

CRONICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXV } LIMA, 15 DE DICIEMBRE DE 1908 { N.º 479

OFICIAL

Creación de cátedras en la Facultad de Medicina

NOMBRAMIENTO DE PROFESORES

Lima, 11 de diciembre de 1908

Visto el expediente iniciado por la Facultad de Medicina proponiendo con aprobación del Consejo universitario el establecimiento de algunas nuevas cátedras y la división de otras;

Considerando:

Que está acreditada la conveniencia de dividir en dos la cátedra de anatomía descriptiva para dar á esta enseñanza la suficiente amplitud; y asimismo conviene separar los cursos de anatomía patológica y bacteriológica que actualmente forman una sola cátedra y adicionar una clínica al curso de terapéutica y materia médica;

Que son de reconocida importancia las nuevas cátedras propuestas de sifilografía y dermatología, enfermedades mentales y del sistema nervioso, oto-rino-laringología y enfermedades de las vías urinarias y genitales;

Que aunque la Facultad considere las cuatro cátedras últimamente indicadas como derivadas de la división de los actuales cursos de patología interna ó nosografía médica y patología externa ó cirugía general, aquellas son en verdad cátedras de nueva creación por más que en los cursos de patología se hayan dado explicaciones someras y de carácter teórico, acerca de las enfermedades á que se contraen dichas cátedras;

Que, correspondiendo al gobierno según la ley orgánica de instrucción, nombrar profesores para las cátedras de nueva creación, y á la facultad para las cátedras divididas, no podría considerarse como simple división lo que constituye creación de nuevos cursos sin renunciar indebidamente una atribución que la ley ordena al gobierno ejercitar;

Que en los casos análogos al presente ocurridos con motivo de las cátedras de ginecología y pediatría dominó, sin observación, el concepto de que se trataba de cátedras nuevas y, en consecuencia, los respectivos catedráticos fueron nombrados por el gobierno, no obstante de que esas materias eran parte de los cursos generales de patología;

Que el método práctico y clínico indispensable en la enseñanza de la

medicina, no es compatible con la subsistencia de los cursos de patología interna y externa; como ramos independientes de las clínicas médica y quirúrgica, pues bajo esa forma imponen á los estudiantes improbos esfuerzos de memoria y les exigen gran parte del tiempo, que podrían dedicar con ventaja á recibir lecciones objetivas en los hospitales,

Se resuelve:

Art. 1º—Apruébase la división en dos de la cátedra de anatomía descriptiva; la separación de los cursos de anatomía patológica y bacteriológica, que formarán cátedras independientes, y la anejiación de una clínica al curso de terapéutica y materia médica;

Art. 2º—Apruébase con el carácter de cátedras nuevas, las de sifilografía y dermatología, enfermedades mentales y nerviosas, oto-rino-laringología y enfermedades de las vías urinarias y genitales, todas como cursos clínicos;

Art. 3º—Oficiese al señor Rector de la Universidad de San Marcos expresándole la conveniencia de que la Facultad de Medicina proponga la supresión de los cursos de nosografía médica y cirugía general y su refundición en las cátedras de clínica médica y clínica quirúrgica;

Art. 4º—Preséntese á las cámaras el respectivo proyecto de ley para que se consignan en el presupuesto general de la república las partidas destinadas á los sueldos de los profesores, jefes de clínica y demás personal que exige el sostenimiento de las cátedras á que se refiere la presente resolución.

Regístrese y comuníquese.

Rúbrica de S. E.

Villarán.

Lima, 11 de diciembre de 1908.

Habiéndose creado por resolución de la fecha las cátedras de oto-rino-laringología, sifilografía y dermatología, enfermedades mentales y nerviosas y enfermedades de las vías urinarias y genitales, cuya provisión corresponde al gobierno según el artículo 331 de la ley orgánica del ramo;

Se resuelve:

1º—Nómbrase catedrático de oto-rino-laringología al doctor don Juvenal Denegri; y de enfermedades de las vías urinarias y genitales al doctor don Ricardo Pazos Varela;

2º—El gobierno procederá á contratar en el extranjero un profesor para el curso de sifilografía y dermatología;

3º—Resérvese, por ahora, el nombramiento de catedrático del curso de enfermedades mentales y nerviosas.

Regístrese y comuníquese.

Rúbrica de S. E.

Villarán.

TRABAJOS NACIONALES

Algunas consideraciones

sobre un caso de Estómago Bilocular

POR

Constantino J. Carvallo y Carlos Monge M.

Ayudantes del Anfiteatro Anatómico de la Facultad de Medicina de Lima

(Continuación)

Significación biológica

Admitido el estómago bilocular congénito, veamos ¿qué significación debemos darle? Veamos qué nos dice la Anatomía Comparada.

Sin separarnos del método que nos hemos impuesto, comentaremos las opiniones y trabajos emitidos sobre este respecto.

Gegenbauer (1) dice: "Si observamos el desarrollo del estómago, vemos que va paulatinamente adaptándose á funciones más complicadas. En los roedores, por ejemplo, sufre un estrangulamiento que lo divide en dos porciones cardíaca y pilórica. Pero puede complicarse más, principalmente en los rumiantes, télépodos y cetáceos.

Remy y Perrier (2) nos dicen: "No es sino por excepción que el estómago es rectilíneo y horizontal. La forma típica es la de una gaita, colocada transversalmente, de pequeña curvatura superior; los dos orificios, cardíaco y pilórico, se aproximan más ó menos, en su parte superior." Esta es la forma que se encuentra en los carnívoros. Una primera modificación consiste en el desarrollo exagerado de la curvatura mayor en la región cardíaca, fenómeno que trae consigo la formación de un ciego cardíaco, muy desarrollado en los marsupiales, edentados y primates. En muchos roedores, este ciego se desarrolla extraordinariamente y acaba por separarse de la región pilórica, por medio de un surco.

En otros animales la complicación es mayor. En los rumiantes existen cuatro cavidades, aunque en realidad el verdadero estómago es el *cuajar*. Los otros tres divertículos, no son sino ensanchamientos del esófago, que sirven para que los alimentos sufran una operación preparatoria. Lo mismo puede decirse de las aves, en que el *jabot* (buche) y el *gessier* (molleja) no son órganos de quimificación, sino más bien de insalibación el primero y de trituración el segundo.

(1) Gegenbauer. "Traité d' Anatomie Comparée", t. I, 1844.

(2) Remy et Perrier. "Elements de Anatomie Comparée", 1893, pág. 905.

En cuanto al estómago de los monos, Topinard (3) dice: "Es sencillo como el del hombre, exceptuándose solamente los semnopitecos y los colobos cuyo estómago es sino múltiple, por los menos multilocular, en lo cual ofrecen estos pitecos, una semejanza manifiesta con los rumiantes.

Los estudios hechos, observando la evolución de los órganos á través de las especies nos manifestarán cómo, á medida que los individuos van llegando á grados más altos en la escala animal, la diferenciación es más completa, hasta el hombre, en él, que el estómago es más que nada un órgano de quimificación.

Pero para llegar á este resultado, se comprende que muchas veces la naturaleza dando un salto atrás nos ofresca ejemplos atávicos de singular importancia.

Por otra parte, las adquisiciones científicas son solo progresivas y muchas veces lentas. Sólo así se explica que únicamente el año 1876, M. Condoreau (4) haya encontrado estómagos en los cerdos adultos, con divertículo igual al que había estudiado en los mismos animales, pero en estado fetal. Dice así: "Es un tabicamiento incompleto que aproxima este órgano al de los rumiantes.

Ev. Home, ha sido uno de los primeros en atribuir esta configuración á un vestigio del estómago multilocular de ciertos mamíferos. Fundándose además en diferencias bien marcadas de las mucosas de las cavidades.

El Prof. Testut dice: "No titubeo en considerar la biloculación congénita del estómago, como la reproducción incompleta y anormal de una disposición que existe normalmente y en un estado de desa-

(3) Topinard. "Historia Natural", t. I, "Antropología", pág. 59.

(4) M. Condoreau. "Société de biologie", sesión del 8 de mayo de 1876.

rrollo más perfecto, en ciertos animales mamíferos, especialmente en los roedores.”

Examinando atentamente estos hechos, creemos que existen motivos poderosos para establecer analogías bien fundadas y por eso no titubeamos en cuanto á la significación biológica que presenta el estómago bilocular congénito, en considerarlo, con Testut, como el resultado de una influencia regresiva y que tiene su origen en la disposición anatómica normal del estómago de otras especies inferiores especialmente en los colobos, roedores, etc., y que es despertada por causas desconocidas y que la rareza de esta anomalía, hace casi imposible sospechar.

Recordemos también la observación de Billard (5), que consignamos en el capítulo de historia, sobre el hecho de haber encontrado un estómago, cuya mucosa era muy semejante á la del segundo estómago de los ruminantes; las observaciones hechas en el mismo sentido, por Ev Home, y por último la de Plazmo.

Todas ellas establecen parentesco muy cercanos en especies tan distintas y los nuevos argumentos que refuerzan nuestro modo de pensar.

Estas analogías que nosotros nos afanamos en poner de relieve, tienen más que nada, una mira retrospectiva. Con la misma significación que actualmente se le puede dar, fueron interpretadas por el doctor Martín Martínez en el año 1764, más de cuarenta años antes de las teorías transformistas de Lamarck (6).

(5) Billard, "Dictionnaire de Médecine ou Repertoire Général des Sciences Médicales" t. XII, pág. 264.

(6) Doctor Martín Martínez, 1764, "Anatomía completa del hombre, con todos los hallazgos, nuevas doctrinas y observaciones raras, etc.", pág. 99, (Biblioteca Nacional).

SEGUNDA PARTE

Hemos expuesto ya los antecedentes del caso que nos ha movido á escribir estas líneas; hemos descrito al lado de la anatomía normal del órgano, en el concepto más amplio de esta palabra, los casos de anomalía bilocular que presenta; hemos precisado asimismo, la significación biológica que tiene esta anomalía; hemos en fin, inquirido los detalles morfológicos del estómago en la escala de los seres, tratando de encontrar en ellas, la influencia regresiva que puedan tener.

Para ser completos, para hacer labor útil, vamos ahora á pasar en revista, la sintomatología del estómago bilocular; el diagnóstico y pronóstico de la afección y por último, expondremos los tratamientos médicos y quirúrgicos propuestos, principalmente estos últimos, que pueden considerarse, como los únicos verdaderamente eficaces.

Esta exposición dará término á nuestro trabajo.

Sintomatología

Se puede citar multitud de casos en que esta anomalía pasa completamente desapercibida, sin presentar el menor síntoma que la pueda reconocer y son aquellos en los que el estómago bilocular es congénito como seguramente lo es el que hoy nos ocupa.

Como hemos dicho, el enfermo en quien hemos encontrado esta anomalía, era de edad avanzada (80 años) y solicitó su ingreso al Hospital, por una bronco-neumonía, no habiendo sufrido antes del estómago. La nutrición en este hombre fue indudablemente buena, pues su panículo adiposo bien desarrollado y en general todos sus sistemas orgánicos bien constituidos, así lo demostraba. Muy dis-

tinto hubiera sido, si el estómago en él, hubiera sido el asiento de una perturbación cualquiera y es sabido, que las causas que pueden producir la biloculación gástrica son en orden de mayor frecuencia la úlcera y las neoplasias; sobre todo, las malignas. Y como hemos podido comprobar en la autopsia, no había úlcera ni adherencias á otros órganos; ni pudimos comprobar la existencia de un tumor.

A tal punto faltan los síntomas morbosos en estos casos, que la mayor parte son hallazgos de autopsias, y en otros se presentan tan inciertos, que pueden confundirse con los de otras afecciones del mismo órgano. Gran número de casos han sido diagnosticados, como úlcera gástrica, estenosis pilórica, dilatación estomacal, etc., y ha sido en la laparatomía donde se ha modificado el diagnóstico. Tuffier llama estos casos *latentes* y pertenecen para él á la variedad congénita.

La mayoría de los casos de biloculación gástrica que presentan síntomas notables, pertenecen á la categoría de los adquiridos, ya sean originados por úlceras ó por espasmo muscular ó por espesamiento de las fibras musculares circulares. Esta estrechez puede presentarse en cualquier sitio del estómago, pero más á menudo radica en la mitad de él, constituyendo *la estenosis medio-gástrica*.

La sintomatología de la afección es, en estos casos, muy rica en fenómenos morbosos. Los enfermos llegan á la inanición: su historia patológica se remonta á muchos años, á veces hasta 20 y nunca menos de 2 ó 3. "Muchos pacientes que peregrinan de clínica en clínica y de consulta en consulta, debieran ser aconsejados á la operación laparatomía, con la esperanza que muchos de los casos crónicos é incurables que llevan á un verdadero estado caquético á las

personas, pudieran ser remediados por el hallazgo de semejante deformación." (1)

Estos síntomas se presentan en dos períodos: el primero caracterizado por fenómenos debidos á la úlcera: dolor característico, hematemesis vómitos, que pueden ser alimenticios, biliosos, sanguinolentos ó mucosos; casi siempre se presentan después de las comidas y pueden llegar á cantidades enormes, como en el caso observado por el doctor Lemos en una niña que llegó á vomitar, en 24 horas, hasta 14 litros (2).

En un caso citado por Hoehenegg (3), la misma enferma provocaba los vómitos, porque decía que la aliviaban mucho; tenía mucha sed y orinaba muy poco. Sin embargo, en otros casos, los enfermos sufren mucho con los vómitos y para evitarlo recurren á posiciones extrañas, como lo hace notar A. Mayo Robson (4), en una enferma que comía acostada y estaba siempre echada sobre el vientre para evitarlos.

En el segundo período, los fenómenos son debidos á la estenosis gástrica; los enfermos se quejan de un dolor indefinible; los vómitos aumentan y son de color gris sucio, con restos alimenticios no transformados. El estado general se altera y el enflaquecimiento es cada día mayor; los enfermos presentan ese tinte amarillento clásico de la caquexia.

El Prof. Tuffier llama la atención bajo el punto de vista sintomático del estómago bilocular, sobre la frecuencia de los signos de úlcera

(1) L. V. Salcedo. Obra citada, pag. 489.

(2) Doctor Lemos. "Tribuna Médica", 1906. N.º 23, pag. 634.

(3) Hoehenegg. "Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale", t. II, N.º 5, pag. 923.

(4) A. Mayo Robson. "The Lancet". 1901. "On hour glass stomach from a personal specimen of 23 operations".

gástrica ó de perigastritis en los antecedentes del enfermo y además de lo que él llama "*petit estomac*" ó estómago reducido, que consiste en la imposibilidad de tomar cantidades considerables de líquidos ó alimentos sólidos, sin expulsarlos inmediatamente por vómito."

Entre los síntomas objetivos, físicos ó funcionales que nos pueden ilustrar sobre la existencia de esta afección, debemos estudiar los siguientes:

La inspección permite observar algunas veces las contracciones peristálticas del estómago, sobre todo después de la ingestión de alimentos. Puede verse también, distensión de la bolsa cardíaca sobre la pared abdominal en donde produce un abombamiento bien manifiesto en el hipocondrio izquierdo. Algunas veces este fenómeno se presenta de una manera súbdita é intermitente.

La palpación puede revelarnos una induración, situada á la izquierda de la línea media, y que puede confundirse con un tumor. En los casos que citan, Büdinger, Konrad, V. Salcedo, Elder y Carle y Fantino, estos tumores desaparecían después de algún tiempo. La palpación es á veces dolorosa. Puede apreciarse también el *chapoteo estomacal*, muy marcado sobre todo en ayunas.

La percusión, permite algunas veces hacer el diagnóstico y nos son pocos los casos en que, con el auxilio de este procedimiento se ha podido hacerlo. Si antes de practicarla se insufla el estómago con gas, ácido carbónico ó por medio de la bomba gástrica, los resultados son mucho más precisos. Se puede notar dos zonas, bien sonoras, casi timpánicas, separadas por un espacio mate. Pero muchas veces sólo se distingue, la sonoridad correspondiente á la bolsa cardíaca, situada en la parte más superior del hipocondrio izquierdo y

que puede confundirse con la sonoridad normal, correspondiente al fondo de saco mayor del estómago. Esto es debido á que la estenosis está muy cerca del píloro, de tal modo que, la bolsa cardíaca es casi tan grande como todo el órgano y puede ser confundida con él. Algunos clínicos ingleses han podido por medio de la percusión unida á la insuflación, hacer el diagnóstico preciso de la biloculación gástrica.

La auscultación permite apreciar el ruido de *glm-glu*, característico, isócrono con los movimientos respiratorios y situado al nivel de la estenosis. Es debido á que el contenido de las cavidades en que está dividido el estómago, pasa de una á otra por las contracciones del diafragma. Este ruido puede hacerse desaparecer, si se suspende un momento la respiración. Muchos autores consideran este signo como de gran importancia en el diagnóstico de la biloculación.

Pero es, sobre todo, la exploración con la sonda gástrica, la que suministra los mejores elementos de diagnóstico. Un fenómeno especial al cual Jaworski ha dado el nombre de "*ectasiá paradoxal*," consiste en la persistencia del ruido de *chapoteo*, después de haber practicado por medio de la sonda, la evacuación del contenido gástrico y es muy manifiesto en ayunas ó después de las comidas.

Los signos preconizados por A. Wolfler, son los siguientes:

1.º—Después de lavar el estómago con la sonda gástrica, hasta que el líquido empleado salga completamente claro, se nota que bruscamente empieza á salir turbio y cargado de gran cantidad de restos alimenticios.

2.º—Cuando se practica un lavado estomacal con una cantidad de líquido conocida y se retira después, se puede apreciar que una

cierta cantidad permanece retenida en la bolsa inferior pilórica.

Podemos considerar también el signo de Eiselberg (6), que consiste en el inflamamiento de la cavidad cardíaca y su desinflamamiento gradual al mismo tiempo que la cavidad pilórica se distiende, durante este paso del aire de una cavidad á la otra, se puede notar un barboteo, en el punto que corresponde á la estenosis. El prof. Tuffier, hace notar que todos estos signos, no son constantes ni patognómicos y pueden presentarse en la dilatación simple.

La insuflación suministra datos más importantes, á tal punto que G. Pouchet (7) dice que: con este medio puede asistirse á la reproducción sobre la pared abdominal, del estómago bilocular. Ha permitido á Bouveret, citado por Tuffier, distinguir dos variedades de estenosis medio-gástricas: una en la que la insuflación permite el inflamamiento de las dos cavidades y otra en que sólo permite el de una, la superior ó cardíaca. Esto es debido á una disposición especial del estrechamiento, en forma de válvula, que suprime en parte la comunicación de las dos bolsas. De aquí puede resultar una contradicción, entre los datos suministrados por la investigación del ruido de *chapoteo*, que ha demostrado un estómago grande, que puede llegar hasta el ombligo y la insuflación que nos indica un estómago pequeño, pues sólo distiende una sola cavidad, situada en el hipocondrio izquierdo y muy encima del ombligo. Este fenómeno constituye el síndrome de Bouveret. Por este medio, la insuflación, podemos también apreciar el aumento de sonoridad que adquieren las bolsas cardíaca y pilórica, después de insufladas. (Signo de Moynihan).

(6) L. V. Salcedo. Obra citada.

(7) G. Pouchet. "L'estomac biloculaire et son traitement chirurgicale".

La gastrodiafanía, puede también revelarnos la existencia del estómago bilocular. Cuando se introduce el diafanoscopio, se distinguen dos zonas claras separadas por una parte oscura y que corresponde al estrechamiento. Algunas veces la lámpara no puede pasar á través de la estenosis; sólo se vé entonces una zona clara, más ó menos circular y que corresponde á la la bolsa cardíaca.

La Radioscopía y la Radiografía, son métodos que prestan muchos servicios en el diagnóstico de esta deformación gástrica. Algunos autores creen que sus resultados son concluyentes.

Las investigaciones de Rieder y Holzknecht, sobre el funcionamiento del estómago, empleando los Rayos Roentgen, han traído como consecuencia, el conocimiento de muchas lesiones y su diagnóstico preciso, y entre ellas, los casos de estómago bilocular.

El procedimiento para la exploración radiológica del estómago, consiste en llenarlo con una solución espesa de sub-nitrato de bismuto que lo hace opaco y aparece como una sombra oscura en la pantalla fluoroscópica, La *comida de Rieder* se compone de 25 gramos de esta sal, diluída en 250 c. c. de agua y que se puede mezclar con los alimentos.

Los trabajos del Prof. Hayem, han demostrado que es posible ingerir hasta 50 gramos de sub-nitrato de bismuto, sin experimentar trastornos apreciables. Es necesario solamente que sea químicamente puro.

De este modo han podido los señores Baisou y Aubourg, diagnosticar un estómago bilocular en una mujer de 58 años, que presentaba signos de úlcera del estómago. La radiografía obtenida, mostró un estómago de 25 centímetros de largo que descendía hasta la cresta ilíaca y que al nivel de la segunda

vértebra lumbar presentaba un estrechamiento muy marcado y que en conjunto la bolsa estomacal, tenía la apariencia de un reloj de arena.

Sin embargo, Tuffier hace notar que en algunos casos raros, el estómago normal puede aparecer en la pantalla radioscópica como bilocular.

Diagnóstico

A pesar de tantos medios de exploración clínica, el diagnóstico permanece, á menudo, dudoso.

Puede pensarse en una estenosis pilórica, en una dilatación estomacal, en una úlcera gástrica y aún en tumores extra-estomacales. Se han citado casos en que se había formulado el diagnóstico de quiste hidático del lóbulo izquierdo del hígado; la punción demostró que el líquido extraído tenía los caracteres del contenido gástrico.

Podrán practicarse para hacer el diagnóstico, todos los medios de exploración que hemos descrito en el capítulo anterior; sobre todo, la insuflación y la percusión, que darán datos preciosos; pero, á pesar de todo, se deberá recurrir en último caso, á la laparatomía exploradora en aquellos enfermos que presenten, desde más de tres meses, síntomas gástricos serios y que hayan resistido al tratamiento médico (1).

La marcha de la afección cuando es producida por la cicatrización de una úlcera, es esencialmente crónica y sujeta á períodos de exaltación, debido á los progresos de la estenosis. Cuando obedece á lesiones adhesivas producidas por tumores malignos, sigue naturalmente la marcha de éstos.

Los casos de estómago bilocular congénito, casi nunca mortifican, á

no ser que inflamaciones posteriores produzcan un grado de estenosis tal, que sea incompatible con el buen funcionamiento del órgano.

Los estómagos biloculares debidos á úlceras estomacales y que presentan síntomas serios de ectasia gástrica, si el tratamiento quirúrgico no es aplicado á tiempo, tienen una terminación fatal.

(Continuará.)

Las epidemias amarílicas de Lima

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA
FIEBRE AMARILLA EN AMÉRICA

por el doctor

ROMULO EYZAGUIRRE

(Continuación)

Hasta cierto punto se explica que tal pensara por entonces el público limeño, pues apenas si en la época era aceptada por todos los profesionales la teoría del origen microbiano de las enfermedades y se tenía una otra idea de la enfermedad, considerándola como existente *per se*. Pero en nuestros días la etiología microbiana es cosa de orden bien vulgarizado, y no se explica que se considere sin importancia el acarreo de mayor cantidad de mala semilla, simplemente por que ya en otra vez se la introdujo y se la tiene presente.

Pesada mucho la situación, y perfectamente en acuerdo los comisionados de Lima, doctores Macedo y Villar con los médicos del Callao, presentaron un segundo informe en el que teniendo en cuenta: "1º—que es de la más alta importancia tratar del origen de esos casos de fiebre que según hemos visto después, han ido repitiéndose

(1) G. Pouchet. Obra citada.

“en esa localidad; y 2º —las propor-
 “ciones que pudiera tomar en su
 “desarrollo cuya perspectiva tie-
 “ne alarmadas á las poblaciones
 “de Lima y del Callao,” creían
 necesario insistir en tales cuestio-
 nes.

Muy buenos puntos de historia
 se hallan esbozados en el informe
 en cuestión, y al rememorar la epi-
 demia de 1858, dicen los informan-
 tes lo siguiente, que es muy nota-
 ble y vale mucho la comodidad de
 repetirlo, porque entonces como
 hoy, á la sensata estrictez previsora
 se la tomaba en veces como pesa-
 sada majadería.

“Un punible olvido de parte de
 “los que estaban encargados en el
 “Callao de vigilar por la salubri-
 “dad pública, hizo que se descui-
 “dasen los medios y la manera de
 “impedir la introducción esa vez
 “de la epidemia que tantos estra-
 “ños vino á ocasionar.

“Se supo previamente que había
 “fiebre amarilla en Panamá; fue
 “general la voz de haber llegado
 “al Callao, con procedencia de
 “aquel puerto, un vapor con en-
 “fermos de esa fiebre; pero nada
 “se hizo en guarda de la salud pú-
 “blica. Días después, á principios
 “de febrero, se decía que había ca-
 “sos de dicha enfermedad en el Ca-
 “llao los que fueron repitiéndose sin
 “que nada dijera ni hiciera la ac-
 “ción oficial para restringirlo.”

Muy importantes son los juicios
 emitidos por los doctores Macedo
 y Villar en su citado informe, que
 el Monitor Médico de 1885 dio á
 luz en sus páginas. Los señores in-
 formantes resumen el contenido de
 su exposición en las siguientes con-
 clusiones:

“1ª—Existe en el Callao la fiebre
 “amarilla en la forma de pequeña
 “epidemia.

“2ª—La fiebre de este año no es
 “más que la continuación de la de
 “1883.

“3ª—La causa de esta fiebre ha
 “debido ser importada de Pana-
 “má, así como las epidemias an-
 “teriores.

“4ª—La fiebre actual no es debi-
 “da á las condiciones endémicas
 “de aquella localidad.

“5ª—La indicada fiebre es de ca-
 “rácter limitado sin tendencia á
 “hacerse invasora.

“6ª—Hay necesidad de poner en
 “práctica las medidas aconsejadas
 “por la higiene para oponerse á su
 “propagación.”

Este informe fue discutido por la
 Academia Nacional de Medicina en
 sus sesiones de 6 y 17 de agosto, y
 de 1º de setiembre, continuando en
 la del 15 del mismo mes para ter-
 minar en la del 1º de octubre, ha-
 biendo establecido algunas objecio-
 nes los doctores Ulloa y Moloche
 que les fueron ampliamente contes-
 tadas, tanto por los informantes,
 como por algunos otros miembros
 de esa Academia. Fue allí donde
 se debatió la cuestión de la endemi-
 cidad de la fiebre amarilla en Li-
 ma, y de donde tomó origen la co-
 municación que más tarde hizo al
 respecto el doctor Leonardo Villar
 al doctor César Borja, médico ecua-
 toriano residente en Guayaquil.

La comisión de epidemias, que
 más tarde estuvo compuesta por
 los doctores José Mariano Macedo,
 Leonardo Villar, Tomás Salazar,
 Manuel C. Barrios, Antonio Pérez
 Roca, Manuel R. Artola, Julio Be-
 cerra y José Casimiro Ulloa, elevó
 á la Academia el resultado de una
 investigación médico-administrati-
 va, hecha con el objeto de determi-
 nar las causas de las anteriores epi-
 demias de fiebre amarilla en los lu-
 gares donde ha reinado, las condi-
 ciones que han favorecido su des-
 arrollo, las causas de insalubridad
 en los lugares invadidos, la mar-
 cha de la epidemia, su estadística
 y los métodos curativos empleados
 á fin de presentar una memoria
 con los resultados de esta informa-

ción, y para ello formularon el siguiente cuestionario:

1º—¿Cuáles son las epidemias de fiebre amarilla que se ha observado en el lugar?

2º—Precisar las fechas en que se presentaron los primeros casos.

3º—en cuál estación se presentaron.

4º—Las observaciones meteorológicas que se hayan hecho antes y durante la epidemia.

5º—La constitución médica que reinó antes de la epidemia.

6º—¿La epidemia fue importada de algún lugar inmediato ó lejano?

7º—Estado higiénico de las localidades cuando apareció la epidemia y su estado actual.

8º—¿Se han presentado casos más ó menos aislados en los intervalos de la epidemias?

9º—Marcha topográficas de las epidemias, y causas que las han favorecido, acompañando el correspondiente croquis. ¿Han existido cuarteles inmunes? Las causas á que se ha atribuído la inmunidad.

10º—En los casos claros de contagio, establecer la filiación que se haya podido observar.

11º—Las medidas preservativas que se haya puesto en práctica y los resultados obtenidos.

12º—Estadística de cada epidemia, indicando la cifra de la población de la localidad.

13º—Plazo de la incubación de la fiebre amarilla.

14º—Formas de la enfermedad y su proporción relativa.

15º—Lesiones anatomo-patológicas comprobadas por las autopsias comprendiendo los estudios micrográficos que se haya podido hacer.

16º—Tratamientos empleados. Su éxito y valor comparativo.

17º—Practicabilidad de las cuarentenas marítimas terrestres en la localidad.

18º—¿Qué otras medidas son convenientes y practicables?

En la sesión que la Academia libre de Medicina celebró el 2 de noviembre de ese año, el doctor Macedo, entonces Vicepresidente, juzgó que debía averiguarse si en la fiebre amarilla ocurrían verdaderas recidivas, dato que en su concepto era de alta importancia para la historia de la fiebre amarilla, así como también la pretendida inmunidad de la raza negra, que algunos autores señalan, y además de esto la influencia de la aclimatación en la receptividad del tifus icteroides, en su relación con la raza. El doctor Artola agregó el dato de la profesión, introduciéndose ambas proposiciones en el cuestionario presentado.

La Memoria de la Sociedad de Beneficencia dice que en el año citado murieron en el lazareto por tifus icteroides 4 sujetos y curaron 2.

En 1886 todavía se conoció algunos casos diseminados de fiebre amarilla, y siempre con el temor justo de que ellos fueran el prelude de una epidemia, la Academia de Medicina que acumulaba pruebas de mucha laboriosidad, volvióse á ocupar en sus sesiones, de las medidas que mejor pudieran impedir, que la fiebre amarilla se hiciese dueña de la capital.

Desde entonces la fiebre amarilla acusa en los libros donde se asientan las partidas de defunción cifras levísimas, pues según los cuadros estadísticos del señor Luis G. Velarde, antiguo Jefe de la Sección Municipal de Higiene, y que comprende desde 1884 hasta 1901, murieron por el tifus icteroides 32 en 1884; 9 en 1885; 3 al año siguiente; 3 en 1888; 5 en 1889; y 1 en 1891. Sólo hasta esa época se tiene noticias de que el tifus amarillo produjera víctimas, si bien es de presumirse que las cifras halladas por el señor Velarde probable-

Sigue á la página 364.

Enfermos	Vapor	Día de la llegada	Precedencia	Fecha de la salida de Guayaquil	Permanencia en Guayaquil	Fecha en que se tuvo conocimiento de la enfermedad	Fecha del diagnóstico	Fecha de ingreso al lazareto	Tiempo en el lazareto	Éxito		Duración de la enfermedad
										Murió	Curó	
N. N., agente viajero, chileno, blanco, 38 años...	Colombia	Feb. 19	Guayaquil	Feb. 19	3 días	Feb. 19	Feb. 19	Feb. 19	15h.	Feb. 19		4 días
W. R., fogonero, alemán, blanco, 38 años.....	Luxor	Mzo. 27	id....	Mzo. 28	5 id. (a bordo)	Mzo. 28	Mzo. 30	Mzo. 29	3 días	Mzo. 30	Abril 1°	4 id.
N. B., carbonero, alemán, blanco, 21 años.	id.	id. id.	id....	id. id.	5 id. id....	id. id.	id. id.	id. id.	30 id.	id.	Abril 1°	12 id.
B. B., maquinista, alemán, blanco, 28 años.....	id.	id. id.	id....	id. id.	5 id. id....	Abril 4	Abril 4	Abril 4	1 id.	id.	id.	4 id. 12h
E. H., ser. piloto, alemán, blanco, 27 años.....	id.	id. id.	id....	id. id.	5 id. id....	id.	id.	id.	7 id.	id.	Abril 12	5 id.
M. S., 2.° piloto, alemán, blanco, 28 años.....	id.	id. id.	id....	id. id.	5 id. id....	id.	id.	id.	9 No fue	id.		2 id.
M. H., doméstico, chileno, blanco, 22 años.....	Chile	Myo. 26	Panamá y Guayaquil	Myo. 19	2 id. id....	Myo. 20	Myo. 24	Myo. 26	12h.	Myo. 26		6 id. 13h.
N. N., mayordomo, chileno, blanco, 20 años.....	id.	id. id.	id. id.	id. id.	2 id. id....	id.	id.	id.	26 id.	id.	Junio 7	14 id.

mente comprenden también á sujetos que adquirieron la fiebre amarilla en Guayaquil ó Panamá.

No es precisamente de Lima ni el origen, ni la asistencia de los casos amarílicos de que voy á hablar, pero como el asunto es tan reciente, y fue objeto del comentario público; á riesgo de no ser consecuente con mi propósito hecho desde el principio, de no tratar sino de las epidemias amarílicas de Lima, voy á ocuparme de los casos de fiebre amarilla ocurrido en el Callao de febrero á mayo de 1906, de los cuales unos fueron inportados, y otros se produjeron á bordo mismo de la nave importadora, y ya al ancla en el puerto del Callao.

Ocorre, apenas concluída la lectura del cuadro anterior, la siguiente pregunta ¿dónde han contraído la fiebre los últimos enfermos? ¿En Guayaquil? ¿En el Callao?

¿El zancudo autor de la picadura la hizo en Guayaquil? ¿Y si en efecto en Guayaquil picó á los sujetos en el trayecto al Callao? ¿O habiéndose embarcado el zancudo sano, se infectó él mismo en el trayecto, para infectar á los pasajeros á su vez?

Antes de entrar en el examen del asunto, y refiriéndonos sólo á los amarílicos del vapor "Luxor", es necesario que tengamos presente los siguientes puntos de epidemiología amarílica, según los últimos estudios de la Comisión francesa en Río Janeiro, compuesta por los doctores Marchoux, Simond y Salimbeni.

Un zancudo no es peligroso antes de 12 días de haberse infectado.

El hombre no es peligroso desde el cuarto día de haber sido invadido por la fiebre amarilla.

La incubación en él es por lo común de 4 á 6 días; pero puede prolongarse hasta 13.

La enfermedad no es trasmisible durante su incubación en el hombre.

Tomemos el caso más posterior es decir, aquel cuya enfermedad principió en 9 de abril para ponernos en el que ofrezca mayores probabilidades de ser el más recientemente infectado. Dice el informe de la Estación Sanitaria correspondiente, que el sujeto enfermó el día 9, y suponiendo que ocurriera en él el menor tiempo del período más común en la incubación, aceptaremos el de 4 días, por lo tanto el individuo debió ser picado el día 5. El zancudo que tal hizo, sólo podía haber producido la infección después de haber sido él mismo infectado lo menos 12 días antes, es decir, que esto ocurrió el 23 de marzo, que es precisamente el día que el "Luxor" dejaba el puerto de Guayaquil á la 1 h. 5 m. p. m.; por consiguiente, el stegomia más tardío sólo pudo haberse infectado en Guayaquil, y de ningún modo fuera de allí, es decir que el que produjo el último caso, no fue un stegomia que habiéndose embarcado sano se infectó del primer enfermo, pues para que así pudiera haber sucedido se necesitaba un interregno de 16 días entre los enfermos 1.º y último de la serie. Todo esto demuestra que los zancudos productores de la enfermedad del Callao se embarcaron en Guayaquil ya infectados, escalonando los enfermos tal vez en la forma del cuadro que más adelante insertamos.

Como la incubación en el hombre puede prolongarse hasta 13 días, es posible que no todos los 5 enfermos la tuvieron de 4, que es el término menor del más común período de la incubación; por lo tanto, si se admite la hipótesis de 8 días, en este caso el enfermo número 1 habría sido picado el 20 (Guayaquil); el número 2 el día 22 (Guayaquil); el número 3 el día 27 (Callao); el número 4 el día 31 (Callao); y el número 5 el día 1.º (Callao), lo que siempre conduce á demostrar que los stegomias se em-

barcaron ya infectados, dándole al supuesto un carácter de seguridad.

N.º de orden	Día en que se inició la enfermedad.	Día probable en que fueron picados.	Lugar probable de la picadura.	Fecha hasta la cual el enfermo era peligroso.	Día de la muerte.
1	marzo 28	marzo 24	Paíta	marzo 31	abril 1.º
2	id. 30	id. 26	abril 2
3	abril 4	id. 31	Callao	id 7	abril 9
4	id. 7	abril 5	id.	id 10
5	id. 9	id. 5	id.	id 12	abril 11

Según todo lo relacionado, tenemos ya en el Callao al "Luxor" el día 27 con enfermos peligrosos, de los que el primero lo era hasta el 31 de marzo, y el último hasta el 12 de abril (murió el 11). Si el vapor hubiese sido recibido el día de su llegada, es decir el 27; si no se hubiese presentado la circunstancia de que en esa visita se encontró á 7 sujetos con 37°3 de temperatura, de los que sólo uno resultó amarílico después de habersele hallado en los días siguientes en salud; si no se hubiese sujetado estrictamente la nave á la cuarentena de observación que se

cumplía en la mañana del 29, á los 6 días de haber dejado el puerto de Guayaquil donde existía fiebre amarilla; si se atiende á exigencias extrañas que alegaban la buena salud de todos los embarcados desde la salida hasta la entrada al Callao, entonces el "Luxor" hubiera permanecido en los muelles para su descarga, los stegomias chalacos hubieran picado—es lo más seguro—á los enfermos que se sucedieron desde el 28 de marzo á 9 de abril (total 12 días), y como un stegomia infectado necesita á lo menos 12 días para convertirse en agente trasmisor, se deduce la posibilidad de que hubiéramos tenido en el Callao los primeros casos de fiebre amarilla entre el 12 y 15 de abril, no fatalmente, pero sí con muchas probabilidades, las que adquirirían mayor seguridad en fechas posteriores á las citadas.

El "Colombia" sale de Guayaquil el 13 de febrero, donde había llegado el día anterior, y en Pacasmayo el día 16 el médico titular halla febril á un pasajero de cámara, á quien sospecha amarílico el médico de Salaverry en la mañana del 17, lo cual es confirmado por el Jefe de la Estación Sanitaria del Callao el 18 del mes en cuestión. Si el "Colombia" estuvo en Guayaquil el día 12, y la invasión del tifus amarílico se manifiesta el 16, es claro que al sujeto X, le ocurrió la más común de las incubaciones, siendo peligroso precisamente hasta el día 19, día de llegada del "Colombia" al Callao; pero es muy posible que como en el caso del "Luxor", zancudos embarcados sanos se infectaran de este enfermo, y pudieran desembarcar en el Callao á pasar su incubación en tierra, y transmitir en seguida el tifus icteroides á los habitantes del Callao, y tal vez á los de Lima.

El vapor "Chile" salió de Guayaquil el 19 de mayo después de haber permanecido allí dos días,

y cuando llegó á Paita el 20, se encontró enfermo con temperatura de 38° al muchacho del capitán; por consiguiente ese muchacho ha debido ser picado el 17, luego de la entrada al puerto, pues en ese día fondeó la nave á las 12 h. 30 m. p. m. Este enfermo era peligroso hasta el día 23, y si se dá el caso probable de stegomias sanos embarcados, ellos han debido infectarse del muchacho en ese intervalo de tiempo y haber llegado al Callao aptos para la trasmisión, esto sin contar los stegomias que en Guayaquil se embarcaran ya infectados.

De todo se deduce:

1.°—Todo vapor que haya estado en Guayaquil, reinante epidemia de fiebre amarilla, es peligroso traiga ó no enfermos;

2.°—Sólo es posible admitir una nave procedente de puertos infectados, 6 días después de fumigación perfecta sin repetición de casos.

*
**

Los limeños que ahora llegan á poco más de la treintena de años, no pueden tener recuerdos personales del sistema de desagüe usado en Lima hasta poco más de pasada la primera mitad del siglo XIX. Fue en 1868 que se comenzó á construir la red de albañales, y usábase hasta ese tiempo de las acequias públicas, practicadas de SO. á NO. poco más ó menos, y otras que pasando por el interior de las casas, iba á terminar por cruzamientos, en las anteriores, atravesando la ciudad NO. á SO., todas ellas conectadas entre sí y dependientes del río Huatica que cruza hasta ahora la ciudad. Eran las acequias siempre estrechas sin cauce de mampostería, y sólo construídas por simple escavación del terreno; estaban las acequias limeñas bordeadas por montículos formados por tierra es-

traída que se acumulaba en cada limpieza del álveo, como todavía puede verse en las acequias que corren á uno y otro lado de la actual Alameda de Acho, y en la calle del Cequión, en el barrio del Cercado.

Era permitido, y sólo muy entrada la noche, arrojar allí aguas residuales, y exclusiones de toda clase, procedentes de las casas vecinas, único modo de desembarazarse de los desperdicios y deyecciones que por esos años tenía el viviente limeño. Aquel permiso se extendía por tolerancia inconsiderada, hasta el extremo de arrojar en las dichas acequias, trapos viejas, trozos de madera ó de objetos metálicos, cadáveres de ratas ó de animales domésticos, y cuanto restante ó inútil se pudiera tener, inclusive pedazos de alguna vieja almohada ó algún colchón fuera de utilidad. Es fácilmente concebible que con tal sistema de quitarse los inconvenientes de lo deteriorado é inusable se formarían diariamente pequeñas represas; mas eran ellas de suficiente magnitud para que las aguas se desbordaran, y ya en plena libertad, produjeran, las calles charcosos y mal olientes. Es de mucho realismo lo que el doctor Rosas dice al respecto en el número 17 del año 2.° de "La Gaceta Médica", y que el doctor Fuentes reproduce en su interesante libro "Estadística General de Lima", publicado en 1858, permaneciendo las cosas en desesperante *statu quo*, hasta 1868, año en el que se principió á establecer los albañales de Lima.

Dice así el doctor Francisco Rosas, y ello es muy sugestivo, si se recuerda el concepto etiológico que de la fiebre amarilla se tenía en aquella época.

"Nada más desagradable á la
" vista, más repugnante al olfato,
" y más perjudicial á la salud, que
" esas grietas irregulares, que con-
" duciendo en más ó menos abun-

“dancia un líquido semi-espeso,
 “tan variado en sus matices como
 “en sus olores, recorren todos los
 “puntos de la capital con el nom-
 “bre de acequias. Destinadas á ser
 “para las poblaciones lo que los
 “ríos para los campos, es decir, la
 “vida y la alegría, se han conver-
 “tido entre nosotros en poderosos
 “agentes de disgustos y enfermeda-
 “dades.

“Cubiertas sólo en algunos pun-
 “tos para facilitar el tráfico, y
 “destinadas á ser el receptáculo de
 “todas las inmundicias, presentan
 “constantemente y con la mayor
 “claridad, á la vista de todo el
 “mundo, muchas de aquellas mis-
 “erias que las familias procuran
 “ocultar con el mayor cuidado,
 “rodeándolas en sus habitaciones,
 “del más impenetrable misterio, y
 “ofrecen al calórico y al viento,
 “una inmensa superficie evaporan-
 “te, de donde se levanta, en gran
 “cantidad miasmas fetidísimos,
 “que muchas veces obligan á los
 “transeuntes á cambiar de cami-
 “no, á suspender el ejercicio de la
 “respiración, ó á cubrirse las nari-
 “ces con algún lienzo. Este incon-
 “veniente se siente con más fuerza,
 “cuando retardado el curso de las
 “aguas, ó interrumpido completa-
 “mente, permanecen las materias
 “orgánicas arrojadas á las ace-
 “quias, el tiempo necesario para
 “recorrer los diferentes períodos
 “de la putrefacción.”

“El cauce poco profundo, situa-
 “do generalmente sobre un plano
 “más elevado que aquel en que es-
 “tán fabricadas las habitaciones,
 “y formado de pequeñas piedras
 “unidas entre sí por un poco de
 “tierra, hace que el agua filtre sin
 “cesar en todo sentido, y que obe-
 “diendo á las leyes inalterables
 “del equilibrio, humedezca el pavimen-
 “to, y hasta cierta altura, las
 “paredes de las casas construídas
 “á los lados; que cuando se au-
 “menta la cantidad de las aguas

“ó se detiene su curso con algún
 “obstáculo, rebose y se derramen
 “en todo sentido, inundando las
 “calles hasta el extremo de impe-
 “dir el paso á las personas, y de
 “amenazar la existencia de las pa-
 “redes poco sólidas.

“Este acontecimiento, que se re-
 “pite con frecuencia, suele dar á
 “la Ciudad de los Reyes, y en mu-
 “chos puntos al mismo tiempo, el
 “aspecto de un pantano, y es la
 “causa principal de las terribles
 “intermitentes, de los tabardillos,
 “de las graves disenterías y de
 “otras tantas enfermedades que
 “diezman la población, especial-
 “mente en el otoño.”

(Continuará.)

El Santyl en la cistitis con prostatitis

por el Dr. Arnold Strassmann, de
 Berlín.
 (Dermatologischs Contralblatt.
 1907. N.º. 6)

El autor recomienda el Santyl,
 sobre todo á causa de su marcada
 acción anestésica sobre la muco-
 sa vesical. Describe detalladamen-
 te un caso muy grave de cistitis
 con prostatitis que durante más
 de diez años había resistido á todos
 los tratamientos. Los dolores au-
 mentaba siempre cada vez más, el
 tenesmo se hacía más frecuente (ca-
 da cuarto de hora) la micción se
 verificaba gota á gota y era tan
 dolorosa que ni aun las inyeccio-
 nes de morfina producían otra cosa
 que un alivio pasajero. Tras el fra-
 caso de un tratamiento termal en
 Salzbrunn, y de los diversos anti-
 sépticos urinarios como el ácido
 canfórico, y el cateterismo conti-
 nuado durante largos meses con
 lavados bóricos, el autor empleó el

Santyl, del que había oído hablar. El resultado fue sorprendente. A los dos días el tenesmo no sobrevinía más que á intervalos de tres ó cuatro horas, y el dolor á la micción había desaparecido. El estado general mejoró rápidamente y los colapsos, que antes eran amenazadores, cesaron. Las recidas que sobrevinieron algunas semanas más tarde, fueron atajadas como al principio por un empleo poco prolongado del Santyl de suerte que pudo comprobarse, por un ensayo farmacológico, el valor de este remedio.

El Santyl, éter salicílico neutro
Santalol medicamento
antiblenorrágico

por el Dr. A. J. Lanz

Privat-docent de la Universidad de Moscou.

(Praktitschewski Wratsch 1906, N° 45)

El autor ha empleado el Santyl en unos 50 casos de blenorragia, sobre todo en los que presentaban complicaciones en forma de prostatitis y epididimitis; confirma la ausencia absoluta de todo efecto secundario durante el empleo del remedio. Desde el punto de vista de la eficacia terapéutica, el autor está convencido de que no es menor que la de los demás métodos internos. En sus enfermos, el Santyl hizo disminuir rápidamente los tractornos desagradables y el flujo purulento; las erecciones dolorosas desaparecieron de la misma manera. Los casos en que las preparaciones de Sándalo se soportaban mal ó no se soportaban en absolu-

to, son muy instructivos en cuanto á los efectos secundarios. Es incontestable que la cuestión de los efectos accesorios de este remedio, comparado con los demás remedios internos, está decidida de hoy en adelante en favor del Santyl.

Tabletas de Antikamnia

INDICACIONES

Eficaz en Neuralgia, Mialgia, Ciática, Reumatismo Agudo, Hemis-cranea y en todas las Fiebres; también en Dolores de Cabeza y otros males nerviosos debidos á Irregularidades de la Menstruación. Tomada en Asma, Resfriados, Influenza, ó enfermedades análogas, asegura los resultados apetecidos.

En una palabra, la Tableta de Antikamnia es un remedio seguro y sin peligro para todos los males que pueden ser dominados por medio de medicina tomada interiormente y difundida en la sangre. Dosis: una ó dos tabletas dos ó tres horas, seguidas de un trago de agua ó vino.

Callao, 22 de abril de 1907.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: He tenido el gusto de prescribir á muchos enfermos y con muy buen éxito la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos.

De Uds. atto. S. S.

M. CANTUARIAS Y LÓPEZ
Médico del Hospital de Guadalupe

Imp. de San Pedro -41755