

LA

CRONICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXV } LIMA, 31 DE DICIEMBRE DE 1908 { N.º 480

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

(Conclusión)

Tratamiento

El tratamiento del estómago bilocular, es uno de los puntos más importantes de su estudio; este tratamiento necesita para su aplicación, como fácilmente se comprende, el diagnóstico preciso de la afección, que, como se sabe, es de lo más difícil.

El tratamiento puede ser médico y quirúrgico. El tratamiento médico es sólo aplicable en los casos en que nos es posible intervenir; puede decirse que es solamente paliativo. Ciertos clínicos como Perret (1) y otros, han podido curar médicamente algunos casos. El tratamiento médico consiste simplemente, en el empleo de un régimen lácteo absoluto. En los

casos en que los síntomas dependen del espasmo muscular, el tratamiento bromurado ha dado buenos resultados.

Siendo la causa de los fenómenos que se presentan en los casos estómago bilocular adquirido, una causa mecánica de estrechamiento, de detención; se comprenderá que sólo beneficiarán algo, del tratamiento médico aquellos enfermos en los cuales sus síntomas morbosos sean sólo debidos á espasmo muscular, espasmo que en la mayoría de los casos es fugaz, pero que, muchas veces produce complicaciones, constituyendo entonces ese estado de contracción permanente, que puede muy bien denominarse *gastrismo*; y en aquellos casos en que las lesiones sean debidas á cicatrices ó adherencias, etc., sólo beneficiarán de un tratamiento quirúrgico, que es el único que suprime la causa productora de los desórdenes. Este tratamiento descansa sobre bases lógicas, de tal modo que es racional y el único que deberá emplearse, si se quiere tener la conciencia de proceder bien.

Cuando los síntomas recogidos en el exámen, sean los de una úlcera gástrica, pero que haya sido posible hacer el diagnóstico de estómago bilocular, el tratamiento médico será, naturalmente, el primero que se empleará, sobre todo

(1) A. Perret. Citado por L. V. Salcedo. "Tribuna Médica", N.º 18, pág. 489.

para evitar los fenómenos más graves de la éxtasis gástrica.

El tratamiento quirúrgico tiene por objeto suprimir el obstáculo y además restablecer el curso del contenido estomacal. Se consigue lo primero, practicando la exicción de la estrechez, ó bien por medio de otras operaciones plásticas; y se restablecerá el curso del contenido estomacal por medio de las anastómosis quirúrgicas.

Cuatro operaciones se han propuesto para el tratamiento del estómago bilocular:

La gastro-plastia.

La gastro-anastómosis

La gastrectomía anular medio-gástrica.

La gastro enterotomía.

GASTRO-PLASTIAS — Esta operación fue preconizada por B rdeleben en el año 1889 y practicada por primera vez por Kukenberg en 1893. En una operación análoga á la piro - plastia de Heineke-Mikulicz. Consiste en incidir el estrechamiento según el eje mayor del órgano, paralelamente á su dirección, y en seguida suturar la herida producida, perpendicularmente á ella, (fig. 1). La longitud de esta incisión debe estar en relación con el calibre de la estrechez. Mientras mayor sea ésta, más grande deberá ser la incisión. La sutura de la mucosa se hará con catgut, y la de las capas serosa y muscular, con seda, ó mejor con hilo.

Esta operación debe practicarse en los casos de estenosis poco marcadas, y cuando las paredes del estómago estén sanas. En efecto, cuando la incisión trasversal sobrepasa la zona cicatricial, la sutura no puede servir para aproximar las extremidades de la herida; por otra parte, las suturas muy tensas, cortan los tejidos, si éstos están esclerosados.

Las condiciones necesarias para el éxito de esta operación, son las siguientes: Que el píloro esté libre;

que la estrechez sea medio-gástrica; que las paredes del órgano estén poco induradas y que si existe ulceración, sea poco manifiesta.

Sin embargo, la mayor parte de los cirujanos rechazan esta operación, porque expone á recidivas. Así G. Pouchet (2), dice que es peligrosa, por las recidivas y que por eso está abandonada. Marrión y Guillermon, la rechazan también por exponer, por la no reunión de los bordes de la herida, á peritonitis mortales. En la discusión á que este procedimiento fue sometido, en el primer Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, celebrado en Bruselas, el 18 de setiembre de 1905, el señor Jonnesco (de Bucarest), hizo constar que la gastroplastia expone á recidivas (3). El señor Mattali (de Roma), al considerar las diversas afecciones benignas del estómago para las que la intervención está indicada, se ocupó del estómago bilocular y aconsejó en los casos de píloro libre y de estrechez poco marcada, la gastroplastia; pero hizo observar que, en la mayoría de los casos la gastro-enterostomía, es la que dá los mejores resultados. Sin embargo, el cirujano inglés Mayo Robson (4) ha practicado la gastroplastia 10 veces, de los cuales viven 6 en perfecto estado de salud.

El Prof. Tuffier, (5) á propósito de una comunicación del señor H. Hartmann, sobre los casos de biloculación operados por M. Jeanne (de Rouen), aconseja practicar la gastroplastia, solamente en los casos raros de estómago libre y estrechamiento poco marcado.

(2) G. Pouchet. Obra citada.

(3) "La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale". T. X, N.º 1, 1906.

(4) "La Presse Médicale". 1907. N. 22, pág. 194.

(5) Tuffier. Obra citada.

Los señores Monody y Vanverts (6) aconsejan esta operación en los mismos casos que acabamos de citar.

El doctor L. V. Salcedo, en su trabajo sobre la biloculación gástrica, tantas veces citado, practicó en el año 1905, una estadística de las operaciones hechas por 19 cirujanos, en ella consigna 41 casos operados, de los cuales curaron 35 y no tuvieron éxito 6.

Esta estadística no es muy concluyente, á pesar de mortalidad tan insignificante, 14.7 por ciento, porque sólo indica el éxito operatorio y como acabamos de ver, la mayoría de los cirujanos, dicen que las recidivas son frecuentes. Hoy está casi abandonada.

LA GASTRO-ANASTÓMOSIS ó operación de Wolffler, también llamada gastro-gastrostomía, consiste en establecer una comunicación entre las dos bolsas, en tejido sano y á cierta distancia del estrechamiento; está indicada en los casos en que las dos bolsas sean colgantes, no tengan adherencias, el píloro esté libre y la estenosis sea poco marcada (fig. 2).

Según Schmidt, citado por Monprofit (7), esta operación podrá practicarse:

1º— Cuando la bolsa cardíaca sea más pequeña que la pilórica; es decir, que la estenosis esté cerca del cardiacas.

2º— Cuando las dos bolsas sean iguales y no hayan contraído adherencias, sobre todo al nivel de la curvatura mayor y que no existe un espolón.

3º— Cuando el puente cicatricial entre las dos bolsas sea poco extenso y falten los síntomas de úlcera al nivel de la cicatriz ó en cualquier otro punto del órgano.

(6) Monod et Vanverts. "Traité de Technique Opératoire". 1902. Paris.

(7) Tuffier. "Chirurgie de l'Estomac". 1907.

M. Jeanne, (de Rouen), practicó esta operación en un caso de biloculación gástrica consecutiva á la cicatrización de una úlcera; el enfermo curó. En otro caso igual, pero producido por un pépigo gástrico con adherencias al píloro, la gastro-gastrostomía no tuvo éxito. Jeanne tuvo que practicar entonces, la gastro-enterostomía, que, por las condiciones desfavorables en que se encontraba el enfermo no tuvo éxito.

Hochennegg, (9) cita un caso de una gastro-anastomosis practicada por él, en una enferma de 25 años, que desde los 15, comenzó á sufrir del estómago; sentía pesadez, vomitaba frecuentemente y después de las comidas.

Este estado se agravó á tal punto, que el peso de la enferma se redujo á 86 libras. Se practicó la operación de Wolffler, que fue seguida de un éxito operatorio y terapéutico de lo más completo. Hochennegg, considera esta operación como la de elección, por permitir un ancho paso á los alimentos; además, es más fácil de practicar que la gastrectomía anular.

Sin embargo, esta operación ha sido practicada muy pocas veces. Wolffler la ha ejecutado solamente dos veces. El doctor L. V. Salcedo, cita en su estadística 9 casos operados por ocho cirujanos; 7 casos curaron, sólo uno murió. Como se vé, la mortalidad está reducida á 1.1 por ciento.

Monprofit, en sus observaciones, cuenta 17 gastro - anastomosis simples, con dos muertes y 5 compuestas con una muerte.

El Prof. Tuffier dice que es una operación simple y benigna, que dá resultados funcionales excelentes.

Sin embargo, no faltan cirujanos que la desechen, porque no pone al

(9) "La Presse Medicale", 1907. N.º 158, pág. 444.

órgano en un reposo tan absoluto como la gastro- enterostomía, y además exige que el píloro esté libre, sin adherencias, condiciones que es muy raro encontrar.

LA GASTRECTOMÍA ANULAR MEDIO-GÁSTRICA ó gastrectomía parcial, ha sido practicada solamente ocho veces en el tratamiento del estómago bilocular, habiendo dado seis curaciones. Mayo Robson la ha practicado dos veces, en casos de biloculación por carcinoma. Krause también la practicó con éxito.

Consiste en la resección del estrechamiento y la sutura de las dos bolsas (fig. 3). Conviene teóricamente en los casos de cicatriculibres y situadas en la cara posterior. Además, deberá practicarse en aquellos enfermos que conserven un buen estado general. Es muy poco practicada, por ser de técnica difícil y larga. Exige, como lo hemos dicho, condiciones que raras veces se presentan.

LA GASTRO-ENTERO-ANASTÓMOSIS fue practicada por primera vez en el servicio de Billroth el 28 de setiembre de 1881. Fue imaginada por Nicoladoni el curso de una operación de cáncer inoperable del estómago que ejecutaba Wolffler, quien siguiendo su consejo practicó por primera vez una anastómosis gastro-yeyunal.

Esta operación consiste en el establecimiento de un orificio artificial que hace comunicar el estómago con la primera porción del intestino delgado; el ansa intestinal que se escoge es la más cercana al ángulo duodeno yeyunal, para no suprimir una gran extensión del campo de la absorción intestinal.

De todas las operaciones del vientre, la gastro enterostomía ha sido y lo es actualmente, la más estudiada. Los procedimientos de técnica son cada día más perfeccionados.

(Es la operación de elección del estómago bilocular adquirido, porque responde á todas las indicaciones del tratamiento de ésta afección; remedia al mismo tiempo la estenosis pilórica, si existe; y si hay ulceración, ejerce sobre ella acción favorable.

Esta anastómosis debe practicarse sobre la bolsa cardíaca, después de haberla reconocido bien, y esto es importante, pues si se hace sobre la pilórica, la muerte puede sobrevenir en muy pocos días. Así, L. V. Salcedo (10), cita tres casos fatales, en los que la anastómosis fue practicada en la bolsa pilórica. Estos casos son los de Childe y Hartmann; Mayo Robson cita uno, en que por un cáncer que había producido la biloculación gástrica, practicó la gastro-enterostomía en la bolsa pilórica con resultado fatal.

Tuffier dice, también, que este accidente no es raro y que muchos cirujanos han cometido esta falta; así Pinatello, la señala cuatro veces sobre un total de 42 operaciones; cita otro caso de Carle y Fantino en que á pesar de haber practicado la anastómosis gastro-yeyunal en la bolsa cardíaca, el enfermo murió después de cuarenta días, habiendo presentado, una diarrea profusa y fétida. La autopsia demostró que existía una gran distensión de la bolsa pilórica, donde se reunía un líquido pútrido, expuesto á fermentaciones que intoxicaron al enfermo.

Para evitar esta seria complicación, algunos cirujanos, y entre ellos, Clément, de Fribourg, precizan un procedimiento especial de gastro-enterostomía, que es una modificación de la gastro-enterostomía en Y de Roux. Después de haber obturado la extremidad inferior del intestino, la pasa hacia

(10) Doctor L. V. Salcedo. Obra citada pág. 490.

la cara anterior del estómago y practica una anastomosis lateral del intestino con cada una de las bolsas. Es una gastro enterostomía anterior en Y, con anastomosis doble al nivel del estómago (fig. 4).

Monprofit, (11) que se ha ocupado mucho el tratamiento quirúrgico del estómago bilocular, y que ha practicado algunos cientos de operaciones sobre el estómago, propone una gastro enterostomía en Y doble por implantación. (fig. 5).

La mayor parte de los cirujanos están de acuerdo en considerar la gastro enterostomía, como la operación de elección, por producir los mejores resultados, ser de técnica fácil y suprimir todos los fenómenos de la biloculación estomacal.

G. Pouchet dice, que la gastro-enterostomía es la mejor operación para curar el estómago bilocular: que sobre 41 operaciones, una vez solamente, los síntomas reaparecieron; es por otra parte de una benignidad casi absoluta, lo que explica que sea la única empleada hoy".

H. Hartmann [12], de París, en su "Chirurgie Gastro-Intestinale" dice que: "el estómago bilocular, es una enfermedad poco frecuente, que á menudo pasa desapercibida y propone para su tratamiento la gastro-enterostomía, sobre la parte más declive de la dilatación superior; esta operación remedia todos los accidentes causados por la estrechez en *bissac*; suprime al mismo tiempo los de la estenosis pilórica si existe y en fin, cura la úlcera gástrica concomitante; operación por otra parte simple y

aplicable á la mayoría de los casos".

En el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en Bruselas, en los días 18 á 23 de setiembre de 1905, en la discusión sobre las intervenciones quirúrgicas en las afecciones no cancerosas del estómago, los señores Mattali (de Roma), Jonnesco (de Bucarest), y H. Hartmann [de París], al ocuparse del estómago bilocular, dijeron que la gastro-enterostomía simple ó doble, es decir drenando las dos bolsas, era la operación de elección por ser la que dá los mejores resultados (13).

La mortalidad es de 13 %; teniendo en cuenta las observaciones recientes, se puede decir que tiende á convertirse en nula.

L. V Salcedo en sus estadísticas, cita 21 gastro-enterostomías por biloculación gástrica, con 16 curaciones y 5 muertos; la mortalidad es de 23.8 %; pero como acabamos de ver en las nuevas estadísticas la mortalidad ha disminuído mucho.

Entre los inconvenientes que pueden presentarse para practicar esta operación, creemos deber, indicar el hecho señalado por M. Jeanne [de Rouen], y estudiado últimamente por los señores P. Cavaillon y G. Leclerc (de Lyon) [14] sobre las lesiones de atrofia y distensión del segmento intestinal subyacente al estómago; atrofia algunas veces tan considerable, que dificulta sobre manera el establecimiento de una anastomosis gastro-yeyunal, suficientemente ancha.

También Tuffier ha señalado, los

(13)—"La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale". T. X, No. 1, pág. 115.

(14)—P. Cavaillon et G. Leclerc. "Étude anatomique du segment sus-jacent aux sténoses intestinales." "La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominales". T. XII, No. 3, 1907.

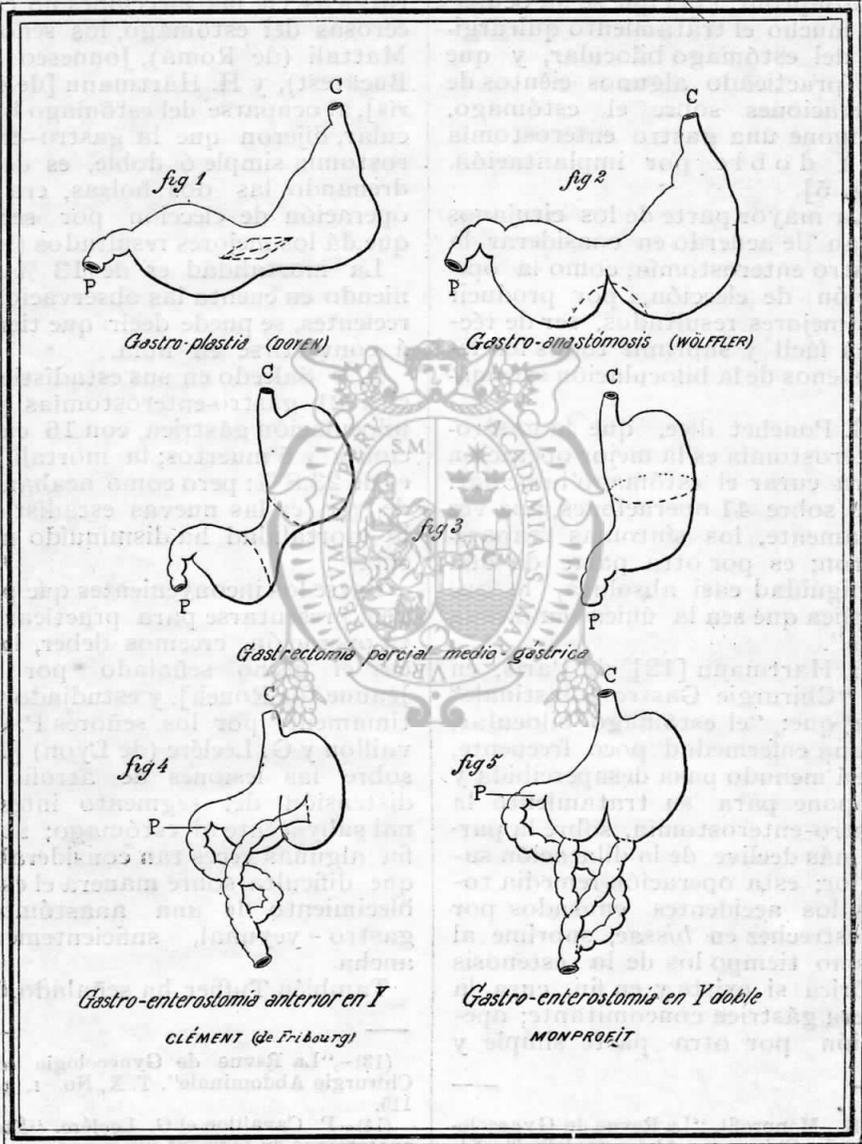
(11). Monprofit, "La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale", T. XI, No. 1, 1907.

(12) H. Hartmann. "Chirurgie Gastro-Intestinale", 1901, París.

casos de estómagos biloculares fisiológicos, producidos por una contracción espasmódica, que lo divide en dos cavidades; constricción

que es temporal y que puede seguirse con la vista, como en el caso de Büdinger Konrad, en que este cirujano vió en una enferma

Estómago bilocular



ESQUEMA DE LAS OPERACIONES

operada por diagnóstico de estómago bilocular, producirse al nivel de una cicatriz en forma de T en la curvadura, mayor, una contracción gástrica tan violenta, que el órgano se dividió en dos cavidades separadas por un istmo de dos traveses de dedo máximo. Además, pudo notar la existencia de un tumor duro. Esta es seguramente, la primera observación de este género, en que se ha podido seguir con la vista la producción de un estómago bilocular por contracción espasmódica. En esta enferma se hizo una gastro-enterotomía posterior retro-cólica, sobre la bolsa cardíaca y como el estómago estaba algo ectopiado, se hizo la gastropexia. La enferma curó. Para evitar que el orificio de la boca anastomótica, se haga en el lugar del espasmo muscular, en estos casos es prudente, practicarla en sitio lo más lejos posible de aquellos tejidos que parezcan sospechosos.

Los procedimientos quirúrgicos que acabamos de estudiar, son los que han sido propuestos por la mayoría de los cirujanos más notables y que se han ocupado del tratamiento del estómago bilocular.

Sin experiencia personal, sin que podamos con razón formarnos criterio sobre cual de estos procedimientos es el mejor, dejamos al lector, que se decida por el tratamiento que crea más oportuno.

Pero si se tiene en cuenta los resultados que la gastro-enterotomía, ya simple ó doble, ha dado á la mayoría de los cirujanos, nos parece que esta operación, es la que debería adoptarse en la mayoría de los casos.

Las epidemias amarílicas de Lima

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA FIEBRE AMARILLA EN AMÉRICA

por el doctor

ROMULO EYZAGUIRRE

(Conclusión)

“Pero esos males son nada, si los comparamos con los que, nuestra miseria y nuestra ignorancia, producen las acequias destinadas á su aseo. Difícil es imaginar un espectáculo, ni más dañoso, ni más repugnante, que el que entonces presenta Lima. Suspéndese por doce ó quince días el curso del agua, que no sólo es el principal, sino tal vez el único resorte de salubridad de este pueblo, que tan sólo piensa en su salud. Dos ó tres días después de verificada esta suspensión, un número reducido de peones comienza á remover lentamente la inmensa cantidad de sustancias orgánicas que, corrompidas y combinadas con el polvo, llenan casi completamente el cauce de las acequias. Acumulando estas materias á uno y otro lado se forman con ellas montones más ó menos considerables, que permanecen allí abandonados hasta que la presión y la evaporación, les comunica la ligereza necesaria para ser transportados con bastante comodidad. Esta circunstancia es causa de que por este tiempo se cubran todas las calles de extensos lagos de un color verdi-negro, los cuales continúan ejerciendo su maléfica influencia, hasta que las fuerzas de la naturaleza los consumen y destruyen. Los habitantes que cuentan con la acequia como un recurso necesario para la limpieza, mientras el agua deja de correr, no cesan de arrojar en ella ni un solo momento, inmundicias de todo genero, de modo que muchas veces acontece que aún no

ha terminado el aseo de una acequia, cuando ya han sido reemplazadas las materias extraídas por otras nuevas, tan nocivas como las primeras. Pero lo más notable, en medio del abandono y del desorden con que se limpian las acequias es, que frecuentemente se aplaza esta operación peligrosa para las épocas en que los rayos del sol hieren la superficie de la tierra con más violencia. Tal vez se proponen aprovechar del aumento que entonces adquiere su fuerza evaporante, á consecuencia del cual se desecan más rápidamente las materias citadas. Nunca olvidaremos la impresión tan extraña y tan profunda que experimentamos al ver ejecutar esta operación del modo que lo hemos indicado, cuando en el rigor del estío hacía la fiebre amarilla más terribles estragos, cuando no había semblante en que no se retratase el espanto y el dolor, sin que una sola voz se levantase para detener el progreso de tan grande crimen."

"Cuántos males ha producido, y debe producir la acumulación de tantas causas de muerte, colocadas en las condiciones más apropiadas para dañar, sólo podrán decirlo los que llamados por su profesión á contraer profunda intimidad con los dolores y las miserias humanas, tienen también la severa obligación de remontarse á su origen para señalarles el remedio más oportuno."

"El día de la extinción de todos estos males, será para Lima un día de inmensa ventura. El debe llegar, inevitablemente, y aún parece que no está muy lejos; al menos, así lo hacen pensar el restablecimiento de la Municipalidad, y la próxima realización del proyecto del señor Basagoitia para dar agua á todas las casas de la ciudad. Llevada á cabo esta gran medida higiénica y económica, podrá fácilmente la Municipalidad, si

se tiene amor al pueblo que la ha elegido, libertarlo de los inconvenientes de las actuales acequias. No siendo ya necesarias para los usos á que hoy día están destinadas, podrán cubrirse en toda su extensión, adquiriendo así la forma que tiene en los pueblos civilizados. Se construyan los cauces de manera que sus muros sean impermeables, se les dará una profundidad de dos y media á tres varas y la anchura conveniente para que las aguas puedan correr con entera libertad. Con acequias de esta naturaleza. Lima disfrutará de una salubridad desconocida, y sus habitantes de una vida más larga y menos angustiosa que ahora."

Seguramente que estas acequias no tuvieron intervención en la fiebre amarilla, y apenas si pudieron tenerla las que pasando por el interior de las casas conservara sus aguas quietas á favor de los remansos que el mal practicado al veo pudiera favorecer. Lo trascrito del doctor Rosas, vaya en simple recuerdo de acontecimientos, y no pasará adelante sin volver á la luz pública en igual título, un pasaje muy interesante de la obra citada del doctor Fuentes. Quéjase el autor del abandono en que se tenía á la ciudad y al hablar de la canalización del río Rímac dice:

"Obras de esta naturaleza, son las que manifiestan el grado de civilización á que llegan los pueblos, porque dan más que ninguna otra una muestra ostensible de que se sabiesquiera apreciar la existencia en el grado que lo merece, de que se atiende al bien de la sociedad; y de que la autoridad, ejerciendo la vigilancia paternal á que está obligada por la Providencia y por la justicia, llena con solícito cuidado una de sus más sagradas obligaciones. Pero, desgraciadamente, entre nosotros los años corren, las generaciones desaparecen, los males aumentan; nuevas epidemias nos afli-

gen, y enfermedades que nos eran desconocidas nos llenan de luto, y arrebatan con indecible velocidad los más queridos objetos de nuestro corazón. por todas partes duelo y lágrimas; y en esos momentos supremos en que la idea aterradora de la muerte nos llena de estupor, en esos solos momentos quiere la autoridad luchar contra las fuerzas de la naturaleza, y contener los furros de un mal que si no pudo evitarse en su totalidad, pudo al menos precaverse en gran parte."

"En dos años consecutivos el terrible huésped de la fiebre amarilla ha venido á despertarnos de un criminal letargo, en pocos meses diezmo nuestra población con un furor siempre creciente y como para hacernos más sensible nuestro desaseo y nuestra inercia, se ensañó en personas no sólo de la alta clase, sino también de la más distinguida y apreciable por sus méritos, virtudes y saber. Y sin embargo: ¿Qué se ha hecho para evitar que esos horrores se repitan? ¿Qué medidas de aquellas enérgicas y verdaderamente saludables se han dictado para evitar que otra vez esa misma peste ú otra igualmente destructora, se nos presente con su fúnebre cortejo de dolores y de espanto? Nada y nada."

"Las epidemias encontrarán hoy, como antes encontraron, elementos para excitar su fuerza y su furor; encontrarán víctimas que arrebatan y encontrarán también autoridades inertes, que creerán llenar sus deberes con hacer publicar las opiniones más ó menos fundadas de los médicos; que pretenderán ocultar el grito lastimero del público, y disipar sus temores ocultando el número de muertos; como si pudieran borrar las trazas del exterminio que quedan grabadas en cada una de las casas, y las huellas del dolor impreso en todos los corazones."

"Si la fiebre amarilla nos ataca-

se en este verano, encontraría Lima en las mismas condiciones higiénicas que en el año de su primera invasión, porque no hay sino tender la vista sobre nuestra desgraciada ciudad, para confesar que nada ha adelantado en cuanto á limpieza, y que antes sí adquiere cada día más y más elementos de destrucción."

Por los tiempos que rememoramos, el agua de tubería no era de la que pudiera servirse, al menos, la mitad de la población limeña; pocas casas contaban con aceptable servicio de agua conducido por tubos, y era de uso general tanto en el rico como en el pobre, el agua que comprada á los aguadores se depositaba en tinajas *ad hoc* entre la gente acomodada, y en ollas de barro ó en basijas de barata adquisición, entre los menesterosos. Desde luego á mayor holgura y mayor número en las personas de familia, mayores necesidades y mayor cantidad de vasijas de depósito de agua potable, que era destinada á toda clase de usos, así á la bebida como al baño ó al lavado. Además la gente que podía proporcionarse mayores comodidades, usaba la piedra de filtrar, hoy en desuso, y que consistía en un tanque de gres de forma cónica, y á veces con 80 centímetros en su mayor diámetro.

Los proveedores de agua ó aguadores, eran individuos de raza negra, matriculados para su asunto mercantil, y distribuidos por parroquias, antigua división topográfica de Lima. Los aguadores cogían el agua de las piletas y pilones públicos. Las primeras se hallaban cerca de algunas esquinas, eran apenas salientes del muro y su chorro de salida constante se perdía en un pequeño receptor practicado en la acera misma, y allí se sumían las aguas excedentes, por lo que también eran frecuentes los desbordes y los lodazales de ahí

derivados. Los pilones se hallaban en ciertas plazuelas, y era de allí de preferencia de donde los aguadores hacían su acarreo, dándose tan poca maña al llenar las *pipas*, que era constante el desborde, el suelo charcoso y sucio, acompañado por los restos de las comidas ó sus envolturas, que allí dejaban nuestros aguadores de antaño. Es mejor que transcriba lo que Fuentes dice en su libro "Lima" en la página 11:

"*Pilas*.—Antes de que se estableciera en Lima la Empresa para dar agua á las casas por medio de cañerías de fierro, se contaba en toda la ciudad 71 pilas: 17 pilas y 10 pilones públicos; 19 pilas en conventos y monasterios; 6 en hospitales y beaterios; 19 en colegios y otros establecimientos públicos, contándose además 177 pozos en casas particulares. El número de pilas y pilones situados en las plazas y plazuelas públicas no se ha aumentado, pero el de las casas particulares y de establecimientos públicos ha crecido considerablemente."

De modo, pues, que cada casa podía considerarse como poseedora de 4 ó 6 depósitos de agua, evidentes criaderos de zancudos. Por cálculo algébrico se llega á encontrar que Lima tuviera posiblemente en 1868 á una población ascendente á 98.344 habitantes, y se supone un término medio de 5 personas por familia y en cada una el uso de cinco depósitos de agua, se tiene por resultado la cifra misma de la población, es decir que entonces Lima poseía un total de 98.000 viveros de zancudos sobre poco más ó menos, sin contar en ello los pozos de agua de uso tan común, todo lo que significa que la ciudad de los Reyes se hallaba, por aquellos tiempos que estamos recordando, en magníficas condiciones para lanzar sus zancudos quizá á miríadas, los que una vez infectados, no te-

nían gran trabajo para multiplicar en modo aterrador, los casos de fiebre amarilla.

La comunicación entre Guayaquil y el Cailao era entonces menos por buques á vapor que por veleros, y aún en aquellos, el viaje no era tan rápido como acontece hoy. Por otra parte, los vapores modernos tienen sus depósitos de modo muy diverso que antes; hoy se hallan, por la manera como se distribuyen sus aguas, al abrigo de las posturas de los zancudos, y es muy difícil que se produzcan las guzarrapas. En los antiguos vapores de tanques accesibles ó descubiertos, y con vasijas de depósitos distribuidas por todas partes, y para todas la necesidades de los pasajeros, daban oportunidad á la cría del stegomia, de modo que en tiempo de epidemia guayaquileña, cada vapor podía conducir con más probabilidades stegomias que enfermos, y si estos también venían, es claro que no sólo se nos importaba la simiente, sino á la vez quien había de sembrarla, lo que por otra parte ya se ejecutaba durante la travesía.

De manera pues, que la supresión de las acequias interiores y los pozos, la dotación de agua por tubos, el progreso en la construcción de los vapores, y el uso en mayor escala de ellos, casi en total, han dificultado la importación de la fiebre amarilla, pero seguramente no la han hecho imposible. En nuestros días y sin contar las medidas sanitarias, la invasión á Lima por el tifus icteroides, tiene algunas dificultades, pero bastaría un enfermo para que sirviera de punto de partida, puesto que como es posible, el stegomia existe en Lima, si bien es verdad que hay razones para creer que no se llegaría á imitar una epidemia como la de 1868 por el estado actual de la ciudad, y por las medidas profilácti-

cas, hoy que se conoce la razón etiológica del tifus amarillo.

No sucedería lo mismo en el Callao. Allí está el stegomia cuya presencia ha demostrado el doctor Barton; allí hay abundancia de depósitos de agua en las casas, y además de esto los pozos de agua; por consiguiente existen medios para el cultivo de aquel zancudo, lo que incrementa el riesgo de adquirir la fiebre amarilla, si la cuarentena de observación dejara de ser rigurosa á pesar de todo.

La actual ampliación de los trabajos de dotación de agua y desagüe traerán consigo una vez reali-

zados, no sólo el progreso higiénico del Callao, con todas sus consecuencias, sino que realizando la supresión de los depósitos de agua en las casas, le pondrán en condiciones de mejor defensa contra la fiebre amarilla, y los riesgos de una epidemia habrán decrecido.

En la página 219 y 220 del volumen del Censo del Callao levantado por la Dirección de Salubridad y dirigido por el doctor Enrique García, se encuentra datos que revelan lo peligroso que sería para el vecino puerto el desembarque de amarílicos en incubación ó invasión. Cogiendo lo principal de ambos cuadros y haciendo uno solo de ellos, nos queda lo siguiente:

	Con agua de cañería		Pozo filtrante		Ambos sistemas		Sin agua		Total
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
Casas ocupadas Altos.....	136	38.6	73	20.7	.....	.....	132	37.5	352
" " Bajos.....	290	7.3	1784	44.8	11	0.3	1841	46.3	3977
" desocupadas Altos.....	.....	0.0	2	11.1	.....	.....	16	88.9	18
" " Bajos....	18	6.3	39	13.5	1	0.3	163	56.6	288
" inquilinato Altos.....	8	42.1	3	15.8	.....	.....	8	42.1	19
" " Bajos.....	3	15.8	12	63.1	1	5.3	3	15.8	19
Tiendas.....	75	19.4	107	27.8	2	0.5	195	50.5	386
Callejones.....	27	7.6	233	66.0	2	0.6	91	25.8	353
Almacenes.....	55	24.1	42	18.4	.....	.....	126	55.3	228
Oficinas.....	14	42.4	.....	.....	.....	.....	19	57.6	33
Fábricas ..	4	28.6	7	50.0	.....	.....	3	21.4	14
Depósitos.....	4	11.4	6	17.1	1	2.9	23	65.7	35
Edificios públicos.....	5	23.8	4	19.0	1	4.8	11	52.4	21
Otros edificios.....	7	33.3	7	33.3	.....	.....	7	33.4	21
Jardines.....	5	17.3	13	44.8	1	3.4	10	34.5	29
Corralones.....	8	8.2	51	52.0	.....	.....	38	38.8	98
	659	11.2	2383	40.5	20	0.3	2686	45.6	5891

Se vé ahí que sólo 11.2% de las construcciones dedicadas á vivien-

das ó susceptibles de serlo, tienen una dotación de agua por cañería;

el 40.5% la tienen de pozo filtrante y un 45.6% carece de toda clase de servicio de provisión de ella; por consiguiente, existe en el Callao el 89.8% de edificios donde se vive, en los que los individuos se ven obligados á usar la tinaja, el barril, la botija ó cualquier otro depósito que le sirve para guardar su ración de agua, para todos los empleos domésticos.

Recorriendo en detalle el cuadro anterior y averiguando las minuciosidades de esta escasez, tan notoria como peligrosa, de cañerías para la alimentación de la ciudad en tan indispensable elemento, se observa que en los pisos altos de las casas, se encuentra un número mayor con agua de cañería, que aquel que representa los pisos bajos de ellas, y es casi igual al número de los que no tienen servicio de agua por ningún modo. En los pisos bajos el coeficiente de los que tienen tubería de conducción, desciende, para ceder sus unidades al coeficiente de aquellos que tienen su respectiva dotación de agua procedente de pozos filtrantes, cuya cifra semeja la del coeficiente de las casas que carecen de provisión de agua en los mismos pisos. En el mismo cuadro se vé que los pisos bajos son los que, con más frecuencia que los superiores, se encuentran sin provisión de agua potable.

En las casas de inquilinato, son los pisos altos también los mejores, desde el punto de vista del agua de cañería, pero sucede la desventaja, cuando se considera los coeficientes de los pisos que carecen de servicio, es decir, que los pisos altos se hallan con mayor índice que los pisos bajos, superando á estos, en más del duplo, notándose bien que los pisos bajos de de los pisos de inquilinato tienen el mayor coeficiente de entre todos los edificios que se valen de los pozos, para adquirir el agua potable.

De entre los edificios destinados

á despachos á la vez que á domicilio, que es lo que en el censo del Callao se ha convenido en llamar *tiendas*, es mayor la cifra relativa en los que no tienen servicio de agua; siguen en magnitud decreciente los que tienen pozo, y ocupan el último lugar los que se hallan provistos de cañería.

Los callejones se sirven de los pozos en su mayor parte, son muy pocos los que tiene cañería y carecen de servicio de agua la cuarta parte de ellos.

La mitad del número de almacenes no tiene servicio de agua, una cuarta parte tiene cañería, y en menor número están los que se sirven de agua de pozo.

De modo, pues, que el Callao, según el Censo de 1905, se encuentra mal provisto de agua conducida por tubos á los domicilios, lo que significa que casi toda la ciudad está en la necesidad de emplear reservorios de agua potable que serán otros tantos viveros de larvas, posiblemente de *estegomia*.

Si se fracciona el Callao en sus distritos, se forma el siguiente cuadro atendiendo á su provisión de agua y método usado para ello.

	Cañería	Pozo	Ambos	Ninguno
Distrito 1°...%	12.7	44.9	0.7	37.9
Distrito 2°... „	10.4	38.0	0.1	50.4
Bellavista.... „	9.8	42.0	1.2	38.1
La Punta.... „	0.0	2.1	0.0	95.8

Según esto, el distrito 1° es el menos mal dotado de agua y el peor es "Bellavista". El barrio de "La Punta" carece de provisión.

Todo lo relacionado prueba lo riesgoso que sería para el Callao la intromisión de amarílicos en los días en que pueden propagar la enfermedad, la que seguramente atacaría en mayor escala á la gente menesterosa ocupante de las casas de inquilinato y los callejones, que son los que menos tienen agua conducida por tubos, y por lo tanto los que hoy poseen mayor número de receptáculos para el agua.

Si los propietarios dotaran sus fincas de tubos parar conducir el agua á los domicilios, evitando así el uso de vasijas que la guarden, se alejaría indudablemente el peligro representado por la cría del *estegomia*, hoy existente en el Callao.

Le prolongó la vida

El siguiente relato apareció en la página editorial de una de las últimas ediciones de la revista "The Christian Work and Evangelist" que está considerada como una de las publicaciones religiosas más importantes y prestigiosas de los Estados Unidos:

"*The Cristian Work and Evangelist*, con rareza, habla de un agente curativo ó remedio, por la sencilla razón de que muchos de los llamados remedios ó preventivos no son lo que sus fabricantes pretenden.

"Existe un remedio, sin embargo, que podemos recomendar por nuestra propia experiencia, que se usa universalmente para las afecciones de los pulmones—la EMULSIÓN DE SCOTT.

"Aunque sábase á ciencia cierta que ningún remedio cura radicalmente casos de tuberculosis muy avanzados, es decir, cuando los pulmones están ya casi completamente destruídos; sin embargo mientras hay vida hay esperanza, y la EMULSIÓN DE SCOTT ha producido resultados verdaderamente maravillosos en miles de casos. El Sr. La Salle A. Maynard, redactor muy conocido de ésta revista, prolongó su vida por muchos años mediante el uso de éste prodigioso remedio. Además, dos hermanos de nuestro Director han obtenido, también, resultados maravillosos con el uso de esta Emulsión después que otros muchos remedios habían fallado.

"Por este motivo y en razón de que nosotros mismos hemos sido testigos oculares de las curas obtenidas con la EMULSIÓN DE SCOTT en las enfermedades de los pulmones, podemos con toda confianza recomendarla á nuestros lectores como uno de los pocos remedios que producen los resultados que los fabricantes les atribuyen.

"Ninguna imitación de ésta excelente medicina ha logrado igualarla y por consiguiente debe emplearse siempre la verdadera y legítima EMULSION DE SCOTT.

Según los datos estadísticos publicados por la Junta de Sanidad, hay en los Estados Unidos 5 millones de tuberculosos. Suponiendo que la EMULSIÓN DE SCOTT añada tres años de vida á la mitad de estos cinco millones de enfermos, esto equivaldría á salvar 125,000 personas de 60 años cada una.

¡Qué resultados tan espléndidos! Y todo se debe á que la EMULSIÓN DE SCOTT aumenta las fuerzas y las carnes tan rápidamente que la obra destructora de los microbios se retarda en todos los grados de la enfermedad y con mucha frecuencia desaparece totalmente, lo cual sucede siempre que se empieza á usar desde los primeros síntomas del mal.

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

INDICE

de las materias contenidas en el tomo XXV

AÑO DE 1908

INDICE DE MATERIAS

A

- Antikamnia.—48
 Asepsia. Conservación de la—116.
 Airampo—185.
 Artola. Dr. Manuel R.—225.
 Análisis de las aguas de Chorrillos.
 257.
 Aniversario de Carrión.—289

B

- Becerra. El Dr. Julio—65.
 Bodas de oro del Dr. Tomás Salazar—84.
 Bromural—175
 Botriomicosis. Un caso de—227.
 Bibliografía—319, 334

C

- Clima de Jauja—68.
 Crónica—84, 111
 Clínica Médica. Lección inaugural—145.
 Clínica quirúrgica de varones. Lección inaugural 177
 Congreso de Medicina clínica interna—191.
 Congreso médico latino americano—209.
 Corea y reumatismo agudo—245, 268, 273.
 Cátedras nuevas, en la Facultad de Medicina—353.
 Catedráticos nuevos—354.

D

- Disposiciones sanitarias—49.
 Dactiloscopia como procedimiento de identidad—210.

E

- Epidemias amarílicas de Lima.—33, 52, 71, 104, 113, 129, 157, 189, 234, 249, 265, 277, 297, 330, 349, 360 y 375
 Estómago bilocular. Consideraciones sobre un caso—321, 341, 354 y 369.

F

- Frigoterapia precordial—7, 17.
 Fiebre tifoidea en Lima—97.
 Fiebre tifoidea. Propagadores de la—125.
 Falsos certificados de defunción—291.

G

- Gálvano—cauterización en la hipertrofia congestiva difusa del cornete inferior—41.

H

- Homicidio casual—98

I

- Ioduro de potasio en la sífilis—66.

M

Montepío. Informe sobre—1.
 Medicina legal militar—1.
 Medicina en el Brasil. La—44, 56.
 Medicina en la R. Argentina—73, 87.
 Medicina en Punta Arenas—107.
 Medicina en Santiago de Chile—119.
 Miscelánea científica—124.
 Moscas. Las—124
 Meningitis cerebro espinal epidémica 125.
 Medicina en Valparaíso—137.
 Medicina en La Paz—168.
 Moral de los médicos, farmacéuticos y sus asistentes—232.
 Medicina en el Perú—251, 283.
 Malos colegas—269.
 Método de Bier.—337.

N

Nuevo colorante para la histología—185

O

Operaciones practicadas en el servicio de cirugía del Dr. Denegri—30.
 Operación de Freyer.—81.

P

Publicaciones recibidas—15, 46, 62, 79, 95, 111, 143, 159, 173, 191, 223, 270, 288, 303.
 Palatol—16.
 Profesión médica en Sud América—

44, 56, 73, 87, 107, 119, 126, 137, 168, 201, 237, 251, 283.
 Profesor de clínica médica—111.
 Pápilonia cutáneo por la inoculación de sangre de un Meloe. Tratamiento del—187.
 Pertosol—288.

S

Senn. Fallecimiento del Dr. Nicolás—85
 Saneamiento del Hospital de Guadalupe—134, 162.
 Sonda porta-pomada—189
 Sociedad Médica Unión Fernandina—241.
 Santyl—271.

T

Tuberculosis pulmonar. El canto y la—124.
 Trabajos del Dr. Escobel en París—184.
 Tuberculosis en su primer período. Curación por las inyecciones hipodérmicas de creosota—193.
 Tejido tendinoso y catgut—312.
 Triferrina—336.

U

“Unión Fernandina”. La—305.

V

Viaje—121.
 Vías urinarias y la visión directa—161.
 Verruga peruana—201, 237.
 Verruga peruana y el pian. Diagnóstico diferencial—306

INDICE DE AUTORES



Avenidaño L.—1, 147, 210, 226.
 Alarco G.—1.
 Aljovín M.—241.

B

Barton A. L.—134, 162.
 Badham.—290.
 Bello E.—337.

C

Cruz C. A.—7, 17.
 Carvallo. C. J.—321, 341, 354 y
 369.

D

Denegri J.—30.

E

Eyzaguirre R.—360, 33, 52, 71,
 104, 113, 129, 157, 189, 234,
 249, 265, 277, 297, 330 y 375.
 Escomel E.—41, 161, 185, 185,
 187, 189, 232, 306, 349.

F

Felizet—116.
 Flexner S.—125.
 Fernández Dávila A.—177.

H

Hermoza N. B.—68.
 Horsford—124.

L

Leslie Murray—124.

M

Mimbela P. S.—81.
 Maúrtua L.—134, 162.
 Monge C.—321, 341, 354, 369

O

Clano G.—49, 66, 98, 245, 268,
 273, 291, 305.

S

Senn N.—44, 56, 73, 119, 107, 87,
 137, 168, 201, 237, 251, 283,
 312.
 Salazar T.—193.
 Sauri R.—298.

T

Tamayo Manuel O.—257.

V

Villarán M. V.—354.

Y

Yáñez A.—227.