

# La Crónica Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA "UNION FERNANDINA"

LA REDACCION DE "LA CRONICA MEDICA",

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO VI. }

Lima, Junio 31 de 1889.

{ N° 66

## BOLETIN

### ESTADISTICA DE LIMA

El establecimiento de un servicio de Estadística convenientemente dirigido, es sin induda una de aquellas necesidades á que debemos dedicar nuestra preferente atención. Y aumenta esta necesidad, al considerar que en nuestra administración falta una sección especial, (1) por su importancia y el fin que persigue, debiera haber sido creada tiempo há: nos referimos á la Estadística Médica.

Si la Estadística, por regla general, tiene por objeto el conocimiento de la frecuencia absoluta y relativa de los fenómenos naturales ó sociológicos, deducidos de un estudio comparativo y numérico; si ella traduce el movimiento material é intelectual de una población, es necesario que en sus distintas aplicaciones, desempeñe el mismo fin para que ha sido creada.

La Estadística Médica que no es sino la aplicación de estos principios al estudio del hombre y del medio en que vive, llenaría un papel importante y prestaría un inmenso beneficio á las poblaciones, determinando, entre otros resultados, como consecuencia inmediata, la prolongación del término medio de la vida humana.

No basta, por otro lado, que los

trabajos de una Estadística Médica se limiten á la aglomeración de datos concernientes á los diversos puntos que abraza, si de ellos no se hace un estudio comparativo, que se traduzca en conclusiones prácticas y en beneficios positivos para la salud pública y privada.

Los datos referentes al movimiento de la población; la indicación de las principales causas de las defunciones y el conocimiento de las que originan la mortalidad, tan creciente de los recién nacidos, vendrían á establecer como consecuencia, que: la vacuna, y la observancia de la Higiene pública y de la privada, el mejor servicio de las aguas, la destrucción de los inmensos basurales que circundan la población, el desecamiento de los pantanos, la plantación de arboledas en los lugares más apropiados, el análisis del agua y del aire, la inspección de las casas particulares y de los establecimientos públicos, serían otros tantos medios indispensables que habría que poner práctica, para conseguir mejorar la salud de los habitantes de una población.

Siendo tan vasto el campo de acción de una Estadística de esta naturaleza, necesitaría para llenar sus importantes fines, establecer las relaciones que ligan á los seres entre sí, con sus semejantes, y con el medio en que viven; conocer los cambios que constantemente se realizan entre el ser organizado y el medio en que se halla colocado, deduciendo de aquí las reflexiones consiguientes.

(1) En la Municipalidad de Lima.

El personal de la actual Municipalidad que tanto se preocupa por el bienestar material é intelectual de la población, es la llamada á implantar una reforma de esta naturaleza, agregando ó creando en la Sección de Estadística, una especialmente dedicada al fin que dejamos señalado. Y sería tanto más fácil organizar esa Sección, desde que existiendo hace ya algún tiempo el proyecto que establece el servicio Sanitario en nuestra Capital, los que resultaren designados para atenderlo, serían los que poniéndose de acuerdo, desempeñarían tan importante cometido que figuraría entre sus especiales atribuciones.

Y solo así se podría esperar ventajosos resultados en el sentido que indicamos; pues solo los que conocen las relaciones tan íntimas que existen entre la Estadística y las Ciencias Médicas, particularmente la Higiene, la relación tan estrecha que hay entre el hombre y el medio en que vive, como así mismo la influencia de los elementos que actúan sobre él, calor, humedad atmosférica, electricidad etc., — son los que pueden con ventaja dedicarse á un estudio de Estadística comparada, cuyos beneficios no pueden ser más positivos.

Agitados constantemente por las luchas políticas, á las que consagramos todas nuestras fuerzas físicas é intelectuales, muy poco hacemos en beneficio de intereses que podríamos decir que afectan y muy directamente el porvenir de nuestra Capital, en lo concerniente á su población.

Quién quiera que observe la marcha de la letalidad en Lima, no podrá menos que verse dolorosamente impresionado al contemplar el número tan frecuente de muertes repentinas, que desde algún tiempo vienen repitiéndose, sin que hasta la fecha hayan podido averiguarse las causas que las originan. Si no conocemos esas causas, y si no tratamos de buscar los medios más apropiados para combatir las, presenciaremos im-

pasibles el triste espectáculo de ver disminuyendo día á día el número de habitantes de la Capital, sin que hayamos hecho por nuestra parte el menor esfuerzo para evitar el mal.

Otro tanto podremos decir del número tan considerable de recién nacidos, que tanto en la práctica civil, como en los hospitales, sucumben diariamente, sin que un hecho tan grave despierte la atención pública, que debía estar seriamente preocupada por un acontecimiento que como ya hemos dicho, tan directamente afecta el porvenir de la Capital y el del país en general.

No dejaría, por otro lado, de ser importantísimo el concurso que á las Ciencias Médicas prestara la creación de tal servicio, señaládoles las causas de las defunciones, por edades, sexos, nacionalidades, razas, profesiones, lugares y estaciones, dándoles á la vez cuantos datos obtuvieren referentes al estudio de estas Ciencias, datos que indudablemente les serían de provechosos resultados por las deducciones que habrían de originar y los beneficios que de ellos reportaría la Medicina.

Todos estos servicios podría prestar la Estadística Médica, que, á cargo de los Médicos Sanitarios, se ocuparía además de estudiar todas las cuestiones relativas á la Higiene pública y que á la vez que significan una sólida garantía para la salud de los habitantes, hablarían muy alto en favor de la cultura de una población.

DR. CASIMIRO MEDINA.

---

## SECCION OFICIAL

---

### Reglamento aprobado para el Servicio Sanitario Provincial de Lima.

Con fecha 4 de Enero del año en curso, el Supremo Gobierno ha aprobado este Reglamento. Y conforme á él se ha instalado la Junta Provincial de Sanidad el 11 del presente.

## CAPITULO I

## DE LA JUNTA PROVINCIAL DE SANIDAD

Art. 1.º Se organiza una Junta Municipal, encargada de atender al servicio de la Higiene pública de la Provincia, denominada "Junta Provincial de Sanidad"

Art. 2.º Compondrán dicha Junta:

1.º El Alcalde del Concejo, ó el que haga sus veces, que será el Presidente.

2.º El Inspector de Higiene del mismo Concejo, que será el 1er. Vice-presidente.

3.º Los miembros de la Comisión de Higiene del mismo Concejo.

4.º El Inspector de Asuntos Contenciosos.

5.º Los Catedráticos de Higiene, de Química, de Farmacia y de Medicina Legal, de la Facultad de Medicina de esta Capital.

6.º Un Químico industrial, designado por la Facultad de Ciencias.

7.º Un Ingeniero, designado por el Inspector de Higiene.

Art. 3.º La misma Junta llamará también á su seno hasta dos Facultativos más, siempre que las circunstancias así lo requieran, y por todo el tiempo que lo crea necesario.

Art. 4.º Organizada la Junta elegirá dentro de sus miembros un segundo Vice-presidente, y funcionará como Secretario de ella uno de los Jefes de las Secciones de Higiene que el Presidente designe. Dicho Secretario no tendrá voz ni voto en las discusiones.

Art. 5.º Para la sanción de un acuerdo de la Junta se necesita el voto conforme de la mayoría de sus miembros presentes. Formará *quorum* ordinario de la Junta la mayoría absoluta de sus miembros; pero si después de la segunda citación no ha podido reunirse el indicado número, tendrán valor los acuerdos tomados con un tercio del número total de sus miembros.

Art. 6.º Son atribuciones de la Junta, ocuparse: 1.º De todas las cuestiones de higiene pública relativas á la Provincia y que se refieren al saneamiento de las localidades, de los domicilios particulares y de los establecimientos públicos.

2.º De las medidas que deben dictarse para prevenir y combatir las epidemias, las endémias las epizootias y en general, todas las enfermedades directas é indirectamente trasmisibles.

3.º De la propagación, cultivo y conservación del fluido vacuno y demás agentes capaces de evitarse determinadas enfermedades.

4.º De la organización del servicio médico sanitario, conforme á las bases que se establecen más adelante.

5.º De la clasificación de los establecimientos en peligrosos, insalubres é incómodos; determinando su más conveniente situación y demás condiciones de salubridad.

6.º De los medios de mejorar las condiciones sanitarias de los establecimientos públicos, tales como los colegios, los teatros, hospitales, prisiones, cuarteles, mercados, mataderos etc.

7.º De la vigilancia del buen estado de los alimentos y demás artículos destinados al consumo público y que pueden influir sobre la salud del consumidor.

8.º De la organización y servicio de los establecimientos municipales dependientes de la Sección de Higiene.

9.º De la vigilancia del ejercicio legal de las profesiones médicas, conforme á las leyes y reglamentos vigentes.

10.º De la Demografía y *constitución médica* de la provincia, estableciendo convenientemente la estadística médica.

11.º De la vigilancia que, conforme al Art. 17 del Reglamento General de Sanidad, ejercerá sobre los Concejos de Distrito.

12.º De la reglamentación de los diversos ramos que le estan encomendados.

Art. 7.º La Junta celebrará sus sesiones ordinarias una vez por mes, en uno de los salones del Cabildo; y extraordinariamente, siempre que sea convocada para ello.

Art. 8.º Para atender debidamente á los servicios sanitarios de la capital, tendrá bajo su dependencia cinco médicos municipales. uno por cada cuartel, los cuales serán elegidos por la Junta Directiva del Concejo, á propuesta entera del Inspector de Higiene. Habrá también químicos municipales permanentes.

Art. 9.º En caso de epidemia, establecerá bajo su inmediata dependencia los Lazaretos Barracas, y Oficinas de desinfección, determinando su número y situación mas conveniente.

Art. 10.º Si para atender al servicio determinado en el artículo anterior, no bastasen los fondos sanitarios provinciales, solicitará del Concejo la subvención necesaria.

Art. 11.º Anualmente presentará un informe sobre el estado de la salud pública, basado en los que mensualmente deben pasarle los Comisarios de Sanidad, y en la estadística de la Provincia, proponiendo las medidas que deban adoptarse para el mejor servicio de la higiene pública é indicando los medios de mejorar la constitución médica de la provincia. Dicho informe será elevado por el Concejo á la Junta Suprema de Sanidad.

Art. 12.º La Junta sancionará su reglamento interior y las ordenanzas y reglamentos que requiera el mejor servicio de los ramos que le estan encomendados, conforme al artículo 20 del Reglamento General de Sanidad.

Art. 13.º La Junta redactará los "Anales de higiene pública de la Provincia de Lima" mediante una comisión de su seno.

## CAPITULO II

## DEL SERVICIO SANITARIO DE LA PROVINCIA

Art. 14.º El servicio sanitario de cada uno de los distritos de la provincia estará encomendado á su respectivo Concejo municipal, conforme al artículo 17 del Reglamento General de Sanidad.

Art. 15.º El de la capital estará encomendado á sus 5 médicos municipales, conforme á lo dispuesto en el art. 8.º

Art. 16.º Los médicos municipales establecerán su domicilio en un lugar central de su respectivo cuartel.

Art. 17.º Son obligaciones de los médicos:

1.º Vigilar el estado higiénico de su circunscripción, sujetándose á los reglamentos que al respecto expida la Junta.

2.º Propagar y conservar el fluido vacuno siguiendo las prescripciones que determine la Junta de Sanidad.

3.º Asistir gratis á los niños hasta la edad de cinco años, inclusive, cuando para ello sean solicitados, y á la clase pobre sin distinción en caso de epidemia.

4.º Prestar sus servicios profesionales durante la noche en todos los casos en que el vecindario los exija, sea cual fuere la hora. Estos servicios serán gratuitos para las personas indigentes.

5.º Comprobar las defunciones y certificar los nacimientos en su respectiva circunscripción, con forme á los modelos que se acordará oportunamente.

6.º Señalar las condiciones de insalubridad que notasen en las casas de hospedaje, hoteles, hospicios, colegios, templos, teatros, mercados y demás establecimientos públicos pertenecientes á su circunscripción, indicando los medios de remediarlos; y hacer la inspección médica é higiénica de los colegios.

7.º Estudiar la constitución médica de su circunscripción, de acuerdo con sus colegas, é in formar á la Junta del estado de la salud pública, al final de cada estación; y pasar á la misma, al fin de cada año, una memoria sobre el clima, enfermedades reinantes, condiciones etiológicas y medidas profilácticas observadas durante el año.

8.º Sin perjuicio de la anterior obligación, suministrarán los datos, emitirán los informes y practicarán las visitas que les sean ordenadas por la Inspección de higiene.

Art. 18 Los Químicos Municipales practicarán la inspección de las sustancias alimenticias, bebidas y demás artículos destinados al consumo público, en la forma que acuerde la Junta de Sanidad.

### CAPITULO III

#### DE LAS RENTAS Y GASTOS DE SANIDAD

Art. 19 Serán rentas sanitarias de Provincia, conforme al artículo 12 del Reglamento de Sanidad:

1.º Los derechos de estación en los Lazaretos, entendiéndose que dichos derechos no se cobrarán á las clases indigentes; y para las no-indigentes serán:

1.ª Clase — 2 soles diarios.

2.ª Id. — 1 sol Id.

2.º Los derechos por venta de vacuna á los particulares, por cada placa ó tubo 1 sol.

3.º Los derechos de visita á los establecimientos industriales.

4.º El producto de las multas por infracciones del Reglamento Sanitario, con excepción de las que estén ya establecidas por leyes y disposiciones sanitarias.

Art. 20 Son gastos sanitarios de Provincia:

1.º El que demanda la conservación, cultivo y propagación del fluido vacuno.

2.º El sueldo que se asigne á los Médicos y Químicos municipales.

3.º El de los jefes del Laboratorio Químico y Observatorio Meteorológico.

4.º El del Oficial de Higiene encargado de los libros de la Inspección y de la Junta de Sanidad.

5.º El de los empleados subalternos que la Junta creyere necesario establecer, como guardianes, enfermeros, etc.

6.º El que demande la conservación y fomento de los establecimientos de la Inspección, tales como el Laboratorio Químico, Observatorio Meteorológico, Conservatorios Vaccinales etc., Lazaretos y demás:

7.º El 5.º sobre los derechos de Sanidad especificados en el artículo 19 de este Reglamento, conforme á lo dispuesto en el artículo 129 del Reglamento General de Sanidad.

## SECCION NACIONAL

### La Actinomicosis

(Continuacion)

CLASIFICACIÓN.—Careciendo aún de conocimientos concluyentes sobre la evolución real del organismo que nos ocupa, se comprende sin dificultad que haya tenido que haber divergencia de opiniones sobre el verdadero lugar que le corresponde en la escala de los seres microscópicos. J. Israël que fué el primero, que después de las investigaciones de Bollinger y Harz, hechas sobre el buey, estudió la actinomicosis en el hombre se inclinó á creer, pero no de una manera terminante, que la afección era producida por un parásito: el *Streptothrix Forsteri*, que de Graef fe había encontrado en 1855 en los canales lagrimales y que se conoce hasta el día con el nombre de *Cladotrix*. Ponfick, se limitó á considerar este organismo como un fungus de orden superior, en una de las fases de su evolucion. Birck Hirsefeld en 1883, en un caso observado sobre un niño y que parece no haber sido otra cosa que una actinomicosis, estudió los Schizomycetos productores de la enfermedad y los llamó: *Lepthothrix fasciculatus*.

Rivolta que había observado casos de esta enfermedad en el buey, propuso la denominación de *discomysos bovis* y como más tarde se encontrara en el caballo una afección, cuyo parásito aunque no idéntico, debía por su modo de distribución, su aspecto microscópico etc. ser referido al actinomiceto, le dió el nombre genérico de *Sarcomisos* y los específicos de *bovis* y *equi* según que se desarrollara en el buey ó en el caballo.

Los trabajos posteriores emprendidos para cultivar é inocular este pa-

rásito hicieron admitir bien pronto que no obstante las conclusiones de Jhone cuyas inoculaciones fueron sin éxito, la actinomicosis humana era producida por el mismo elemento parasitario que caracterizaba la actinomicosis del buey, parásito considerado por Harz como un hongo llamado actinomiceto. De conformidad con estos hechos la mayor parte de los autores admiten que esta enfermedad es originada por el desarrollo de un hongo; sin embargo, Bouchut en su Patología general, coloca á dicho organismo entre las algas, como un *leptothrix* ó *Streptothrix* y Flugge en 1887, de trabajos sobre ensayos de cultura, deduce: que no debe ser colocado entre los *mixomicetos*, sino más bien entre las algas y en especial en el género *cladotrix*.

De manera pues, que aún no hay en este punto una opinion definitiva, lo que exige nuevas investigaciones sobre el particular.

#### MORADA DEL ACTINOMYCETO.—

Es indudable que si este parásito se encuentra con más frecuencia en el buey, no es este su primitiva morada y todo hace suponer, que él se desarrolla antes en los vegetales, que sirven de pasto á aquellos animales en que se observa la enfermedad y en los que, el micro-organismo penetra junto con ellos fijándose en la economía siempre que el terreno le es propicio; y á este efecto se ha señalado ya en Alemania, en una pradera donde los ganados eran atacados de actinomicosis, la existencia de un hongo semejante al actinomiceto y llamado *Echinobotrion*. Por lo demás esta suposición va á ser pronto confirmada con otro hecho.

MODO COMO EL HONGO PENETRA EN EL ORGANISMO HUMANO.—La vía de entrada más ordinaria del parásito es la digestiva y él puede fijarse en las distintas regiones del aparato, haciéndolo con más especialidad en la cavidad bucal, en donde por consiguiente se encuentra la afección

con más frecuencia. En cualquier punto donde se desarrolle, es siempre necesario que exista antes en este lugar una herida, una escoriación ó lastimadura por ligera que sea, que permita la penetración del organismo; y esto explica el que abunde más en la boca, en donde son tan frecuentes las escoriaciones por la caries dentaria, por la extracción de los dientes, el esorbuto etc. Igualmente el parásito puede penetrar por la piel, cuando ella presenta alguna lesión en la epidermis. Hay sin embargo, algunos casos en los que permanece oculta la manera como el vegetal ha invadido la economía: tal sucede cuando se le halla en los pulmones, hígado etc. sin que nada permita suponer una propagación de la enfermedad hasta dichos órganos.

La contaminación se hace directamente, es decir, el hombre es atacado primitivamente por el parásito, ó bien éste es transmitido por los animales que le sirven al hombre de alimento ó con los cuales se halla en roce continuo.

Las observaciones siguientes demuestran la realidad de estos modos de contagio:

Saltmann refiere la historia de un niño de 6 años, que comiendo moras se pasó una espiga de *hordeum murinum*. Al cabo de algunos días, tiene dolores vivos á la deglución y presenta vómitos de sangre. Más tarde se desarrolla en el dorso un absceso de aspecto forunculoso, al nivel del sexto espacio intercostal. Una parte de la espiga de *hordeum* fué encontrada en este absceso.

A partir de este momento se formó en la misma región, toda una serie de abscesos en el pus de los cuales, se encontraron granos de actinonilos. El niño sucumbió después de un año del accidente (1884.)

Artigalas cita los dos casos siguientes: Elka-Jeffe, habita un lugar malsano y húmedo, se golpea en una

de las paredes de su habitación llena de mohos, se lastima, y esta lastimadura es el punto de partida de una actinomicosis. — Deutschman, cuida animales enfermos de actinomicosis, se hiere el dedo pulgar y es atacada la herida de actinomicosis (1885).

Por último citaré á Partsch, que describe un caso curioso de actinomicosis, desarrollada sobre la cicatriz de un cáncer del seno operado en un hombre (1887.)

**CULTURA DE LOS ACTINOMYCETOS.**—Siendo de las más dificultosas, no ha podido ser obtenida con éxito satisfactorio, sino en estos últimos años. Los primeros trabajos emprendidos en este sentido, son debidos á Harz, al cual siguió después Johne, los que no consiguieron resultado positivo alguno. Más tarde, en 1883, Oscar Israël dió á luz sus investigaciones, manifestando que los obstáculos que impedían obtener esta cultura provenían de la excesiva sensibilidad del parásito y de su desarrollo sumamente lento, que daba lugar á que en las culturas, se desarrollaran otros parásitos que impedían la evolución posterior del actinomyceto, que en consecuencia debían solo escogerse culturas perfectamente puras y donde no se encuentre sino el actinomyceto. Israël llevó sus esperiencias sobre el caldo de toro, sobre las peptonas de extracto de carne en solución, el serum sanguíneo líquido del toro, á la temperatura del cuerpo humano ó de la cámara de experiencia, la gelatina clorurada de peptona, tratada con el agua extraída de la carne á la temperatura de 20°; y en todos estos ensayos no obtuvo resultado; siendo solo el serum coagulado del toro, el que le permitió conseguir éxito, desarrollándose en él el parásito por medio de los esporos, al cabo de 10 á 14 días, tomando la cultura el aspecto de un césped aterciopelado muy claro á la luz oblicua y que ofrece más tarde pequeños núcleos en ella misma ó á su alrededor. Después de

dos meses el hongo ha avanzado solo  $\frac{1}{2}$  centímetro del punto de cultura. Esta contiene esporangios semejantes á los de los mohos muy resistentes y un micelium radiado en forma de masma, que se tumefacta y destruye más ó menos rápidamente, al contacto de líquidos diversos, aún del mismo serum. Israël hace también notar que los actinomicetos calcáreos no son susceptibles de cultivarse, por no poder actuar sobre ellos los medios de cultura y que los elementos más jóvenes son los mas alterables.

Bostroen (de Giessen) en 1880. llega de sus culturas, á los mismos resultados que Israël, sobre la lentitud de su evolucion y dice: que colocada esta en el serum sanguíneo, se transforma en placas bellas y terminadas en su periferia por granulaciones, que más tarde se convierten en filamentos largos, formando así un micelium espeso.

Crookshank, en su obra sobre bacteriología (1886) y Flugge en su tratado sobre los micro organismos (1887) dan á luz los últimos trabajos sobre culturas hechos por Bostroen, de los que damos aquí el resumen:

Las partes que según dicho autor deben tomarse para ensayos, son los filamentos situados en el medio de la granulación y no las prolongaciones brillantes y claviformes que no se prestan á ser cultivadas, y la manera como debe procederse, es la siguiente. Se toma la granulación y se la coloca en gelatina, esta se vierte en seguida en placas de vidrio y después de algunos días que se dejan pasar, con el objeto de conocer y separar aquellas que están contaminadas por gérmenes de otra naturaleza, se escogen las completamente puras, y son estas las que sirven para las culturas hechas en el *agar* ó en el serum del toro.

Estas culturas ofrecen en una superficie oblicua, un trazo más ancho y más grueso. Pasados dos días, su aspecto se hace blanquisco, finalmen-

te granuloso, apareciendo en el centro pequeños puntos amarillo-rojizos, provistos en sus bordes de granulaciones muy ligeras y ramificadas, que se extienden á distancias diferentes sobre el trazo de la granulacion. Más tarde estos puntos ó focos se congregan unos á otros, cubriéndose de una capa blanca y bellosa. Al rededor de estos centros se forman otros nuevos semejantes. Esta cultura tarda de 5 á 10 días y necesita una temperatura de 33 á 37°.

Se ha considerado como característica de la actinomycosis, la apariencia de la cultura. Cuando ésta se examina al microscopio, ofrece en los primeros días filamentos con verdaderas ramificaciones dicotómicas, las que se fragmentan al principio en segmentos largos y después en otros más cortos ó bastones que se encuentran en abundancia, sea en libertad, sea en los filamentos, cuando aparecen los focos amarillo-rojizos y que más tarde, se dividen todavía en elementos más pequeños, semejantes á los micrococos y rodeados por una membrana. En la parte inferior de la cultura y allí en donde falta ya la sustancia nutritiva, se ve formarse con independencia de los parásitos cultivados, dilataciones claviformes que son características.

Estas culturas no liquefactan la gelatina.

Son estos ensayos los que han servido á Flugge para colocar este parásito entre las algas.

**MÉTODO PARA EXAMINAR Y COLOREAR LOS ACTINOMICETOS.**—Se toma sirviéndose de una aguja uno de los grumos ó manchas rojas, fácilmente reconocibles en los fragmentos tomados de los tumores frescos ó en el pus de los abscesos y se le coloca con una gota de glicerina sobre una placa de vidrio, sobre la cual se pone el cubre-objeto que se presiona suavemente, pudiendo en seguida proceder al exámen microscópico.

Si se quiere colorear la preparación fresca, se agitan las pequeñas

masas del parásito y se las pone en un vidrio de reloj con alcohol concentrado, al que se añade algunas gotas de una solución alcohólica de *eosina*. En este estado pueden ser montadas y conservadas en glicerina fresca.

Para colorear los cortes, se poseen dos procedimientos: el de Weigert y el de Claut. El primero consiste en colocar los cortes durante una hora en Orchilla, enjuagarlos en alcohol y colorearlos con violeta de genciana.

En el segundo, se dejan los cortes unos diez minutos en la solución de Gibbes (solución alcohólica de magenta en agua anilizada) á una temperatura de 45°, se lavan luego con agua pura y se les da una coloración doble, colocándolos por cinco minutos en una solución alcohólica concentrada de ácido pícrico. Se quita el exeso de color poniéndolo sucesivamente en el agua por cinco minutos en el alcohol á 50° por un cuarto de hora y deshidratándolo en seguida por el alcohol absoluto, para montarlo en bálsamo, después de haberlo clarificado con la esencia de clavo.

**INOCULACIÓN.**—Ejemplos de inoculación accidental verificada entre los animales y de estos al hombre, se han presentado y decisivos; pero esto no es suficiente para probar que la actinomycosis es realmente una enfermedad parasitaria, es necesario que la inoculación, hecha experimentalmente con el parásito, dé un resultado positivo.

Las investigaciones de muchos observadores se dirigieron en este sentido, pero los primeros ensayos hechos por Rivolta en 1875, sobre el conejo, por Perroncito después sobre el conejo y la vaca, y por Bollinger, Firket, Cantani etc. más tarde, fueron infructuosos. Johné sin embargo, sirviéndose de los gránulos actinomicóticos que él introdujo bajo la piel del cuello y en la cavidad abdominal de dos vacas, una ternera y un conejo, vió en los tres primeros animales desarrollarse tumores semejantes á los

de la actinomicosis, en el centro de los que descubrió el hongo radiado; y el último murió de actinomicosis generalizada, hecho por demás concluyente.

Ponfick no tuvo igual felicidad pues sus experiencias solo fueron afirmativas en las vacas, obteniendo resultados diversos en los otros animales. En 1883 J. Israël, introdujo en la cavidad abdominal de un conejo un pequeño pedacito de tumor actinomicótico de un hombre que había fallecido con esta afección y 78 días después, sacrificó al animal sin que hubiera presentado síntoma alguno de enfermedad, y no obstante la autopsia demostró en la cavidad abdominal un gran número de tumores, cuyo volumen, variaba del de un grano de cáñamo hasta el de una cereza y en los que se encontraba el hongo característico, sin que hubiera á su alrededor inflamación alguna. Esta experiencia es muy importante, por que no solo prueba la inoculabilidad de la enfermedad, sino también la identidad de ella en el hombre y en los animales y la inmunidad de que gozan algunos de estos últimos, para no sufrir lo menor, llevando el parásito en la economía, por lo menos por un tiempo que el hombre no soportaba.

Ultimamente Bostroen, sirviéndose de las culturas preparadas por su procedimiento y que ya hemos estudiado, ha hecho de él y después otros autores, inoculaciones sobre diversas especies de animales y en todos los casos, se ha conseguido éxito, debiendo atribuirse los insucesos á la imperfección de las culturas y de los modos de proceder.

**LESIONES ANATÓMICAS PRODUCIDAS POR LA ACTINOMYCOSIS.**—Siendo estas numerosas y variables según el lugar donde el parásito se desarrolla, vamos á pasar en revista las alteraciones observadas en cada órgano atacado, procurando seguir las en su orden de frecuencia. Nos apresuraremos á decir que cualquiera que sea

la parte invadida, la enfermedad tiene siempre una tendencia marcada á manifestarse, una vez que se ha introducido en el organismo el parásito que la produce, bajo la forma de un neoplasma, compuesto en su mayor parte de células redondas que provocan en su proximidad un proceso inflamatorio, presentando mucha semejanza con el nódulo de la tuberculosis. Estos neoplasmas, aumentan de volumen, se reblandecen, supuran y se abren prolongándose en numerosos trayectos fistulosos, ya al exterior ya interiormente, siendo muy rehelde de curar; otras veces los neoplasmas se reúnen y forman gruesos tumores que encierran en su masa cavidades ó escavaciones purulentas y otras, por fin, determinan una esclerosis del tejido ambiente y se rodean de una capa fibrosa. En todos los casos se observa en ellos un detritus glutinoso, viscoso ó purulento, en el que se descubre el hongo característico.

La parte afectada con mas frecuencia es el maxilar inferior, presentándose en él y con especialidad en su ángulo inferior un tumor ó tumefacción más ó menos dura, casi indoloro, con mucha tendencia á propagarse por el borde anterior del externo-cleido-mastoideo hasta la clavícula y circunscribiéndose generalmente en su propagación hasta ofrecer la forma de una glándula. Al cabo de poco tiempo la tumefacción se hace fluctuante, y si se incinde antes de que se abra por sí sola, se ve salir en lugar de pus un líquido viscoso y coagulante, quedando á descubierto numerosas fungosidades análogas á las de la artritis crónica. Más tarde, el neoplasma entra en supuración y se observa entonces que el pus de la actinomicosis ataca y destruye el maxilar y determina la induración á su proximidad, dando lugar á numerosas fistulas.

Cuando la enfermedad ataca á los intestinos por los cuales suele también penetrar el parásito, las lesiones son

más complicadas y se encuentran en toda su extensión, aunque el microorganismo se fija más en unas lesiones que en otras, y se le encuentra con especialidad en los repliegues é inserciones mesentéricas del intestino delgado y en el intestino grueso cerca de su origen, localizaciones que se diferencian de las de la disentería y de la tuberculosis. La capa epitelial es la primera lesionada, después el parásito pasa á la mucosa, fijándose sobre las papilas ó en el intersticio de las glándulas en tubo, cuya mucosa aunque rara vez puede también ser completamente invadida.

De la mucosa, el parásito se introduce en los vasos linfáticos y sanguíneos, determinando hiperhemias y hemorragias, cuyo mecanismo, como la penetración del parásito, no están suficientemente explicados; pero que se atribuye á trombosis, ó á lesiones producidas en las paredes vasculares, ó á congestiones hemorragiparas. Cualquiera que sea su causa ellas acarrearán una alteración en la circulación, bastante notable para dar lugar á una infiltración sero purulenta de la mucosa, que la hace sumamente frágil. La túnica muscular sufre las mismas alteraciones, más pronunciadas aún; en ella el exudado es fibrino-purulento mezclado con sangre, y la pérdida de su resistencia permite la dilatación anormal de las partes del intestino que son atacadas.

La mucosa ofrece á veces focos del grosor de una alberja, de color azul-rojizo á la luz del día y azul-verdoso á la luz artificial, presentándose pequeños abscesos sub-mucosos y algunas ulceraciones más abundantes cerca del duodeno, acompañadas de difteria, con masas de actinomicetos de consistencia friable, terrosas blandas, de un centímetro de largo por cinco milímetros de espesor casi confluentes y muy adheridas á la mucosa. Finalmente las partes lesionadas de esta membrana ofrecen los caracteres de un catarro intenso. El corte

de los intestinos permite ver la infiltración, así como el parásito productor de la enfermedad.

Se comprende fácilmente que en los casos de actinomicosis del intestino, el peritoneo sufra también del proceso morboso, y así se le encuentra fuertemente hiperhemiado aún en aquellos lugares que no están en contacto con las partes enfermas del intestino, y su cavidad contiene un derrame sero-sanguinolento y un número inmenso de parásitos, que pasan aún á la cavidad retro-peritoneal al través del mesenterio y del mesocolon, introduciéndose por medio de los vasos en los gangleos linfáticos de estos órganos, determinando en ellos los mismos procesos de hiperhemia hemorrágica, exudación y neoplásia.

En los *pulmones* la actinomicosis provoca un proceso semejante al de la tuberculosis. Ya las granulaciones se diseminan en toda la extensión del pulmón como si fuera una tuberculosis miliar; ya se reúnen y fórman nódulos, determinando por su presencia la esclerosis del tejido ambiente, que reblandeciéndose después y aun supurando dan lugar á verdaderas cavernas pulmonares. De estas parten luego prolongaciones y trayectos fistulosos que tienen una tendencia marcada á dirigirse al exterior destruyendo las pleuras y los huesos, y formando tumores que se presentan generalmente entre los espacios intercostales y que una vez abiertos constituyen fistulas incurables, por las que sale el pus característico de la enfermedad. Otras veces los abscesos se abren en los bronquios y el pus es arrojado por la expectoración como el de la tuberculosis.

En algunos casos las lesiones encontradas han sido las de una neumonía desarrollada sin duda en las mismas condiciones que la neumonía tuberculosa.

Estas alteraciones son, por lo general, acompañadas de otras que se presentan en las pleuras, consistentes,

unas veces, en una pleuresia seca ó con derrame, simple, fibrinosa ó purulenta y otras en verdadera actinomicosis de la pleura, en la cual se desarrolla el parásito bajo la forma de nódulos y focos numerosos, infiltraciones en su espesor y que originan una pleuresia secundaria en cuyo exudado se descubre el parásito en abundancia.

Cuando la enfermedad que nos ocupa se generaliza, no hay órgano que no sufra su acción. El *cerebro* ofrece lesiones ya de naturaleza embólica, ya absesos ó focos purulentos situados en la cara interna de la dura madre, en la pía madre y en el espesor de la sustancia cerebral, en donde se encuentra en mayor número que en el cerebro.

En el *corazón*, el pericardio presenta falsas membranas en las que se forman los mismos focos caseiros que en el cerebro. El miocardio sufre alteraciones análogas y se ha señalado en el ventrículo y aurícula del corazón derecho un gran número de pequeñas masas de actinomicetos. En un caso se encontró una sinfisis cardíaca completa.

El *hígado*, es casi siempre el asiento de absesos muy numerosos, más pequeños que los intestinales, en los que el microscopio permite descubrir las células hepáticas pigmentadas, sirviendo de centro á filamentos radiados.

Ultimamente se ha descrito un caso de actinomicosis primitiva del hígado, en EE. UU. de N. A., y en el que se encontró en la cara superior del lóbulo derecho una masa blanco-amarillenta, de tres pulgadas de espesor, formada de un extroma fibroso conteniendo una gran cantidad de actinomicosis y en la base del pulmón derecho otra masa fibroide adherente al diafragma.

El *bazo* se encuentra generalmente aumentado de volumen, muy friable y en algunos casos se han hallado en él, masas actinomicósicas.

En los *riñones*, la sustancia cortical permite reconocer las mismas alteraciones que en el bazo.

El aparato *óseo* ofrece las alteraciones de la caries y otras lesiones diversas designadas, antes de ser conocidas en su naturaleza, con los nombres de cancer óseo, tubérculo óseo, osteo-sarcoma, otras veces se observa una osteo-periostitis ú osteo mielitis.

La *piel*, el *tejido sub-cutáneo* y el *muscular*, son igualmente atacados, observándose en ellos unos nódulos, actinomicósicos, en las diversas fases de su evolución, produciendo en la piel un cúmulo de pústulas y ulceraciones muy rebeldes, que se reproducen con tenacidad.

Finalmente, diremos dos palabras sobre la alteración de la *lengua* que se designa con el nombre de *lengua de madera* y que es producida por la actinomiceto: en el tejido muscular de este órgano se desarrollan nódulos tuberculosos más ó menos grandes, que le dan una consistencia particular que recuerda la del goma sílfítico. Estos nódulos se perforan y curan pero por lo general la enfermedad se propaga hasta el pulmón y el individuo muere.

Las alteraciones de la *sangre*, no han sido todavía bien estudiadas, para algunos habría alguna disminución de la fibrina y numerosos filamentos radiados parasitarios.

SINTOMATOLOGÍA.—La actinomicosis es una de aquellas enfermedades, que puede decirse sirve de lazo de unión entre la patología interna y la externa, sin que sea posible fijarla en la una con exclusión de la otra.

Puramente local en unas ocasiones se generaliza después en otras, cuando no es general desde el principio. De marcha casi siempre crónica, puede ser sin embargo, en algunos casos hacerse aguda, aunque muy rara vez. Localizándose la enfermedad en casi todos los órganos de la economía, ya de una manera aislada y primitiva, ya de una manera secundaria y ge-

neralizada al organismo entero, se comprende fácilmente que los cuadros clínicos que ella presenta, son de los más variados y numerosos y que su descripción ofrezca no pocas dificultades, que la mayor parte de los autores tratan de disminuir o salvar, agrupando á las modalidades de esta afección en un pequeño número de tipos, que tienen por base de su división la topografía donde el parásito se desarrolla, fundamento que si es aceptable como un medio de simplificación, no lo es de una manera absoluta pues, veremos dentro de poco que la enfermedad conciuve casi siempre por generalizarse, ya sea por propagación de capa en capa, ya por embolias y abscesos metastáticos.

De una manera absoluta el proceso mórbido tiene en el hombre mucha más tendencia á la supuración que en los animales, dando origen á la formación de abscesos, focos purulentos y trayectos fistulosos que se prolongan á lo lejos disociando ó destruyendo los tejidos.

Las divisiones que se han hecho con el objeto de facilitar la descripción de esta enfermedad, se diferencian en muy poco y casi todas concuerdan en admitir tres formas: una maxilar ó cervical, una torácica ó toraco-abdominal y una abdominal sola, para algunos, ó cutánea para los que admiten la toraco-abdominal.

Por mi parte, soy de parecer, que debiendo aceptarse la separación de la torácica, de la forma abdominal y no pudiendo entrar la forma cutánea en ninguna de las tres así constituídas deben admitirse cuatro tipos de actinomicosis, cada uno de los que presenta á su vez diversas variedades, como vamos á verlo. Así pues estudiamos: 1.º la actinomicosis de la cabeza y cuello (formas cervical, submaxilar, lingual etc.) 2.º La actinomicosis torácica, 3.º la actinomicosis abdominal; y 4.º la actinomicosis cutánea generalizada; presentando en cada una de ellas, para mayor sencillez,

los distintos cuadros clínicos que han hasta el día.

(Concluirá.)

## SECCION EXTRANJERA

Sociedad de Medicina de Londres

SESIÓN DEL 10 DE DICIEMBRE 1888

*Los signos de la muerte*

El Dr. Richardson ha sido consultado frecuentemente para casos en los cuales la coloración de la cara del difunto había llamado la atención de la familia; recuerda en tre otros una joven que había fallecido muy rápidamente á consecuencia de una escarlatina maligna antes de aparecer la erupción; al morir, la cara estaba livida, y algunas horas después presentaba una coloración rosada muy chocante, aunque la muerte era real. Este cambio de coloración se produce principalmente cuando el tiempo está frío y cuando la muerte ha sido producida por una asfixia lenta y es debida á los fenómenos osmóticos que se establecen entre el aire y la sangre de los vasos superficiales de la piel.

Otras veces, la conservación del calor del cuerpo hace creer en una muerte aparente. Richardson ha visto un caso de apoplejía, en el cual la temperatura al día siguiente de la muerte era normal; la detención de la circulación de ciertas partes del cerebro produce una elevación tal de temperatura, que el cuerpo necesita muy largo tiempo para enfriarse.

Es sabido que, en ciertas circunstancias y principalmente en los casos de cólera morbo, el cadáver ejecuta movimientos bastante extensos; el autor ha observado numerosos ejemplos de este curioso fenómeno; por lo general la pierna derecha es la que se levanta, se dobla y se desliza sobre la pierna izquierda; algunas veces la ma-

no se cierra ó se dobla, ó la fisonomía se contrae; estos movimientos pueden persistir durante una hora y son principalmente bien marcados en individuos que tienen una buena musculatura; después de una enfermedad rápidamente fatal.

Los parientes ó amigos del difunto creen á menudo observar movimientos del tórax después de la muerte. Richardson ha visto en tres niños conservarse de un modo notable la expresión ordinaria de la cara, persistiendo este fenómeno durante muchas horas, de modo que los parientes no creían al principio en la realidad de la muerte.

La falta de descomposición en el plazo ordinario es bastante frecuente. En general, la descomposición empieza (en Inglaterra) al cabo de 16 ó 20 horas; raras veces de 4 á 16 horas ó de 20 á 24 horas después de la muerte. El tiempo es frío y seco, el individuo es delgado ó hasucumbido después de excesos alcohólicos, tarda mucho en producirse la descomposición, no sobreviniendo á veces hasta 8 ó 9 días más tarde.

Ciertos medicamentos ingeridos á dosis fuertes, pueden ocasionar accidentes que simulan muy bien la muerte. El vino de mandrágora se empleaba frecuentemente en tiempo de los romanos, para aliviar los sufrimientos de los crucificados; y este vino que se designaba bajo el nombre de *morion*, producía una muerte aparente, tan difícil de distinguir de la real, que se mutilaba á los crucificados á fin de estar seguros que no volverían á vivir. El *morion* ha sido empleado en la antigüedad yaun hasta el siglo XIII como anestésico en las operaciones quirúrgicas. El narcotismo por el cloral simula la muerte de un modo notable en los animales y en el hombre; viéndose, por ejemplo, palomos envenenados por el cloral dar señales de vida después de un trascurso de tiempo muy considerable. Richardson fué llamado una vez en un caso de un mé-

dico que se había bebido 8 gramos de cloral, y parecía estar completamente muerto; el pulso había desaparecido, los ruidos del corazón eran imperceptibles, y la respiración había cesado aparentemente. La temperatura rectal era de 36°; se colocó al enfermo en un cuarto calentado á 30° y se le administraron lavativas de leche caliente, y con eso se vió gradualmente restablecerse la vida.

La catalepsia puede simular la muerte, principalmente cuando es producida por el relámpago, por un choque eléctrico violento ó por un traumatismo.

Muchas personas toman durante su vida disposiciones para que se asegure después de su muerte que su defunción es realmente efectiva; la ley inglesa no obliga á los parientes á conformarse á estas instrucciones, aún cuando estén contenidas en el testamento. Así mismo no deben atenerse á someter al cuerpo á la cremación, pues, la ley inglesa no dá á ningún individuo el derecho de disponer de su cuerpo después de la muerte. El cadáver pertenece legalmente á la familia ó á los ejecutores testamentarios.

Los signos de muerte son en número de once.

1º La cesación de la respiración, que tiene solo una importancia relativa.

2º La desaparición del pulso y de los ruidos del corazón. Este signo no es siempre suficiente, pues la circulación puede ser excesivamente débil y no obstante bastar para sostener la vida durante cierto tiempo.

3º La ausencia de la turgescencia de las venas, después de aplicado un cordón en el puño.

4º El descenso de la temperatura. Se ha visto despertarse de nuevo la vida en individuos cuya temperatura rectal había descendido á 33°.

5º La rigidez cadavérica es uno de los mejores signos de la muerte. No debe confundirse con la que producen el frío ó el tétano.

6º La coagulación de la sangre. Cuando se encuentra la sangre coagulada en dos ó tres venas, se puede estar seguro que la muerte es real.

7º La descomposición. Debe haber alcanzado un cierto grado para poder ser considerada como un signo absolutamente seguro, no bastando un olor de putrefacción poco marcado. La fluidez del globo del ojo con opacidad de la córnea es un signo cierto; puede retardarse de un modo notable por el frío y en los individuos que han bebido grandes cantidades de alcohol poco tiempo antes de la muerte; pero, en casos de duda, se colocará el cadáver en un cuarto calentado á 30º para que active la descomposición, si debe producirse.

8º La falta de transparencia de los pliegues intradigitales prueba muy poca cosa.

9º La desaparición de la excitabilidad eléctrica puede servir como signo accesorio.

10º La aparición de una mancha morena después de la inyección de amoniaco bajo la piel es un excelente signo; debe emplearse mas de 1 gramo de amoniaco. Cuando la vida no está del todo apagada, esta inyección produce una mancha eritematosa de un rojo vinoso. Cuando en lugar de esta coloración roja se vé aparecer, cinco horas después de la época presumida de la defunción, una mancha morena, se puede estar cierto de que la muerte es real.

11º La señal de Cloquet: se introduce una aguja en los tejidos, se la retira suspendiéndola en el aire al lado de otra aguja que sirve de comparación. Si la aguja introducida en los tejidos se cubre prontamente de robin, el cuerpo no está completamente muerto. Este signo tiene poco valor, pues el ácido láctico que se forma en los músculos poco tiempo después de la muerte, puede determinar la pronta aparición del robin.

### La Siringomielia

Hace pocos años la *siringomielia* era una simple curiosidad anatómica y su diagnóstico parecía imposible. Hoy gracias á los escritos de Schultze, Kahler, Roht, Bernhardt, etc. podemos, en la mayoría de los casos, reconocerla en el vivo. Sus síntomas, á pesar de ser tan característicos, son muy poco conocidos, por lo que creemos útil hacer un extracto de la comunicación que sobre este asunto ha leído el Dr. Debove en la sociedad Médica de los Hospitales de Paris.

Anatómicamente, la *siringomielia* está caracterizada por la destrucción de la sustancia gris de la medula espinal, destrucción más ó menos extensa en el sentido trasversal y en el longitudinal. Los cordones de sustancia blanca están más ó menos afectos. ¿Se trata de una afección que tiene por punto de partida el conducto central ó de una gliomatosis, es decir, de una inflamación destructora de la neuroglia? Ambas opiniones tienen partidarios.

La siringomielia está caracterizada por trastornos de la sensibilidad al dolor y á la temperatura, permaneciendo casi indemne la sensibilidad al tacto, y por trastornos tróficos que interesan diversos tejidos, músculos, huesos etc.

El enfermo del Sr. Debove presentó en alto grado estos variados síntomas. En él la sensibilidad al dolor había desaparecido de los pies á la cabeza, pudiéndose pellizcar, ó irritar la piel violentamente, sin que se quejara de dolor.

La termo-anestesia no es en él tan extensa. Es completa en toda la parte de los miembros situada por debajo de un plano perpendicular al tercio medio del muslo y para la parte de los miembros superiores situada por debajo de un plano que pasa por la inserción humeral del deltoides. Es mucho menos marcada en la raíz de los miembros, en el tronco

y en el cuello, y no existe en la cabeza. La mucosas ocular y bucal son sensibles al calor, y el enfermo sabe perfectamente si la sopa está caliente. Esta termo-anestesia dió lugar á lo siguiente el día que ingresó el enfermo al hospital.

Como se quejara de una sensación subjetiva de frío, le pusieron en los pies unas botellas de agua caliente que le quemaron: al cabo de un mes no estaban todavía cicatrizadas las quemaduras, no tanto á causa de su profundidad como de los trastornos tróficos dependientes de la lesión del sistema nervioso.

A pesar de este trastorno profundo de la sensibilidad al calor y al dolor, conserva en toda la extensión del tegumento la sensibilidad táctil, si no intacta, poco menos.

El trastorno trófico más característico en este enfermo es una atrofia muscular de la mano y el antebrazo derechos afectando el tipo Duchenne-Aran. La eminencia hipotenar no existe ya, el relieve de la tenar está notablemente disminuído y los músculos interóseos han desaparecido en gran parte. La atrofia del antebrazo recae, sobre todo, en el extensor común de los dedos. De estas diversas atroñas resulta una deformación de la mano: una garra, que produce la flexión permanente de los tres últimos dedos. El brazo de este lado está normal y solo el deltoides un poco atrofiado.

La mano izquierda está atrofiada, aunque mucho menos que la derecha no produciendo deformación notable y permitiendo todos los movimientos. El brazo, el antebrazo y el hombro de este lado están casi normales, y lo propio los músculos del tronco y de la cabeza.

En los miembros inferiores, los músculos de la pantorrilla y el triceps cru- ral del lado izquierdo son un poco menos voluminosos que los congéneres del lado opuesto; pero estas atro- fias no bastan á explicar la debilidad

del enfermo, que no puede andar algunos centenares de metros.

Otro trastorno trófico es la escolió- sis de la región dorso-lumbar. Su con- cavidad está vuelta hácia la derecha; hay una curvatura de compensación en la región dorsal.

No ha presentado este enfermo otros trastornos tróficos que se citan en otros casos, tales como afecciones óseas (panadizos), cutáneas (eczemas rebeldes) ó subcutáneas (flemones), etc. Pero en él la orina es abundante y ligeramente turbia, contiene glóbu- los de pus, lo cual, para quien conoce la significación de la cistitis en las mielítis, es de gran importancia bajo el punto de vista del pronóstico.

Conserva los reflejos papilares fa- ringeos y cremastéricos; no así los tendinosos de los miembros superiores. En este enfermo falta el reflejo rotuliano en el izquierdo y está exa- jerado en el derecho. Este estado con- tradictorio parece indicar que en la región lumbar derecha la lesión se ha extendido al cordón lateral, mien- tras que en el izquierdo lo ha hecho al posterior. De igual modo la atro- fia del miembro superior derecho in- dica que la sustancia gris interesa una parte del cuerno anterior derecho del abultamiento cervical.

Dado este conjunto de signos, no es dudoso el diagnóstico. Los trastornos de la sensibilidad al dolor y á la tem- peratura, la atrofia muscular y la es- coliosis son tan característicos que no es posible negar la siringomielia.

Al parecer, la enfermedad fué con- secutiva á una fiebre tifoidea muy grave, sobrevenida á los quince años. En efecto, la siringomielia casi siem- pre es consecuencia de enfermedades infecciosas.

### Tuberculosis en los trabajadores de Cal

El Dr. Halter durante su permanen- cia en Lengernich (Wurtemberg), tuvo

ocasion de observar, como lo habían hecho otros, que mientras la tisis bacilar era muy común en la población estaban exentos de ella los trabajadores adjuntos á los hornos de cal, industria desarrollada allí en pocos años con motivo de la construcción de un camino de hierro. Para el espíritu investigador del médico moderno, un argumento de tan capital interés, cual es la cura de la tuberculosis en general, y la de la pulmonar en particular debía naturalmente mover á curiosidad para descubrir la causa la que después de un análisis razonado, reconoció existir en la sequedad del aire de 41 á 70° C., que habitualmente respiran aquellos operarios.

Entre las otras causas probables de preservación para la tuberculosis, hubiera podido invocarse la sequedad especial del terreno en donde trabajaban, mayormente las inhalaciones de polvo sutil de cal, cual teóricamente sería menester, para calcificar el tejido y secreciones tuberculosas; cuya última circunstancia sería más bien debida á la sangre, ya que las aguas minerales conteniendo sales calcáreas tienen alguna eficacia sobre los catarros bronquiales por su acción disolvente del moco. Además de esto, las autopsias verificadas no ofrecieron al autor frecuentes calcificaciones glandulares ó de tuberculos en los cadáveres tuberculosos que habían respirado también un ambiente rico en polvo calcáreo, ó habían hecho gran uso de sales y aguas calcáreas. Aceptando la opinión de Merkel, el polvo de cal sería más bien dañino á los albañiles y peones; los trabajadores adjuntos á dichos hornos de cal, no serían menos dañados por el hecho de trabajar más al aire libre, lo cual no sucede en aquellos en que recaen las observaciones del Dr. Halter, sino que por el contrario, obligados para las operaciones de carga á penetrar en los mismos hornos, respiran un ambiente tan rico de polvo, que en breve tiempo penetra hasta el inte-

rior de los relojes del bolsillo. Si este polvo fuese nocivo á las vías respiratorias, deberían ser palpables los efectos; lo cual no sucede, pues los trabajadores gozan de perfecta integridad de su árbol bronco-pulmonar; por lo cual opina el autor que, siendo la opinión de Merkel exacta para los albañiles y peones, tenga su explicación en el hecho de que en las demoliciones de edificios, el polvo que se levanta y penetra en el aparato respiratorio no es solo de cal, sino que contiene partículas de otra naturaleza.

Por lo que respecta á las condiciones del suelo, los estudios de Bowditch dán un *mínimum* de tisis pulmonar para los terrenos secos, estando la frecuencia de esta enfermedad en relación directa con la humedad de suelo. Los trabajos posteriores de Milroy y Buchanan confirman dichas condiciones; pero Halter apoyándose en la opinión de Hirsch, no concede al suelo importancia decisiva para el desarrollo de la tisis bacilar.

Eliminadas así la inhalación del polvo calcáreo y la sequedad del suelo, de las causas probables que confieren inmunidad para la tuberculosis pulmonar Halter se esfuerza en probar que aquella es debida al calor seco del aire de los hornos, comúnmente de 50° á 70° C.; asegurando que la humedad relativa, así en los hornos como en los alrededores de sus aberturas, es casi siempre bajo cero; solamente á una cierta distancia la humedad aumenta en razon del descenso de la temperatura, pero en el punto donde los trabajadores convierten la cal en piedra, la humedad no es jamás superior al 50 p 8.

Es ya sabido que el aire muy seco no es propicio al desarrollo y progreso de la tuberculosis pulmonar, ya que las más recientes investigaciones acerca de la vitalidad del bacilo específico enseñan que estos mueren más fácilmente en el aire seco que en el húmedo, pudiendo en este último conservar su vitalidad hasta 10 me-

ses, mientras que en el seco la pierden á los dos solamente. Bajo este concepto, Halter pasa una revista oportuna de las localidades climáticas más notables para la curación de la enfermedad en cuestión, y guiado por los mejores tratados de climatología médica y climatoterapia, enumera su situación, haciendo notar la importancia que en ellas tiene la sequedad y altura. Dejo de referir los numerosos experimentos hechos para determinar el grado de calor del aire expirado y las demás consideraciones que el Dr. Halter hace con relación á la aclimatación de los horneros al calor seco de los hornos y á las varias mutaciones fisiológico que resultan en las funciones orgánicas, contentándome con referir las conclusiones y proposiciones terapéuticas.

Las causas de inmunidad para la tuberculosis pulmonar en los hornos de Lengerich son: 1.<sup>a</sup> la grande sequedad relativa del aire inspirado en los hornos y en sus alrededores, 2.<sup>a</sup> El intenso calor del mismo aire que tiene por consiguiente: a) una pureza de bacilos tuberculosos; b) una notable rarefacción; c) un aumento diario de la termogenesis orgánica en los trabajadores, durante la aclimatación, y d) una notable aceleración del pulso, de la respiración, de la transpiración cutánea y del cambio material durante y aún después del periodo de aclimatación. Esta última condición, como justamente observa el autor, puede parangonarse con una fiebre artificial y merece consideración; porque la reacción febril de los animales debe considerarse como un esfuerzo del organismo para librarle, por medio de las varias secreciones excretivas, de los agentes pirógenos, sean ptomainas ú organizados, según Kamienberg, Kuhn y Albrecht han observado para los espirosos en los accesos de fiebre tifoidea recurrente.

Las proposiciones terapéuticas que se desprenden de las anteriores con-

clusiones, pueden comprenderse de la manera siguiente:

1.<sup>o</sup> De acuerdo con la realidad del hecho, en los hornos puede utilizarse el baño romano (*sudatorium*) para la profilaxis y cura de la tuberculosis pulmonar, practicando una ó dos veces al día por espacio de un cuarto ó de media hora.

2.<sup>o</sup> De acuerdo igualmente con el otro hecho (de que á cada inspiración de aire caliente ó seco, los alveolos pulmonares se calientan hasta más de 41.<sup>o</sup> C., temperatura que destruye los bacilos tuberculosos), se usen inhalaciones de aire seco y caliente hasta 55.<sup>o</sup> C., como tratamiento local de la infección bacilar.

3.<sup>o</sup> Como consecuencia de cuidadosos experimentos hechos por el autor, siendo más fácil el calentamiento del aire pulmonar, en un recinto cuya temperatura sea mayor que la de la sangre, que en una cámara á la temperatura ordinaria, se hagan las inhalaciones de aire caliente y seco en el mismo recinto destinado al baño.

A tales proposiciones, el Dr. Halter añade varias dilucidaciones, de las cuales me limito á referir solamente las relativas al grado de calor que deben tener los baños y las inhalaciones de aire caliente y seco, por parecerme que sobre ello hasta ahora se ha tenido ideas ó temores erróneos o exagerados.

Efectivamente, el mayor grado de calor seco empleado hasta ahora para la curación de las enfermedades del aparato respiratorio, ha sido 45.<sup>o</sup> C., según Orth, porque se temía que una mayor elevación térmica pudiese producir quemaduras en las vías respiratorias, y se creía que con motivo de su paso á través de los pulmones, volviere enteramente enfriado Halter afirma que respirando aire seco y caliente de 45 á 120.<sup>o</sup> C., nada de particular acontece en las vías respiratorias y que solo con una temperatura más elevada, de 120.<sup>o</sup> á 190.<sup>o</sup> C. se nota con el tiempo una sensación

de calor, y notable sequedad que desaparece en pocos minutos si se cesa pronto la inhalación, Tampoco se nota dificultad respiratoria á causa del aire rarefacto por el calor: la piel del rostro soporta regularmente las tales inhalaciones de 120 á 190° C., lo cual no puede causar maravilla si se reflexiona que el aire conduce el calórico cuatro veces menos bien que el agua, y que la mano puede estar sumergida en agua caliente á 50. 5 C.

El Dr. Halter, basándose en sus estudios, ha señalado el modo de usar los baños de aire y las inhalaciones, como sigue:

1.º La temperatura necesaria es solamente de 41º á 55º C., y en este estado se obtiene calentando una habitación ordinaria.

2.º Por debajo de 41º C., los bacilos tuberculosos hallarían condiciones de desarrollo en la habitación misma.

3.º La duración y el grado de calor del baño de aire dependen de las condiciones de cada enfermo. En general, un tísico de primer grado que conserva su vigor orgánico, puede sujetarse á la temperatura de 45 á 50º C.; al contrario, cuando está débil en el primero ó segundo grado, puede ensayarse un grado de calor no superior á 45º C., y en los tísicos de tercer grado debe prohibirse absolutamente el baño de aire.

4º En general, está prohibido á los ya febricitantes ó á los propensos á hemoptisis.

5º El aire para las inhalaciones debe introducirse directa y libremente en el aparato de calefacción (el autor presenta un modelo de su invención.)

6º Las inhalaciones en todos los enfermos se hacen varias veces al día por espacio de media hora. En los de tercer grado, que tienen prohibido el baño, pueden practicarse con mayor frecuencia ó casi continuamente.

7º Las inspiraciones forzadas al

hacer inhalaciones deben evitarse absolutamente.

8º Las inhalaciones deben hacerse por la boca, por motivo de lasecsibilidad de los nervios nasales al aro-

9º Estas pueden hacerse con sus tancias antisépticas.

Son estos los nuevos métodos que, sin tenerlos por infalibles, el Dr Halter ha propuesto recientemente como subsidiarios de otros (reconocidos hasta ahora útiles en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, como el movimiento al aire libre, la climatoterapia, la eficaz creosota etc.)

Cuando con ulteriores investigaciones fuese probada la eficacia de los baños é inhalaciones del aire caliente y seco contra la tuberculosis pulmonar, podría entonces pensarse en hacer análogas aplicaciones contra la tos convulsiva y la difteria, según había aconsejado Forster para esta última, usando los baños rusos al aparecer los síntomas laringeos.

De la misma manera que se ha buscado el medio de destruir los microorganismos, por el calor, Gerhardt obtiene con el frío buenos resultados contra la tuberculosis de la piel. Pero los estudios de Irisch, de Pictet y de Yung, demuestran que los bacilos son muy resistentes á la acción del frío (que aún á temperaturas bajísimas de -87º y -130º C., no pierden su vitalidad con tal que contengan esporos) y además de esto, los tuberculosos en general soportan mejor la acción de temperaturas calientes que la de las frías, por aquella necesidad de calor que naturalmente sienten.

Por último, contemporaneamente al Dr. Halter, la tisis crónica bacilar del pulmón ha sido curada gracias al aire frío y seco por el Dr. Worms, de Riga; cuyo método opuesto, combinado oportunamente con el otro del aire caliente y seco, hallaría una explicación de esta aparente paradoja en el hecho indicado ya por Pasteur. que para atenuar la virulencia de los bacilos del carbunco se logra con ma-

yor facilidad exponiéndolos primero á una temperatura de 16° C., y luego de 42° C., lo cual podría también ser caso para los bacilos tuberculosos. De todos modos, es "probando y reprobando," en beneficio siempre de la humanidad, como la medicina contemporánea se va cada día enriqueciendo con nuevos remedios y descubrimientos.

### El Masaje en Ginecología

(GAUDIN)

El masaje tomó naturaleza científica en 1883 con la tesis de Estradère, siendo Thùre Brandt quien en 1868 lo aplicó primero (\*) al tratamiento de las afecciones uterinas; tres son los procedimientos usados para practicarlos: 1º El masaje externo, que consiste en fricciones, sobaduras, rozamientos y golpes en la pared abdominal á cuyo traves se procura percibir la superficie y volumen del útero. Para ello es menester que las paredes abdominales sean blandas y poco grasas. Estas condiciones las presentan generalmente las mujeres que han parido y sufren especialmente accidentes curables por el masaje.

La mujer debe colocarse en la cama ó en un sillón ginecológico, con las nalgas y el dorso levantados. Conviene no exajerar la flexion de la region lumbar, porque las visceras apelonándose, disminuyen la flexibilidad de las paredes. Las piernas estarán en flexion y ligeramente separadas. Se recomendará respirar regularmente con la boca entreabierta y evacuar el recto y la vejiga si hay motivo.

Hégar y Kalténbach tuvieron la idea de sacar partido de la relajación de las paredes abdominales que acompaña á las grandes evacuaciones, recomendando llenar la vejiga y el recto de agua tibia y taponar la vagina

(\*) En Alemania está naturalizado el masaje, como agente terapéutico para muchas enfermedades, hace ya años.

para vaciar luego rápidamente estos reservorios, en el momento de practicar las exploraciones bimanuales.

Este proceder logra algunas veces ablandar notablemente el abdomen, siendo de una eficacia más real cuando se hace un solo exámen, que cuando se trata de instituir un tratamiento que reclama la repeticion cotidiana de las mismas maniobras. Es menester proceder de manera que se alcancen con los dedos los órganos enfermos de un modo tangente y no perpendicular, obrando con las caras palmares de los dedos y no con sus puntas.

El masaje más usado es el mixto. Sólo es practicable cuando las paredes vaginales presentan cierta elasticidad, la cual puede aumentarse considerablemente con el taponamiento progresivo ó con la aplicacion del peso de Gariel; aunque, lo propio que para la pared abdominal, es el mismo masaje el que borra mejor la rijidez de las paredes de la vagina.

Sea cual fuere la rigidez inicial de las paredes abdominales y vaginales hay un sitio donde las dos manos llegan siempre á alcanzarse y es en la region supra-pubiana, inmediatamente por detras de la sínfisis. La mano que está al exterior apoya su talón sobre el monte de Venus con los dedos vueltos hácia el ombligo. El índice y medio de la otra mano penetran juntamente en la vagina, si es bastante grande; sucesivamente, si es estrecha.

Los autores que acusan al masaje de producir dolor ó sobreexcitación lo han practicado probablemente con un dedo solo, siendo este modo de obrar propenso á provocar una sensacion, ó bien penosa, porque el contacto no está repartido en una superficie bastante grande, ó bien voluptuosa, porque resulta de una acción demasiado limitada, asaz frecuente y sobrado superficial.

Introducidos ya los dos dedos, se les coloca con el dorso hácia el periné

y la cara palmar contra la pared vesico vaginal; la comisura anterior se halla así fuera del sitio de acción de los movimientos que serán ejecutados.

Los movimientos (fricciones, presiones, amasamientos.) serán siempre *lentos y sostenidos*, y procediendo así el masaje sólo producirá los efectos terapéuticos buscados. Para sentirse las dos manos al través de las paredes abdominales, la que se coloca en el abdomen rechazará los tejidos directamente de arriba abajo, y la de la vagina de abajo arriba.

Generalmente se comete la falta de hundir demasiado con la mano del abdomen y de levantar poco con la vaginal; cada una debe hacer una parte del camino. Inmediatamente detras de la sínfisis; las manos solo estan separadas por las paredes que rechazan y por la vejiga; pero un poco más hácia atras, el útero, si está en situación normal, se interpone entre ellas. Si está hipetrofiado, el menor movimiento se repercute de una á otra mano.

La anteversión es la posición que se presta mejor al masaje del útero, siendo á esta posición á la que será necesario conducirle, sea cual fuere la desviación que sufra. En la metritis crónica y demás efectos neoplásticos que hayan determinado la hipetrofia del órgano, una vez llevado el útero hacia adelante, los dedos que están en la vagina lo sostienen é inmovilizan, mientras que la mano estaría practicando una serie de fricciones en su cara posterior, después de procurar apretar su fondo entre los dedos, á fin de comprimirle de una manera concéntrica, como en la maniobra de expresión obstétrica. Si existe una infiltración del tejido celular pre uterino, la mano externa es la que fija y comprime la matriz, mientras que los dedos hacen pases lentos y suaves por delante del cuello.

Cuando el útero está en anteversión ó anteflexión patológica, es decir

cuando está inmovilizado de tal manera que no se puede levantarle en totalidad, ni enderezar su curvatura anterior, será menester al lado del masaje propiamente dicho, recurrir también á los movimientos gimnásticos pasivos.

Los dedos, colocados sobre el abdomen, se insinuarán detras de la sínfisis, á fin de llegar sobre el fondo del útero; los que están en la vagina inmovilizarán el cuello y obrarán los unos y los otros de manera que desaparezca el ángulo anterior hasta alcanzar aún una curvadura posterior. Estas maniobras se repetirán varias veces en cada sesión, y de una á otra sesión se procurará acentuar más la flexión contraria á la patológica. Algunas veces esta gimnástica llega á devolver al útero su dirección normal, á hacer desaparecer un doblamiento excesivo; sin embargo, no puede desconocerse que la anteflexión, que ha motivado alteraciones del tejido propio de la pared (atrofia esclerosa,) es ordinariamente incurable. El masaje tendrá sobre ella solo efecto temporal, gracias á su acción resolutive sobre las inflamaciones concomitantes.

En cuanto á las flexiones que provienen de bridas de origen peritónico que mantienen el fondo del útero sujeto al peritoneo pélvico, su pronóstico es más favorable.

El masaje, como la compresión, determina una desingurgitación mecánica de los tejidos, provocando una sobreactividad circulatoria. Los movimientos comunicados suavizan las articulaciones y fortifican los músculos, y siendo estos hechos conocidos desde hace tiempo, la eficacia del masaje no necesita otra explicación.

Casi todas las afecciones en que en masaje está indicado tienen un origen inflamatorio ó virulento, los gérmenes que les dieron ser pueden subsistir en estado latente, porqué se les ha vuelto inofensivos con el enquis-

tamiento; si se procede con poca maña ó con violencia, se corre el peligro de llevar los gérmenes á través de las trompas al peritoneo, ó hácia el tejido celular, ó en fin, de romper los diques que la inflamación reactiva había establecido á su alrededor.

Por estas razones no debe jamás practicarse el masaje en un útero afecto de endometritis aguda, ó mientras existan exudados que presenten aún síntomas inflamatorios. Este método solo es aplicable cuando las lesiones existentes son el resultado de procesos antiguos. Por lo demás, todas las maniobras deben ser hechas con todas las precauciones que reclama una rigurosa antisepsia. Es igualmente de grande importancia primordial, el establecer un diagnóstico preciso, debiéndose, no solamente reconocer la afeccion, sino fijar exactamente sus localizaciones y sus límites. Si el útero está fijo, precisa reconocer donde se insertan las bridas, donde empieza y donde acaba el exudado que le inmoviliza. Sin estas nociones las maniobras serían exajeradas ó desproporcionadas. Semejantes detalles diagnósticos sólo pueden obtenerse por el examen durante el sueño anestésico.

Ciertos autores han añadido al masaje vaginal, el rectal; pero esta mucosa es demasiado sensible para tolerarlo, aparte de que exigirá las maniobras combinadas de dos operadores, contra lo cual M. L. Petit se ha declarado y con razon en un artículo que ha publicado.

Las afecciones uterinas en las cuales el masaje es aplicable con éxito, son:

1º Todos las afecciones crónicas y atónicas, comprendiendo la constipación, que está en íntima relacion con las alteraciones crónicas uterinas.

2º Las inercias uterinas y sus consecuencias, amenorreas, dismenorreas, especialmente las que están ligadas con la clorosis y con la anemia.

3º En las neuralgias de los nervios de la pequeña pelvis, cocicigodínea, ovariálgia, etc.

4º Contra las acumulaciones grasosas de los órganos genitales de la mujer.

5º Ciertos autores recomiendan además el masaje en los estados nerviosos mentales dependientes de reflejos uterinos; como la histeria, neuroasténia, hipocondría, y aún en los mismos casos de masturbación. Yo no me atrevería á aconsejarla en estos últimos, porque si *similia similibus curantur*, el masaje correría riesgo de ser considerado como un onanismo privilegiado para el uso de las ninfomaniacas.

TORRAS Y PASCUAL.

## SECCION VARIEDADES

**Obito.**—El cuerpo médico de Lima ha perdido en este mes al antiguo médico del Hospital de San Bartolomé Dr. D. *Joaquin Andueza*.

Dotado de raras virtudes, de una rectitud na la comun, como debe serlo todo hombre de verdadero mérito, el Dr. Andueza ha pasado su vida entre las tiendas de campaña, las salas del hospital y la desconsolada morada de sus pobres pero predilectos enfermos, á cuya asistencia dedicaba todo su tiempo.

Antiguo profesor auxiliar de la Facultad de Medicina, ha dejado allí los inolvidables ejemplos del maestro que todo lo sacrifica al severo cumplimiento del deber.

Su inhumación ha sido, como era natural, concurridísima por lo más selecto de la sociedad, y su muerte sentida por todo el público.

Acompañamos en su hondo y justísimo dolor á su desconsolada compañera.

**El Dr. Manuel Ugarte**, uno de los más distinguidos médicos de la provincia de Chíncha, falleció en Abril último, víctima de una afección hepática.

**Junta Provincial de sanidad de Lima.**—El día 11 quedó instalada esta

Junta bajo la Presidencia del H. Sr. Alcalde, General D. César Canevaro, con el siguiente personal:

Inspector de Higiene, Dr. D. Aurelio Alarco; primer Vice-presidente de la Junta.

Inspector de asuntos contenciosos, Dr. D. Teodomiro Gadea.

Miembros de la Comisión de Higiene, Dres. Armando Velez, Pablo M. Aguilar, Federico Olivera y Nemesio Fernandez-Concha.

Catedrático de Química de la Facultad de Medicina Dr. D. José A de los Rios.

Catedrático de Medicina Legal, Dr. Manuel C. Barrios.

Dejaron de concurrir por diversos motivos, los Sres. Dr. Martín Dulanto, Catedrático de Higiene; Dr. Leonardo Villar, Vice-presidente de la Comisión de Higiene; Dr. Manuel R. Artola, Catedrático de Farmacia, y D. Alejandro Guevara, ingeniero.

El Dr. Enrique Guzmán y Valle, Jefe del Observatorio Municipal Meteorológico, fué designado por el Sr. Alcalde para desempeñar la Secretaría de la Junta.

Leído el Reglamento General aprobado por Supremo decreto de 4 de Enero último, se procedió á dar cumplimiento al artículo 4.º eligiendo el 2.º Vice-presidente; con cuyo cargo fué investido por todos los votos menos uno, el Dr. Gadea.

Felicitamos al Sr. General Alcalde por el interés con que, venciendo no pocos obstáculos, ha logrado instalar la Junta, que tantos beneficios está llamada á producir.

**Erratas.**—Muy tarde hemos venido á apercibirnos de las notables erratas con que se ha publicado el suelto de la "Renuncia del Dr. Muñoz" en el número 64 de este periódico, y con el cual encabeza esta misma seccion (correspondiente al mes de Abril). Esperamos que nuestros lectores habrán prudentemente rectificado las fechas, en vista de la época de su inserción. Pedimos excusas.

**Estadística Demografica.— Lima, Junio 30 de 1889.**

**NACIMIENTOS**

**HOMBRES**

	B	I	N	M	Tt.
Lejítimos.	35..	17..	1..	17.	70
Ilejítimos.	16..	30..	3..	27.	76
Ignorado.	..	3..	..	1.	4
Totales...	51..	50..	4..	45.	150

**MUJERES**

	B	I	N	M	Tt.
Lejítimas.	28..	16..	2..	18.	64
Ilejítimas.	13..	41..	5..	39.	98
Ignorada	..	4..	..	1.	5
Totales...	41..	61..	7..	58.	167

Nacidos en los Hospitales.....	50
Idem en la población.....	267
Idem en el campo.....	..

Total.....317

Nacidos muertos,—2 gemelos.

**MATRIMONIOS**

De peruanos.....	34
De peruanos con extranjeros....	5
De extranjeros.....	1

Total.....40

Edad máxima de los desposados De 60 á 70 años—3 hom. y 1 mujer.

Idem mínima:

De 15 á 16 años—1 mujer.

**DEFUNCIONES**

	H	M	Ign.	T
Blancos.....	34..	36..	..	70
Indios.....	70..	55..	..	125
Negros.....	9..	9..	..	18
Mestizos.....	24..	21..	..	45
De raza ign.....	..	..	13..	13
Total.....	137..	121..	13..	271

De menos de dos años.....	63		
De 2 á 12 años.....	21		
Mayores de 12 años.....	171		
Expósitos.....	14		
Nacidos muertos.....	2		
Total.....271			
Edad máxima de fallecimientos:			
De 85 á 90 años, 2 hom. y 5 mug.			
De 90 años, 1 hom. y una mug.			
H	M	Ign.	Tt.
De peruanos. 112..	114..	13..	239
De extranj... 25..	7..	„	32
Totales.....137.. 121 13..271			
Defunciones en los hospitales.....	119		
Id. en la pobl.	con asistencia médica.....	132	
	sin asistencia pero recon.	6	
	Id. sin diagn.	14	
	Total.....271		
Enfermedades principales en mayor número:			
Atrepsia.....	8		
Bronquitis.....	6		
Cáncer del estómago.....	5		
Id. del útero.....	4		
Disenteria.....	6		
Enteritis.....	19		
Fiebre intermitente pernicioso.....	8		
Id. remitente.....	4		
Id. tifoidea.....	6		
Hepatitis.....	7		
Lesión orgánica del corazón.....	14		
Meningitis.....	8		
Neumonia.....	23		
Reblandecimiento cerebral.....	6		
Tétanos infantil.....	4		
Tuberculosis pulmonar.....	73		

**La Sacarina**—Ya no debe considerarse como alimento, sino sólo como medicamento. En este sentido goza de propiedades antisépticas especiales que le convierten en medicamento dotado de propiedades utilizables para el tratamiento de las enfermedades de la boca y del estómago, y quizás también de las vías urinarias.

A la dosis de 20 centigramos dia-

rios la soportan perfectamente los enfermos. Dificulta á veces las fermentaciones digestivas, pero es precioso como antiséptico y antipútrido á la de 1/200. En esta proporción detiene la fermentacion amoniacal de la orina: á 1/508 impide el desarrollo del *bacterium termo*; á 1/300 el del *staphylococcus pyogenus aureus* de la fiebre puerperal.

Con la sacarina pueden prepararse preciosas tisanas antisépticas. Bastará edulcorarlas con sacarina para que se conviertan en arma terrible contra las legiones de microbios. Los dentífricos se preparan con soluciones alcalinas de sacarina al 6 o/o Basta poner una cucharadita en medio vaso ó en 100 gramos de agua, para tener un antiséptico para la boca.

Podrá también lavarse el estómago con agua á la que se haya añadido sacarina al 2 por 100 en el caso de dispepsia pútrida y hasta de cáncer.

**Conferencia.**—La de este mes, ha sido interesantísima en la "Unión Fernandina," La sostuvo el inteligente y muy laborioso alumno de la Facultad D. *Pedro M. Galup*, y versó sobre *Inhibición y Dinamogénia*.

En el número próximo tendremos la satisfaccion de insertarla en nuestras columnas, conforme al unánime acuerdo de la Sociedad de Medicina.

**El Neumococo**—El Sr. Netter, cuyos trabajos bacteriológicos son bien conocidos, acaba de publicar una Memoria muy importante sobre el contagio de la neumonia. En la actualidad parece demostrado que la neumonia, aún con sus caracteres inflamatorios bien manifiestos, es una afeccion parasitaria y que está ligada al desarrollo (en el foco hepaticizado) de un organismo específico, el *neumococo* Además, numerosas observaciones prueban que no solo es contagiosa la neumonia; sino que en ciertos casos el poder contagioso de esta enfermedad en nada cede al de las fiebres eruptivas. Una corta visita á un enfermo ha bastado para

transmitir la afección. Además, los objetos inertes que han estado en contacto con este enfermo: cama, sábanas, vestidos, etc. pueden convertirse en vehículos del contagio. Por el contrario, el contagio neumónico parece medianamente difusible y su difusión no se verifica á largas distancias.

El Sr Netter ha establecido muy claramente el contagio después de la curación de la neumonía. La persistencia de su poder contagioso parece en efecto muy larga, pues puede durar varios años, atenuándose progresivamente. De aquí resulta, por ejemplo, que una familia en la que ocurre un caso de pulmonía está, en igualdad de condiciones, tres ó cuatro veces más expuesta que otra á volverla á padecer en el año siguiente, y la observación de los hechos demuestra que el contagio después de la curación produce 5 veces más neumonías que el que se opera en el curso de la enfermedad. Sin embargo, pasados dos años podrá generalmente creerse uno á cubierto de este contagio.

Estas particularidades se explican, porque el neumococo resiste á la desecación y conserva su actividad fuera del cuerpo humano; además, y este es uno de los puntos más importantes demostrado por Netter, la saliva de una persona que ha tenido neumonía presenta mucho tiempo después de la curación este agente patógeno. En efecto se le ha encontrado diez años y aún más después de la enfermedad, y su virulencia parece tan grande entre el primero y el quinto año como en el curso de la enfermedad. Más allá de esta época va atenuándose.

El mismo hecho puede explicar la recidiva de la neumonía, pues lo mismo que para la erisipela, un primer ataque lejos de conferir inmunidad, constituye predisposición á otro. El tercio próximamente de los neumónicos son recidivistas. Por último una primera recidiva parece favorecer otras

las cuales cada vez son menos graves. Ahora bien, se puede explicar fácilmente esta tendencia á la recidiva precisamente por la persistencia del neumococo, que en la saliva bajo una influencia favorable puede tornarse activo.

Otro punto importante del estudio del contagio de la pulmonía es la duración de la incubación, que puede fijarse en cinco días por término medio, cifra que en ciertas circunstancias puede disminuir hasta dos.

De todos estos hechos resultan ciertas consecuencias prácticas; si el aislamiento riguroso no es necesario en la neumonía, se impedirá no obstante á los parientes del enfermo el pasar la noche en la misma habitación de este, y sobre todo en la misma cama. De vez en cuando deberán salir á otra habitación. En los hospitales se procurará no colocar los neumónicos en salas pequeñas y se alejará de ellas las de los tifoideos, sarampionosos, nefríticos, y diabéticos, muy particularmente predispuestos al contagio. Se desinfectará los esputos con el sublimado ú otra sustancia.

Sería sin duda muy útil la destrucción del neumococo en la boca de los convalecientes ó curados, pero hasta aquí se ignora la manera de conseguirlo.

**Tratamiento de la obesidad.**—En el último número del *Journal de la Santé*, publicado el 10 de Marzo encontramos un resumen del método de Schewedinger y Bertel, que ha dado tan buenos resultados en Alemania, y que conviene conocer. Las indicaciones que consignan los autores son cuatro: 1ª elevar el tono, --la fuerza muscular del corazón; 2ª mantener la composición normal de la sangre; 3ª Regular la cantidad de líquido en la economía; 4ª Impedir el depósito de la grasa. Tales indicaciones se llenan por los medios siguientes: 1.º El músculo cardíaco se tonifica por el aumento del ejercicio físico. Este procedimiento exige mu-

cha atención; los ejercicios deben ser graduales y la dosis de trabajo ha de aumentarse á medida que el paciente pueda soportarla.

2º Para conservar la composición normal de la sangre, es preciso que la alimentación sea principalmente albuminosa. Puede componerse de carne magra de buey asada ó hervida, de carnero etc., y huevos; añadiendo legumbres verdes, como coles y espinacas. La grasa y las sustancias hidrocarbonadas sólo deben admitirse á pequeñas dosis. El pan no pasará de 120 á 180 gramos por día.

3º Se regulará la cantidad de líquido contenida en la economía limitando diariamente la cantidad de las bebidas. Unos 180 gramos de café, de té ó de leche, á mañana y tarde, unos 360 gramos de vino y 240 á 480 gramos de agua, completan la ración de líquido absorbido en las 24 horas. La cerveza quedará formalmente prohibido. Se excitará la traspiración por un ejercicio enérgico y á veces por una série de baños con envoltura.

4º El depósito de grasa se combatirá practicando los principios dietéticos que se acaban de exponer.

**Las sales de cafeína.**—El Sr. Gemt emplea desde 1885 con gran éxito las sales dobles de cafeína en el tratamiento de las neumonías y de los catarros de los bronquios, cuando está indicada la excitación de los centros cardíaco y respiratorio. Las dosis son diferentes é individuales; sin embargo las muy pequeñas no tienen valor alguno. Veinte centigramos de natrio-salicilato de cafeína rara vez producen efecto; sin embargo, el Sr. Gemt no aumentaba nunca la dosis más allá de 50 centigramos de una vez ni más de 2,40 gramos en las veinticuatro horas. A veces lo administraba por la vía hipodérmica, para lo cual disolvía 50 centigramos de la sal en agua caliente é inyectaba toda la cantidad en dos veces, en el intervalo de media hora. De ordinario ad-

ministraba el medicamento en forma de polvo ó en poción, corrigiendo el gusto con el jarabe de regaliz. Generalmente basta con cinco ó seis dosis diarias. Como los colapsos sobrevienen comunmente por la noche, conviene administrar durante ésta uno ó dos papeles.

Las conclusiones que establece el Sr. Gemt son:

1ª En la neumonía fibrinosa, la sal doble de cafeína está indicada siempre que hay debilidad del corazón, descenso de la presión arterial y el pulso es muy rápido ó arítmico.

2ª Conviene anticiparse á estos síntomas y comenzar lo más pronto posible la administración de la cafeína. Pero aun en pleno colapso es necesario obrar con tanta más energía cuanto que el éxito es á veces admirable.

3ª En los sujetos alcohólicos, en los ancianos, en las personas débiles con lesiones en las válvulas cardíacas la administración de la cafeína debe hacerse desde el principio de la enfermedad.

Los efectos de las dosis convenientes son: retardo del pulso y de los movimientos respiratorios, elevación de la presión arterial, descenso de la temperatura y alivio del estado general.

5ª La acción es rápida, sobre todo por la vía hipodérmica. Después de la defervescencia se continúa administrando la cafeína durante algún tiempo.

6ª El empleo de las sales de cafeína en el tratamiento del enfisema pulmonar y del asma está sujeto a las mismas reglas que en las afecciones cardíacas.

**Solución antineurálgica de exalgina**  
(DR. BARDET)—Exalgina. 4 gram.  
Ron.....40 —  
Agua destilada.....110 —

Cada cucharada contiene 0,25 gramos de exalgina. Tómense de una á tres cucharadas diarias.

**VINO DE CHASSAING** : Dispepsia, Marcos } **VEANSE**  
**BROMURO FALIÈRES** : Afecciones nerviosas. } **los**  
**FOSFATINA FALIÈRES** : Alimentación de los Niños. } **Anuncios.**