

## Publicaciones recibidas

**Apéndice al tomo I de la Gaceta Médica de México.**—México.—A. Carranza y C<sup>ª</sup>, impresores. Callejón de cincuenta y siete, N<sup>º</sup> 7.—1907.

Es un interesante folleto ilustrado, que contiene brillantes tesis de agregación á la Academia Nacional de México de prácticos ingresados á esa institución durante el año de 1907.

**La Tribuna Médica,** de Santiago de Chile. Este periódico profesional que gana en importancia cada día, ha aparecido en enero 1<sup>º</sup> con nuevo formato.

**1908.—Almanaque del Gabinete de Higiene y Fisioterapia de Lima,** di-

rigido por el doctor César Sánchez Aizcorbe.—Calle de Belén N° 1014.

Imprenta Mercantil, Plumereros, 381.

**Apuntes de medicamentos** por el doctor Rodríguez Méndez.

**L'Alchébiogéne.**—Etudes de physiologie et de therapeutique clinique par le Dr. Jh. Ferrua, ancien Medecin Mayor de la Marine.

Modene (Italia).—G. Ferragut et Cia.—1907.

**Etude Clinique et physiologique sur le traitement des Maladies de la Peau.**—Par le Dr. Joseph Ferrua, ancien medecin de la marine.

Paris. A. Maloine, editeur 23-25 rue de l'Ecole de Medecine.—1902.

**Maladies du nez et du Larynx**, por A. Cartar, A. Castex et H. Barbier. 1 vol. gr. en 8.º de 227 pages, avec 65 figures. Broché: 5 fr. Cartoné: 6 fr. 50 (Librairie de J. B. Bailliere et fils,—19, rue Hautefeuille, a Paris).

El modo de publicación adoptado para el *Nuevo tratado de Medicina* dirigido por los profesores Gilbert y Thimot presenta la gran ventaja que el lector puede no adquirir sino las partes que le interesan, pues la obra entera se compondrá de 40 fascículos independientes. Cada fascículo forma un tratado completo donde están expuestos las más recientes adquisiciones de la ciencia médica.

El fascículo consagrado á las enfermedades de la nariz y de la laringe se debe á los doctores Cartar, Castex y Barbier.

El siguiente es un resumen de las materias allí tratadas:

**Enfermedades de la nariz**, por A. Cartar.—Semeiología de la nariz. Rinoscopia y tacto faringeo, semeiología funcional. Modificaciones de las secreciones. Trastornos circulatorios. Hemorragia nasal.—Epístosis—Trastornos sensoriales, anosmia, hiperosmia, parosmia. Trastornos sensitivos. Neurosis reflejos nasales. Patología especial de la nariz. Rinitis agudas y crónicas. Rinitis infantiles. Dermatitis de la nariz. Tuberculosis nasal—Sífilis nasal.

**Enfermedades de la laringe**, por A. Castex y H. Barbier.—Semeiología de la laringe. Semeiología funcional, semeiología física. Laringoscopia, traqueoscopia y broncoscopia. Patología especial de la laringe. Espasmos de la glotis. Edemas de la laringe. Infecciones laringeas. Laringitis sépticas. Laringitis específicas. Laringitis diftérica. Crup. Laringitis crónicas. Estudio congénito de los recién nacidos. Nódulos vocales. Tuberculosis de la laringe. Lupus de la laringe. Lepra de la laringe. Sífilis de la laringe. Estrechez de la laringe. Neurosis de la laringe. Enfermedades de la voz parlante y cantante.

**La Técnica histo-bacteriológica moderna.**—Procedés nouveaux, méthodes rapides, par E. LEFAS, préparateur à la Faculté de médecine de Paris 1 vol in-16 de 96 pages, cartonné: 1 fr. 50 (Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les méthodes techniques se renouvellent sans cesse: aussi étail-il utile de donner, parmi les plus récentes, celles qui semblent avoir une valeur durable. C'est ce que

vient de faire le Dr. Lefas, dans un petit volume des *Actualités médicales*.

De plus il est procédés anciens que tout le monde cite, mais qui sont souvent d'une application embarrassante. Tels sont par exemple les procédés de recherche du tissu élastique, de la fibrine, de la dégénérescence amyloïde, etc. Il en est de même pour les formules des innombrables fixateurs ou liquides conservateur. Il en est de même pour les formules des innombrables fixateurs ou liquides conservateurs. Il n'est pas jusqu'aux procédés d'inclusion qui échouent souvent, faute d'une technique réglée. Enfin, depuis quelque temps, les procédés de congélation ont été remis en honneur, depuis que l'on a constaté que le seul obstacle à l'obtention de bonnes coupes résidait dans ce fait que l'on coupait des fragments frais, alors qu'il est de toute nécessité de les fixer au préalable; ou obtient ainsi en peu de temps des coupes avec colorations durables qui ne le cèdent en rien aux milleures coupes à la celloïdini.

Il n'est pas de petits détails en ce qui concerne certaines colorations par exemple celle de sang ou de certains parasites récemment découverts, tels que les spirochètes de la syphilis et dont on trouvera les divers procédés exposés dans ce volume. On y a joint certaines recherches, par exemple celle du bacille de Koch, si mal pratiquée d'habitude, malgré son ancienneté, faute d'une technique rigoureuse.

### Un argumento á favor de las Tabletas

Se presenta la cuestión, si las tabletas tienen algún valor, ó mejor dicho, más valor que otro método

de administrar drogas y productos químicos, en estado seco. Nosotros afirmamos que sí lo tiene.

En primer lugar, comparándola con las píldoras, no tiene ninguna capa insoluble agregada en su composición. Las tabletas debidamente preparadas son hechas por la simple comprensión, y por lo tanto, si las secreciones del sistema humano afectan la medicina administrada, á la fuerza se absorbe durante el tiempo más corto posible, lo cual es siempre una ventaja. Comparándolas con cápsulas, podemos garantizar una mayor exactitud en su composición. Como ya se ha demostrado por la experiencia. Cuarenta tabletas de Muriato puro de Amoniaco, hechas en máquina y dosificadas á cinco granos cada una, pesaron 199  $\frac{1}{2}$  gramos en una balanza de torsión. El farmacéutico más cuidadoso sabe que esta exactitud sería imposible llenando cápsulas.

Lima, Abril 17 de 1896.

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.

DR. CONSTANTINO T. CARVALLO

Imp. de San Pedro—39594