

La Crónica Médica

AÑO XXXIII — LIMA, AGOSTO DE 1916 — N° 638

Clínica Ginecológica
Profesor Dr. Constantino T. Carvallo.

CONSIDERACIONES ETIOPATOGENICAS SOBRE LA GESTACION ECTOPICA, CON MOTIVO DE UN CASO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBOABDOMINAL

Por ^{el} CARLOS A. BAMBAREN.
Interno de los Hospitales

La gravedad que reviste la preñez ectópica y su dificultad diagnóstica, hacen que el presente caso que publicamos por distinción, que desde luego agradecemos, de nuestro maestro de Ginecología el profesor CONSTANTINO T. CARVALLO, y que nos brinda oportunidad para hacer algunas incursiones en el terreno etiopatogénico de esta modalidad de localización del embarazo, adquiere importancia y constituya un indiscutible éxito diagnóstico coronado por una feliz intervención.

No es el embarazo ectópico tuboabdominal primitivo, variedad que presentaba el caso que describiremos más adelante, la forma más común de las gestaciones ectópicas, pues, es lo frecuente observar embarazos que primitivamente tubarios se hacen tuboabdominales por ruptura de oviducto.

La literatura nacional no nos ofrece ningún caso de esta naturaleza, ya que CARLOS ROSPIGLIOSI y VIGIL (1), LUIS DE LA PUENTE (2) y BENJAMIN MOQUILLAZA (3), en sus tesis para el bachillerato en la Facultad de Medicina, no lo señalan.

Entre las publicaciones que hemos consultado, tampoco existen observaciones de esta variedad de gestación ectópica. CARLOS R. CIRIO (4) en su interesante tesis para optar el título de doctor,

(1) CARLOS ROSPIGLIOSI y VIGIL.—Embarazo ectópico.—*Tesis*.—Lima 1903

(2) LUIS DE LA PUENTE.—Embarazos ectópicos.—*Tesis*.—Lima 1907.

(3) BENJAMIN MOQUILLAZA.—Frecuencia y tratamiento del Embarazo ectópico.—*Tesis*.—Lima 1913.

(4) CARLOS A. CIRIO.—Embarazos ectópicos y Hematocelos pélvianos.—*Tesis*.—Buenos Aires. 1904.

en Buenos Aires, que comprende 37 casos, no la menciona. FELIX SANMARTINO (5) tampoco señala un caso de embarazo ectópico tuboabdominal, en su importante tesis para el doctorado que está basada en el estudio de 17 historias clínicas, de otros tantos casos observados en los servicios de Cirugía del Hospital Italiano de Buenos Aires, durante los años de 1910 á 1913.

VON SCHRECK, que es, al decir de Sanmartino, quien ha reunido mayor número de gestaciones ectópicas, señala en 405 casos, sólo 33 tuboabdominales, lo que dá un porcentaje de 8, 8 %. PARRY cuya estadística es de 270 casos y cuyas variedades distribuye con mayor precisión, señala 39 embarazos tuboabdominales, que corresponden á una proporción de 14, 4 %.

Aunque el estudio del embarazo ectópico se remonta al siglo XI en que ALBUCASIUS, médico árabe, describió el primer caso, todavía no se conoce el mecanismo íntimo de su producción; lo único que se ha precisado son sus características, y por consiguiente, su diagnóstico se hace con más frecuencia y facilidad, determinando la elevación de su guarismo en las estadísticas de las enfermedades de las mujeres.

A las primitivas ideas que referían la causa de los embarazos ectópicos á trastornos mecánicos ocasionados por malformaciones de los oviductos, ya de origen congénito, debido á la persistencia en el adulto de la forma fetal (KAR ABEL y FREUND) ó adquiridas á consecuencias de peritonitis parciales (VIRCHOW y HECKER), sucedió la teoría de la salpingitis descamativa de LAWSON TAIT que dominó desde 1879 hasta que se demostró que las lesiones de las trompas son en general el resultado y no la causa de la ectopia del embarazo.

Después se sostuvo que los procesos infecciosos salpingeos eran la causa eficiente del embarazo extrauterino, y esta manera de explicarlo se encuentra reflejada en los trabajos peruanos ya señalados y en los argentinos que hemos consultado con mucho provecho.

Pero este factor infectivo, de naturaleza blenorragica según la mayoría de los autores, fué considerado como principal hasta 1909 apróximadamente, fecha en la que comienzan los autores á restarle importancia. Así, PAQUI en Francia, demostró que para el desarrollo de un embarazo en la trompa era necesaria la integridad de su mucosa, de la misma manera que lo es la del útero, ya que sabemos que una endometritis es causa de esterilidad.

CIRIO (6) después de repetir las experiencias de TANTURIER, que consisten en producir una endosalpingitis por destrucción mecánica de su epitelio, y de no obtener gestaciones ectópicas en las cenejas sometidas á tal experiencia, declara que las inflamaciones anexas no constituyen el único factor, sino el principal y que el eclecticismo debe reinar en la explicación del mecanismo de estas gestaciones ya que todas no pueden explicarse por un mecanismo unívoco.

(5) FELIX SAMMARTINO.—Embarazos ectópicos.—Tesis, Buenos Aires. 1913.

(6) CARLOS A. CIRIO.—Loc. cit. pag. 33.

ALFREDO BAKER SPALDING (7) que últimamente se ha ocupado de la gestación ectópica, cree que la infección blenorragica no tiene sino un rol menor y que hay que conceptuar como causa de mayor predisposición y frecuencia, al aborto asociado á salpingitis que han pasado desapercibidas.

Como se vé, hasta 1915, fecha del último trabajo que hemos consultado, se mantiene con visos de hegemonía la infección pélvica entre las causas del embarazo ectópico. Pero el eclecticismo que preconizaba con gran acierto el Dr. CIRIO, en 1909, revelaba que las diversas teorías no eran sufficientemente generales para comprender todos los casos gestación ectópica, y de aquí, que los ginecólogos hayan tratado de cambiar de orientación en la confección de las explicaciones de su génesis.

Esta nueva manera de encarar el problema se ha inspirado en conocimientos embriológicos muy apreciables. En efecto, es un hecho perfectamente averiguado, que el espermatozoide alcanza al óvulo en las trompas, pues, BISHOFF, COSTE y otros embriólogos han encontrado en perras muertas después del coito, espermatozoides al nivel del ovario. COSTE ha comprobado que á medida que camina el óvulo en el oviducto, se recubre de una espesa capa de albúmina, que lo hace impenetrable para el elemento fecundante masculino. Estas constataciones han hecho decir á STRASSMANN que toda preñez normal comienza por ser ectópica, afirmación que daría valor á la teoría de WEBSTER, quien en 1894 consideró el embarazo tubario cómo un síntoma de atavismo, por que no era sino la reproducción de una particularidad filogénica.

A TORIBIO I. PICCARDO (8) se debe una teoría que encuadra dentro de la nueva orientación explicativa del embarazo ectópico.

Cree el ilustre profesor de Buenos Aires, que en la explicación de la génesis de la gestación extrauterina, debe tomarse más en consideración al óvulo, no para creer que su aumento de volumen es la causa de su implantación anormal (MARTIN, SEPPPEL), sino para sostener que la reunión prematura de los elementos de la reproducción, condiciona un desarrollo más rápido de la citogénesis ovular, debido al potencial genético del óvulo fecundado y por consiguiente una formación más rápida de los brotes plasmodiales, que harán que el producto de la fecundación, se encuentre más pronto en actitud para efectuar su nidación, que en este caso se realizaría en la mucosa salpingea.

La fijación del huevo depende, pues, según el ginecólogo de Buenos Aires, de una parte, del lugar en que se hace la fusión de los pronúcleos macho y hembra, y de otra, del potencial genético del óvulo fecundado.

Si la fusión de los elementos generadores, dice SANMARTINO, por quien conocemos la teoría de PICCARDO, se efectúa en la zona que se considera generalmente como el lugar normal (tercio exter-

(7) ALFREDO BAKER SPALDING.—Relative Frequency of ectopic gestation.— *The Journal of the American Medical Association*. Chicago. october 2 1915.

(8) TORIBIO J. PICCARDO.—Etiopatogenia de los embarazos ectópicos.— *Trabajo de adscripción á la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires*.

no de la trompa) y si el potencial genético (actividad ovular) es también normal, el óvulo se encontrará en condiciones de nidarse después de haber sufrido las modificaciones celulares, para efectuar esta nidación cuando se encuentra al nivel del tercio superior de la cavidad uterina (inserción normal).

Si uno ó ambos factores que hemos señalado es modificado, la inserción del huevo será patológica (inserción prematura ó retardada). En el primer caso, cuando la fecundación del huevo ha sido prematura, realizada por fuera del tercio externo de la trompa, por su potencial genético exagerado, el óvulo se fijará en un punto, variable en su situación desde el ovario hasta el cuerno uterino (embarazo ectópico). En el segundo, si la fecundación ha sido tardía, por dentro del tercio externo del oviducto, ó si el potencial genético del óvulo es débil, y por consiguiente retardado en el desarrollo de su trofoblasto, su fijación se hará por debajo de donde se hace normalmente, siendo el estado más avanzado de esta anomalía, la placenta previa.

De la misma manera que el Dr. PICCARDO dá importancia en la génesis del embarazo ectópico, al potencial ovular, podría también atribuirse al potencial espermático, la génesis del hecho que se trata de explicar, y quien sabe, si esta hipótesis sería más seductora, por que los modernos estudios del mecanismo de la fecundación, reforzados por los resultados de la *partenogénesis artificial* en manos de JACQUES LOEB (9) y de YVES DELAGE, han revelado que es el espermatozoide el que, sin ser indispensable para la fecundación, que se realiza por simples medios físico químicos, determina la puesta en actividad de la proliferación ovular.

Pensando con criterio biológico, nos parece más racional conceptuar como causa de la gestación ectópica dos factores: 1º. el sitio de la fecundación tal como lo estatuye PICCARDO y 2º. el potencial genético de los elementos reproductores, es decir, del óvulo ó del espermatozoide. Si á la fusión prematura de óvulo y espermatozoide se une un elevado potencial genético de estos, se tiene la preñez ectópica.

Las diferentes variedades de inserción que puede tener el huevo, son posibles de explicarse de acuerdo con esta teoría y siguiendo razonamiento idéntico al que ha expuesto el Dr. PICCARDO, que ya hemos transcrito.

Hechas estas ligeras consideraciones sobre etiopatogenia del embarazo ectópico, exponemos el caso clínico que nos ha dado oportunidad de expresarlas.

Hermelinda de V. de 34 años, casada, ingresó al servicio el 19 de mayo de 1916.

Antecedentes.—Lactada mercenariamente desde los tres meses conservó inalterable salud hasta los 14 años en que padeció de sarampión.

Menstruó por primera vez á los 13 años, y esta se ha mantenido normalmente hasta Octubre de 1915 en que quedó amenorreica.

(9) JACQUES LOEB.—La fecondation Chimique.—Paris 1911.

Las reglas perfectamente periódicas, no ofrecían particularidad notable.

En 1896 recuerda haber experimentado una contusión sin pérdida del conocimiento, y de la que se reparó después de haber sufrido alguna pérdida hemática por la vía genital. En 1913 padeció de un absceso en a cara externa del muslo, que se comprueba hoy por la huella cicatricial que perdura.

Nulipara en los 17 años de vida conyugal, ha manifestado, pues, una esterilidad primitiva. No ha padecido de enfermedad genital alguna y refiere que su esposo ha gozado de perfecta salud.

El estado patológico actual, comenzó en Octubre con la suspensión de su periodo menstrual. Desde esa época ha presentado trastornos dismenorreicos, que se repiten periódicamente, acompañados de cólicos y pérdidas hemáticas que duran 3 á 4 días, y que ulteriormente son reemplazadas por «sanguasa» para emplear la expresión de la enferma.

Detallemos lo que relata la paciente:

Suspendida su menstruación de octubre, apareció el 15 de noviembre, después de violento cólico y de sensación, de molestia en la fosa iliaca derecha, un flujo de «sangre negra» que persistió un día.

El 18 acompañado de cólico se repitió el mismo hecho y el 21 nuevamente apareció pero ya de menor intensidad.

Trascurrió algunos días y el 31 de Diciembre reapareció el dolor y la pérdida sanguínea.

El 6 de enero se presentó una pérdida blanca que persistió hasta el 11 de Febrero.

El 7 de marzo sólo se presentó un flujo hemático que duró 3 días.

El 18 de marzo la pérdida sanguínea revistió las características de una de las antiguas menstruaciones de la paciente.

El 19 arroja algunos coágulos que el 20 son reemplazados por «membranas» (caduca uterina?)

Desde esta fecha hasta el 5 de abril la enferma dice que no ha arrojado sino «sanguasa». En ese día el flujo tuvo los caracteres de una menstruación.

El 14 se repitió el mismo hecho. El 15 tornóse en pérdida blanca hasta el 12 de mayo en que la pérdida sanguínea duró tres días. Después de esta fecha no ha habido pérdida alguna.

En los tres meses que siguieron á su amenorrea ha presentado náuseas, sensación de pesadéz en el lado derecho de la pelvis, que ha sido acompañada de dolores algunas veces.

Las micciones han sido dolorosas.—La constipación ha sido frecuente.

Estado actual.—Mujer de mediana estatura, en buen estado de nutrición, de esqueleto bien desarrollado, de piel sana y mucosas rosadas.

La exploración descubre mamas con areola bien marcada, folículos de Montgomery prominentes y secreción lactea abundante.

El abdomen ofrece la linea blanca bien pigmentada. La palpación revela en el hipogastrio y en la fosa iliaca derecha un tumor

renitente y duro, de superficie irregular con sensación de estratificación.

En el aparato genital el tacto bimanual descubre un cuello uterino blando, de forma cónica y orificio puntiforme. Mucosa vaginal reblandecida.

El cuello uterino se encuentra dirigido al lado derecho y hacia adelante.

El fondo del saco anterior se encuentra ocupado por la tumoración que también invade el fondo del saco lateral derecho. El izquierdo está libre, lo mismo que el fondo de Douglas.

El útero se halla desviado á la izquierda.

La presión es dolorosa.

La vejiga se encuentra desviada hacia la izquierda.

Diagnóstico.—Embarazo ectópico, con feto muerto.

Operación.—Insición mediana intraumbilical. Resección de los planos.

Operadores Drs. Carvallo padre é hijo. Anestesia al eter.

Abierto el vientre se constata, inmediatamente la existencia de un tumor redondeado, de color de hoja muerta, colocado en la fosa iliaca interna del lado derecho, intimamente unido al borde derecho, á la cara anterior y al fondo del útero.

Existen ligeras adherencias epiploicas. En el fondo del saco de Douglas se ve la Siliaca adherida en parte á la tumoración descrita y á la parte posterior del útero. Se liberan las adherencias epiploicas de la tumoración.

Se liga en primer término el ligamento infundibulum pélvico, del lado derecho y después el ligamento redondo del mismo lado; á continuación se secciona el peritoneo que reviste la cara anterior del útero, lo que permite exteriorizar mejor la tumoración. Se procede enseguida á ligar el ligamento infundibulum pélvico del lado izquierdo y para facilitar la extirpación del tumor se realiza la ablación del anexo izquierdo. Se ligan después las uterinas y se secciona el útero en su istmo, extirpándose conjuntamente con este órgano el tumor.

Se peritoniza de derecha á izquierda y se termina la operación practicando la apendicectomía profiláctica.

Se hace la *toilette* del vientre con eter y se cierra la cavidad abdominal en tres planos.

En resúmen, se ha hecho una histerectomía abdominal subtotal atípica.

El tumor estaba formado por un quiste fetal, de seis meses de desarrollo, cuya evolución se había realizado en la extremidad externa y en el pabellón de la trompa derecha. El feto perfectamente desarrollado, se encuentra en vías de momificación, la placenta se haya inmediatamente adherida á él por intermedio del cordón umbilical.

El período post operatorio fué normal, y la enferma abandonó el hospital en perfecto estado de salud el 15 de junio de 1916 (*)

(*) Después de terminado este artículo se nos ha enterado de que el Dr. Juvenal Denegri en su servicio de cirugía del Hospital «Santa Ana», ha operado dos casos de embarazo ectópico tuboabdominal.

LA MEDICINA TROPICAL

Lección inaugural.

POR EL DR. JULIAN ARCE

Señores:

Entre los progresos que ha hecho la ciencia en el último tercio de siglo, ninguno ha reportado mayores beneficios á la humanidad ni ha abierto más amplios y prometedores horizontes á la medicina, que el que se ha alcanzado en el estudio y conocimiento de las *enfermedades tropicales*. La importancia de los adelantos de la ciencia puede medirse, por el grado y eficacia de su aplicación práctica, en pró del bienestar y mejoramiento de la especie humana. En tal concepto, la medicina tropical, verdadera culminación de las ciencias médicas, que ha hecho conocer, no sólo las causas que determinan la insalubridad é inhabitabilidad de las comarcas más ricas y fecundas del globo, sino también los medios seguros de combatir las y extinguirlas, ha asegurado, puede decirse, el porvenir de la humanidad y constituye, por consiguiente, el progreso más trascendental de los tiempos modernos. El Canal de Panamá, que está llamado á desempeñar importantísimo papel en el destino de tantos pueblos, no sería hoy una hermosa realidad, si antes de que los americanos emprendiesen esa obra magnífica de la ingeniería y de la riqueza, la medicina tropical no hubiese descubierto el rol del mosquito en la trasmisión de la malaria y de la fiebre amarilla. Más que obra de la ingeniería, el Canal de Panamá es obra de la medicina tropical, aplicada á la higiene y profilaxia.

Pero, no es esto todo. Los conocimientos adquiridos acerca de la etiología y el modo de trasmisión de las enfermedades tropicales, han proyectado nueva y poderosa luz sobre toda la medicina, ya descubriendo vías de investigación hasta entonces insospechadas, ya marcando nuevos derroteros al estudio de la biología de los gérmenes patógenos, ya cooperando al desarrollo feliz de la terapéutica experimental, como en la quimioterapia p. ej. ya, en fin, suministrando á la medicina preventiva las mejores armas, para combatir los flajelos más terribles que azotan á la humanidad.

La nueva cátedra que inauguramos hoy, y por cuya creación he trabajado muchos años, reviste, pues, excepcional importancia, no sólo por las consideraciones anteriormente expuestas, sino porque ella significa el primer paso en el establecimiento de una especialidad que tiene interés singular para el Perú. La especialización de la medicina en diversos grupos de enfermedades, clasificadas ó separadas por consideraciones de utilidad práctica, más bien que por principios científicos, es una necesidad impuesta por el de-

sarrollo creciente de la patología humana, que, al igual de los otros ramos de la ciencia, ha adquirido tal amplitud, que es imposible estudiarla con la misma profundidad en toda su extensión. Pero, las especialidades deben venir á su hora y esta ha llegado, en mi concepto, para la especialización de la medicina tropical entre nosotros.

En nuestro país, como en las demás regiones tropicales, existen todas ó casi todas las enfermedades de las zonas templadas, cuyo conocimiento es de la mayor importancia. Pero, la etiología de esas morbosis no difiere, absolutamente, cualquiera que sea el clima en que se produzcan; así, la viruela, la difteria, la grippe, la tuberculosis, etc., etc., se producen siempre de la misma manera en todas partes. No pasa lo mismo con otras enfermedades que exigen para manifestarse, la concurrencia de condiciones meteorológicas especiales, que sólo existen, de ordinario, en determinadas zonas del globo, limitadas por líneas isotermas más bien que por líneas geográficas; y si alguna vez llegan á producirse en otras regiones, es por que se han reunido, temporal y localmente, las *condiciones tropicales* que requiere la supervivencia del gérmen que las causa. El estudio separado y especial de estas enfermedades resulta, pues, ampliamente justificado, más aún, es imprescindible y forzoso, en los países situados como el nuestro en plena zona tropical y cuyos problemas de más vital importancia, como el que se refiere á su población, no pueden ser resueltos acertadamente sin el concurso de la medicina tropical.

Sintetizando, pues, podemos decir con el Prof. Manson (1), que «la agrupación de cierto número de enfermedades con el calificativo de *tropicales*, nó sólo es útil y práctica, sino que además está basada en la experiencia, es decir, en el hecho de que hay ciertas enfermedades confinadas en las regiones tropicales ó que predominan especialmente en ellas, que deben esa limitación ó predominio, á sus condiciones etiológicas peculiares, las que á su vez dependen ó pueden ser influenciadas por la meteorología de dichas regiones.» Según ésta definición, las enfermedades tropicales tienen como característica principal y distintiva, su etiología especial, la que está subordinada estrictamente á las condiciones del clima, de tal modo que si estas faltan ó cambian, aquellas no se producen ó se extinguen.

Ahora bien, si tratamos de averiguar la parte que desempeñan en esa etiología especial, el organismo humano y el gérmen patógeno, encontramos que ella no depende ni de la acción del clima sobre el cuerpo humano que, fisiológicamente, es adaptable á todos los climas, ni de la influencia que pudieran tener los alimentos, ni tampoco de las condiciones sociales y sanitarias de las regiones cálidas. Hay, es cierto, un pequeño número de enfermedades que se consideran como tropicales y que deben su limitación á esos factores, pero, en todo caso, ellas son, por decirlo así, la excepción. Tal ocurre con la insolación, la siriasis, el latirismo, ergotismo, etc; y aún la lepra, la peste bubónica, el cólera asiático y la disentería bacilar, se estudian hoy por los autores entre las enfermedades tropicales, porque se estima que las condiciones sociales y sobre todo

antihigiénicas de los países cálidos, favorecen extraordinariamente su predominio y endemicidad.

Tampoco puede atribuirse la etiología particular que estudiamos, á la acción del clima, ó mejor dicho, de la temperatura atmosférica, sobre el gérmen morbosos durante su permanencia en el cuerpo humano, porque si tal ocurriese, bastaría el cambio de clima para producir la muerte y desaparición del parásito, lo que no sucede jamás, pues el medio de cultivo en que vive, crece y se multiplica el gérmen, es decir, el hombre, no cambia cualquiera que sea el clima en que se encuentre y efectivamente, la experiencia nos enseña, que una vez que se ha instalado el parásito, acompaña á su huésped adonde quiera que vaya. El clima, no interviene, pues, en la supervivencia del agente patógeno en el interior del organismo humano. Ningún ejemplo más demostrativo de esta verdad, que el que ofrece nuestra endemia nacional: la enfermedad de Carrion. En efecto, el cambio de clima no impide la evolución de la verruga, cuyo gérmen continúa imperturbable su desarrollo intracorpóreo cualquiera que sea el lugar á que se traslade el paciente. Es así como se ha podido estudiar la enfermedad, en diversos centros científicos de Europa. Ygual cosa ocurre con la malaria, fiebre amarilla, leishmaniasis, tripanosomiasis, etc, etc.

Por consiguiente, podemos concluir, que en la mayoría de las enfermedades tropicales, el gérmen morbosos no es influenciado por la temperatura atmosférica, una vez que se ha implantado en el cuerpo de su víctima. Y digo mayoría, por que hay ciertas dermatosis como la *tinea imbricata* y la *pinta*, cuyos gérmenes, aún después de implantados en la piel, necesitan para continuar viviendo la temperatura elevada y la humedad de los trópicos, de tal modo que cuando el enfermo abandona esas regiones, el hongo parásito muere, como mueren también las plantas y animales tropicales cuando se les traslada á otros climas, y por consiguiente la enfermedad desaparece. «En este sentido, dice Manson (2), esas enfermedades epifíticas, son las únicas verdaderamente tropicales.»

Pero si es cierto que la existencia del parásito es enteramente independiente de la temperatura atmosférica, en tanto que vive y pulula en el interior del organismo humano, no sucede lo mismo cuando, para perpetuar la especie, tiene que pasar de un huésped á otro, es decir, del hombre enfermo al hombre sano. Entonces intervienen otros factores, otros agentes intermediarios, que dependen directamente de las *condiciones tropicales* del medio ambiente; y esas necesidades especiales del parásito cuando, en determinada fase, ó forma de su evolución, abandona ó es extraído del enfermo, exigen para ser satisfechas las elevadas temperaturas y la humedad de los trópicos. De donde resulta, que la supervivencia del parásito y su evolución fuera del organismo humano, así como su reimplantación después, ó en otros términos, la existencia de la enfermedad que el produce, depende directa ó indirectamente del clima, y por consiguiente, su distribución geográfica está subordinada á las limitaciones climatológicas. Tal es el principio fundamental, de la etiología peculiar de las enfermedades tropicales. Tratemos de ilustrarlo con algunos ejemplos.

El *parásito* que causa la *anquilostomiasis*, necesita para poder pasar de huésped á huésped, que sus *ova*, al ser expulsados con las heces, encuentren en el terreno, el grado de calor (temperatura elevada) y humedad necesarios para su incubación y desarrollo evolutivo. Sin estas dos condiciones, la supervivencia del anquilostoma es imposible. Ahora bien, como en las regiones tropicales y subtropicales existen de ordinario esos requisitos indispensables, la anquilostomiasis es enfermedad propia y muy difundida en ellas; pero como también pueden encontrarse reunidos en determinados lugares de otros climas, como pasa en el fondo de las minas p. ej., cuando se produce en ellas una atmósfera tropical, la anquilostomiasis puede asimismo presentarse y se presenta efectivamente en esos sitios, ampliando así su distribución geográfica, que continúa, sin embargo, subordinada á la humedad y temperatura atmosférica.

El *gérmen de la malaria*, que no puede salir del organismo del enfermo por sus propios esfuerzos, ni es expulsado con las secreciones ó excreciones, necesita para pasar de un huésped á otro, de la intervención ineludible del anófele, que no sólo lo extrae succionando la sangre del sujeto infectado, sino que albergándolo en sus propios órganos y tejidos, hasta que completa su ciclo evolutivo extracorpóreo y llega á las glándulas salivares del insecto, lo reimplanta después en el hombre por medio de sus picaduras. Ahora bien, las *especies particulares de anopheles* encargadas de asegurar la supervivencia del parásito malárico en el medio externo, tienen distribución geográfica limitada, porque necesitan para existir, así como para que se desarrolle en ellas el hematozoario de Laveran, condiciones meteorológicas especiales que se encuentran reunidas de ordinario en las regiones tropicales y subtropicales y por consiguiente, sólo en estas existe y reina endémicamente la malaria. De aquí, que la extensión de esta enfermedad esté subordinada al clima.

La *verruga peruana ó enfermedad de Carrión*, es el ejemplo más acabado, entre las enfermedades tropicales, de la dependencia absoluta de su distribución geográfica á las condiciones climatológicas locales, que en el caso de la verruga son tan estrictas y especiales, que ella sólo existe en zonas restringidas de determinadas quebradas de nuestro territorio, sin que hasta hoy se la haya podido señalar en ningún otro país del globo.

Ahora bien, esta limitación geográfica extraordinaria y típica de la verruga, no puede atribuirse á la acción nociva ó destructora de los agentes exteriores sobre el gérmen morbosos, durante su permanencia en el organismo humano, porque, cómo ya he dicho, la enfermedad continúa su evolución sin que falte ninguna de sus manifestaciones características, cualquiera que sea el clima en que se halle el paciente. Además, hay numerosas pruebas experimentales que demuestran que el gérmen verrucoso conserva su vitalidad y virulencia específica, cuando se halla fuera de la zona infectante. Así lo demuestra, en efecto, la experiencia memorable de mi ilustre condiscípulo Daniel A. Carrión, que el 27 de Agosto de 1885 se inoculó la verruga, en este hospital, con sangre tomada de un

enfermo. Lo demuestra también, la experiencia de Tamayo que produjo la veruga en un animal, por medio de la inyección de sangre de un enfermo de fiebre grave de Carrión, realizando así, como decía nuestro malogrado colega, la contraprueba de la experiencia de Carrión. Lo demuestran, en fin, los experimentos practicados en Europa y nuevamente en Lima, por numerosos investigadores que han conseguido inocular con buen éxito la verruga en diversos animales. Este hecho incontestable, de fácil comprobación, demuestra con evidencia clarísima, que el parásito verrugoso vive, crece y se multiplica con toda su virulencia y actividad, en el hombre y en el animal infectados, cualquiera que sea el clima en que se encuentren. Pues bien, no obstante de subsistir el germen con toda su energía patógena en el sujeto infectado, jamás se ha dado el caso de que este haya comunicado su mal á otro individuo, ni mucho menos que haya formado foco fuera de las zonas verrugógenas. Es decir, pues, que más alla del límite preciso de estas zonas, la enfermedad, ó mejor dicho, su causa, el parásito, es absolutamente incapaz de trasmitirse, de pasar de un huésped á otro; ¿A que se debe, este hecho tan singular?

La meditación, señores, ó cómo dice Tyndall (3), el uso científico de la imaginación, cuando se emplea con prudencia, puede ayudarnos mucho en la investigación de la verdad. En el caso de la verruga peruana, tenemos, forzosamente, que seguir ese camino, para orientarnos y para poder determinar los rumbos que han de conducirnos y guiarnos en el estudio de la etiología y modo de trasmisión de esa enfermedad. Pues bien, si reflexionamos que la verruga presenta caracteres epidemiológicos idénticos á los que ofrece la malaria, con la cual coexiste endémica é invariablemente; si nos fijamos en que ambas son trasmisibles experimentalmente fuera de sus zonas peculiares, por la inoculación directa de la sangre infectada y en que, á pesar de esto, no son comunicables espontáneamente de hombre á hombre sino en determinados climas y lugares, podemos llegar á la conclusión, hipotética pero lógica, de que la limitación geográfica de la verruga obedece, como la de la malaria, á causas idénticas, es decir, á que el germen de aquella, como el de ésta, necesita también, para poder pasar del individuo enfermo al sano, de la intervención obligada de un agente especial, de distribución geográfica igualmente limitada ó con aptitud para esta función sólo en esas zonas, que lo extraiga, lo incube y lo reimplante. De otro modo, el parásito verrugoso estaría condenado á extinguirse con la curación ó la muerte del paciente, como ocurre en los lugares donde no es endémica la verruga, y por consiguiente, en ese supuesto, ya habría desaparecido la especie y con ella la enfermedad que es su consecuencia. Pero la naturaleza, madre sabia y cuidadosa por la conservación de las especies, cualquiera que sea su gerarquía en la escala de los seres vivos, no puede permitir esa eventualidad y, en efecto, poniendo en juego sus maravillosos y complicados engranajes, ha provisto, sin duda, el agente indispensable y preciso, que ha de asegurar la vida extracorpórea del germen de la verruga.

Podemos, pues, suponer, razonando por analogía, que éste,

como el de la malaria, presenta dos fases ó ciclos evolutivos: uno intra y otro extracorpóreo; el primero, probablemente asexual, está destinado á sostener la multiplicación y supervivencia del parásito en el interior del organismo humano, y en cuya forma intracorpórea sería directamente inoculable con la sangre, que es su medio habitual; y el segundo ciclo, con formas potencialmente sexuales, debidamente protegidas, durante su permanencia en el enfermo, como lo están, las correspondientes del hematozoario malarico, está destinado á perpetuar la especie, mediante su realización completa en el agente intermediario, que, como se ha dicho, debe extraerlo, incubarlo y reimplantarlo en el hombre, uniendo ó soldando así los dos ciclos. Pero la limitación geográfica, extraordinariamente restringida, de la verruga, en relación con la de la malaria, nos autoriza á pensar que ese segundo ciclo es mucho más delicado y complejo en la primera que en la segunda, lo que explicaría la necesidad de condiciones tropicales más estrictas, de más difícil concurrencia, que sólo se encuentran en algunas quebradas del Perú. Sintetizando, pues, podemos concluir: 1º. La limitación geográfica de la verruga peruana, es debida al desarrollo sexual de su germen productor; y 2º. El virus verrugoso es un parásito animal, unicelular, probablemente de la clase de los esporozoarios.

Ved señores, como los progresos de la medicina tropical nos permiten presumir, con cierto fundamento, las aptitudes y características biológicas de un germen que aún no hemos podido descubrir, exactamente como los químicos describen las propiedades de cuerpos que aún no han podido aislar; y vereis, asimismo, cuando nos ocupemos de la enfermedad de Carrión, como podemos ir más lejos todavía en nuestras conjeturas sobre el parásito y su huésped definitivo hipotético y como fundándonos en ellas, podemos precisar las vías de investigación que han de conducirnos seguramente á la meta ambicionada.

Pues bien, señores, los tres ejemplos que os he presentado y que podría multiplicar fácilmente, demuestran con claridad meridiana, la exactitud del principio fundamental que sirve de base y justifica la independencia relativa, como lo es todo en Biología, de la medicina tropical y que podemos sintetizar así: La distribución geográfica de las enfermedades tropicales, está subordinada á las condiciones especiales del clima, que permiten la supervivencia del germen morboso, durante su pasaje de un huésped de sangre caliente á otro. La mayor ó menor estrictez de esas condiciones climatológicas, explica la diversidad de la extensión geográfica de las enfermedades tropicales, como lo prueban la anquilostomiasis, la malaria y la verruga, que ofrecen grados cada vez mayores de limitación y endemidad.

El conocimiento de este modo particular de trasmisión de los agentes morbosos no es nuevo. Tuvo su origen remoto, podemos decir, en las primeras adquisiciones de la parasitología, cuando Abildgaard en 1790, demostró, por medio de experimentos, que algunos parásitos de los peces, no sólo viven en estos animales, sino que tambien pasan parte de su existencia en ciertas aves acuá

ticas y «esta ley extraordinaria, dice el Prof. Ross (4), que puede llamarse, modificando lijeramente el término de de Barry, ley de metaxenia, se aplica á un gran número de platoides y cestoides, como lo demostraron Eschricht, Steenstrup y especialmente Kuchenmeister, á mediados del siglo pasado. Subsecuentemente, Leuckart, Melnikoff y otros, extendieron esa ley á otras especies, inclusive algunos nematoides». Pero el descubrimiento más importante de esa época, por su significación extraordinaria y por las grandes proyecciones que había de tener años después, es el que hizo Fedschenko en 1869, «siguiendo una sugestión de Leuckart», á saber, que la *Filaria medinensis* es un parásito del hombre y de la pulga de agua (crustáceo del género *Cyclops*). De aquí, de estos hechos, de estos descubrimientos la importancia que ha tenido y continúa teniendo la helmintología, y en especial los helmintos tropicales, en la evolución y desarrollo de la medicina tropical, hasta el punto de que Castellani y Chalmers afirman, «que el conocimiento de la acción patógena de los parásitos (refiriéndose á los helmintos), puso los cimientos de la medicina tropical moderna.» (5)

Más estas y otras adquisiciones memorables de esa época, como la de Manson de 1877, que demostró el desarrollo de los embriones de otra filaria del hombre (*Filaria bancrofti*), en el cuerpo de una especie de mosquito, no tuvieron el ecc que merecían, porque los descubrimientos geniales de Pasteur, de Koch y de Lister, embargaban por completo la atención del mundo médico y daban la preeminencia científica al estudio de las bacterias patógenas, así como al de sus vehículos ó medios de introducción en el organismo humano. Con todo, aunque en la penumbra, continuó avanzando el conocimiento de los parásitos animales, que ya se sabía no pertenecían únicamente á la familia de los helmintos, sino que los había también uricelulares. Vino entonces en 1880, el descubrimiento importantísimo de Laveran, del protozooario parásito de la malaria, que reveló, dicen Jeanselme y Rist (6), un mundo insospechado: el de los protozoarios patógenos y que constituye, por consiguiente, el origen próximo, el punto de partida, de las nuevas investigaciones etiológicas, que han colocado á la medicina tropical en el lugar prominente que ocupa hoy en la ciencia. En efecto, en la última década del siglo XIX, Manson y Ross, demostraron la existencia y desarrollo de la fase extracorpórea ó exógena del parásito malárico en el mosquito, así como el rol de este insecto en la trasmisión de la enfermedad. Descubrimiento trascendental, que abrió nuevos y dilatados campos de investigación al estudio de las enfermedades transmisibles; que revolucionó los dogmas etiológicos reinantes acerca de muchas enfermedades epidémicas, sugiriendo vías y modos de infección completamente inesperados; y que condujo, en fin, á otros muchos y sucesivos descubrimientos; tan importantes como el que Reed, Carroll, Lazard y Agramonte, hicieron en los últimos días del siglo pasado, probando experimentalmente la trasmisión de la fiebre amarilla por el mosquito *Stegomyia calopus*.

Es cierto que Smith y Kilborne, descubrieron en 1889 el *Piroplasma bigeminum*, protozooario parasítico de la fiebre de Texas del ganado y, lo que es más interesante aún, que ciertas garrapatas

de los bovinos propagan la infección de los animales enfermos a los sanos, pero estos investigadores no pudieron avanzar más allá de la comprobación de ese hecho, quedando por consiguiente para ellos en el misterio su mecanismo é interpretación. Cierto es también que Bruce, en 1896, descubrió que ciertas moscas tse tse trasportan el *Trypanosoma brucei*, pero supuso que ese transporte era puramente mecánico. Han sido pues, las doctrinas y trabajos de Manson y de Ross, el verdadero punto de partida de las adquisiciones nuevas y fecundas sobre la fiebre amarilla, el dengue, la enfermedad de sueño, las espiroquetosis, etc, etc; y por consiguiente, el *Anopheles* trasmisor de la malaria fué el verdadero precursor del *Stegomyia calopus*, del *Culex fatigans*, de la *Glossina palpalis*, *Ornithodoros moubata*, etc, etc. A esos hombres de ciencia, por mil títulos ilustres, debe, pues, la humanidad, el beneficio inapreciable, no completamente aprovechado todavía, de convertir las regiones tropicales, tan justamente temidas por su insalubridad, como lo fueron por ej. la Habana, Panamá y Rio de Janeiro, en centros de vida y de riqueza, que serán en el porvenir emporios de la civilización.

La suma de conocimientos adquiridos á partir de esos descubrimientos ha sido tan grande y variada, que muy pronto se hizo sentir la necesidad de crear cursos especiales, institutos y escuelas de patología tropical, destinados, ya á la recopilación y estudio de los hechos comprobados, ya á la prosecución de las investigaciones y trabajos de laboratorio, ya, en fin, á la preparación especial y completa de los profesionales y futuros investigadores. Es así como la medicina tropical se ha ido independizando y especializando, hasta alcanzar la importancia y el lugar prominente que ocupa entre las demás ramas de la medicina.

Por lo que llevamos expuesto, se comprenderá fácilmente, las estrechas relaciones que existen entre la medicina tropical y las ciencias naturales. En efecto, si es indispensable para el estudio de la patología humana universal, es decir, de aquella que es común á todos los climas, el conocimiento de la zoología y botánica clásicas, con mucha mayor razón lo es para el de la patología de los países cálidos, el conocimiento de la fauna y flora tropicales, que no sólo nos enseña la biología de los gérmenes morbosos, sino también la de los agentes transmisores, que desempeñan papel tan importante y especial en la patología de los trópicos. Desde este punto de vista, el estudio de la zoología es el más interesante, porque la mayoría de las enfermedades tropicales deben su origen á parásitos animales: protozoarios y helmintos y se transmiten por medio de artrópodos chupadores de sangre. Vienen en seguida por orden de importancia, las enfermedades tropicales causadas por hongos parásitos y, últimamente, las muy contadas debidas á bacterias, cuya limitación geográfica no tiene aún explicación satisfactoria.

Igualmente importante es la relación que existe entre las enfermedades tropicales del hombre y las de los animales, muchas de las cuales son comunes y recíprocamente transmisibles entre el primero y los últimos; de donde se deduce la gran utilidad que tiene

en este caso el estudio de la patología comparada, que sólo es posible adquirir con el concurso de las escuelas de veterinaria.

Definido el concepto de las enfermedades tropicales; establecido el principio fundamental que dirige su etiología; demostrada la necesidad é importancia de su estudio separado y especial; y expuestos, en fin, á grandes rasgos, los hechos más culminantes de la evolución de la medicina tropical, así como sus relaciones con la historia natural y la patología comparada, sólo nos resta exponer el método que vamos á seguir en el estudio de dichas enfermedades.

Desde tres puntos de vista, pueden estudiarse los procesos morbosos en general. Ya se les estudia metódica y ordenadamente, en todas sus manifestaciones, formas, complicaciones, marcha, terminación, diagnóstico, pronóstico, etiología, anatomía patológica y tratamiento, es decir, haciendo el estudio didáctico é integral de cada enfermedad, que es lo que constituye el objeto y fin de la nosografía. Ya se les estudia en el enfermo, es decir, en las variantes infinitas que presentan en los diversos sujetos, como infinitas son las variantes fisiológicas individuales; «cada uno de nosotros, dice el Prof. Richet (7), es diferente de los otros hombres, no sólo por su mentalidad, sino también por su constitución química»; no hay, pues, dos hombres fisiológicamente idénticos y mucho menos los hay patológicamente; el estudio de la diversidad reaccional de los enfermos, constituye el objeto y fin de la clínica, que podría definirse sintéticamente, el estudio de la fisiopatología del individuo, como la nosografía es el estudio de la fisiopatología de la especie. Ya, en fin, se les estudia, en la colectividad, es decir, investigando las vías que siguen, los medios que emplean, para invadir las agrupaciones humanas; su difusión en el tiempo y en el espacio; su incidencia en relación con la meteorología, hidrografía, geología y orografía de los diversos lugares, con las construcciones y demás condiciones locales, con la edad, sexo, raza, ocupación y costumbres de los habitantes; su marcha; su mortalidad, etc, etc; tal es el objeto y fin de la epidemiología, que podemos definir con el Prof. Flexner (8), el conocimiento de las causas morbosas, por medio del estudio de las epidemias que ellas producen.

Pues bien, señores, para conocer debidamente las enfermedades tropicales, tenemos que estudiarlas nosográfica, clínica y epidemiológicamente. Enunciar esta proposición es demostrarla. En efecto ¿cómo podríamos conocer á fondo la verruga peruana p. ej. si no la estudiamos primero didáctica é integralmente, para apreciarla en toda su amplitud fisiopatológica? ¿cómo la diagnosticaríamos oportunamente, si no completamos el estudio nosográfico con el conocimiento clínico de ella? y por último ¿cómo llenaríamos los vacíos que existen en la etiología de la enfermedad de Carrion y por consiguiente en su tratamiento y profilaxia, si no la estudiamos también desde el punto de vista epidemiológico? Debemos, pues, seguir el método indicado, si queremos conocer teórica y prácticamente las enfermedades tropicales. Además, estudiadas así, desde ese triple punto de vista y en colaboración con la Parasitología y la Patología comparada, se podrá dar solución

satisfactoria á los numerosos problemas que muchos de ellas presentan, inclusive las más conocidas, como la malaria p. ej.; que tiene todavía muchos puntos que dilucidar.

Señores:

Antes de terminar, permitidme que cumpla el deber de manifestar nuestro agradecimiento al Gobierno y á la Facultad de Medicina, por la creación de esta Cátedra, que no sólo representa adelanto positivo en los estudios médicos, sino que además está llamada á ejercer acción eficaz y saludable en el porvenir del país.

Permitidme, igualmente, que exprese mi personal gratitud por la distinción altísima que se me ha conferido, asociando mi modesto nombre á la fundación de la Cátedra de Enfermedades Tropicales. Consideraré siempre como el más preciado galardón de mi carrera profesional, el insigne honor de inaugurar hoy el estudio de la medicina tropical en el Perú.

He dicho.

- (1) ALLBUTT and ROLLESTON.—System of Medicine.—Vol. II. Part II, pag. 1.
- (2) ALLBUTT and ROLLESTON.—Loc. cit.
- (3) KENNETH MACLEOD.—«The British Medical Journal» 1906.—Vol. II, pag. 903.
- (4) «The Lancet». 1914.—Vol. II, pag. 1079.
- (5) CASTELLANI and CHALMERS.—Manual of Tropical Medicine. 1913. pag. 13.
- (6) JEANSELME et RIST.—Précis de Pathologie Exotique. 1909. pag. VIII.
- (7) CHARLES RICHEL.—«La Presse Medicale». 1900. pag. 731.
- (8) SIMON FLEXNER.—The Local Specific Therapy of Infections.—The Journal of the American Medical Association.—Vol. LXI, No. 7 y No. 21, 1913.

EL PERMANGANATO DE POTASA EN LAS INFECCIONES CUTANEAS

POR EL DR. EDMUNDO ESCOMEL.

Desde el año 1903 que vimos emplear en el hospital «San Luis» de París el permanganato de Potasa al 6 % en aplicaciones sostenidas en el lupus facial con benéficos resultados y al doctor Jayle en la clínica de «La Pit é» en toques intra-uterinos para la curación de la endometritis catarral simple, hemos hecho extensivo en nuestra practica el empleo de la solución acuosa de dicha sustancia química para las dermatosis, siendo hoy su uso muy extendido en la medicina por la sencillez y eficacia contra muchas infecciones.

Ya tuve el gusto de publicar gracias á la amable acogida de Dr. LUCAS CHAMPIONIERE en el «*Journal de Medicine et de Chirurgie practiques*» algunos de los muy buenos resultados clínicos obtenidos con el empleo del permanganato.

La acción del medicamento á saturación no es simplemente superficial, pues sus efectos se hacen sentir en muchas ocasiones, hasta en las zonas del dermis inflamado.

Oxidante enérgico y poderoso, produce la cauterización de las superficies mucosas. Es antimicrobiano, directo en todas las partes en las que entra en contacto, é indirectamente suministrando oxí-

geno activa los poderes defensivos orgánicos circunvecinos, impulsando la fagocitosis y produciendo un oxigenado inaparente para la pululación de los anaerobios.

No sólo es antimicrobiano por sí y por los poderes defensivos que estimula sino que es neutralizante de ciertos venenos, como pasa con las lesiones ocasionadas por la picadura de ciertos insectos ó por la mordedura de determinadas serpientes.

La aplicación del tóxico se hace desde una vez al día, hasta seis ú ocho, según la susceptibilidad cutánea del enfermo, embrocando no solo la parte afecta, sino también un centímetro más allá en región sana.

En cuanto á la extensión, no tiene límites, pues en un caso de erisipela generalizada no hubo inconveniente en aplicarlo sobre todo el cuerpo tres veces al día durante varios días.

En algunos pacientes produce ardor intenso, en cuyo caso la sensibilidad individual exige que se aminore el número de toques.

Después de varios días de tratamiento, se forma sobre el epidermis una capa negruzca que se resquebraja dejando escamas polí-cicas que se desprenden con facilidad.

Si se trata de limpiar la mancha, por hallarse en lugar visible como la cara ó manos, se hará uso de hiposulfito de soda ó del agua oxigenada.

Los casos en que ha dado resultados muy satisfactorios el tratamiento han sido especialmente todas las piodermitis de origen microbiano, acné, forúnculos, ectima, sicosis de la barba, erisipelas en todas sus formas, panadizos, flemones difusos, absesos. etc.

Cuando recién se inician los forúnculos, varias aplicaciones de permanganato á sobresaturación bastan á veces para hacerlos abortar y los que son sub-dérmicos en general, no evolucionan grandemente.

Una vez constituido el *bourbillón* ó *clavo*, no se tocará la boca de salida de éste, so pena de formar una costra obturante, que impidiendo la expulsión de los estafilococos favorezca su diseminación intra orgánica; los toques se hacen entonces al rededor del cráter, abarcando toda la zona dolorosa y parte del cutis sano.

Lo mismo se puede decir de los absesos del seno y de todos los absesos en general, si no hubiesen podido ser yugulados antes de llegar á su periodo supurativo; una vez abiertos, se embadurna la zona circunvecina de la abertura, lo que determina la desinflamación rápida de esta zona con abreviación del tiempo de cicatrización.

En todas las lesiones pustulosas bacterianas, en veces basta descubrir el fondo supurante, ya sea succionando la cubierta de la vesículo-pústula, ya sea desprendiendo la costra y haciendo en ocasiones un solo toque al permanganato para determinar la curación, sobre todo si se tiene cuidado de no dejar de tocar un sólo botón.

En los casos en que al abrir un absceso, un formículo ó un acné, el pus contamina otros lugares de la piel, basta hacer un buen toque al permanganato para esterilizar de microbios el lugar donde se extendió el pus.

En las erisipelas, se hacen toques lo más repetidos posibles yen-

do siempre de uno á uno y medio centímetros más allá del rodete de invasión.

En estos casos de erisipela y en los de flemones difusos es en donde he obtenido resultados sorprendentes.

He tenido ocasión de ver enfermos que presentaban los síntomas de un panadizo en un dedo ó de un flegmón difuso en la mano ó el pié, con los caracteres típicos de tensión excesiva de la mano y el antebrazo, flictenas con líquido ambarino (encerrando estreptococos ó estafilococos ó ambos), semiflexión de los dedos con impotencia funcional y disposición divergente entre sí, grandes dolores y después, ver con gran sorpresa disminuir día á día todos los síntomas hasta llegar á la resolución completa en poco tiempo unas veces, ó hasta la limitación del proceso flogístico á un solo punto con la formación de un absceso mínimo, en vez de las lesiones catástróficas que se observan en aquellas ocasiones en que los flemones difusos alcanzan completo desarrollo.

También lo he empleado en los eczemas de origen microbiano, en las lesiones faringo-laringeas, subagudas ó crónicas, y como *embadurnamiento previo de las zonas quirúrgicas en ciertas operaciones*, sustituyendo así á la muy en boga tintura de yodo.

Una de las más grandes ventajas terapéuticas de la solución de permanganato, es su débil toxicidad, pues hasta hoy jamás he observado síntomas de intolerancia en ningún enfermo, habiendo usado el medicamento en zonas de absorción intensa, como lo es la mucosa uterina ó en cantidades enormes como en la enferma erisipelatosa que he mencionado, á la que se le embadurnaba todo el cuerpo tres veces al día y durante varios días, habiendo sido su enfermedad de caracter maligno con más de cuarenta grados de fiebre, delirio, lengua seca, pulso debilísimo y no habiendo habido por aquel entonces suero anti-estreptocócico fresco que inyectar.

La solución puede conservarse varios meses, pero cuando ha cambiado su color púrpura subido por el de borra de café, debe renovársela.

Por su alcance á la altura de todas las fortunas, por la difusión hasta en los pueblos más pequeños, por su inocuidad, por su facil preparación y por los incalculables servicios que la solución de permanganato presta en medicina, creo un deber insistir sobre sus propiedades, recomendándola en especial á los intrépidos exploradores de nuestras montañas, en donde la lesión cutánea representa una puerta de entrada fácil para muchas entidades nosológicas.

MOVIMIENTO MEDICO

UN NUEVO METODO DE TRATAMIENTO DE LA MENINGITIS TUBERCULOSA.—En el *Munchener Med. Wochs.*, Juan Bacigalupo, de Buenos Aires, recuerda que son varios los intentos de tratamiento de la tuberculosis que se han llevado á cabo aplicando la tuberculina al mismo foco tuberculoso. El autor aplicó directamente en el saco dural la tuberculina en un caso de meningitis

tuberculosa que tuvo á su cargo mientras era ayudante del Dr. Ortiz, en el Hospital de niños de Buenos Aires. Este enfermito se consideraba como perdido, pues su caso estaba complicado con una tuberculosis miliar. Veinticuatro horas después de la primera inyección intradural de tuberculina disminuyeron algunos de los síntomas cerebrales, á pesar de lo cual murió el niño al tercer día de la inyección. Poco tiempo después tuvo ocasión de aplicar el mismo tratamiento á dos casos típicos de meningitis tuberculosa con bacillos reconocidos en el líquido cerebro espinal. En los dos casos el resultado fué excelente; después de tres y de dos inyecciones respectivamente, hechas en el curso de treinta días, los enfermos curaron por completo.

Es particular que en los tres casos el descenso de temperatura se hizo de modo inesperado, pues el descenso fué de un grado y repentinamente, permaneciendo luego siempre baja la temperatura.

Como según el autor sólo hay conocidos en la literatura 22 casos curados de meningitis tuberculosa, le parece que este tratamiento merece la pena de ser examinado, tanto más cuanto que ninguno de los tratamientos hoy recomendados ofrece probabilidades de curación. Además, este tratamiento parece inofensivo.

En cuanto á las dosis, sólo dice que se empleen las propias del tratamiento de la tuberculosis. En todo caso, añade, la primera dosis de 1 mg. de tuberculina vieja de Koch, puede ser sobrepasada ligeramente. En caso que no varíen los síntomas, pasadas veinticuatro horas, puede aplicarse una segunda inyección con una cantidad de tuberculina ligeramente mayor y emplear como vehículo el líquido cerebro espinal.

LAS INYECCIONES SUBCUTANEAS O INTRAMUSCULARES DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA.—Roubinovitch ha ensayado, no sólo en la epilepsia, sino también en cierto número de afecciones nerviosas y mentales, un método seroterápico seguramente nuevo é interesante. En efecto, inyecta al enfermo, sea su propio líquido céfalorraquideo, sea el líquido de otro individuo, permitiendo así que pasen á la circulación sanguínea productos disueltos en el líquido cerebro espinal. ¿Hay en este último substancias reaccionarias útiles, anticuerpos desarrollados al contacto mismo de la lesión?. Esto es posible, pero también hipotético. De todos modos, en clínica se observa con bastante frecuencia notable mejoría de los trastornos nerviosos ó mentales, y estos éxitos permiten afirmar la actividad de esta terapéutica. He aquí lo efectuado por Roubinovitch en lo que concierne especialmente á los epilepticos:

Ha dividido á cierto número de epilepticos de su servicio en cinco grupos, según la frecuencia y la intensidad de los accidentes comiciales: 1º. los que, en el transcurso de un mes, tenían: de cero á diez ataques; 2º. entre diez y veinte; 3º. entre veinte y treinta; 4º. entre treinta y cuarenta; 5º. más de cuarenta; escogiendo luego cuatro epilepticos gravemente atacados. Roubinovitch ha sometido cada uno de ellos (con un intervalo de ocho á diez días) á inyeccio-

nes subcutáneas ó intramusculares de 10 c. c. de líquido cefalorraquídeo procedente de los representantes de cada uno de los cinco grupos, yendo progresivamente del grupo 1 al grupo 5. En dos casos, entre cuatro, los resultados han sido muy notables: uno de los enfermos tenía, antes de las inyecciones, de dieciocho á veinte manifestaciones comiciales al mes; después de las inyecciones, tuvo sólo cuatro ataques mensuales. El otro enfermo tenía de sesenta á setenta ataques mensuales; su estado general era muy grave; tenía escaras y presentaba trastornos mentales. Bajo la influencia de las inyecciones (en número de siete) su estado ha mejorado mucho; las crisis han quedado reducidas á diez; las escaras han cicatrizado; el enfermo parece «haber despertado»; hay regresión de los trastornos mentales; hay aumento de apetito.

En los otros dos enfermos la mejoría ha sido positiva, pero transitoria.

Estos hechos no son suficientes para establecer de una manera precisa reglas terapéuticas; son indispensables trabajos complementarios; más de tal manera estamos desarmados contra la epilepsia, que conviene llamar especialmente la atención de los investigadores sobre la cuestión del tratamiento, el cual parece aquí, á la vez, difícil é importante.

TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVITIS MORAX-AXENFELD.—El doctor Wolf (*La clinique Ophthalmologique*) ha dado á conocer los resultados que ha obtenido empleando la *fluoresceína zinc* por él descubierta. Este cuerpo es un polvo anaranjado que resulta de la doble reacción entre el fluorato de potasa y el sulfato de zinc; es soluble en el agua en la proporción de 1 por 1 000, y contiene el 15, 8 por 100 de zinc. La solución al milésimo tiene experimentalmente un poder bactericida mayor que el sulfato de zinc y que todos los astringentes conocidos.

Diez casos de verdadera conjuntivitis de Morax-Axenfeld ha tratado el Dr. Wolf por dicha sustancia en polvo, seguido de ligero masaje, los cuales fueron curados en una sola sesión.

El Dr. Harry, de Chicago, ha usado también dicho medicamento aplicándole en polvo en la conjuntiva tarsiana inferior y practicando después un suave masaje con un trozo de algodón. El polvo forma una ligera película en la superficie de la conjuntiva que las lágrimas disuelven lentamente. De esta manera la región infectada se mantiene durante veinticuatro horas en un baño de fluoresceína zinc, que tiene una potencia bactericida muy marcada. Sabiendo que el diplobacilo está situado superficialmente, hasta el punto de no encontrarse en la segunda capa de células epiteliales, se comprende la maravillosa acción del mencionado producto.

El Dr. Harry, ha tratado quince casos de conjuntivitis de Morax-Axenfeld de intensidad variada, y, con pocas excepciones, una sola aplicación ha sido suficiente para conseguir que desaparezcan por completo los microorganismos y sus efectos patológicos; algunos casos exigen una segunda aplicación de polvo. Los resultados más maravillosos se consiguen con el empleo de la fluoresceína-zinc en los casos de conjuntivitis tórpida de flora microbiana múltiple.

En tres casos de este género bastaron tres aplicaciones de sal para obtener la curación.

Algunos enfermos pusilámines temen este tratamiento por la sensación de arena y escozor en el ojo que su aplicación produce. Durante veinticuatro horas las lágrimas y los bordes ciliares están coloreados en amarillo verdoso. Este es la mayor objeción que se puede hacer á este tratamiento.

DECRETO SUPREMO SOBRE LA PROTECCION DE LA INFANCIA

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Considerando:

Que la estadística demográfica de Lima y de las principales ciudades de la República, demuestra que en la mortalidad general corresponde una alta proporción á la primera infancia;

Que está perfectamente dilucidada que la alimentación inapropiada de los niños es la principal causa de su crecida mortalidad;

Que si bien hasta ahora, las sociedades de beneficencia pública han limitado su acción á las obras de asistencia, de naturaleza caritativa, para los enfermos, el progreso de las ciencias ha demostrado que debe corresponder también á ese género de instituciones la labor filantrópica de asistencia profiláctica y que ambas clases de asistencia no se excluyen sino que se completan y se confunden aún en la práctica;

Que estando científicamente demostrado que la tuberculosis de los animales bovinos es trasmisible al hombre, y disponiendo la ley de creación de la Dirección de Salubridad Pública que esta concierde y dirija las medidas conducentes á la extinción de las enfermedades endémicas y epidémicas que existan en el país, está el Gobierno obligado á prescribir que se pongan en practica los medios de evitar la trasmisión de dicha enfermedad;

Que es deber del Gobierno propender por todos los medios posibles al acrecentamiento de la población y que para lograr tal fin reviste excepcional importancia social dictar, en cuanto sea posible, las medidas conducentes á proteger á la infancia;

Decreta:

Art. 1º.—En las capitales de departamento, así como en las ciudades que sean capitales de provincia ó que tengan una población de 3,000 habitantes ó más, las municipalidades respectivas expedirán ordenanzas relativas á la inspección y vigilancia de la alimentación de los niños por medio de nodrizas, debiendo contemplar esa ordenanzas:

a) El registro de inscripción de las mujeres que quieran ejercer funciones de nodrizas. Para ser inscritas en el registro acreitarán su buena salud y las aptitudes correspondientes, mediante un certificado médico que así lo declare, el que les será expedido gratuitamente por los médicos que están al servicio en la municipalidad y donde no existan dichos funcionarios, por el médico titular correspondiente. Cuando una nodriza se emplee como tal se hará constar en el mismo registro el nombre de la persona á la que vá á prestar sus servicios, quedando ambas obligadas á participar á la municipalidad el término del contrato que hicieran.

b) La renovación de la inspección médica y el certificado de que trata el inciso anterior, cada vez que una nodriza cesa de prestar sus servicios en una familia y quiera contratarse con el mismo fin en otra.

c) La prohibición de inscribirse como nodrizas á las mujeres que tengan hijos menores de seis meses á los que están obligadas á amamantar, salvo el caso de que, á su vez, hayan dado sus hijos á lactar á otras nodrizas.

d) La información de modo gratuito á los particulares de todos los datos que deséen conocer respecto á las nodrizas inscritas en el registro en referencia.

Art. 2.º.— El Ministerio de Fomento dispondrá que los médicos titulares verifiquen la propaganda de los conocimientos relativos á la alimentación y á la higiene de los niños de la primera infancia, mediante conferencias públicas, que darán periódicamente en los lugares de su residencia. Dicha propaganda se efectuará igualmente mediante la distribución de hojas impresas en las que consten las instrucciones más elementales, acerca de los temas indicados.

Art. 3.º.— Los mismos médicos, en cumplimiento de lo dispuesto en el inciso 4.º del artículo 13 del reglamento de médicos titulares expedido con fecha 15 de octubre del año próximo pasado, establecerán, de acuerdo con las municipalidades respectivas, un consultorio para lactantes y para mujeres en estado grávidico, que funcionará tres veces por semana, durante hora y media cuando menos.

Art. 4.º.— Las obstetricas titulares secundarán á los médicos titulares en la labor que les prescribe en los artículos anteriores, en la forma indicada en el reglamento concerniente á sus funciones.

Art. 5.º.— El Ministerio de Justicia é Instrucción, de acuerdo con el de Fomento, establecerá, en los colegios oficiales superiores de niñas, la enseñanza de la puericultura, en la forma más adecuada y conveniente.

Art. 6.º.— Las municipalidades de los lugares de que trata el artículo primero expedirán ordenanzas relativas á los servicios de abastecimientos y venta de leche, los que deberán comprender:

a) Las condiciones higiénicas que deben reunir los establos urbanos, señalando el uso de pavimento de concreto ú otro material impermeable, con las canalizaciones necesarias para facilitar su lavado, la abundante dotación de agua, la existencia de pesebreras con la extensión conveniente para cada vaca, la de un local separado para el ordeño, la obligación de tener las puertas y ventanas del establo protegidas contra las moscas por medio de la tela metálica etc.

b) Las condiciones higiénicas exigibles en las lecherías ó lugares de venta de la leche, señalando las condiciones del piso y paredes, la dotación de agua para el lavado de las vasijas y envases y el desague correspondiente, la prohibición de que el local de venta de leche sirva de dormitorio ó para el expendio de otros artículos capaces de originar el desaseo del local, como el carbón, etc.

c) La obligación en que están de someterse á exámen médico, para proveerse de un certificado de salud, las personas que se encarguen de la manipulación de la leche, ó sea, todas las que intervienen en su manejo, desde el ordeño hasta su venta al público;

d) Las prescripciones que deben observarse para practicar el ordeño;

e) Las condiciones que deben reunir las vacas destinadas al suministro de la leche y la obligación de que dichas vacas sean sometidas á inspección veterinaria una vez al año por lo menos;

f) Las disposiciones análogas relativas á las vaquerías establecidas en los fundos rústicos y las medidas tendentes á asegurar la conducción, en condiciones higiénicas, de la leche que de ellos se lleve á las poblaciones;

g) Las condiciones referentes á la naturaleza y aseo de los envases que sirven para el transporte de leche entre los fundos de producción y las poblaciones en que se expende;

h) La conveniencia de mantener en envases de diferentes capacidades ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ y un litro, ó más,) debidamente cerrados, la leche que se conserve en las lecherías, para su venta al público en esa forma, con el fin de evitar los cambios dañosos de envases; cuando esto no sea posible, la de conservar esa leche en vasijas provistas en la parte inferior de llaves, que permitan expender la leche sin necesidad de destapar el depósito en que ésta se conserve y, en todo caso, la necesidad de impedir que, para la venta por menor, se guarde la leche en baldes ó depósitos abiertos, y se introduzca en esos depósitos los jarros ó vasijas que sirven de medida de capacidad para la venta;

i) La inspección y vigilancia constante de los establos urbanos vaguerías y lecherías, para asegurar su aseo y el cumplimiento de las ordenanzas en referencia, y la determinación de penas para los que infrinjan las disposiciones de ellas;

Art. 7º.—Las municipalidades procurarán estimular la formación de sociedades que tengan por objeto efectuar la pasteurización de la leche y propenderán, así mismo, á lograr la producción de leche higiénica, estableciendo premios para los establos en los que la leche ofrezca mayores garantías de aseo y pureza y publicando los resultados de las inspecciones que en ellos practiquen.

Art. 8º.—En las poblaciones de Lima y el Callao, mientras los municipios organizan el servicio veterinario correspondiente, el Ministerio de Fomento dispondrá lo conveniente para que los médicos veterinarios que se encuentran á su servicio, efectúen por lo menos una vez al año, la inspección de las vacas productoras de la leche que se consume en esas poblaciones y sometan á la prueba de la tuberculina á las que resultaran sospechas de tuberculosis, para los fines correspondientes.

Art. 9º.—El Ministerio de Hacienda impondrá como obliga-

ción á los importadores de leches condensadas, evaporadas ó esterilizadas, que fijen en cada tarro de esos productos una etiqueta en que conste el análisis dosimétrico comparativo de la leche normal y de la leche contenida en dichos tarros, practicado este último por la oficina química de la aduana que haga la importación en referencia. Si de ese análisis resulta que la leche importada está considerablemente disminuída en su tenor de sustancias grasas, la etiqueta llevará además, en letras rojas, la anotación «Leche descremada».

Art. 10º.—El Ministerio de Fomento hará las gestiones convenientes para que la Facultad de Medicina tenga á bien organizar cursos periódicos gratuitos de perfeccionamiento para las obstétricas publicándose, á su terminación, en los principales diarios de la capital los nombres de las obstétricas que hayan seguido con éxito los cursos en referencia.

Art. 11º.—La Sociedad de Beneficencia Pública de Lima ampliará sus servicios de asistencia profiláctica de la infancia, estableciendo, en cuanto sea posible, nuevos dispensarios y «Gotas de leche» en la capital. La Sociedad de Beneficencia Pública del Callao fundará esos servicios y los instalará con la amplitud necesaria. El Ministerio respectivo tendrá en cuenta esta disposición al aprobar los presupuestos de esas instituciones.

Art. 12º.—En las capitales de los departamentos de la República se constituirá una comisión compuesta por el prefecto del departamento, que la presidirá, el Presidente de la Junta Departamental, el Alcalde del Concejo Provincial del Cercado, el Director de la Sociedad de beneficencia pública de la capital y el médico titular respectivo, comisión que estudiará la manera de establecer servicios de protección á la infancia (Gotas de leche, casas cunas, etc). señalando los recursos de que se pueda disponer ó los arbitrios que puedan crearse con este fin.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, á los 23 días del mes de junio de 1916.

JOSE PARDO

Belisario Sosa.

DECRETO SUPREMO SOBRE DECLARACION DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Teniendo en consideración:

1º.—Que el artículo 1º. de la Convención sanitaria de Washington, de fecha 14 de octubre de 1905, de la que el Perú es signatario y que fué aprobada por el gobierno por resolución de 23 de agosto de 1906, obliga á cada uno de los gobiernos que la han aceptado, á participar inmediatamente á los otros gobiernos signatarios, los ca-

nos de cólera, de peste bubónica y de fiebre amarilla que ocurran en sus respectivos territorios, y el artículo 5º. de la misma Convención recomienda, con ese fin, á los indicados gobiernos, que hagan obligatorio en sus respectivos países la declaración de los casos de dichas tres enfermedades;

2º.—Que habiéndose puesto en vigencia desde 1905, en lo relativo al servicio de sanidad marítima, las prescripciones que la indicada Convención estatuye para prevenir la importación de la peste bubónica, del cólera y de la fiebre amarilla, no lo han sido, hasta la fecha, en lo relativo á la sanidad terrestre, no obstante que ellas son indispensables para el debido resguardo de la salud pública;

3º.—Que si bien, por resolución suprema de 17 de Marzo de 1905, ha quedado prohibido el ingreso de enfermos de lepra al territorio nacional, es premioso adoptar respecto á esa enfermedad, del beri-beri y del tracoma, medidas de profilaxia terrestre que garanticen la defensa del país contra tales entidades infecto-contagiosas, que pueden ser fácilmente importadas á causa de las dificultades que su diagnóstico ofrece en muchos casos y de la larga incubación de dos de ellas;

4º.—Que la ley de 27 de noviembre de 1905 hace obligatoria en el territorio de la república la vacunación y recuacuación antivariolítica y autoriza al Poder Ejecutivo para dictar las ordenes y reglamentos necesarios para el mejor cumplimiento de la referida ley;

5º.—Que entre las enfermedades contagiosas, es el tifus una de las que ocasiona mayores estragos y cuya profilaxia resulta al mismo tiempo muy eficaz, cuando los casos son oportunamente conocidos por la autoridad sanitaria.

6º.—Que es condición primordial para la profilaxia de las enfermedades infecto-contagiosas, que las autoridades sanitarias tengan conocimiento inmediato de los casos que de ellas se presenten por cuyos motivos las legislaciones sanitarias consagran el principio de la declaración obligatoria de tales enfermedades.

7º.—Que la ley de creación de la Dirección de Salubridad Pública, de fecha 23 de octubre de 1903, la faculta para «organizar un plan de defensa contra la importación de gérmenes pestilenciales exóticos» y para «concertar y dirigir las medidas profilácticas necesarias para extinguir las enfermedades endémicas y epidémicas que existen en el país».

8º.—Que en el informe solicitado á la Facultad de Medicina, acerca de la conveniencia de hacer obligatoria para los médicos la declaración de las enfermedades infecto-contagiosas nombradas anteriormente y respecto de las medidas punitivas que se debe aplicar á los profesionales que no cumplan con hacerla, penas que le corresponde señalar, conforme á la ley para el ejercicio de las profesiones médicas, de fecha 28 de noviembre de 1888, dicha Facultad se ha pronunciado favorablemente al establecimiento de esa declaración obligatoria y ha determinado las penas indicadas en el artículo 8º. de la parte resolutive de este decreto:

Decreta:

Art. 1º.—Es obligatoria, en el territorio de la República, la declaración de los casos comprobados ó sospechosos de colera, fiebre amarilla, peste bubónica y tracoma, y de los casos comprobados de viruela, tífus exantemático, lepra y beri-beri.

Art. 2º.—Están obligados á hacer dicha declaración en el plazo más breve posible, y siempre antes de las veinticuatro horas:

a) el médico que tenga á su cargo la asistencia del enfermo ó que haya sido llamado ocasionalmente para prestarle sus servicios profesionales. Cuando el diagnóstico se formule en junta de médicos, la obligación de la declaración recae sobre el médico de cabecera.

b) la persona, extraña á la familia, que, á falta de médico, dirija la asistencia del enfermo;

c) los directores ó administradores de hospitales, hospicios, casas de asistencia médica ó clínicas, públicos ó particulares, en las que se asista cualquier caso de las enfermedades de que trata el artículo 1º;

d) los dueños ó administradores de hoteles y de casas de huéspedes;

Art. 3º.—En los casos de las enfermedades declarables á que se refiere el artículo 1º, que ocurran en hospitales, hospicios, casas de asistencia médica ó clínicas, públicas ó particulares, el médico encargado de dirigir la asistencia del caso, tan pronto como formule su diagnóstico, al director ó administrador del establecimiento, para que éste haga, sin pérdida de tiempo, la declaración ante la autoridad; pero si el caso fuera uno, comprobado ó muy sospechoso, de cólera ó de fiebre amarilla, sin perjuicio de la comunicación indicada, el médico que asista al enfermo procederá para la declaración como se indica en los artículos 4º y 5º.

Art. 4º.—Cuando se trata de casos de peste, de viruela, de lepra, de tracoma, de beri-beri ó de tífus exantemático, las personas obligadas á hacer la declaración de ellos, la harán ante la municipalidad del lugar en que se presenten dichos casos;

Art. 5º.—Cuando se trata de casos comprobados ó sospechosos de cólera mórbus ó de fiebre amarilla, la declaración se hará, como en el caso anterior, ante la respectiva Municipalidad, pero deberá hacerse, al mismo tiempo en Lima, ante la Dirección de Salubridad Pública, y, en los demás lugares de la República, ante la autoridad política respectiva. Las autoridades políticas comunicarán inmediatamente la declaración que reciban, á la Dirección de Salubridad Pública, por medio del telégrafo.

Art. 6º.—La declaración en referencia se efectuará por los que están obligados á hacerla, en forma verbal ó escrita y, cualquiera que sea la forma en que lo hagan, podrán los declarantes solicitar, de la oficina respectiva, el comprobante de haberla verificado. La declaración deberá indicar los siguientes datos: el nombre del enfermo, el sexo, la calle y el número de su domicilio ó del lugar en que se le asiste, y el tiempo durante el cual el declarante le ha prestado sus servicios.

Art. 7º.—Los médicos que, en cualquier lugar de la República conozcan profesionalmente un caso de las enfermedades declarables

que se enumeran en el artículo 1º. gozarán de franquicia telegráfica para comunicar el hecho á la Dirección de Salubridad Pública.

Art. 8º.—Los médicos que no cumplan con hacer la declaración á que se les obliga por este decreto, sufrirán la pena de suspensión en el ejercicio de su profesión, que les impondrá la Facultad de Medicina, por dos meses la primera vez y por seis meses en caso de reincidencia.

Art. 9º.—Las personas á que se refiere el inciso b del artículo 2º que omitieran hacer la declaración que les corresponde, sufrirán una multa de diez soles por la primera vez, y de quince á veinte en caso de reincidencia, sin perjuicio de la responsabilidad que les corresponda conforme á las leyes.

Art. 10.—Los directores ó administradores de hospitales, hospicios, casas de asistencia médica ó clínicas, públicas ó particulares, que omitan hacer la declaración de los casos que les hayan sido comunicados por los médicos que prestan sus servicios en estos establecimientos, serán penados con multa de dos libras por la primera vez y de diez á quince, en casos de reincidencia, sin perjuicio de la responsabilidad que les corresponda conforme á las leyes.

Art. 11.—Los dueños ó administradores de hoteles ó de casas de huéspedes, están obligados á declarar los casos de que trata el artículo 1º. cuando ellos ocurran en los establecimientos que están bajo su dependencia. Si los enfermos tuviesen asistencia médica la declaración es obligatoria á la vez para el médico tratante y para los indicados dueños ó administradores de hoteles ó de casas de huéspedes. Cuando estos dueños ó administradores omitan hacer la declaración, sufrirán una multa de cinco soles por la primera vez y de diez á quince en caso de reincidencia, sin perjuicio de la responsabilidad que les corresponda conforme á las leyes.

Art. 12.—Las autoridades políticas que no cumplan con dar oportunamente á la Dirección de Salubridad Pública el aviso de que trata el artículo 5º. serán penadas según los casos, con la suspensión ó destitución de su cargo.

Dado en la casa de Gobierno en Lima, á los veintitrés días del mes de Junio de mil novecientos dieciséis.

JOSE PARDO

Belisario Sosa.

NOTICIAS

ZONAS REGIONALES DE SANIDAD.—Siempre ha despertado alarmas, como no podía de dejar de suceder, el alto coeficiente de mortalidad en nuestro país. El Dr. Luis Alberto Arguedas (*El Sol*—Cuzco, julio 1º. de 1916) propone, como medida necesaria para luchar contra la morbosidad y mortalidad, la creación de *zonas regionales de sanidad* que se encarguen no solo del estudio de las diversas enfermedades, algunas de las cuales son autóctonas y especiales de cada región, sino que proponiéndose un plan completo de higienización lo lleven á la practica de manera eficas y enérgica. »

Indudablemente que la idea es buena, porque no solo beneficiaría á las localidades un tanto alejadas de la capital, con la presencia de autoridades sanitarias en íntimo contacto con el medio nosológico y por consiguiente con mejor conocimiento de las medidas necesarias de tomar para luchar ventajosamente contra las causas de las enfermedades, sino que también permitiría el estudio de las enfermedades desconocidas y de muchas aún imperfectamente descritas.

La idea está lanzada; solo falta que el gobierno se encuentre capacitado económicamente para que, previo estudio de la Dirección de Salubridad, la ponga en práctica.

INICIATIVAS UNIVERSITARIAS.—El Rector de la Universidad doctor Javier Prado ha presentado al Consejo Universitario las siguientes proposiciones que por lo que atañe á la Facultad de Medicina han merecido favorable acogida. El Consejo Universitario en su última sesión las aprobó.

1a.—Cada Facultad designará anualmente á un alumno del penúltimo ó del último año de estudios para que dé conferencias públicas de *extensión universitaria* en el local de la Universidad, sobre el tema que fije la respectiva Facultad. La designación se hará directamente ó por medio de sorteo entre los alumnos más aprovechados.

Se concederá á los alumnos que den estas conferencias un certificado especial, y la exoneración de los derechos de matrícula y de exámen del último año de estudios en la respectiva Facultad, ó la entrega en dinero del importe de los derechos si por otra causa estuvieran exonerados de ellos.

2a.—Designará, así mismo cada Facultad, anualmente, un *tema monográfico* como trabajo escrito obligatorio para todos los alumnos del último año de estudios de las respectivas Facultades. Los trabajos se entregarán en la fecha que ellas designen, con pseudónimo, acompañándose en un sobre cerrado el nombre del alumno á que corresponda el pseudónimo. Los trabajos serán apreciados por un Jurado designado por cada Facultad. Esta otorgará un diploma de honor al autor del trabajo, calificado por el Jurado como el mejor y digno de merecer esta distinción. El trabajo será leído por su autor en actuación pública de la Facultad respectiva que se verificará en el salón General de la Universidad y se exonerará al autor del pago de los derechos de grado de Doctor. En caso de que por otro título estuviese exonerado de dicho pago, se le entregará en dinero el valor de los derechos expresados.

3a.—Cada Facultad nombrará anualmente entre los alumnos sobresalientes del último año de estudios, uno, para constituir cada año, en compañía de los que en la misma forma designen las otras Facultades, una *Delegación Universitaria*, que bajo la dirección de un Catedrático nombrado por el Consejo Universitario hará excursiones en la República, conforme al programa que organice el Catedrático que presida la Delegación. Los alumnos que en el año anterior al de la excursión respectiva hubieran obtenido la contenta de Doctor tendrán el derecho de preferencia para formar parte de la

Delegación. Los gastos de viaje de cada excursión anual serán fijados y pagados por la Universidad, con cargo á la partida de extraordinarios.

FEDERACION DE LOS UNIVERSITARIOS DEL PERU.— Por iniciativa del presidente del «Centro Universitario» de Lima se ha reunido una Convención Universitaria que ha acordado constituir la «Federación Universitaria».

A esta Convención se ha presentado el siguiente voto:
Señor presidente de la Convención Universitaria.

S. P.

Los delegados, por la Facultad de Medicina y por la Universidad de Arequipa, que suscriben, tienen el honor de someter, á la Convención Universitaria, el siguiente voto:

La Convención Universitaria, considerando que para que el catedrático pueda desempeñar con éxito sus altas funciones docentes, además de especiales condiciones de capacidad y preparación necesita experiencia pedagógica que sólo puede adquirir en la práctica de la enseñanza, hace voto porque las universidades del Perú fomenten la docencia libre de todas las materias que comprenden los planes de estudios de las distintas facultades, á fin de que esa «Universidad libre», además de sus ventajas inherentes, forme el profesorado universitario que llene las vacantes que se presenten. Piden dispensa de todo tramite.—Lima, 17 de julio de 1916.—Carlos A. Bambarén.—Honorio F. Delgado.

LA ASISTENCIA MEDICA EN LA REPUBLICA.—Un distinguido compañero ha publicado en un diario local la siguiente carta. «La Crónica Médica» accede gustosa á su reproducción. Su casa 15 de junio de 1916.—Señores redactores de «El Comercio».— Ciudad.—Muy señores míos:

En artículos publicados por ustedes ultimamente, han abogado por la resolución de un problema importantísimo para el desarrollo y aumento de la población de nuestro país, al cual no le han dedicado la debida atención nuestros legisladores, y es el de la asistencia médica en los distintos lugares de la república.

Deseoso de contribuir en algo á esa campaña, me permito expresarles en la presente las causas que, á mi modo de ver, contribuyen á que no se haya resuelto hasta hoy cuestión tan importante y los medios que deben ponerse en práctica para resolverla.

La principal y más importante es la falta de apreciación que entre nosotros, se tiene por la profesión médica y como consecuencia la falta de voluntad para retribuir debidamente los servicios que ella presta; nunca se ha querido reconocer los sacrificios y los gastos que prepresenta un título de médico, y se cree que basta modesta retribución para recompensarlos, y de allí que existan hoy muchas provincias sin un facultativo que vele por la salud del vecindario.

En nuestros presupuestos, general y departamentales, se señalan partidas para médicos titulares que oscila entre Lp. 10 y 20, cantidad que se ofrece no solo para asegurar la permanencia de ellos

en las provincias, sino también para una serie de atribuciones anexas al cargo, entre las cuales hay una, la más pesada, la de trasladarse á los distritos á combatir epidemias, obligándolo á abandonar, en el día y sin excusa alguna, á los pocos clientes que tenga en la ciudad. Además, la retribución señalada, que debía ser pagada de preferencia y con toda puntualidad, no lo es; hay muchos casos en que se les adeuda hasta seis meses ó más de sueldos.

Se dice también que esta asignación no es sino una base para establecerse y que una vez allí se hará de clientela y obtendrá una mejor renta. ¡Que error tan profundo! En los pueblos hay el convencimiento de que por el hecho de ser titular rentado debe atender á todos, de día y de noche, gratuitamente, y en caso de negarse á hacerlo, allí está el telégrafo que se encargará de transmitir á la capital las quejas de los provincianos sobre la incapacidad é inhumanidad de los Galenos, que creyeron en la realidad de las ilusiones que le hicieron concebir al ofrecerle el cargo.

Además, tiene que luchar con la ignorancia, en el arte de curar, tan corriente en esos lugares, que hace que los curanderos, brujos, etc., sean considerados como superiores al médico y que ganen lo que se resisten á pagar á este.

Hay también el hecho de que siempre se hace intervenir al médico en política, y este tiene que hacerlo con el objeto de conservar el puesto, al que ha tenido que aferrarse, una vez quitado de su medio y sin base para establecerse en otro lugar mejor, pues si se niega á tomar arte activa en favor de tal ó cual candidato, éste moverá todas sus influencias á fin de obtener su separación, cosa que consigue siempre, como lo vemos todos los días, y entonces tienen ustedes al facultativo que se sacrificó por encontrar un porvenir, aunque modesto, que recibe como recompensa y estímulo el encontrarse en peor condición de la que tenía antes de aceptar el titularato: el verse obligado á quedarse en el mismo lugar; pero ya sin el modesto pró que recibía como ayuda.

Y después de todo, no tiene ni siquiera el derecho de protestar pues en virtud de un tratado de reciprocidad profesional, firmado en hora desgraciada por nuestra cancillería y aprobado, sin estudio alguno, por nuestro Congreso, con España, han emigrado de este país todas las nulidades, todos aquellos que no ganaban 250 pesetas al mes, para venir á nuestro suelo á servir de competidores por 100 soles ó menos si se ofrece, á los pobres médicos nacionales que se permitían protestar de su triste condición.

Cualquiera se imaginaría que todas estas razones tan sencillas, tan visibles, debían de haber sido notadas por la institución llamada á proponer estas y muchas otras reformas; pero no es así, ella no se ocupa sino de hacer más aflictiva la condición de los titulares, aumentándoles cada día más sus obligaciones, dándoles comisiones á lugares distantes y por último haciéndoles permutar constantemente.

Y si nos referimos al Congreso, la cosa es peor; los honorables representantes, á quienes debería suponerseles interesados en mejorar las condiciones de salud de su provincia, con la presencia de un médico, hacen todo lo contrario; muchas veces trascurren dos

ó tres años ó más, sin que se consiga un profesional por lo ridículo del sueldo, y en vez de proponer que las cantidades acumuladas, por la no ejecución de la partida, se inviertan en ofrecer un sueldo doble durante el año siguiente á un médico que vea de establecerse en ella y conseguir siquiera en este tiempo un estudio completo de las condiciones higiénicas de lugar y las medidas que deban adoptarse para su mejoramiento, presenta un proyecto de ley disponiendo que dichas sumas se dediquen á la refección de la fachada de la iglesia, á la compra de un armonium, etc., resolviendo así que si esa cantidad no alcanza para llevarles la salud del cuerpo, si es suficiente para conseguir la del alma.

Este mismo defecto se observa también en la capital, en la que se tiene como norma, al crearse un puesto de médico, por delicadas é importantes que sean las funciones que va á desempeñar, señalarle una retribución mezquina, sin fijarse que en tales condiciones un profesional se verá obligado á buscar en una acumulación de puestos ó en otras ocupaciones, el completo de la renta que necesita para vivir y, por lo tanto, no llegará á especializarse, ni podrá dedicar toda su atención á la primitiva ocupación que aceptó.

Los medios de resolver el problema se deducen claramente de lo expuesto, y consistirán:

1º.— En asignar una mayor renta á los titulares, haciendo una revisión prolija de los presupuestos departamentales y consignar, de preferencia, esta partida á muchas otras que no llegan á ejecutar y que aún en caso de realizarlas son todas menos importantes que la conservación de la salud, y por lo tanto el aumento de la población.

2º.— Declarar la propiedad del empleo, no pudiendo ser separados sino por incapacidad comprobada ó por llevar vida desordenada, sin que la política intervenga en la provisión ó pérdida del empleo, quedando los facultativos prohibidos, en lo absoluto de intervenir en ella.

3º.— Declarar que solo podrán ocupar dichos titularatos los que hayan hecho todos sus estudios en la Facultad de Medicina de Lima.

4º.— Establecer ascensos y premios para aquellos que se distinguen en el desempeño de sus funciones y hayan contribuido con sus conocimientos é iniciativas á la disminución de la mortalidad y morbosidad en la provincia en que ejercen.

Con estas medidas, hechas leyes, creo que se conseguirá proveer á todas las provincias de profesionales peruanos, que encontrarán así en su patria los medios necesarios para desarrollar sus energías en provecho de ella y no se verán obligados á emigrar á otros países, donde sus conocimientos son más apreciados y mejor retribuidos.

Si las apreciaciones de esta carta, cuya sinceridad está abonada por el hecho de no necesitar ni pretender, por hoy felizmente, ninguno de los puestos mencionados, merecen la aprobación de ustedes y se sirven ordenar que sea publicada en las columnas de su importante diario, quedará muy reconocido.—J. A. P.

FACULTAD DE MEDICINA

Sesión celebrada el 15 de junio de 1916.

Con asistencia de 22 catedráticos el Decano abrió la sesión.

Prestaron el juramento de Ley para ejercer la profesión los señores Ignacio Bustamante, Carlos Bernasconi y Luis Herrera Mejía, Se otorgó el grado de bachiller en Medicina á los siguientes:

Gregorio Ramirez: *Contribución al estudio de la Anatomía humana.*

H. M. Vallenas: *Contribución á la Analgesia Obstétrica por el estudio clínico de la «fórmula N.º 3».*

Juan M. Avalos: *Contribución al estudio de la neumonia en el Peru.*

Luis Vargas Prada: *El servicio de identificación en el Peru.*

Felipe A. Denegri: *Tratamiento de los prolapsos genitales.*

NOTICIAS

COMISION DEL INSTITUTO ROCKEFELLER PARA EL ESTUDIO DE LA FIEBRE AMARILLA.—Dirigida por el Dr. Gorgas, ha pasado por Lima, la comisión que va con rumbo á Iquitos para combatir la fiebre amarilla que grava endémicamente en esa ciudad. El Dr. Guiteras, director de Sanidad de Cuba forma parte de esa comisión.

NECROLOGIA

ELIAS CONGRAINS.—En los últimos días de julio ha fallecido el Dr. Elías Congrains. Su muerte ha sido muy sentida.

Aunque alejado en estos últimos años de "La Crónica Médica" el Dr. Congrains había pertenecido á la Redacción de nuestra Revista.