

# LA CRONICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Peruana

AÑO XXV }

LIMA, 15 DE JUNIO DE 1908



## Correspondencia de París

### Las vías urinarias y la visión directa

Desde la implantación y perfeccionamiento de los nuevos métodos de examen y sobre todo del de la endoscopia, el diagnóstico y tratamiento de las afecciones urinarias ha entrado en una nueva faz de inapreciable valor.

Estos progresos son debidos en Francia á la infatigable actividad de su vulgarizador el Dr. G. Luys, que ya sea en su consulta nocturna del hospital Cochin, ya en el servicio de ginecología del profesor Pozzi ó ya en su gabinete particular, expone con la elocuencia incontrvertible de los hechos el sin número de ventajas que con ellos se obtienen.

Las crestas, los papilomas y los angiomas intra uretales, *no pueden ser diagnosticados ni tratados* sino valiéndose de la uretoscopia á visión directa, sin cuyo auxilio no se podría tampoco hacer la ignipuntura local y limitada en las litritis ó la cauterización iodada de un veromontanum grandemente hipertrofiado y crónicamente inflamado.

Si en la uretra, la endoscopia á

visión directa reporta tantos beneficios, no los concede menores al tratarse de la vejiga.

La pared vesical mirada sin intermediario de lentes ni de líquidos, que muy frecuentemente se enturbian ó se opacan, se presenta con una claridad y nitidez que abisman.

Los papilomas vesicales, las vérices, ciertos neoplasmas, la tuberculosis, etc., se aprecian de una manera casi matemática.

Aquí, como en la uretra, no sólo el diagnóstico está considerablemente simplificado, sino que en materia de tratamiento local los beneficios son inmensamente superiores á los de la cistoscopia á visión indirecta.

Es cierto que el campo de visión de esta última es mucho más vasto, y si bien en ello supera á los de la anterior, teniendo indicaciones que aquella no puede efectuar, en cambio la acción del galvano ó del tópico químico sólo es practicable con la ayuda de la instrumentación de Luys.

El cateterismo de los uréteres se efectúa hoy también sirviéndose del cistoscopia á visión directa.

Lo he visto hacer por Albarrán, Motz, Denos, Bazy y otros empleando el cistoscopia de Nitze á visión indirecta y por Luys haciendo uso de la visión directa y, á fe mía, quizás si es tanto por la nitidez de

la imagen que se observa, como por la habilidad especial del Dr. Luys, éste lo ejecuta más rápida y elegantemente que los primeros.

Dirigiendo la extremidad del cistoscopio hacia la región de la desembocadura uretral, se observa al cabo de mínimos instantes, un chorrillo emergente de algunas gotas de orina que indica precisamente el punto por donde debe encaminarse el catéter hacia el riñón.

Y esto es tanto más útil cuanto que hoy no es dable practicar ninguna intervención renal sin antes haber determinado por cateterismo de los uréteres, la potencia secretor-eliminadora de los dos órganos, para evitar las muertes consecutivas á la insuficiencia post operatoria.

El diagnóstico de los cálculos renales y ureterales ya no se confía con la misma fe que precedentemente al inapelable fallo de los rayos X, pues cada día se multiplican más los casos que se han tomado por tales, ora simples flebolitos, ora placas calcáreas intramurales que nada tenían que hacer con la liatiasis del riñón. Un cateterismo á tiempo ha demostrado la permeabilidad completa del uréter sin disminución de la capacidad bacinetal y ha puesto por consiguiente en evidencia el error de la diagnosis radiográfica.

El Dr. Pozzi hace hoy una nueva aplicación del cateterismo ureteral. Dada la frecuencia con que se hiere el uréter en las histerectomías abdominales por neoplasma uterino, no practica ya tales intervenciones, sin haber hecho colocar previamente dos sondas á permanencia en los uréteres, para que en el momento operatorio le sirvan de preciosas líneas de reparo (1).

París, abril de 1908.

E. ESCOMEL.

(1) Esta práctica la sigue el Dr. H. Kelly, de Baltimore, hace ya varios años, como puede comprobarse leyendo su libro *Operative Gynecology*, año 1899.

## SANEAMIENTO

DEL

### HOSPITAL DE GUADALUPE

(Conclusión)

Por otra parte, si los objetos inanimados fuesen trasmisores de la peste, la desinfección debería tener su marcha, y sin embargo se ha observado que pueden desinfectarse repetidas veces las casas, sus muebles y cuanto encierran, sin que estas medidas tengan el menor efecto en el curso de las epidemias, no habiéndose comprobado caso alguno en que las desinfecciones más completas hayan bastado para detener su marcha.

Pasemos ahora á ocuparnos de la trasmisión de la peste por las ratas y sus pulgas, que es la teoría científicamente comprobada. La trasmisión de la peste por medio de las ratas en buques, trenes ó entre mercancías trasportadas de otro modo es un hecho que no admite duda, y aún se acepta, aunque estos debe ser poco frecuente, que esos roedores al emigrar, bajo la influencia del pánico que entre ellos despierta la epizootia de sus compañeros, pueden propagar el mal á larga distancia. Es notable la relación estrecha que existe entre el desarrollo de la epizootia de las ratas y la peste humana, la que le sucede poco después con tal constancia que muchas veces es posible predecir que una epidemia va á estallar en una localidad por la aparición en ella de ratas enfermas. A este respecto es interesante observar la marcha que suele seguir la epizootia entre las ratas, la que avanza paso á paso: invadiendo sucesivamente las casas de un lado de la calle para en seguida atravesar el lado opuesto, en tanto que

la epidemia entre sus habitantes sigue un curso idéntico, lo cual prueba la dependencia estrecha de la peste humana á la de las ratas.

La trasmisión de la peste de la rata al hombre no es sin embargo directa, verificándose dicha infección por el intermedio de su pulga (Pulex Cheopis) que es el vector necesario de la peste, como lo veremos más adelante.

La teoría de la trasmisión de la peste por medio de la pulga es de tal trascendencia que juzgamos conveniente entrar en algunos pormenores respecto á las pruebas de diverso orden que le dan apoyo científico. La necesidad de algún agente intermediario que verificara la trasmisión del germen pestoso entre los animales y el hombre, fue sostenida hace tiempo por diversos observadores fundándose sólo en razones de orden epidemiológico, y aún se sospechó que algún insecto, probablemente la pulga, desempeñaba ese rol. Esta hipótesis adquirió más tarde nuevo apoyo habiéndose descubierto que el germen pestoso existía y aún se multiplicaba en el estómago de la pulga. Finalmente, el doctor Simoud en la India en 1893 y los doctores Gautier y Raybaud en Marsella (1903) lograron producir la peste en animales por medio de las picadas de las pulgas infectadas.

Experiencias semejantes fueron repetidas por otros observadores quienes habiendo tenido resultados negativos, pusieron en duda la teoría de la propagación de la peste por las pulgas. Tal era el estado de esta importante cuestión, cuando la comisión inglesa, que estudiaba la peste en la India, se decidió á resolver ese y otros problemas relacionados con dicha infección, practicando con ese fin una larga serie de experiencias notables, hechas con tal rigor científico que sus conclusiones deben aceptarse como definitivas.

Sería largo que detalláramos esas experiencias, pero son tan importantes y demostrativas que juzgamos indispensables dar á conocer aunque sea brevemente, las principales de ellas.

La comisión comenzó por probar que la peste entre los animales podía transmitirse por la intervención exclusiva de las pulgas. Para demostrarlo se colocaron en jaulas distintas ratas sanas y pestosas separadas unas de otras por cierta distancia para evitar que los animales estuviesen en contacto o pudieran contaminarse por sus excretos, pero permitiendo el libre acceso de pulgas de unas jaulas á otras. En estas condiciones pudo observarse que muchas de las ratas sanas adquirían la peste.

Luego comprobó que se podía transmitir la infección directamente de la pulga á la rata. Para esto se hacía que un cierto número de pulgas se infectaran picando á una rata pestosa, en seguida se cogía estos insectos y se les aplicaba á ratas sanas que en el mayor número de casos morían de peste.

Estas experiencias se repitieron después con cuyes y monos, obteniéndose siempre resultados igualmente positivos.

Inversamente se demostró que sin pulgas la peste no se transmitía. Para probarlo se colocaron en un local infectado de peste, dos monos en jaulas separadas, una de las cuales se hallaba protegida contra la penetración de pulgas por medio de "papel de moscas" (tangle foot). El mono no protegido murió de peste, entanto que el otro permaneció indemne. En estas experiencias bastó, pues, que se colocaran unos cuantos pliegos de "papel de moscas" al rededor de una de las jaulas para salvar al mono que encerraba, mientras que el otro animal que no fue protegido de esa suerte sucumbió víctima de las picadas de las pulgas.

Se demostró además, por el experimento que la peste no es contagiosa por el contacto de animales sanos con los enfermos. En una habitación construída "ad hoc" se conservaron cinco cuyes inoculados con un cultivo virulento de peste, y junto con ellos 25 sanos. En esas condiciones los contactos permanecieron durante semanas sin que ninguno de ellos resultase infectado. En cambio, en presencia de pulgas los contactos se infectaban y morían, notándose además que en la época de epidemia la propagación de la peste entre los contactos era muy rápida en tanto que en tiempo de calma su marcha era lenta y la enfermedad revestía á menudo forma benigna.

Se comprobó, asimismo, que cuyes atacados de peste podían amamantar á sus crías sin transmitirles su mal, á condición de que no tuvieran pulgas.

Otra serie de experiencias de la mayor importancia, tuvieron por fin averiguar si la infecciosidad de las casas pestosas se debía á la presencia en ellas de pulgas infectadas. Para esto se colocaron en habitaciones de casas apestadas, animales en jaulas, unos protegidos contra la entrada de las pulgas, los otros nó. Ahora bien, se observó que los primeros nunca se infectaban, en tanto que entre los no protegidos ocurría muchos casos de peste. Luego se tomaron pulgas de cuyes y ratas cogidas en las mismas casas infectadas y se hizo que picaran á cuyes encerrados en jaulas protegidas con "papel de mosca", para evitar toda causa de infección extraña, muriendo de peste el 41 por ciento de esos animales inoculados por las pulgas.

Se adoptó después el procedimiento de soltar en casas infectadas cuyes que son muy susceptibles á la peste y fácilmente atacados por las pulgas de las ratas. Mu-

chos de estos animales, después de recorrer las habitaciones durante una noche, resultaban infectados y morían. Se pudo determinar, empleando una técnica especial, que el mayor número de pulgas cogidas en esos cuyes eran pulgas de ratas y aún se llegó á estimar su abundancia en los diferentes casos comprobándose que los casos infectados contenían doce veces más pulgas que los indemnes y tres veces más que las considerados solamente sospechosos.

En el "papel de moscas" que rodeaban una de las jaulas de experiencias empleada en una casa infectada, se cogieron 247 pulgas las que clasificadas al microscopio resultaron ser 147 humanas 84 de ratas y 6 de gato. Muchas de estas pulgas contenían el bacilo pestoso en su estómago. De 85 pulgas humanas que se disecaron sólo una resultó infectada, en tanto que de 77 pulgas de ratas 23 llevaron el germen pestoso; sólo se disecaron 4 pulgas de gato y ninguna resultó infectada.

Se notó también que los progresos de la infección se hallaban en relación directa con el número de pulgas y que con la recrudescencia ó declinación de la peste existía una variación correspondiente en el número de esos insectos.

Otra demostración, aunque indirecta de que las pulgas son un intermediario activo en la propagación de la peste, se obtuvo suspendiendo cuyes en habitaciones infectadas á una altura mayor que el salto de la pulga ó colocándolos en el suelo en jaulas protegidas por mallas finas ó con "papel de moscas", para impedir la penetración de las pulgas sin que ninguno de los animales así expuestos resultase infectado.

Estos experimentos prueban concluyentemente que ni el aire, ni el suelo de las casas infectadas son

capaces por sí solos de producir la peste, y que su infecciosidad se debe á las pulgas que encierran.

Por último, señalaremos el hecho notable de que la distribución de los bubones en cuyes infectados por pulgas en el laboratorio, es la misma que se observa en esos animales infectados naturalmente después de andar sueltos algunas horas en casas pestosas; de donde se deduce que en ambos casos la infección obedece á la misma causa, es decir, á las pulgas.

Esta serie de experiencias practicadas durante más de dos años, con todo el rigor científico exigible no deja la menor duda acerca del rol que desempeñan las pulgas en la transmisión de la peste entre los animales.

La función que las pulgas tienen en la propagación de la peste parece, sin embargo, puramente pasiva. He aquí en pocas palabras como la infección se realiza. En la rata, como es sabido, la forma de peste septicémica es muy frecuente, abundando tanto los gérmenes en su sangre que se han encontrado en ella hasta cinco millones por centímetro cúbico. Pues bien, cuando una pulga pica á una rata así infectada le extrae con la sangre que le chupa, cierto número de gérmenes que luego evacua por el intestino y deposita casi en contacto con la pequeña herida que hace cada vez que pica, lo cual permite que se infecte fácilmente y penetre por ella el bacilo pestoso al organismo animal. En el estómago de una pulga se han encontrado hasta 5.000 bacilos pestosos y se ha comprobado que dichos gérmenes se reproducen en este órgano siendo su multiplicación más activa durante las epidemias. Se ha observado también, que la evacuación de gérmenes por el intestino de la pulga dura todo el tiempo que el insecto pica y que después de evacuado conserva íntegra su virulencia como ha podido

probarse inoculándose á cuyes que sucumben de peste. Además se ha podido demostrar que basta una sola pulga para producir la infección, y que la pequeña herida de su picada es puerta suficiente para permitir la entrada del germen pestoso, bastando para ello cubrirla con sangre septicémica.

Finalmente señalaremos el hecho interesante de que las pulgas son infecciosas durante un período de quince días en tiempo de epidemia, en tanto que en épocas normales su infecciosidad máxima es de 7 días.

En cuanto á la transmisión de la peste de la rata al hombre por medio de la pulga, es naturalmente imposible demostrarlo por experiencias directas pero es lógico suponer que así suceda por analogía á lo que ocurre en los roedores; y porque además así parece indicarlo la estrecha relación que existe entre la peste humana y las pulgas. Así se nota como queda dicho, que en las casas infectadas de peste las pulgas abundan y que su número crece á medida que la epidemia se desarrolla en ellas, como se ha indicado también, se encuentra el germen pestoso y además su virulencia se exalta cuando la epidemia está en su apogeo, todo lo cual prueba la dependencia íntima que hay entre dichos insectos y la infección. Y si por otra parte está demostrado que la peste no se adquiere por contagio, —excepto en el caso de neumonía pestosa— ni por infección del aire, ni por el suelo contaminado, ni por ingestión, ni por los gérmenes llevados en las ropas y demás objetos inanimados hay que aceptar como lo más probable, que el hombre adquiere el mal del mismo modo que las ratas; es decir, por las picadas de las pulgas infectadas.

Esta teoría ha encontrado oposición como ocurre casi siempre en casos análogos, habiéndolo sido combatida sobre todo, por Galli Vale-

rio (1900—1903) fundándose en que según sus experiencias la pulga de la rata no ataca al hombre. Esta observación que bien puede ser exacta tratándose de la pulga de Europa occidental no lo es con respecto á la de otras partes. Así Gautier y Raybaud (1902—1903) en Marsella y Tidswell en Sydney, han probado concluyentemente lo contrario con las pulgas de esos lugares, y Listán (1905) demostró que la pulga de la rata de Bombay atacaba con frecuencia al hombre, especialmente durante las epidemias. Este importante punto fue asimismo objeto de detenido estudio por la comisión inglesa en la India la cual llegó á la conclusión que no sólo en estado natural pulgas de ratas atacan al hombre sino que aun cautivas y en condiciones completamente artificiales pueden subsistir alimentadas con sangre humana. Esto se demostró colocando pulgas de rata en un bocal de vidrio en el fondo del cual se puso un poco de arena húmeda. Para alimentar las pulgas se les hacía picar á un individuo que introducía su mano y antebrazo en el frasco dos veces al día con ese fin, lográndose así mantenerlas vivas hasta cuatro semanas en algunos casos.

Que las pulgas de rata atacan fácilmente al hombre en estado natural, se demostró por las siguientes observaciones hechas en casa intencionalmente infectada de peste:

I. Abril 17.—Se hizo entrar á una de las habitaciones de esta casa á un individuo por corto tiempo y se encontraron en seguida las pulgas que tenía en sus miembros inferiores encontrándose 40 pulgas todas humanas.

II. Abril 18.—En este día repitiendo la experiencia como en la anterior, se cogieron 113 pulgas de las cuales 55 eran de la especie humana, 51 de rata y 7 de gato.

III. Abril 19.—De 76 pulgas cogidas de un hombre que penetró á

uno de los cuartos por corto tiempo, se encontraron las siguientes especies: 40 humanas, 34 de rata y 2 de gato.

IV. Abril 20.—De 80 pulgas cazadas en la fecha, 18 eran humanas, 60 de rata y 2 de gato.

Como se ve, estas experiencias no dejan la menor duda de que la pulga de la rata ataca fácilmente al hombre, habiéndose observado además que su voracidad aumenta en época de epidemia.

Por consiguiente, si el germen pestoso no se encuentra en la naturaleza en condiciones de ser peligroso al hombre sino en el organismo de la rata, y sólo puede abandonar la rata por intermedio de sus pulgas, estando abundantemente demostrado que éstas atacan al hombre hay que concluir en que el hombre adquiere la peste por las picadas de las pulgas infectadas lo mismo que los roedores.

Volviendo ahora á los enfermos Torres y Cerna, si hemos de ser consecuentes con lo que dejamos expuesto, debemos concluir que dichos enfermos contrajeron la peste de alguna rata, ó ratas pestosas del hospital de Guadalupe. El hecho de no haberse presentado ratas pestosas en dicho establecimiento, no prueba que no existen, pues la investigación que se ha hecho al respecto ha sido por demás superficial.

Hay que mencionar sin embargo, la posibilidad de que la infección haya sido introducida directamente por las pulgas de ratas infectadas fuera del hospital; pero como ese modo de infección debe ser raro nos decidimos en favor de la primera hipótesis que es mucho más probable.

Tampoco creemos después de haber considerado detenidamente el punto que el bañero Torres se infectó por inoculación directa del pestoso Julián Grados, aunque así permitiría sospecharlo el hecho de pre-

sentar su único bubón en el axila derecha.

Para terminar, señalaremos las medidas profilácticas que estimamos conveniente adoptar contra la peste en el hospital de Guadalupe. De la exposición que acabamos de hacer sobre los modos de propagación de la peste, se deduce lógicamente que las medidas más importantes han de ser las dirigidas contra las ratas, que lo repetimos una vez más, constituyen la única fuente de infección para el hombre. Todos los demás procedimientos que se pongan en práctica son por consiguiente de importancia secundaria. Deberá, pues, emprenderse una campaña activa y sistemática contra esos roedores, destruyéndolos hasta donde sea posible, por el veneno, las trampas y los gatos. Así se logrará quizás reducir su número de modo apreciable; pero dado los hábitos de esos roedores, su extinción será imposible. De modo que á pesar de la persecución mejor dirigida, quedarán en número suficiente para constituir un peligro, debiendo, por consiguiente adoptarse además otros procedimientos que tengan por objeto suprimir sus guardas en todo el recinto del hospital, á la vez que impedir su ingreso de fuera. Para esto habrán de ejecutarse obras de alguna importancia, consistentes principalmente en suprimir todos los espacios vacíos que hoy existen bajo los pisos, sirviendo de criaderos á las ratas y encalzar eficazmente las paredes, en especial las que dan al exterior, con materiales sólidos inatacables por los roedores. Los pisos se harán igualmente á pruebas de ratas. Las puertas, rejas, etc. por las que las ratas pueden entrar al local, deberán protegerse con enrejado de alambre y las demás aber-

turas de los tubos de desagüe con rejillas apropiadas.

Recomendamos también, especialmente, en las salas de enfermos,regar los pisos con frecuencia, empleando soluciones de creolina, kresol, lisol ú otros productos análogos que alejan y aún matan las pulgas.

Deberá observarse la más estricta limpieza en todo el establecimiento, no porque las condiciones antihigiénicas basten para generar la peste, sino porque la existencia de basuras, los restos alimenticios, los ambientes impuros, la falta de luz y ventilación, forman un medio propicio á los roedores y pulgas. Se cuidará del aseo de excusados, botaderos, buzones y demás servicios higiénicos; los pisos de las salas de enfermos se mantendrán en el estado de mayor limpieza: las paredes y techos se pintarán siempre que sea necesario á la vez que se procurará ventilación amplia y buen alumbrado en las salas. Se evitará la aglomeración de enfermos tal como hoy existe en el departamento de medicina. Es necesario el cambio frecuente de las ropas de cama y de los colchones, que deberán hacerse con materiales capaces de soportar las altas temperaturas de la estufa. Las mesas de noche en uso actualmente son inaparentes y deberán reemplazarse por otras abiertas y aceptizables. Aconsejamos además la desinfección de la ropa y de los enfermos á su ingreso al hospital, como una medida general de higiene y porque pueden traer pulgas de ratas infectadas. Deberá, finalmente, atenderse al aseo personal de los enfermos á su entrada al hospital, para lo cuales necesario la instalación de un servicio especial de baños. Todas estas medidas, lo repetimos ocupan segundo lugar con respecto á las que tienen por objeto la destrucción y alejamiento de las ratas, medidas que son por consi-

guiente las que deberán aplicarse de preferencia.

Callao, 22 de abril de 1908.

Dios guarde á U. S.

A. BARTON—L. MAÚRTUA

## TRABAJOS EXTRANJEROS

### Notas de Viaje en Sud-América

POR EL

Dr. Nicolás Senn, M. D., de Chicago

Traducido del inglés del *Journal of the American Medical Association*

(Continuación)

### La Medicina en La Paz

La Sociedad Médica y periódico médico.— Hospitales.—Una enfermedad desconocida.—Enfermedades endémicas.

La Paz se halla en las fronteras de la civilización, tan aislada del mundo exterior, que naturalmente esperábamos encontrar la práctica de la medicina en esta ciudad en un estado primitivo, muy atrasada con relación á los admirables progresos hechos por la profesión médica en las partes más favorecidas del mundo durante los últimos cincuenta años. El progreso de la ciencia y arte médico quirúrgico, que ha tenido su origen en los grandes centros médicos del mundo durante el último medio siglo, se ha extendido como una ola irresistible á todas las naciones civilizadas de donde ha desarraigado á las viejas teorías y plantado la semilla de la medicina racional moderna. Esta ola ha alcanzado la república

hermitaña, pero, por razones obvias, no ha originado los cambios que tan aparentes son en los países en inmediato contacto con los hombres que han reemplazado el empirismo por la razón, sustituyendo las investigaciones científicas y los hechos á la fe ciega y la superstición en el estudio, enseñanza y práctica de la medicina.

Los que hemos tenido el hábito de visitar de tiempo en tiempo los laboratorios bien equipados y los hospitales—palacios de Europa y nuestro propio país, estamos inclinados á olvidar las dificultades en medio de las que trabajan nuestros colegas que ejercen su profesión en circunstancias menos propicias.

Habiendo visto los hospitales de todo el mundo, grandes y pequeños, buenos y malos, me interesan más los que existen en lugares recónditos, alejados del camino natural del progreso, que los hospitales modelos de nuestros centros médicos, porque en el primer caso nuestros colegas tienen que afrontar dificultades de cuya naturaleza y extensión sólo puede formarse idea quien los ha visto trabajar. El cirujano que actúa en un hospital moderno y bien equipado, dotado de todos los medios posibles para llenar las precauciones de asepsia; con enfermeras instruídas á su disposición, que le preparan los enfermos, y le entregue los instrumentos, ligaduras y material de suturas en estado de asepsia garantizada; que es asistido en sus operaciones por jóvenes médicos competentes que pueden ocupar su lugar en cualquier momento junto á la mesa de operaciones, tiene un lugar cómodo comparado con el que debe practicar sus operaciones rodeado de las condiciones más primitivas, sin que nadie participe de la responsabilidad, nadie que le preste inteligente, útil asistencia. Es en las comunidades pobres, en los confines de la civilización, don-

de la habilidad del cirujano y su confianza en sí mismo son sometidas á ruda prueba. En el primer caso toda una mitad de la batalla es reñida por las enfermeras conscientes, despiertas é instruídas; una cuarta parte corresponde á los bien educados, competentes asistentes, y la balanza favorece mucho al operador que, sin embargo, está demasiado frecuentemente inclinado á atribuírse exclusivamente la victoria.

Quisiera que estos ensimismados cirujanos, que no han visto sino las mejores fases de la cirugía, fuerán á ver uno de los más primitivos hospitales de Sud América, como los he visto yo, y entonces se pondrían en mejor aptitud mental para apreciar el valor de su propio trabajo, las ventajas de que gozan, y la excelencia de los servicios prestados por sus enfermeros y asistentes. Esa experiencia sería muy bien calculada para enseñarles cuanto debe la cirugía á la construcción moderna de los hospitales, á las enfermeras educadas y á las asistentes competentes; á estimar en su verdadero valor el mérito de sus obras personales. He admirado con frecuencia el valor, confianza en sus esfuerzos y habilidad de cirujanos que tienen que practicar las operaciones más difíciles en circunstancias tales que los más experimentados operadores de los centros médicos se declararían absolutamente impotentes. Con frecuencia aprendemos más en la sombra que en la luz, rara vez he salido de uno de estos hospitales, por pobre y simple que fuera, sin haber aprendido algo. Cuanto más pobre es un hospital, más se exige de los limitados medios y recursos de su cuerpo médico, y en estas condiciones el visitante adquiere con frecuencia útiles sugerencias de la simplificación de la técnica aséptica, y del buen uso de muy pocos instru-

mentos para practicar las más difíciles operaciones.

La población actual de La Paz es de 90 mil habitantes. Se puede aseverar que de ellos, por lo menos, 75% son indios, que no pagan servicios médicos. Los ingresos de los médicos de la ciudad se derivan por ello solamente del 25% de la población, que podría equipararse así con la de una de nuestras ciudades con una población de 22,500 habitantes. Los enfermos y heridos son asistidos por veinticuatro médicos prácticos, todos sudamericanos con excepción del doctor Adolfo Stoecker, alemán, y graduado en una universidad alemana. Además de ellos hay cinco dentistas y diez obstetrices; la práctica obstétrica se halla principalmente en manos de estas últimas. La moral profesional parece estar en buen orden, y las combinaciones reclamistas son desconocidas. Tres bolívares (1 dollar 20) es el honorario usual por una consulta en casa del médico ó una visita en la ciudad. El honorario por las operaciones es también muy moderado. El doctor Stoecker ha ejercido en esta ciudad 10 años, es muy afamado, y su clientela incluye algunas de las mejores familias, pero sus ingresos anuales no exceden de 12 mil bolívares (4.800 dollars), teniendo, sin embargo, la mejor renta profesional de La Paz.

La Paz tiene una Universidad nacional, de la cual es una sección la Escuela de Medicina. Otra Escuela de Medicina de Bolivia depende de la Universidad de Sucre, verdadera capital de esta república.

Los estudiantes deben acreditar buena educación preliminar antes que se les permita matricularse en la escuela de medicina, y deben estudiar siete años para ser admitidos á los exámenes finales.

El plan de estudios está basado

en el método francés. Los útiles que posee la escuela son muy primitivos y simples; la enseñanza de laboratorio, carácter prominente de las escuelas de medicina modernas, es casi enteramente ignorada. Se da la mayor importancia á la instrucción clínica. No hay clínicas quirúrgicas regulares.

Después de una asistencia de dos años, los estudiantes deben servir seis horas cada día en un hospital donde siguen el servicio de los maestros de clínica; hacer preparaciones para esos maestros, asistirlos en las operaciones y practicar las otras labores que corresponden á los internos de nuestros hospitales. Esta forma de instrucción clínica es obligatoria para seguir adelante los estudios. Uno de los requisitos para graduarse es la preparación de una tesis que si es hallada satisfactoria, se imprime á expensas del estudiante, dándose ordenadamente noticia de ella en la prensa sudamericana.

#### SOCIEDAD MÉDICA

Bolivia no tiene sociedad nacional de medicina. Los medios defectuosos de transporte, las grandes distancias y los bajos honorarios que se pagan por los servicios médicos dan la explicación de esta falta. La Sociedad de Medicina del país está en La Paz. La Sociedad de Medicina de La Paz tiene 21 miembros activos y 26 correspondientes. Los miembros activos residen todos en la ciudad de La Paz; de los correspondientes 18 residen en Bolivia, y los restantes en las otras repúblicas sudamericanas, Italia, México y Cuba.

Las sesiones son mensuales ó quincenales según el espíritu científico de sus miembros. Trabajos cortos, presentación de enfermos, discusión de casos y presentación de ejemplares patológicos ocupan el tiempo de las sesiones.

#### PERIÓDICO MÉDICO

La *Revista Médica* es el órgano oficial de Sociedad de Medicina de La Paz, siendo editado por el Dr. Elías Sagarnaga, cirujano mayor del ejército boliviano, presidente de la Sociedad de Medicina de la Paz, profesor de la Facultad de Medicina, cirujano del Hospital Landae-ta, y el Dr. Néstor Durán, secretario de la Sociedad Médica de La Paz, médico del Hospital Loayza y cirujano de la armada. Los números de mayo y junio que aparecieron mientras estaba en La Paz, contenían un largo informe de las operaciones quirúrgicas practicadas por los doctores Sanginés y Sagarnaga durante el año de 1907, y un trabajo muy interesante y práctico titulado: "Notas prácticas de terapéutica obstétrica", por el Dr. J. Pon Orfila. Estas contribuciones á la cirugía y obstetricia merecen la atención de un círculo de lectores más extenso que el que puede alcanzar el periódico médico local.

#### HOSPITAL DE LA PAZ

La Paz tiene dos hospitales generales y uno privado, construído recientemente por el Dr. Orfila. En una ciudad fundada en 1548, más de 300 años bajo la dominación española, enteramente bajo la influencia de la Iglesia Católica y tan aislada del resto del mundo, esperamos naturalmente encontrar los hospitales no como deben ser ahora, sino como serían cuando se fundaron. Así sucede efectivamente con los hospitales de La Paz. Gracias á la cortesía del Dr. Stoecker tuve la oportunidad de hacer una inspección muy satisfactoria de los viejísimos y enormes hospitales de La Paz.

## HOSPITAL LANDAETA

Este inmenso edificio construido por los españoles, según el antiguo estilo de la arquitectura española, fue en su origen un monasterio en que vivieron los monjes y practicaron sus piadosas funciones.

Cuando surgió la necesidad de un hospital, los monjes recogieron á los enfermos y se dedicaron á asistirlos y curarlos.

Pronto se acrecentó su número en tal proporción que el espacio resultó inadecuado para los monjes, pasando entonces la institución al cargo de las hermanas católicas que las transformaron en verdadero hospital. Se compone de numerosos edificios con paredes de adobe y techos de tejas, conectados por pequeños corredores ó patios con arquerías. El edificio central construido en forma de crucero con altos techos abovedados, y las muchas salitas pequeñas, que parecen capillas, indican claramente el objeto primero de la institución, y que muy pocas cambios ha sufrido desde que el monasterio fue transformado en hospital. Sus múltiples y grandes puertas y sus corredores abiertos reemplazan á las ventanas para dar entrada al aire y la luz.

Catres de fierro, ropas de cama sencillas, vasijas y platos de estaño, toscos armarios, y unos cuantos sillones de balanza constituyen la mueblería del hospital.

Los pisos de grandes ladrillos rojos, están muy gastados, pero los mantienen en estado de limpieza las veinte hermanas italianas que manejan ahora la casa y cuidan á los enfermos. No hay enfermeras instruidas en La Paz, por lo que la asistencia en los hospitales deja mucho que desear.

Separados de la complicada masa de edificios del monasterio primiti-

vo, por el río que divide la ciudad, hay varios pabellones de adobe, de un solo piso, que sirven de hospital de aislamiento. El hospital ha obtenido recientemente un gran adelanto con la edificación de una sala de operaciones pequeña pero bien construida, con luz vertical y lateral, paredes bruñidas ó pintadas y piso de locetas, que alegra la vista después de un largo paseo en salas oscuras y galerías abovedadas. Tiene también el hospital algunas salas privadas, con tres camas, para comodidad de los enfermos que pueden pagar 3 bolivianos (1 dólar 20) diarios por su tratamiento y cuidados. Uno de los edificios de dos pisos tiene ocupado el superior por soldados enfermos, y constituyente la sección militar á cargo de un cirujano militar.

En las estadísticas quirúrgicas de los doctores Elías Zagarnaga y Sanguinés, de que he hablado ya, se da cuenta detallada de 350 casos que observaron y trataron durante el año último.

Incisión de abscesos, enucleación de ganglios inguinales supurados, contusiones, heridas, finosis, flegmones, fracturas y luxaciones forman la mayor parte del material clínico. De los 350 casos, 81 son clasificados con el título de heridas. Tres casos de espondia fueron operados por raspado y cauterización con el Paquelín, dándose dos de estos enfermos como curados. Se opera las hernias por el método de Bassini, suturas profundas con catgut y superficiales con crín. El promedio de duración de esta operación se dice ser de 20 minutos, obteniéndose curaciones por primera intención. Cinco casos de lupus fueron operados con el cauterio de Paquelín, y se obtuvo en tres la curación. Ocho enfermos de osteomielitis fueron sometidos á tratamiento operatorio, de ellos murieron tres de septicemia siete meses después de la primera operación.

Dieciséis casos de úlceras de las piernas se incluyen en las estadísticas, y el tratamiento empleado consistió en extenso raspado seguido de cauterización con el Paquelín. El cloroformo es el anestésico de uso general.

El hospital es viejo y tiene los defectos y desventajas de su edad, pero no obstante es un gran beneficio para la comunidad. Sus enfermos tienen buenos cuidados, buen alimento y el mejor tratamiento posible para las circunstancias. Las hermanas aunque carecen de conocimientos científicos para actuar como enfermeras, han trabajado con celo y abnegación en beneficio de los pobres enfermos sin otra recompensa que la bendita satisfacción de haber cumplido su deber.

#### UNA ENFERMEDAD DESCONOCIDA

En este hospital examiné por lo menos treinta casos de una enfermedad todavía desconocida, que es designada por los naturales con el nombre de *espanidia*, y que grasa en una gran extensión de Bolivia. Los pacientes eran todos indios ó mestizos, de 12 á 50 años de edad. La enfermedad se presenta en las grandes alturas de Bolivia, y ataca á los naturales y mestizos de ambos sexos. Como este hospital es exclusivamente para hombres, no vi ningún enfermo del sexo femenino. El doctor Stoecker que tiene gran experiencia en esta enfermedad, y que la ha estudiado con gran cuidado, dice que hasta ahora, sus causas y naturaleza permanecen desconocidas, que no se han hecho detenidos exámenes bacteriológicos.

La manifestación patológica principal consiste en un proceso granulomatoso, que comienza en la mucosa ó el borde cutáneo del

labio—de preferencia en el labio superior. Las granulaciones son pálidas y brillantes, y su desgarró da lugar á una ulceración que pronto invade el ala de la nariz y el septum, y finalmente manchas rojas aparecen en el paladar duro ó blando, que se ulceran y determinan perforaciones. Los ganglios linfáticos no son invadidos. El proceso destructivo queda limitado á las partes ya mencionadas, pero causa horrible mutilación de la cara conservando el paciente en apariencia durante mucho tiempo, la integridad de su salud general. La enfermedad es contagiosa, crónica é incurable, los pacientes mueren por lo general de 10 á 30 años después de ser atacados, de alguna enfermedad intercurrente. La cesión local tiene alguna semejanza con la sífilis y la lepra, ó con una combinación de las dos enfermedades. En uno de los casos el paciente tenía nariz en forma de silla que podía muy bien ser tomada por una alteración determinada por la sífilis terciaria. El doctor Stoecker ha dado el ioduro por largos períodos en varios de estos casos, sin obtener resultado alguno.

Hay en esto una buena oportunidad para que un bacteriologista trate de descubrir el microbio de esta enfermedad extraña, consiguiendo lo cual podrían dictarse reglas para su profilaxia y tratamiento.

#### HOSPITAL LOAIZA

Está destinado á las mujeres enfermas. Es más pequeño que el hospital Laudaeta, pero de construcción semejante.

#### NUEVO HOSPITAL GENERAL

Se trata ahora de la edificación de un nuevo hospital general, y el Dr. A. Sánchez ha escrito una serie de artículos en la *Revista Médica*

describiendo los planos que se han propuesto para su construcción. Promete ser un edificio moderno y llenará un gran vacío en la asistencia y tratamiento de los enfermos de la Paz.

#### CLÍNICA PRIVADA

El doctor Sanginés, que pasó varios años en Alemania completando su educación médica, ha construido recientemente un hospital privado (Clínica Privada), en una de las partes mejores de la ciudad. El edificio es moderno en todo sentido y provisto de todo lo necesario para la cirugía, aséptica y el mejor cuidado de los enfermos. Las puertas de esta institución están abiertas para los clientes de otros médicos, y está destinada á ser el centro de la cirugía científica en Bolivia.

#### ENFERMEDADES REINANTES

La enfermedad que se teme más que ninguna otra en esta altura (12,226 pies sobre el nivel del mar) es la neumonía que es casi fatal y la causa más común de muerte para los avanzados en edad. Noté que los naturales llevan bajo de su sombrero de lana de llama, gorras de la misma lana con prolongaciones que les sirven para cubrir cuidadosamente sus orejas. No pude saber la razón de esta costumbre hasta que el doctor Stoecker me informó que una de las más comunes enfermedades agudas de Bolivia es una forma hemorrágica de otitis media y bronquitis, que él considera como una forma de influenza propia de las grandes altitudes. No es raro que esta enfermedad sea fatal, y en otros casos el oído queda permanente alterado. Las enfermedades del corazón son también comunes, lo cual es atribuible á la gran altura, y por la misma causa los individuos con corazón débil corren grave riesgo en

ir á la Paz. Los extranjeros que van allí con el corazón sano tienen dificultad para respirar cuanto hacen el menor ejercicio, y pasan por lo menos cuatro semanas ante que estén suficientemente aclimatados para que puedan caminar una manzana ó dos por los planos indicados de las calles sin sufrir de brevedad de la respiración. Labios cianóticos y ojos prominentes se ven con frecuencia en las calles de la Paz. La tuberculosis es muy rara en esta altura. El reumatismo y las enfermedades intestinales son comunes. No hay enfermedades tropicales en La Paz, pero la fiebre tifoidea y la disentería figuran más ó menos durante todo el año en las estadísticas de enfermedades ó de mortalidad.

(Continuará.)

#### Publicaciones recibidas

*Arthritis tuberculeuses*, par M. Gandclphe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. gr. in-8 de 235 pages, avec 76 figures. Broché 5 fr.; cartonné 6 fr. 50 (Librairie de J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

*El nuevo tratado de cirugía* de M. M. Le Dentu à Delbet se presenta bajo la forma de fascículos separados, donde se agrupan las afecciones que tiene entre ellas conexiones más ó menos estrechas. Este modo de repartición de las materias, que se separa de la forma tradicional del volumen, ofrece una doble ventaja: rodea el capítulo de de barreras menos fijas y deja á los autores más latitud; de otra parte asegura más celeridad en la publicación permitiendo suprimir los manuscritos inmediatamente que son enviados.

Además de su autoridad científica.

ca indiscutible, los directores han sabido aunar la buena elección de sus colaboradores activos.

Ocho fascículos están en venta ya: grandes procesos mórbidos, enfermedades quirúrgicas de la piel, enfermedades de los músculos, hernias, lesiones traumáticas de las articulaciones, artritis tuberculosas, cuerpo tiroides y bocios, enfermedades de los huesos.

El resumen de las materias contenidas en el fascículo artritis tuberculosas, es el siguiente:

Artritis tuberculosa témpora maxilar. Artritis tuberculosa externo-clavicular. Artritis tuberculosa acromio clavicular. Tumor blanco del hombro. Tumor blanco del codo. Tumor blanco del puño. Osteitis fungosa de los dedos. Sacro-coxalgia. Coxalgia. Coxo-tuberculosis. Tumor blanco de la rodilla. Tumores blancos del pie. Tumor blanco tibio-tarsiano. Tumor blanco subastragalino. Tumores blancos medio-tarsianos. Osteitis tuberculosas tarso-metatarsianos. Metatarso falángicas.

M. Gandolphe se ha dedicado exclusivamente á los datos clínicos y operatorios. La coxalgia, la coxo-tuberculosis y los tumores blancos han aprovechado en estos últimos años de progresos importantes desde el punto de vista del tratamiento.

M. Gandolphe, cirujano en jefe del Hôtel-Dieu de Lyon, estaba colocado en condiciones excepcionales de observación y de práctica, ó ha podido enriquecer su artículo con abundancia de hechos recogidos por él desde hace más de diez años.

**La Diathese urique**, por H. Labbé, chef de laboratoire à la faculté de médecine de Paris. 1 vol. in. 16. de 96 páges, cartonné 1 f. 50

(Librairie de J. B. Baillièrre et fils, 19 rue Hautefeuille, a Paris.

Muchas enfermedades han podido ser relacionadas á trastornos en la producción y la excreción del ácido úrico, pero los descubrimientos recientes de la fisiología y la química biológica ha verdaderamente revolucionado nuestros conocimientos sobre este punto especial; son estas últimas conquistas de la ciencia que M. Labbé ha querido resumir en un nuevo volumen de la colección de las *Actualidades Médicas*.

Se ha fijado el lugar del ácido úrico en el grupo de la purina, demostrando su estrecho parentesco con la xantina, hipoxantina, cafeína. Cuanto á los agentes que tienen acción sobre el ácido úrico, se puede clasificarlos en precipitantes, que impiden su disolución y disolventes, que facilitan la disolución y excreción de este ácido.

Entre los primeros se cuenta el frío, los ácidos, algunos metales y sus sales, y las sustancias numerosas que elevan la acidez ó forman compuestos insolubles con el ácido en cuestión.

Entre los disolventes se deben contar el salicilato de soda, la piperina, el licitol, la aspirina, la urotropina, el ácido tónico.

Al lado de estos medicamentos es necesario señalar la importancia capital del régimen; este último puede reducir fuertemente y aún suprimir por completo de la alimentación del uricémico todos los alimentos ricos en purina ó en nucleína que son las verdaderas fuentes del ácido úrico. Como alimentos prohibidos es necesario contar la carne de ternera, el hígado; y de una manera general la carne y la mayor parte de los pescados deberán ser reducidos lo más posible, y aún suprimidos en los casos graves; se hará lo mismo con los caldos de carne, extractos de carne;

leguminosas como habas, arvejas, lentejas y también la cerveza como bebida.

El régimen debe estar constituido por leche, mantequilla, huevos, cereales, alimentos vegetales, comprendiendo los tomates, con excepción de las leguminosas ya señaladas. Es necesario indicar los frutos cuya acción es más bien favorable, pues se sabe los buenos resultados que dan las curas de limones, de fresas y de uvas.

La experiencia demuestra que en los que emiten arenillas ó tienen jaquecas, por ejemplo, la supresión completa de la carne, y de las leguminosas ó sea un régimen pobre en purinas, da resultado de los más favorables.

**Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1908,** par le *doctor V. Gardette*, medicine consultant à Châtel-Guyon. Preface par le Dr. V. Gardette. 1 vol. in-19 de 426 pages, cartonné 3 fr. (Librairie de J. B. Bailière et fils, 19, rue Hantefeuille, a Paris).

Escribiendo este formulario el objeto de M. Gardette, ha sido tratar de ser útil á sus colegas dándoles, sobre las especialidades farmacéuticas más usuales, los datos necesarios para que puedan prescribirlos cuando lo deseen.

Este formulario está dividido en cuatro partes:

En la primera parte las especialidades son indicadas por orden alfabético. Es allí que deberá buscarse la composición y la dosis.

La segunda parte es la nomenclatura de las especialidades por sus componentes ó sus propiedades terapéuticas. Cuando una especialidad es la base de un medicamento único, ó bien cuando un medicamento entra en ella á título absolutamente preponderante, es clasifi-

cada bajo la rúbrica de este medicamento. Cuando varios medicamentos entran en valor casi igual en su composición, la especialidad se encuentra bajo la rúbrica de cada uno de estos medicamentos. En fin, los medicamentos compuestos han sido clasificados según sus propiedades terapéuticas. Eupéptico, laxantes, etc.

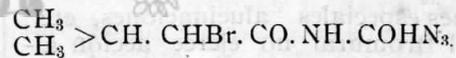
La tercera parte da por orden alfabético el nombre de cada fabricante con su dirección y la indicación de todas las especialidades que le pertenecen.

La cuarta parte torna de nuevo las especialidades en su orden alfabético, y da la indicación de su fabricante.

Esta manera de compendiar el plan era la más cómoda y la más completa para los diferentes géneros de datos que se piden á un formulario de esta naturaleza.

### Bromural

El Bromural es un *a*-Monobromisovalerianato de urea obtenido por la coaptación de la urea con el Bromisovalerianilobromuro. Este cuerpo tiene la fórmula siguiente:



**Propiedades:** El Bromural se presenta bajo el aspecto de agujas blancas, casi insípidas, solubles en el agua caliente, en el éter, los álcalis y el alcohol, pero difícilmente solubles en el agua fría. El punto de fusión se halla á 146° centígrados.

**Acción fisiológica y farmacológica:** Los experimentos hechos sobre animales han demostrado que puede obtenerse con este producto un sueño profundo, sin afectar las funciones circulatorias ni respiratorias. No debe atribuírse esta acción calmante é hipnótica á la pre-

sencia del Bromo, pues el Bromo no se separa en el organismo; hay que atribuirle al grupo isopropilo que se halla en el ácido valerianico, cuya actividad se aumenta por la adjunción del grupo carboxilo por medio de la urea y la introducción de un átomo halógeno en el grupo metilo.

**Acción terapéutica:** El Bromural no ocasiona estupor ninguno, más bien lleva tras sí, por su acción calmante, un sueño normal sin delirios y del cual sale el enfermo fresco y dispuesto. Por razón de la absorción rápida del medicamento y de su eliminación inmediata, cesa de ejercer su acción al cabo de 3 á 5 horas, pero en muchos casos el sueño continúa aún más allá de los límites de influencia del Bromural. No se han observado ni acciones secundarias ni acciones consecutivas.

**Indicaciones:** Insomnio nervioso ligero, sea que el sueño tarde en venir, sea que haya neurastenia histérica. Además, todos los casos en los cuales los bromuros alcalinos estén mal soportados ú obren insuficientemente.

En el insomnio que resulta de lesiones orgánicas, en los estados de angustias nocturnas y excitaciones especiales, alucinaciones, etc., el Bromural no ejerce acción alguna.

**Dosis y modo de emplearlo:** Como calmante: 0 gr. 30 varias veces al día; para incitar el sueño 0 gr. 30 á 0 gr. 60 por la noche. La dosis puede repetirse, si hay necesidad, así que cese la acción del medicamento.

El Bromural se halla en el comercio en tubos originales de 20 tabletas á 0 gr. 30. Las tabletas se disuelven fácilmente en el agua.

### Reemplaza á la Morfina

Las "Tabletas de Antikamnia"

aliviarán los dolores neurálgicos sin dañar la sensibilidad táctil.

Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán la Ciática, Dolor Utero-Ovárico, Dolor de Cabeza y otros males nerviosos.

Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán los dolores parecidos á relampagueos de la Ataxia Locomotriz.

**La Morfina produce aquellos resultados.** Con las "Tabletas de Antikamnia" no se entorpece al paciente, toda sensibilidad táctil queda intacta y no hay excitación del corazón ó cianosis. Las opiniones de la profesión médica en todos los Estados Unidos nos convencen de que después de un diagnóstico completo en el cual se tome en consideración la condición anémica, así como cualquiera otra peculiaridad de la constitución, nuestra medicina no produce malos efectos posteriores.

Lima, abril 17 de 1896.

Sres. Scott y Browne, Nueva York

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-40341