

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, Diciembre 31 de 1889.

} N° 72

BOLETIN

LA RABIA.

Tan antigua como la historia de la humanidad, ó acaso más, la mortífera rabia ha sido en todo tiempo combatida por mil diversos medios, desde los mas absurdos como el supersticioso tocamiento de las llaves del templo en que se halla enterrado el obispo Bellin (de Padua) no lejos de Róvigo, ó la posesión temporal de las reliquias de San Huberto, hasta las mas serias, como la inoculación de la vacuna en las heridas de la mordedura, ó las mas peligrosas, como la de la ponzoña de las víboras (Palazzini), y siempre sin éxito alguno. Ni la sugestión, que tanto imperio tiene sobre los enfermos, ha logrado triunfar jamás de los efectos fatalmente mortíferos de la infección rábica, así se la haya empleado bajo la forma de "la cola de la musaraña" ó del "cráneo de un ahorcado", de la sangre menstrual de una múltipara ó de los orines de un joven vírgen.

Si recorremos la historia de esta terrible enfermedad, desde los escritos de Aristóteles, Aretéo, Avicena, Celso el célebre, Celso Aureliano, Dioscórides, Galeno y Plinio el viejo, hasta nuestros días, veremos que en toda época ha preocupado á los médicos el problema de su curabilidad, á cuyo efecto han puesto en contribución una veces los remedios mas

inofensivos, como las conchas de algunos moluscos, y otras los mas enérgicos, como los órganos de los mismos perros rabiosos (el hígado principalmente). Que segun las ideas dominantes de la época ó las especiales del experimentador, se ha usado ya la Belladona, el Opio, el Hachisch ó el Estramonio, ya el Tabaco el Haba de Calabar, la Ruda ó el Curare, con el mismo mal éxito en todos los casos.

El primer triunfo alcanzado sobre el terrible enemigo, que parecía invencible, triunfo grandemente festejado por doquiera y que ha llenado de gloria al autor del descubrimiento y de justísimo orgullo á todo el cuerpo médico, es la vacunación antirábica del inmortal químico Pasteur.

Acababa de ser descubierta, todavía se estudiaba el mejoramiento de los métodos empleados para la atenuación del virus, no se conocía aún el microbio productor del mal, y ya se contaban por centenares los admirables efectos de la inoculación antirábica de la medula oblongada de los animales en que se había sembrado el germen de la rabia para atenuarlo progresivamente y á voluntad.

Era pues completo el triunfo que la Ciencia moderna, personificada en Pasteur, obtenía sobre la enfermedad más mortífera de la humanidad.

Por desgracia, la atenuación del virus es demasiado dispendiosa; pues requiere un Laboratorio *ad hoc*, pro-

visto de costosos aparatos, y una buena y numerosa colección de perros, de cobayas y de monos, cuya sola mantención, aparte de los cuidados, requiere gastos diarios que ciertamente no son insignificantes.

Esta sola circunstancia hace ya difícil sino imposible su generalización.

Ante tal obstáculo, natural es que todo descubrimiento, por inverosímil que parezca, llame la atención del mundo médico, si se refiere al de un pretendido "remedio antirábico," más ó menos eficaz.

Y esto es lo que pasa hoy con la *Pita ó Maguey (Agave Americana)* de Linn.) hacia cuya virtud antirábica han llamado la atención los periódicos médicos de España, con motivo de dos curaciones obtenidas con el zumo de las hojas de dicha amarilidea.

El ágave es una planta vivaz que se desarrolla bien casi en todos los climas y á todas las alturas. Tener, pues, á la manoun eficaz remedio antirábico y de tan poco costo, es cuanto la humanidad pudiera desear.

Pero, ¿es el Agave realmente remedio tan eficaz como se pretende? Y caso de serlo, ¿es tan nuevo como se dice? ha sido efectivamente recién descubierto, ó bien es antiguo y era conocido ya antes de Setiembre de 1888, época en la que se observó por vez primera un caso de curación en Ayacucho?

Problemas son éstos que bien merecen fijar la atención de nuestros lectores.

Para resolver la realidad de su eficacia, necesitaríamos tener algún caso de rabia; pero esta es tan rara entre nosotros, que pasará quizá mucho tiempo antes de que podamos ensayar su curación por la maravillosa *Agave americana*.

Vamos pues, entretanto, á decir una palabra acerca de su novedad.

Recordando, aunque muy vagamente, haber oído hablar en nuestra niñez de la curación de la rabia con pencas silvestres, hemos indagado lo

que hubiere de cierto sobre el particular, y hé aquí lo que se nos ha informado al respecto.

Entre algunas tribus salvages de nuestras montañas, parece que es cosa muy corriente la curación de la rabia mediante el Agave de Linneo. El tratamiento á que se sujeta al que ha sido mordido por un animal rabioso, ó presumido tal, es el siguiente:

Ingestión de tres ó más yemas tiernas, inmediatamente cojidas de la planta en cuestión, y repetidas fricciones de las mordeduras con la porción jugosa de las hojas, caso de ser aquellas muy recientes.

Si el descuido de este medio profiláctico ha dado lugar á la manifestación de los síntomas rábicos, se sujeta al rabioso á no alimentarse de otra cosa que de las yemas tiernas, ó bien de los frutos no maduros.

Verdad es que ni el P. Blas Valera, ni Garcilazo de la Vega, que se ocupan extensamente de las virtudes y aplicaciones del *Chuchau* (nombre quéchua del ágave) dicen una sola palabra sobre tan importante propiedad.

Querría decir esto, que esta aplicación no era muy conocida, ó que la rareza del mal no permitió que ninguno de esos escritores hubiese oído hablar del remedio; ó bien que el conocimiento de la virtud antirábica de la planta sea posterior á la época incásica. Pero es lo cierto que hoy es conocida, y que lo es de lejána data. Y si no ha llegado á conocimiento de los médicos, es por la costumbre que por desgracia tenemos de mirar en poco la Materia médica popular, tan rica en medicamentos vegetales de admirables virtudes. Para admitir la eficacia de éstas, necesitamos que venga de ultramar, en alas de pomposas recomendaciones poliglotas. Así ha sucedido con la quina, el matico, la coca y otros muchos medicamentos exclusivamente peruanos.

J. A. DE LOS RÍOS.

SECCION NACIONAL

VERRUGA CEREBRAL

CONFERENCIA LEÍDA POR EL DR. D. RICARCO QUIROGA Y MENA EN LA VELADA DE OCTUBRE, CELEBRADA EN HOMENAJE DE DANIEL A. CARRIÓN POR LA SOCIEDAD MÉDICA "UNIÓN FERNANDINA".

(Conclusión.)

SÍFILIS Y VERRUGA.

Antes de pasar adelante, creemos llegada la oportunidad de acometer una cuestión pendiente; el lugar especial que debemos dar á la Verruga en el grupo de las enfermedades zimóticas.—Hemos probado que es infecciosa como la sífilis, y podemos afirmar que ámbas deben ocupar el mismo lugar en la clasificación.

El estudio comparativo de la sífilis con lo hasta hoy conocido de la Verruga, hacen ver perfecta relación. En efecto ambas son virulentas; el pus chancroso se trasmite por inoculación, lo mismo que la sangre del tumor verrucoso;—la piel es el asiento mas ordinario de manifestación para ámbas infecciones; y en fin, continuando desde la invasión hasta la terminación é irregularidades en la marcha, veremos que de todas las enfermedades específicas, éstas son las que tienen mas estrecho vínculo de parentesco.

Hasta hoy, nada sabemos de su trasmisibilidad por los diferentes actos de la vida íntima; pero la verruga es recidivante, al contrario de lo que afirman algunos autores modernos; en tanto que la sífilis dá carácter de inmunidad una vez adquirida.

Pasemos á dar cuenta de las observaciones clínicas, que manifiestan al agente infeccioso de la verruga perturbando la armonía de las funciones cerebrales, para dar lugar á manifestaciones que designaremos

como *Encefalopatías de origen verrucoso*, á semejanza de las que tienen por origen el virus sífilítico.

HISTORIAS.

La primera es trascrita de los apuntes de Carrión, y tomamos de ella la parte que nos interesa.

Verruga probable en las Meninges.

Observacion 1.^a—Antenor Flores, natural de Ayacucho, indio, de once años de edad, ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 9 de Abril de 1885, ocupando en la sala de las Mercedes, servicio del Dr. Villar, la cama N^o 21 y presentando los síntomas siguientes: decúbito dorsal con relajación muscular; estado comatoso; cara pálida, aunque las mejillas las tiene encendidas; párpados cerrados, que al abrirlos dejan ver las pupilas ligeramente dilatadas; se notaban vestigios de haber tenido epístaxis.—El vientre muy deprimido, hay lijera hiperestésia; no se encuentran manchas de ninguna clase en la piel; el bazo ligeramente hipertrofiado; la fiebre era algo fuerte, marcando el termómetro la cifra de 39^o 5; el pulso era pequeño, frecuente y depresible, y la respiración algo difícil. El enfermo acusaba un poco de cefalalgía y tenía vómitos; presentaba, por fin, *tumores verrucosos* bastante desarrollados en los miembros, en la frente y en otras partes del cuerpo.—Bien pronto el cuadro de síntomas precisó el diagnóstico de Meningitis, después de haber eliminado la posibilidad de una fiebre perniciosa de forma comatosa.—El enfermo murió á los 8 dias de su entrada al hospital.

Dice Carrión: Este caso me sujere las reflexiones siguientes: puesto que la verruga ha sido encontrada, en mas de una autopsia, en la serosa peritoneal de los verrucosos, ¿por qué no hemos de admitir que pueda desarrollarse en la serosa cerebral? qué inconveniente hay para no aceptar, en el presente caso, que la erupción de las verrugas ha tenido lugar en

las meninges y ha ocasionado la inflamación de la serosa cerebral que dió muerte al desdichado Flores? Punto es este que solo podía haber sido resuelto ámplia y evidentemente por la necropsia de la víctima; pero desgraciadamente, no pudo llevarse á cabo por causas ajenas á nuestra voluntad.

Observación 2^a.—Nicanor Benavente, de Arequipa, indio de 36 años, de ocupación trabajador de minas, de temperamento linfático, ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 25 de Octubre de 1887, ocupando la cama N^o 12 de la sala de San Pedro. El examen y estudio durante el tiempo de su enfermedad dá el resultado siguiente — Refiere: que después de un mes de trabajo en la mina "Venturosa," situada en "Tambo de Viso", cuya elevación es de 8,870 piés sobre el nivel del mar, principió á experimentar malestar, dolores en el cuerpo, principalmente en las articulaciones, y fiebre en forma intermitente; al cuarto día, se incrementaron estas molestias y entonces se resolvió venir á Lima para curarse.— Presentaba intranquilidad, cefalalgia fronto-occipital, lengua ancha y sucia, boca amarga, vientre perezoso, bazo ligeramente hipertrofiado y sensible á la presión, fiebre á 38° C.— Tres días continuaron estos síntomas con igual intensidad. La fiebre de forma intermitente. Todos los demás órganos sanos. No conseguimos modificación alguna con el tratamiento.—Desde el día 28 cambió el cuadro: la cefalalgia se hizo intensa; el dolor se extendió hasta la región cervical; la temperatura, en la mañana á 38° y en la tarde á 39°; respiración anhelosa; insómnia, náuceas, escasos vómitos blancos; la ideación perturbada, sub-delirio, ojos brillantes y fotofobia.—Desde el 30, además de los síntomas anteriores hubo dilatación pupilar, piel seca, pulso frecuente é irregular, temperatura de 40° C.; convulsiones parciales en algunos

miembros, contracturas; convulsión casi permanente en el brazo derecho. Todos estos fenómenos fueron reemplazados después del cuarto día por un verdadero estado de resolución y de somnolencia bastante próxima al coma; la temperatura siempre oscilante entre 39° y 39° 5 C. — En el trascurso de los días, esta facies de agotamiento era interrumpido por fenómenos de excitación; á veces, en momentos de lucidez, acusaba dolores fuertes en las articulaciones, que le molestaban mas que los de la cabeza: este estado, con algunas variaciones, se sostuvo hasta la mañana del 10 de Noviembre, en que se presentó el enfermo exactamente igual al individuo acabado de salir del sueño epiléptico: respuestas vagas y lentas al interrogatorio, y la fiebre á 38° 5.—El día 14 la mejoría era notable; casi dispada la apatía cerebral, acusaba ligeros dolores á la cabeza y muy fuertes en las articulaciones, afirmando que estos en la noche eran agudísimos. Grande fué nuestro asombro, cuando en la mañana del 15 encontramos una verruga bien desarrollada y típica sobre la parte media de la clavícula izquierda.—El 18 se presentó otra en la cara dorsal de la mano izquierda.—El 20 aparecieron cuatro en el cuero cabelludo; y sucesivamente se estableció una erupción discreta en todo el cuerpo: desde el principio de la erupción, se acentuó la mayoría. Así las cosas hasta el primero de Enero del 88, en que las verrugas empezaron á desaparecer por atrofia y desecación sin hemorragias; á fines de Enero, nuestro valiente enfermo abandonó la sala, completamente bueno.

Reflexiones.—Esta historia nos parece apoyar el principio que sostenemos.—Es tan claro el cuadro de síntomas descrito, cual si se hubiera copiado de autor clásico para formar el diagnóstico de las inflamaciones de las meninges ó de la misma sustancia cerebral; pero la marcha de la enfer-

medad descrita se aparta mucho de las comunes. Ha evolucionado entre 20 ó 25 días; no ha habido diátesis ú otra causa apreciable productora; el paludismo lo pusimos á raya desde el primer momento con dosis masivas de quinina. El éxito favorable no se presenta en estas inflamaciones cuando provienen de las causas ordinarias ya conocidas. Los casos citados de curación, ó son errores de diagnóstico ó bien mejorías mas ó menos duraderas, momentos de espera antes del último viaje de la vida. Esta es también la opinión del profesor Jaccoud. La erupción de las verrugas, coincidiendo con la restitución del equilibrio de las fuerzas cerebrales es altamente significativo.

La historia tercera de que voy á daros cuenta, no es completa. — Primero: por que la estrechez del tiempo de que hemos dispuesto no lo ha permitido, y segundo, porque el enfermo á que me refero aún está en observación. Me obligo, sin embargo, á trasmitirla íntegra en época oportuna tan luego que su dolencia termine.

Observación 3^a.—Se trata de un señor, de más de 30 años, nacido en Lima, de profesión liberal, de raza blanca y temperamento nervioso. Antecedentes patológicos individuales, ninguno; por parte de sus padres y parientes inmediatos, nada notable tampoco.

Obligado á hacer frecuentes viajes al interior (Yauyos) y permanecer más ó menos largo tiempo en esas regiones, de regreso á Lima, despues de uno de estos, en la estación de Verano, es acometido de dolores en los miembros inferiores, principalmente en las piernas, región anterior de las tibias, sobre todo en la pierna izquierda; estos dolores nunca tuvieron carácter definido; no hubo intumescencia de las articulaciones, ni regularidad en su manifestación; había días que le molestaban más que otros, lo mismo que la marcha. Es notable que el tratamiento

impuesto por diferentes médicos y por el que habla, nunca produjo el efecto apetecido; más, apesar de su dolencia, verificó otros viajes á los mismos lugares, no sin llevar consigo su régimen curativo. Cuando hé aquí que en el último que hizo de Lima, despues de creerse bastante mejor y estando un día jugando al billar en el hotel de Chicla, fué presa de un accidente bastante sério: soltó el taco, sus miembros inferiores desfallecieron, no pudo sostenerse sobre sus pies, é inmediatamente cayó en tierra; incorporado, se levantó con esfuerzos y pretendió continuar el juego; pero vano intento: pronto volvió á caer, para ser levantado por manos ajenas y conducido á su cama. Es de advertir que en los últimos días anteriores al accidente, le habían aumentado los dolores. — Hubo, poco despues, trastorno parcial en sus facultades intelectuales, é inmediatamente fué conducido á Lima. A su llegada, presenciemos el siguiente cuadro: prostrado en su cama, en decúbito dorsal, con respiración agitada, pulso frecuente, temperatura 38° 2; sus pupilas, dilatada la derecha é insensible á la luz, y normal la otra, si no ligeramente contraída, se le notaba, al primer golpe de vista, facies de estupidez; estravismo lijero, risa sardónica apreciable. Los músculos principales que concurren á la expresión mímica, estaban parésicos. Así, mandándole cerrar los ojos, el párpado derecho no hacía lu oclusión completa de su respectivo globo ocular; la mejilla del mismo lado estaba flácida, pegada á sus arcadas dentarias por inercia del bucinador; las comisuras labiales marcaban alturas distintas, el silvido y la expuisión casi imposibles; cuando abría la boca era típico el cuadro demostrativo de la acción no equilibrada de los músculos antogonistas; la palabra era dificultosa y poco distinta; el vértice de la lengua desviado á la derecha bien se dejaba apreciar en el mo-

mento de la fonación; burbujas de saliva se escapaban al mismo tiempo que tenía lugar este acto. Era evidente, que habían en la cara trastornos funcionales, deformaciones y desviaciones, que constituyen el síndrome clásico de la parálisis de Bell ó aquinesia del séptimo par. Continuando nuestro exámen, apreciamos que no solo del lado del aparato que ordena había perturbaciones, sino también del que obedece y ejecuta; el brazo y la pierna del lado izquierdo eran cuerpos inertes, y sus movimientos anonadados demostraban la hemiplejía unilateral. La sensibilidad general se hallaba también perturbada en uno de sus modos; puesto que pinchando la piel con un alfiler, la mitad del cuerpo paralizado era insensible en la mayoría de sus regiones y poco sensible en las demás; en otros puntos, y aún en algunos correspondientes al lado no paralítico, había un retardo en la marcha de la impresión al sensorio, porque acusaba la sensación dolorosa, poco después de haber recibido la impresión y no inmediatamente; había pues anestésia, pero no era total. — Los movimientos reflejos, automáticos y asociados se conservaban, como también los eléctricos, según vimos comprobado más tarde. Era este el conjunto de síntomas que en el primer exámen, encontramos en el enfermo y amigo de que nos ocupamos, salvo que la memoria nos traicione para hacernos cometer algún error involuntario. La marcha no fué creciente; pocos días después de un régimen terapéutico severo, se modificó en sentido favorable; las aquinesias que tanto horror producían en nuestro ánimo, hicieron alto para dar lugar más tarde al restablecimiento de muchos movimientos; el orden funcional, alcanzó á los órganos de la digestión y de la uropoyésis; el vientre se movía por acción de los excitantes mecánicos; la orina, era expedida con retardo; todo por la inercia

de los músculos expulsores. Los dolores á los miembros inferiores, que no han dejado de molestarlo en todo el período de su enfermedad, reaparecieron últimamente en el brazo paralítico, con más fuerza en la parte superior del lado de la articulación del hombro. La reacción eléctrica en este miembro ha sido más intensa. La contractura, contracción tónica del ante-brazo sobre el brazo, la hemos visto en diferentes ocasiones. La anorexia se hizo notable en los primeros días. Aparecieron en la piel erupciones simples, pero sin que hubiéramos podido calificarlas de verrugas—abstracción hecha de una pequeña pápula de color rojo, característica de una de las formas de la erupción verrucosa. — La temperatura ha seguido su marcha normal; el análisis de la orina no manifiesta nada anormal, sino del todo fisiológico.

Las facés recorridas por esta enfermedad en su marcha crónica, de seis á siete meses, no dejan de ser satisfactorias, á pesar de no haberse conseguido aún la curación completa, hasta este momento. — Solo la actividad consciente y voluntaria no ha podido recóbrar su imperio absoluto, porque aún existe, aunque en derrota, la hemiplejía, resto único de la neurolisis encefálica.

Es este señores el cuadro de síntomas y la marcha de la enfermedad hasta el momento.

La ciencia nos obliga á afirmar la realidad de una espina en la casa del pensamiento y residencia obligada de la voluntad; pero de una espina que, en cuanto á naturaleza íntima, parece apartarse de todas las conocidas.

Yo quisiera entrar en un diagnóstico en detall para sacar á flote la especificidad de la causa que asignamos; pero la forma de la presente actuación y el desconsuelo de la replica inmediata, que tanto nos agrada por la ilustración que obtenemos, nos ponen en el caso de abstenernos;

quedando comprometidos á discutirlo en otra oportunidad.

De todos modos, tengo entendido que me dareis buen derecho para pronunciarme en favor de la nueva causa que pretendo agregar á las ya recargadas de las encefalopatía, por que no es posible desatender las consideraciones siguientes: Es la aparición de la enfermedad en si, algo diferente de sus congéneres producidas por causas semejantes—nada de cefalalgía, nada de vómitos, de vértigos, de convulsiones epilépticas, de verdadero delirio. Es el estudio de la clase de particularidades que la han precedido de dos á tres meses, de dolores á los miembros inferiores, ni más ni menos que los que siempre encontramos en el período de invasión de la verruga. Es el hecho indeclinable de la sumersión prolongada del individuo en el foco de ese género de mal; en el conocimiento que podemos decantar de ese organismo en cuanto á lo que pudiera haber de patológico y de hábitos reprobables, por tantos años de íntimas relaciones amistosas; es por último la convicción que tenemos de que: demostrada la presencia de la erupción verrucosa en algunos órganos internos, es falaz afirmar que la erupción interna no podrá ser confirmada mientras no se presente la externa.

Con lo expuesto, nos parece haber cumplido con nuestro cometido. Hemos tomado de nuestras observaciones las que reputamos más importantes y curiosas, á la vez que llamadas á justificar el tema sostenido en esta noche en homenaje á la víctima ilustre—cual es que todos vosotros tomeis nota de la posible acción del virus de la verruga sobre las células nerviosas, perturbando su funcionalismo ó rompiendo el equilibrio establecido, para que aparezca entre las neuropatías una nueva, única por la naturaleza de su causa, la Verruga.

Queda, pues, en tela de juicio la

nueva causa asignada al grupo de las Encefalopatías.

He dicho.

CONFERENCIA

DEL DR. D. ANIBAL FERNANDEZ DÁVILA, SOBRE UN CASO DE IMPERFORACIÓN DE ANO.

[Imperforación ano-rectal, atresia completa, lipoma congénito, é hipospadias. Extirpación del tumor, enterotomía perineal, curación. Muerte por afección intercurrente].

I.

Señores:

El 24 de Marzo del presente año fué solicitado por la distinguida Profesora de Obstetricia señora P. S. v. de P., para asistir en la calle de San Cristóbal N^o 201 á una criatura que habia nacido á las 6 de la mañana de ese día, la que le parecia estar afectada de un vicio de conformación bastante raro.

A la 1 p. m. (7 horas despues del nacimiento) pude examinar á Felix Alejandro Salazar, de raza asiática casi pura, pues siendo el padre mongólico la madre era hija de asiático.

Nacido de término, de constitución mediana, de temperamento linfático y medianamente robusto, presentaba un vicio de conformación ó mejor dicho, un conjunto de vicios de conformación, limitados á los aparatos genital y rectal.

Este conjunto, que aunque imperfectamente podeis ver en las fotografías que os presento y que por circunstancias especiales fueron tomadas en malas condiciones de luz, momentos antes de la primera operación, podrá daros una ligera idea del caso.

Comenzando por los órganos genitales, se encontraba en primer lugar un pene rudimentario (5 milímetros de largo) con un prepucio incompletamente desarrollado, que

apenas alcanzaba á cubrir la mitad del glande y cuyo meato urinario de tamaño normal ó algo mayor, se abría en su cara inferior sobre el frenillo, el que era muy corto, constituyendo un hipospadias balánico. La implantación de este diminuto pene se encontraba debajo y en medio de los testículos, los cuales aparecían en cierto modo invertidos con respecto á aquel, pues aparte de encontrarse por encima, era su rafé anterior en lugar de ser inferior, vicio de conformación que ignoro si ha sido descrito, pero del que no he podido encontrar otro caso en las obras que he registrado.

Inmediatamente debajo del pene y como naciendo en el sitio de su inserción, se notaba un tumor ó apéndice anormal cuya forma recordaba á primera vista la de un testículo de cordero con su epidídimo, (criadilla) cuyas dimensiones eran: 4 y $\frac{1}{2}$ centímetros de largo y 2 $\frac{1}{2}$ en su mayor ancho, íntimamente adherido al periné, exepcto en su apéndice que era inferior festoneado y móvil. Dicho tumor se extendía desde la raíz del pene hasta un centímetro de la punta del coxis cuando se levantaba su apéndice, cubriendo aún ese pequeño espacio, cuando quedaba abandonado á sí mismo. La piel que lo revestía era exactamente idéntica á la del resto de la región, y al tacto era posible apreciar que su consistencia debía ser fibro-grasosa. Ni en la superficie del tumor, ni en el espacio libre ya indicado, se veía la menor traza del rafé perineal y el ano brillaba por su más completa ausencia, sin signo alguno que hiciera sospechar el sitio donde debía encontrarse. De una tuberosidad isquiática á la otra, se medían seis centímetros.

Lo que me preocupó por el momento fué, inquirir la manera como se realizaban las funciones de estos imperfectos órganos.

Respecto á la emisión de orina, parece que se verificaba con alguna

dificultad, antes de la exploración que practiqué poco despues, y en cuanto á la expulsión del meconio, á primera vista parecia ser imposible.

Introduje por el meato urinario un estilete ligeramente encorbado, (no tenia sonda apropiada) siguiendo el canal de la utetra, y á una distancia de 2 á 3 centímetros próximamente, encontré un obstáculo que, apenas tocado, produjo la salida de un chorro de orina algo teñido de meconio al principio, clara y límpida hasta el fin, que me obligó á retirar el instrumento. Cuando terminó de salir la orina, repetí la introducción del estilete, dándole entónces mayor curvatura y despues de algunas tentativas, quedó vencido el obstáculo antes mencionado, comenzando entónces á salir una pequeña cantidad de una sustancia negruzca que embardurnó el estilete, en una palabra, meconio.

Comprendí entonces que existía una comunicación entre la ampolla rectal y el canal de la ureta, la que parecia estar próxima al cuello de la vegiga porque el roce del obstáculo ó tal vez del mismo cuello de este órgano con el estilete, produjo varias veces emisión de orina clara y no totalmente teñida de meconio como hubiera sucedido si existiese una comunicación recto-vesical.

Solicitado por la profesora con la idea de practicar la abertura inmediata del ano y no creyendo que la operación fuera de urgencia, resolví llamar á algún compañero á fin de resolver lo conveniente. En efecto, poco después acudió el Dr. Juan C. Castillo que examinó al enfermito y previa una corta discusión, resolvimos aplazar la operación por algunos días, á fin de que el niño se fortaleciese algo, mientras permanecieran líquidas las evacuaciones y pudieran ser fácilmente expelidas por el conducto uretral.

Continué viendo diariamente al pequeño enfermo, pasándole el estilete

por la abertura anormal y pude así darme cuenta exacta de que se trataba de una imperforación ano-rectal en que la ampolla debía terminarse á 2 centímetros poco más ó menos de la superficie perineal, pues la punta del estilete encorvado, dirigida hácia abajo, se podía, aunque con dificultad, percibir al tacto á través de esa región, lo que manifestaba que la operación era practicable por el periné.

A las dos semanas comenzaron los excretos á ser demasiado espesos, á pesar de ligeros laxantes que se le administraron; el tumor principió también á aumentar de volúmen, y encontrando al chico en regulares condiciones, cité á los Dres. Barrios y Castillo para el 11 de Abril.

Verificado el exámen del enfermito, resolvimos practicar la ablación del tumor como operación prévia, reservando para después de la cicatrización, la operación definitiva, pues supusimos, y no sin razón, que el paciente no soportaría impunemente dos traumatismos en una sola sesión. Y era indispensable dicha operación prévia, pues el tumor impedía materialmente, por la extensión de su implantación, practicar la operación principal.

Momentos antes de proceder á ella, hicimos tomar las imperfectas fotografías que os he mostrado antes.

Tomadas las precauciones antisépticas más minuciosas, comencé haciendo una incisión vertical de $\frac{1}{2}$ centímetro en la parte superior del tumor, que como he dicho antes tomaba su origen en la raíz del pene, y, partiendo del extremo inferior de esa incisión, circunscribí el tumor mediante otras dos semi-elípticas completando una especie de *raquette*, y que solo comprendían la piel, guardando una distancia de 6 á 8 milímetros, poco más ó menos, del surco que marcaba la implantación del tumor sobre el periné.

Disecada la piel en contorno, procedí á desprender el cuerpo mismo del tumor que aparecía formado de tejido celular grasoso, y que según el exámen microscópico practicado por nuestro compañero el Dr. Flores es un verdadero lipoma. Se dividieron algunas pequeñas arteriolas de las que dos necesitaron ligaduras y algunos vasos y lagunas venosas que obligaron á terminar rápidamente la operación y que cesaron de manar sangre mediante la acción del agua fría y una ligera compresión con la esponja.

Cuatro puntos de sutura fueron aplicados para reunir los bordes de la herida y se colocó encima una gruesa capa de algodón fenicado con encargo de renovarlo á medida que se humedeciera con los líquidos á que debía dar continua salida el canal uretral (orina y escremento liquidado.) Cinco días después, á pesar del inconveniente que acabo de citar, pude quitar el último punto de sutura, no tardando en verificarse la completa cicatrización, á tal punto que ocho días después de la primera operación estaba expedito para la 2.^a, la que no se verificó, por inconvenientes que no es del caso señalar, hasta el 25 del mismo mes.

Reunido con los mismos cirujanos y después de discutir sobre el método que convenía adoptar, resolvimos practicar la enterotomía perineal por el procedimiento de Amussat, reservándonos apelar á la resección del coxis, como lo hacen Verneuil y otros cirujanos, si experimentábamos alguna dificultad para alcanzar la ampolla rectal ó para hacerla descender, á fin de ponerla en contacto con la piel.

Dicho procedimiento, bastante sencillo por lo demás, se redujo á lo siguiente: colocado el pequeño paciente en el decúbito dorsal sostenido en las rodillas de la profesora sobre un cojín, con los muslos levantados y alejados, hice sobre la línea media

una incisión vertical de 4 á 5 centímetros que se extendía desde dos centímetros por debajo de la raíz del pene (he dicho antes que las bolsas estaban encima) hasta la punta del coxis, comprendiendo la piel y tejido celular. Dividí en seguida capá por capa, el plano muscular que se presentaba, sin separarme de la línea media y explorando de cuando en cuando con el índice, el fondo de la herida.

A la profundidad de 2 centímetros más ó menos, me detuve é introduje el estilete por el canal uretral logrando tocar su extremidad con el índice izquierdo, de modo que no empleé ya sino la sonda acanalada para descubrir la ampolla que se encontraba proximalmente á 2 y $\frac{1}{4}$ centímetros de la superficie perineal. Después de desprenderla de sus adherencias en cierta extensión, pasé tres puntos de sutura con catgut, (parte media y ángulos superior é inferior) comprendiendo la piel de un lado atravesando la ampolla y tomando al salir la piel del lado opuesto, de modo que se formaron tres asas, las que debían ser conducidas al exterior después de la abertura del intestino, á fin de hacer tres suturas á cada lado.

Hecha la incisión de la ampolla con bastante cuidado para no cortar las que estaban inmediatamente detras, procedía ya á limpiar con esponja los líquidos excrementicios y sangre que ensuciaban la herida, cuando noté que algo extraño se pasaba en el operado y el Dr. Barrios que le observaba de cerca pronunció la palabra Shok. Se trataba en efecto de este temible accidente que puso en peligro la vida del pequeño paciente. Suspendiendo inmediatamente la operación procuramos reanimarlo mediante fricciones y bebidas estimulantes, lo que se obtuvo con bastante trabajo después de algunos minutos de ansiosa expectativa.

Pasado el peligro decidimos úni-

camente aplazar la terminación de la operación hasta el día siguiente temiendo que la tracción y compresión que debían ejercer las suturas, no produjeran un nuevo accidente. Nos limitamos en consecuencia á aplicar una pequeña mecha de hilas pasadas por fenol en el fondo de la incisión manteniéndola fija mediante una compresa de algodón fenicado y el vendaje respectivo; y administrarle una poción antiespasmódica.

Veinticuatro horas después se notaba una lijera inflamación en la herida y al procurar extraer las asas para hacer las suturas, notamos que estas estaban algo reblandecidas por los líquidos intestinales y no resistían á la tracción que era necesario practicar; por cuya razón y siempre con el temor de provocar un nuevo accidente, pues el operado aparte de la pequeña inflamación que he indicado no se encontraba aún completamente restablecido del anterior; por cuya razón acordamos recurrir al método preconizado por los autores clásicos é introdujimos una mecha de hilas de regular calibre á fin de impedir la obliteración de la abertura rectal, mientras se podía colocar, como se hizo, una cánula de caucho, procedimiento que, aunque considerado insuficiente por todos los cirujanos modernos era el único que, dado el caso, podíamos poner en práctica.

Con algunas alternativas se mantuvo abierto este canal mediante sondas de caucho especiales hasta el 12 de Mayo siguiente, en que cuando ya se podía dar por terminada la curación, sobrevino una bronquitis y consecutivamente una enteritis, que pusieron fin á la vida del pequeño paciente. No podíamos decidir si este resultado debía colocarse en el pasivo de la operación.

Una autopsia metódica hubiera completado esta historia, pero desgraciadamente los padres de la cria-

tura se opusieron á ella y hubo necesidad de conformarse.

II

Se designa bajo los nombres de ano, de atresia, á las obliteraciones totales ó parciales de la abertura anal ó de la extremidad del recto acompañadas algunas veces de comunicaciones mediatas ó inmediatas con la vagina, la vegiga ó la uretra.

La atresia merece que se le preste más atención de la que generalmente se le concede, en razón de los graves accidentes que ocasiona y de los urgentes auxilios que ella reclama, pues impidiendo en el recién nacido la función de la defecación; ocasiona trastornos semejantes á los que produce el estrangulamiento herniario, causando fatalmente la muerte, si como él no es prontamente socorrido.

Sin tomar en cuenta aquellos vicios de conformación que por su naturaleza son del dominio de la Teratología, que salen por consiguiente de la práctica, y dejando de lado las numerosas y más ó menos completas clasificaciones que se han hecho por los autores clásicos de las imperforaciones ano-rectales, adopto la propuesta por Giraldez, porque sin ser difusa reúne todas las variedades. Dicho autor las divide en dos grandes secciones: *imperforaciones anales* é *imperforaciones rectales*. La primera sección comprende 3 variedades: 1^a atresia incompleta; 2^a atresia completa; 3^a atresia interna ano-rectal. La 2^a sección comprende también 3 variedades: 1^a atresia completa; 2^a atresia con comunicación á los órganos urinarios; 3^a atresia con comunicación á la vagina.

Dos palabras sobre la etiología de estas anomalías.

Etiología.—Dejando aparte la discusión de las causas más ó menos problemáticas, capaces de turbar el trabajo órgano-plástico en sus evoluciones normales, siguiendo todas las fases de su desarrollo, procuraré

indicar como algunas de estas imperforaciones corresponden á ciertos periodos de la evolución porque pasan los distintos órganos, antes de alcanzar su completo desarrollo.

Hacia los 40 días de la vida fetal, la extremidad caudal del intestino y el uraco comunican entre sí, formando al abocarse una cloaca interna á la que desembocarán pronto los dos espermiductos ú oviductos. En este momento comunican entre sí, todo lo que más tarde se llamará: vegiga, uretra, útero y recto, situación que aunque transitoria y de corta duración existe en todos los embriones. Al mismo tiempo, en el exterior, sobre la eminencia que servirá para formar los órganos genitales externos, se observa una hendidura longitudinal, cloaca externa, que recibe á la vez los orificios intestinal y urogenital.

Estos orificios exteriores avanzan en dirección de los canales que les corresponden, mientras que estos mismos canales marchan de dentro afuera al encuentro de los orificios. Mediante este doble trabajo se establece la comunicación de las aberturas exteriores con los reservorios internos: vegiga, recto, etc. y al mismo tiempo se separan los orificios exteriores. La distinción entre el ano y el orificio uro-genital es muy rápida, es por decirlo así, el primer tiempo de evolución de la eminencia ano-genital; la conclusión de los órganos genitales externos es más lenta.

Este breve resumen nos hace ver que el ano y recto tienen uno y otro distinto origen; que el ano se abre en la cloaca externa aislándose; que hay un momento en que está confundido con el surco uro-genital, el que será más tarde parte anterior de la uretra ó vagina; que se aboca con el recto por un trabajo progresivo; en fin, que este último que comunicaba primitivamente con la vegiga, útero y uretra, se aísla avanzando al encuentro del ano.

Ahora bien, si una evolución nula, defectuosa ó intempestiva llega á producirse, se realizarán uno ó más vicios de conformación en estos órganos, y concretándonos al caso que nos ocupa podremos decir que una causa indeterminada ha turbado el trabajo órgano-plástico, antes de que la cloaca externa haya realizado sus separaciones naturales; de consiguiente la abertura anal debe faltar; que haya también persistido la cloaca intestino-alantoidea y habrá comunicación anormal del recto con la parte profunda de la uretra, etc. Y también es muy posible que esa *causa indeterminada* á que he aludido antes, podría haber dado lugar al extraño tumor fibro-grasoso que sin causa que lo explique, constituyendo una verdadera enfermedad fetal, una monstruosidad, haya ejercido influencia no solo sobre el desarrollo de la extremidad intestinal, sino también sobre el aparato génito-urinario, á causa de su situación intermedia entre ambos.

Como se vé, estos datos embriogénicos suministran una explicación aceptable de esta clase de vicios de conformación.

Nada se conoce de fijo respecto á la mayor ó menor frecuencia de las atresias ano-rectales, pues mientras Giraldez dice haber operado 10 en un solo año, Moreau afirmó ante la Academia de Medicina que en una práctica de 40 años no había observado en la Maternidad de París, sino 4 casos de atresia.

Mayores son las dudas tratándose de la frecuencia relativa en uno y otro sexo, pudiéndose casi afirmar que ambos están igualmente predispuestos. Este vicio de conformación es á veces hereditario.

Anatomía patológica.—Las disposiciones orgánicas varían con cada vicio de conformación, por lo que me limito á decir 2 palabras sobre la 2ª variedad de atresias rectales con comunicación á los órganos urinarios.

En esta variedad por lo general casi exclusiva del sexo masculino, el recto se termina por una ampolla alargada á mayor ó menor distancia del periné, guardando siempre con el peritoneo relaciones estrechas, pudiendo en algunos casos descender hasta colocarse en la dirección del conducto anal y exponiendo á atravesarlo al hacer una punción. En ciertos casos en que el recto flota libremente al nivel del estrecho superior, el peritoneo se repliega directamente sobre la vejiga ó el útero, disposición aún más peligrosa que la precedente, pues el instrumento del operador se encuentra entre dos escollos: no evita el peritoneo sino para caer en la vejiga ó vagina: y este peligro es tanto más de temer, cuanto que estos órganos no estando sostenidos en su posición anterior por el recto, se extienden atrás hasta la curvatura sacro-coxígea y llenan por decirlo así la excavación; los gritos del niño producen en estas condiciones, una especie de impulsión con fluctuación, signo engañoso para el cirujano que, creyendo sentir la ampolla dilatada por el meconio, introduce un trocar ó el bisturi en la vejiga ó vagina.

La comunicación del recto con la vejiga ha sido encontrada algunas veces, pudiendo verificarse desde el bajo fondo hasta el cuello de dicho órgano, mediante un orificio que las más veces es muy estrecho y frunciado ó lineal. La comunicación con la uretra no es sino una variedad de la recto-vesical, aunque más frecuente que ella. El orificio uretral no se ha encontrado nunca más allá del comienzo del bulbo, su sitio casi exclusivo se encuentra hacia el fin de las regiones prostática y membranosa como sucede en el caso que he descrito.

El tamaño de la abertura de comunicación puede variar, y según que el orificio sea más ó ménos grande, el derrame de materias fecales se

verificará con mayor ó menor facilidad. Si la abertura fuese muy pequeña, sería en realidad una atresia completa y por consiguiente mayor su gravedad. Pero, si ella presenta dimensiones regulares, como en el caso que he descrito, dicha gravedad disminuye y permite aguardar un tiempo más ó ménos grande, sin ocasionar serios accidentes, pudiendo cuando la comunicación es más que mediana, ser compatible con la vida y favorable á la terapéutica quirúrgica. Se refieren algunos casos de individuos llegados á la edad adulta con esta repugnante dolencia.

En ciertos casos un conducto delgado que parte de la ampolla rectal, contornea el bajo fondo y la próstata viniendo á abrirse en la uretra. Trellat cree que esta comunicación indirecta ó por canal afilado y estrecho es la más frecuente.

La ausencia total del ano, que no implica necesariamente la del recto, dato útil para el diagnóstico, parece coincidir frecuentemente con estas comunicaciones anormales. En estas condiciones, la piel se continúa de una á otra nalga, sin ofrecer depresión, pliegues, ni señal alguna del órgano ausente. Por lo general, la pelvis ósea está bien conformada; pero, tratándose de comunicaciones anormales, es frecuente que el estrecho se halle acortado en todo sentido y las tuberosidades isquiáticas, aproximadas la una á la otra.

Síntomas. — Creo inoficioso ocuparme detenidamente de ellos, pues encontrándose los niños afectados de atresia en las mismas condiciones que los individuos atacados de obstrucción intestinal, los síntomas ofrecen una gran analogía y se evidencian por sí mismos. A consecuencia de la acumulación del meconio y su descomposición en el interior del intestino, se produce un balonamiento considerable del vientre, poco después sobrevienen vómitos, no siendo raro que la materias vomitadas con-

tengan meconio. El timpanismo inmobilizando el diafragma contribuye á dificultar más la respiración del recién nacido, ya débil por sí misma y le hacen tomar un aspecto asfíxico; no siendo ya hematosada la sangre, sufre la circulación, y los pulmones, hígado, cerebro, etc. se congestionan á su turno. Algunas veces sobreviene una entero-peritonitis que determina rápidamente el colapsus y la muerte. Otras veces la muerte sobreviene prontamente, á causa de una peritonitis debida á la ruptura del colon distendido y el consiguiente derrame de su contenido en la cavidad abdominal.

Pero si en ciertos casos, la muerte se realiza rápidamente en los tres primeros días, en otros se prolonga la vida algun tiempo, ya porque la imperforación no es completa ya porque el tubo intestinal solo está estrechado ó bien por que existe alguna comunicación anormal, ya en fin por que los frecuentes vómitos luchan eficazmente contra la exagerada tensión del abdomen. En estos diferentes casos la gravedad de los síntomas guarda proporción con la estrechez del pasaje, y lo líquido de las materias que permite filtren ó sean arrojadas facilmente; y la agravación sobreviene cuando su consistencia aumenta, y aunque mediante lavativas laxantes y otras maniobras sea posible obtener su salida durante un tiempo más ó ménos lato, al fin estos medios son ineficaces y se hace indispensable recurrir á una operación.

Diagnóstico. — Puede suceder que la palabra *atresia* no se pronuncie sino cuando ya hayan sobrevenido síntomas de obstrucción intestinal; pero, el exámen atento del niño al nacer y el recuerdo de los síntomas que acabo de enunciar pondrán siempre sobre la vía del diagnóstico. Además siempre que un recién nacido haya permanecido las primeras 24 horas sin expulsar materia alguna, que se le note el vientre timpánico, la

piel amarillo-violacea, que lance un quejido débil, ó tenga movimientos convulsivos y vómitos, es muy presumible que se trate de una imperforación.

Conviene en tales casos examinar atentamente la región y asegurarse de la presencia del ano; si la abertura existe, mediante un cuerpo cuya punta sea embotada se la explora, para asegurarse de su permeabilidad. El dedo pequeño ó una sonda de mujer ó un estilete, servirán perfectamente, siendo bien manejados. Si el recto padece de atresia completa, ninguno de estos instrumentos lo franqueará y solo quedará por determinar el espesor de ella. Si no penetra ni el dedo ni la sonda; y si el estilete que se desliza en un conducto estrecho, mostrase al salir, su extremidad con trazas de meconio, se tratará solo de una estrechez rectal. Por último si siendo el recto completamente permeable á los instrumentos en toda su longitud, estos no salen teñidos de meconio, ni producen expulsión de gases; si los enemas vuelven á lo largo de la cánula después de haber distendido el recto arrastrando únicamente algunos pelotones de mucus, se tratará de una obstrucción intestinal situada encima del recto en un punto cualquiera del tubo digestivo.

Pero si no se encuentra señal del ano, hay que investigar si existe alguna comunicación anormal con el recto ó el ano. Si es anal, es decir, si el intestino se abre en el periné, escroto, pene ó vulva, se puede sospechar que el recto se encuentra próximo al sitio que debía ocupar el ano y para comprobarlo se practicará el cateterismo de la abertura ectópica. Si no hubiera abertura visible, se debe suponer que la comunicación anormal es con el recto, y se la buscará por la vagina ó las vías urinarias, según el sexo, siendo estas últimas las más frecuentes, como he dicho anteriormente.

(Continuará.)

VARIETADES

Facultad de Medicina. — El éxito de los exámenes de fin de año ha sido el siguiente:

7.º año de Medicina.—De 9 alumnos que se presentaron á exámen, fueron aprobados 5 con el calificativo de Sobresaliente y 4 con el de Bueno.

6.º año.—De 7 que se presentaron, fué aplazado 1, y aprobados 6 con el calificativo de Bueno.

5.º año.—De los 21 que se presentaron á exámen, fueron aprobados: 1 con el calificativo de Sobresaliente y 20 con el de Bueno.

4.º año.—De los 15 de este año que concurren al exámen, fueron aprobados: 4 con el calificativo de Sobresaliente y los 11 restantes con el de Bueno.

3er. año.—Los 2 que se presentaron, salieron aprobados.

2.º año.—De los 14 que se presentaron á exámen, 1 salió aplazado, y 13 aprobados: 1 con el calificativo Sobresaliente y 12 con el de Bueno.

1er. año.—Los 16 que se presentaron fueron aprobados: 4 con el calificativo de Sobresaliente y 12 con el de Bueno.

4.º año de Farmacia.—De 7 que se presentaron, salió 1 aplazado, y aprobados 2 con el calificativo de Sobresaliente y 4 con el de Bueno.

3er. año.—El único que se presentó salió aplazado.

2.º año de Cirujía Dental. — De los 4 que se presentaron, 2 salieron aprobados con el calificativo de Sobresaliente y 2 con el de Bueno; entre ellos una señora.

1er. año.—Los 6 que se presentaron fueron aprobados: 4 con el calificativo de Sobresaliente y 2 con el de Bueno.

4.º año de Obstetricia. — Las 2 que se presentaron fueron aprobadas con el calificativo de Bueno.

3er. año.—Las 2 que se presentaron fueron también aprobadas con el calificativo de Bueno.

2.º año.—Las 6 que se presentaron, fueron aprobadas, 1 con el calificativo de Sobresaliente y 5 con el de Bueno.

1er. año.—Delas 12 que se presentaron, 1 salió aplazada, y las demas aprobadas: 1 con el calificativo de Sobresaliente y las 10 restantes con el de Bueno.

Hé aquí la razon de los Sobresalientes:

En Medicina.—7.º año.

- D. José Diez Salazar.
- „ Wenceslao Salazar.
- „ Manuel A. Velásquez.
- „ Luis del Valle y Osma.
- „ Sabino Rios.

5.º año.—

- D. José Teodosio Alvarado.
- „ Maximiliano G. Olaechea.

4.º año.—

- D. Mariano Lino Urquieta.
- „ Juvenal Denegri.
- „ Juan M. Mayorga.
- „ José Félix Cueto.

2.º año.—

- D. Wenceslao Mayorga.

1er. año.—

- D. Wenceslao Molina.
- „ Matías Eulogio Prieto.
- „ Santiago Parodi.
- „ Matías Nestor Ochoa.

En Farmacia.—

- D. Francisco B. Aguayo.
- „ Nicolás Hermosa.

En Odontotécnia.—2.º año.

- D. Francisco Gaillour.
- „ J. Jorge Boldwin.

1er. año.—

- D. Julio Castellanos.
- „ Juan Lezaneta.
- „ Isaías Delgado.

Sta. Felicitas Balbuena.

En Obstetricia.—

- D^a Julia C. Murphy.
- „ Cármen Julia Grau.

Doctor.—Este grado académico lo ha obtenido en la Facultad de Medicina el distinguido facultativo D. Julian Arce.

Su Tesis, una de las mejores de estos últimos años, ha versado sobre la *Fiebre de la Oroya*. Su admisión fué por unanimidad de votos.

Médico.—Han obtenido el título de tal los Bachilleres D. M. Angelat y D. Melchor Chavez Villarreal.

Farmacéutico.—Han obtenido este título profesional los Sres. F. B. Aguayo, N. Hermosa, Carlos Denegri y M. Tello Valderrama.

Dentista.—Despues de brillantes exámenes, ha obtenido el Diploma de *Cirujano Dentista* el Sr. D. Francisco Gaillour.

Premios mayores.—Los que la Facultad de Medicina acaba de conceder, correspondientes al año escolar de 1889, han recaido por unanimidad de votos y á mérito de honrosísimos antecedentes, en los siguientes alumnos:

- 1.º Contenta de *Doctorado* en Medicina—Br. D. W. Salazar.
- 2.º Contenta de *Bachillerado* en Medicina—Sr. D. Mariano Lino Urquieta.
- 3.º Contenta de *Doctorado* correspondiente á 1887—Br. D. José Diez Salazar.

Es muy satisfactorio para la Sociedad «Unión Fernandina», que todos los alumnos sobresalientes y los premiados, sean de su seno.

Clausura de la Universidad.—El día 24 tuvo lugar este acto, con las solemnidades de estilo. Reservamos para el próximo número el análisis de la Memoria leída por el Sr. Decano de la Facultad de Medicina, de la que forma gran parte la razón de los Exámenes de fin de año, que insertamos, y la de los concursos para proveer cátedras, realizados en el año escolar vencido.

Angina diftérica.—En Puno sigue reinando epidémicamente esta enfermedad, según nos lo comunica nuestro socio correspondiente el Dr. D. José S. Rodriguez. Reservamos su correspondencia para el próximo número.

ESTADÍSTICA de la Maternidad correspondiente al año de 1888

Mes	Nacionalidad de las parturientas				Raza de las parturientas				Sexo de los niños			Naturaleza de los partos			Dimensiones de los niños al nacer			Peso de los niños al nacer		Edad de las parturientas		Posiciones del feto															
	Indígenas	Mestizas	Negras	Blancas	Blancas	Mestizas	Negras	Indígenas	Hombres	Mujeres	M. H. M.	Naturales	Con operaciones manuales	en operaciones instrumentales	Longitudinal	Maxima	Minima	Maxima	Minima	Maximo	Minimo	Años	Solteras	Con casadas	Matres primiparas	Matres multiparas	O. I. A.	O. I. D. P.	S. I. D. A.	S. I. L. P.	S. I. L. A.	C. I. L. A.					
Enero.....	24	.....	3	2	8	11	13	12	11	10	2	20	3	1	54	40	18	11	41	40	18	40	18	20	4	7	17	17	.....	5	2	.....	1	
Febrero.....	30	.....	2	.....	10	18	16	15	16	13	2	29	1	.....	61	37	19	12	41	68	18	40	32	16	28	2	20	10	24	.....	7	.....	.....	.....
Marzo.....	33	32	1	2	14	16	11	22	11	18	4	33	.....	.....	58	38	18	10	41	70	20	64	31	17	24	9	12	21	22	.....	8	2	1	.....		
Abril.....	44	.....	4	2	4	11	27	28	16	16	1	40	2	2	58	27	19	10	41	60	1	92	42	18	34	10	13	31	25	.....	17	1	.....	1
Mayo.....	55	.....	6	7	15	27	26	30	22	28	4	51	3	1	58	38	19	12	49	92	20	70	38	17	46	9	18	37	39	2	11	3	.....	.....	
Junio.....	40	40	.....	2	6	20	12	21	20	19	2	36	2	2	57	32	18	10	41	40	18	50	36	17	31	9	14	26	30	1	8	2	.....	.....	
Julio.....	46	45	1	4	7	11	25	23	21	21	2	43	2	1	55	30	18	13	41	62	2	00	45	16	37	9	16	30	31	.....	11	2	.....	1	
Agosto.....	29	.....	1	.....	3	7	19	16	13	16	1	28	1	.....	54	32	19	10	41	40	20	70	36	17	20	9	13	16	21	1	6	.....	1	.....		
Septiembre.....	46	.....	4	10	12	20	23	23	21	22	1	45	.....	1	59	39	19	12	41	18	20	40	36	16	34	12	14	32	34	1	11	.....	.....	.....
Octubre.....	52	51	1	3	2	23	24	31	21	30	17	4	3	1	58	34	18	12	41	68	18	40	39	16	38	14	19	33	37	.....	12	3	.....	.....	
Noviembre.....	25	.....	2	3	4	16	14	11	12	11	2	25	.....	.....	58	30	19	10	41	40	18	36	36	18	20	5	5	20	16	.....	8	1	.....	.....	
Diciembre.....	34	33	1	2	3	8	21	19	15	15	.....	34	.....	.....	59	39	18	12	21	44	19	24	36	16	29	5	8	26	25	.....	9	.....	.....	.....
RESULTADOS:	458	454	4	445	13	29	50	143	236	241	221	225	201	16	20	432	17	9	61	27	19	10	499	149	42	16	361	971	159	299	321	5	11	13	4	1	3

Lima, Diciembre 31 de 1888

Vº Bº

DR. S. A. GARCÍA

NOTA.—En el Año de 1887 han tenido lugar tres partos de gemelos, en el siguiente orden: 1 en Junio (2 hombres); 1 en Julio. (2 hombres también) y 1 en Octubre (1 hombre y 1 mujer.)—En 1888 han ocurrido cuatro partos de gemelos; uno en Enero (2 H.) otro en Febrero (2 M.) otro en Mayo (también 2 M.) y el último en Junio (2 H.)—Las historias de cada parto se llevan en libros especiales.