

1890

La Crónica Médica

ÓRGANO OFICIAL
DE LA SOCIEDAD MÉDICA

“Unión Fernandina”

PUBLICACIÓN MENSUAL

AÑO VII TOMO VII

COMISIÓN DE REDACCIÓN

DIRECTOR

Dr. F. Almenara Butler

r. Ricardo Flores, Dr. Julian Arce, Dr. Casimiro Medina, Dr.

Ricardo Quiroga y Mena, Dr. Alfredo I. Leon, Br. Belisario

D. Manrique, Sr. Antenor D. Velazco, Sr. Leoncio

I. de Mora, Sr. Maximiliano G. Olacchea.

Dr. José A. de los Ríos—*Tesorero.*

Señor Dámaso Antúnez—*Secretario-Administrador.*

LIMA

IMPRENTA Y LIBRERÍAS DE BENITO GIL

Banco del Herrador, 113.

SUCURSAL, (CARABAYA) BÓDEGONES, 42.

1890

39271



ERRATAS MAS NOTABLES DEL AÑO VII.

Para las faltas de las páginas 115 y 116, véase pág. 171.

DICE		LÉASE
Sahola,.....	pág. 148, columna 2 ^a	línea 46— Lanolina
ropa.....	" 154, " "	20—rapa,
cama.....	" " " "	26—coma.
consecutivo y	" 157, " "	19—consecutivo á
½ por ciento	" " " "	28—2 ½ por ciento.
segadores....	" 293 " "	31—regadores,
Bouchardat..	" " 2 ^a " "	41—Bouchard.
Dr. Herrera..	" 294 " "	9—cronista de Ind Herrera.
sin éxito....	" " " "	25—con éxito.
cambios.....	" 296 " "	3—zumbidos.

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 VII. {

Lima, Enero 31 de 1890.

{ N° 73

INTRODUCCION

Al comenzar el 7º año de la publicación de la "Crónica Médica", nuestra primera palabra tiene que ser de gratitud para nuestros suscriptores y para las distintas Redacciones de periódicos médicos que nos hacen el honor de remitirnos sus canjes.

Cumplido este deber, grato nos es manifestar, que en el curso del año que ha finalizado, hemos tratado de llenar lo mejor posible el compromiso que habíamos contraído con la "Unión Fernandina", al hacernos cargo de su órgano de publicidad.

El deseo de coleccionar el mayor número de estudios sobre la medicina de la localidad; de consignar los adelantos que en otros países alcanza aquella ciencia, ha sido expresado en la "Crónica Médica" durante el año pasado, con la publicación en sus diferentes secciones de artículos nacionales y extranjeros, que más ó menos han pintado la novedad en los principios médicos y en la terapéutica de las enfermedades más rebeldes.

Con el intento de contribuir al mejoramiento de la salubridad pública de nuestro vecindario, hemos denunciado el año 89 la existencia endémica de la *tenia* y de otros parásitos en Lima, que amenazan seguir siendo una de las causas más positivas de la Anemia simple de nuestros niños, así como muy probablemente la de los pocos casos de Anemia perniciosa que han podido presentarse entre nosotros, y que no han sido el efecto ni de una intoxicación, ni de una infección, ni mucho menos de una lesión orgánica.

La necesidad de una reforma radical en el servicio y administración de los establecimientos de caridad que corren á cargo de la Beneficencia de la capital; y lo importante que sería la creación en las oficinas de nuestro Municipio de una Sección de Estadística propiamente médica, han sido cosas también que se han defendido en el año último en la "Crónica Médica": la primera, con el noble propósito de que los hospitales y hospicios estén instalados y administrados conforme á los adelantos de la época, y que no se den el amparo de la pereza, que fomenta el pauperismo; y la segunda con el interés de que existiendo una Estadística médica, tendríamos con ella todo lo que se necesita para hacer la historia de las enfermedades que más abundan entre nosotros, así como para instaurar sobre bases sólidas su mejor profilaxis.

Deseosos de continuar por este mismo camino, comenzamos el año 90, aspirando poner á la "Crónica Médica" á la altura de la ilustración de nuestros lectores.

BOLETIN

LA GRIPE O INFLUENZA.

Desde los primeros días del mes de Diciembre último tenemos conocimiento por el cable sub-marino, que reina en Europa la gripe, fiebre catarral epidémica, que sucesiva y simultáneamente ha atacado á todos los Estados de ese Continente, presentando al principio cierta benignidad en su pronóstico, pero agravándose después hasta el punto de haberse calificado la enfermedad de *perniciosa*, tal era la forma maligna con que últimamente se desarrollaba, y la mortalidad que producía, que ha alcanzado alguna vez hasta la cifra de 580 defunciones en cierta localidad.

Como es propio de esta enfermedad su propagación en Europa, ha sido muy rápida y estensa, habiendo atacado en Francia, Alemania, Austria, Italia, Bélgica, Rusia, etc. á miles de individuos á la vez, sin que se hayan librado de ella ni los monarcas, ni los príncipes, ni los ministros importantes, ni ciertos médicos distinguidos, como Brouardel y Proust de París.

Por las mismas noticias telegráficas, se sabe que no han sido suficientes en esos países las medidas profilácticas tomadas para impedir su propagación, siendo de tal magnitud, que no han bastado los hospitales para contener el número de los enfermos, que han tenido que ser asistidos en construcciones especiales; habiendo sido la neumonía y la peritonitis las complicaciones que más víctimas han causado en los epidemizados.

La epidemia ha estallado también en los Estados Unidos del Norte, y es posible que se estiende á otros puntos del Centro y Sud-América, tal es la propensión que tiene la influenza á recorrer la mayor parte del

globo, como sucedió en el año de 1559 que de Asia pasó á Europa, en 1580 que recorrió Asia, Europa, y Africa; en ciertos años de los siglos XVII y XVIII que invadió Europa y América; en 1831 y 1836 que atacó á toda Europa, y en los inviernos de 1857 á 1858 y de 1874 á 1875 en la que se extendió por la mayor parte del mundo, proveniente al parecer de América.

Si entramos ahora en algunas reflexiones sobre la naturaleza de la gripe, llama la atención la circunstancia de ser esta enfermedad una de las pocas, cuya causa no se conoce aún del todo, no habiéndose podido apreciar hasta hoy las condiciones que favorecen ó impiden su producción y desarrollo.

Es una enfermedad que ataca en todas las zonas y que prospera en todos los climas, pues que si bien es cierto que su mayor contingente lo tiene en los países fríos, no por eso se libran de ella las regiones tropicales.

Nada influyen en su contra las estaciones del año, y aparece tanto en la primavera como en el otoño, tanto en el invierno como en el verano.

El sexo, la edad y el género de vida de los individuos no ejercen ninguna influencia esencial sobre ella; y no hay condiciones especiales de terreno, de las que pudiera depender su origen y propagación. Las localidades de toda clase de situación, altura y subsuelo son afectadas por ella (Riess.)

Con tantas y tan diversas circunstancias como són aquellas en las que se desarrolla la influenza, no es posible asegurar nada respecto de su etiología, que hasta hoy queda oscura, no pudiéndose decir en esta materia, sino que la gripe es una enfermedad debida á la existencia de un miasma, á que se hallan expuestos de pronto y simultáneamente los habitantes de un lugar, siendo la atmósfera el único vehículo posible de esta causa nociva, explicándose solamente de esta manera su extensión pandé-

mica, la que llega á invadir hasta las $\frac{3}{4}$ partes de una población, como en San Petersburgo que en el año de 1832 atacaba á 40.000 personas á la vez.

Por diversas que han sido las opiniones emitidas para explicar la naturaleza de ese miasma, que lo han llegado á suponer hasta como el resultado de la existencia en la atmósfera de insectos especiales, nada se sabe de positivo sobre ella y la misma Microbiología no ha podido hasta la fecha, al menos que sepamos, cultivar las micrococos que Seifert ha encontrado en la secreción nasal y en los esputos de los epidemizados, así como tampoco el *micrococcus influenza* que Letzerich descubrió en la sangre de aquellos enfermos; no habiendo podido obtener ninguno de las microbiologistas citados, resultados manifiestos con las inoculaciones en los animales, de sus respectivos coccus.

Ultimamente se ha encontrado cierta relación entre las epidemias de gripe de los caballos, perros y gatos, y la del hombre, no solamente en el sentido de ser comunes los síntomas morbosos y los datos necroscópicos de esta enfermedad en el hombre y aquellos animales, sino también por que han coincidido estas epidemias en algunas ocasiones, como pasó en los años 1872 y 73, en los que reinaron á la vez la influenza del caballo y la del hombre, así como en otras épocas la de éste y la de los perros y gatos; indicando estas coincidencias, para algunos, la contagiosidad de la gripe de esos cuadrúpedos al hombre.

Leinsting que ha hecho investigaciones microbióticas en la gripe de los caballos, ha hallado en la secreción pulmonar, en los exudados pleuríticos y en el flujo nasal de esos animales, diversos microorganismos, los que cultivados é inoculados han dado siempre origen á una forma de-

terminada de bacilos ovoideos muy pequeños, que aquel autor considera como el vehículo del contagio de la influenza. Tal es el estado actual en que se encuentran los estudios sobre el origen parasitario de la gripe.

Felices seríamos, si el flajelo nos desaira en la escursión que hoy hace en Europa y América, pero no sería extraño que nos invadiera, estando ya la epidemia en el Norte de nuestro Continente, y teniendo como tiene la particularidad de volar por el espacio, sin servirse para su propagación de las vías de comunicación del comercio humano, como lo hacen otras enfermedades, sino simplemente del aire, siendo esta particularidad la que le quita el concepto de contagiosa, y la que la coloca en el rango de una enfermedad infecciosa aguda.

Para terminar, haremos presente que en la sesión del 6 de Diciembre último de la Unión Fernandina, cuando aún no se tenía conocimiento de la existencia de la gripe en Europa, el Presidente de ella, en una comunicación verbal que hizo sobre la constitución médica de Lima de la última primavera, denunció la existencia de dos casos que había tenido oportunidad de observar, de catarro agudo de las vías respiratorias, que por las circunstancias de haber sido acompañados de trastornos intestinales y de suma postración de fuerzas, calificó de *influenza*, no epidémica, sino esporádica, atendido á que habían sido los únicos casos de esa naturaleza presentados entre tantos corizas, faringitis, laringitis y neumonías, que él y sus compañeros habían tenido ocasión de asistir en la referida estación, y que caracterizaban de un modo evidente el elemento catarral que había dominado en las enfermedades de los meses de Octubre y Noviembre últimos.

DR. ALMENARA BUTLER.

SECCION OFICIAL

Sesión de Junta General del 6 de Diciembre de 1889.

(Presidencia del Dr. Almenara)

Abierta con el *quorum* de reglamento

EL DR. ARCE pidió á la Sociedad nombrase una comisión, que estudiase con detenimiento el trabajo presentado por él en la *sesión solemne en honor de Carrión*, pues creía que hasta ahora no se había demostrado científicamente el caracter infeccioso de la enfermedad, y era necesario que una comisión nombrada de su seno diera su opinión sobre las razones que ha emitido en apoyo de esta tesis, las que podrían servir de punto de partida para otros trabajos mas serios, hasta deslindar perfectamente todo lo que se refiere á esta endemia indígena. Después de lijera discusión penetrados todos los socios de los nobles móviles que guían al Dr. Arce, se nombró á los Drs. Almenara, Ríos, Flores, Carvallo y Quiroga y Mena para que formasen dicha comisión.

EL SR. CANCINO—Leyó una historia clínica, sobre un caso de *pio, neumotorax* asistido en el servicio del Dr. A. Alarco terminado por fallecimiento, y en el que, la autopsia reveló una caverna de origen tuberculoso; disputandose la etiología y patogenia el traumatismo, el frío, la tuberculosis, y más que todo, la perforación, al nivel de la caverna y consecutiva irrupción de la pleura por el líquido encerrado en ella. El Sr. Cancino la denominó á *frigore*.

EL DR. ALMENARA no asigna, en el presente caso, al frío el rol de causa, sino mas bien al líquido purulento emanado de la caverna.

EL DR. ARCE objeto al Sr. Cancino la falta de datos termométrico, que ponen de manifiesto la marcha de los trastornos fisiológicos.

EL SR. CANCINO manifiesta que en el escaso tiempo (un día) que el enfermo estuvo en el hospital, la temperatura se mantuvo entre 38° y 39°

EL SR. OLAECHEA dió lectura á una historia clínica sobre un caso de *tétanos* asistido en el servicio del Dr. Villar, perteneciente al tipo agudo, entre cuyos datos etiológicos se hallaba la proximidad del domicilio del enfermito á una caballeriza (colindaba con ella). La ausencia de otros datos etiológicos hacen creer, según el Sr. Gonzales, en el origen equino del *tétanos*; llevando con esta historia clínica, por lo demás también trazada, una nueva prueba en apoyo de la teoría que con tanta energía y convicción viene sosteniendo el profesor Verneuil ante la Academia de Medicina de París. En el presente caso se obtuvo la curación merced al tratamiento por el cloral en inyecciones intravenosas. El Sr. Gonzales cree, que el cloral obra en esta afección disminuyendo la excitabilidad refleja de la medula, permitiendo el ejercicio de la respiración y circulación por todo el tiempo que dura la eliminación del veneno microbiótico, del mismo modo que la respiración artificial en el envenenamiento por el curare, etc.

EL DR. FLORES declaró que el origen equino del *tétanos* ya no tiene tanta fuerza como teoría y que en el día, se tiende, más bien, á aceptar con Leblanc, Nocard y otros el origen telúrico.

EL DR. ARCE dá al cloral la misma acción terapéutica que le asigna el Sr. Gonzales, es decir, moderador de la hiperestesia medular refleja, pues considera que, como antiséptico, la dosis de 0,50 gramos para 4 litros de sangre, que es la media en el caso que relata, la considera insuficiente.

EL DR. MEDINA dió la definición que aceptaba del *tétanos* y en la que como Bajon, primero y después Despres, Richelot y otros más para el *tétanos* infantil, dá gran importancia

al frío, como igualmente al traumatismo, aceptando en conclusión el traumático y el denominado impropiamente espontáneo. En lo que respecta al cloral lo cree la mejor medicación. Recordó con tal motivo los casos asistidos en el servicio del Dr. Alarco, (L) durante su internado en ese servicio, en los que tuvo ocasión de comprobar la bondad del tratamiento, tanto en los casos agudos como en los crónicos, los que según la expresión del respetable facultativo "se dejan curar."

El DR. QUIROGA Y MENA se contrajo á los datos termométricos, pues observa que, en su práctica, la casi totalidad de casos, especialmente los de origen traumático, iban acompañados de una elevación considerable de temperatura. Manifestó además que, en ciertas épocas del año se observa la aparición simultánea de gran número de casos; observación que viene en apoyo de la influencia debilitante que ejercen los agentes exteriores, favorable á la invasión por las enfermedades infecciosas.

El DR. MEDINA y el Sr. Gonzales no recuerdan sino haberlos observado en la forma apirética.

El DR. ARCE sostiene su origen mixto equino telúrico y no asigna al frío sino al rol de causa determinante.

El DR. FLOREZ manifiesta que, no es de tan escasa importancia la acción del cloral como antiséptico en el tratamiento del tétanos, pues además de su elevado poder como tal debe tenerse en cuenta la especificidad de los diversos medicamentos para cierta clase de microbios. Recuerda la resistencia del *bacillus termogenus* á temperaturas relativamente elevadas, mayor de 60°, y la supervivencia de ciertos microbios en soluciones fenicadas de un título más que suficiente para matar á los del género *piogenus*. Además el tratamiento por los antisépticos, por ahora casi se limita á impedir la pululación en

la sangre de los microorganismos, para lo que no se exige dosis tan elevadas. Como dato clínico citó un caso grave presentado en la familia N., en el que pudo comprobar el aumento de temperatura *post mortem* (hasta 43°).

El SR. PRESIDENTE expresa el deseo de que los médicos existentes en nuestra corporación presten especial atención al estudio de la constitución médica reinante en las diversas estaciones; estudios cuya importancia no es posible desconocer y que preocupan, como es natural, á los facultativos de las grandes poblaciones. Por su parte manifiesta que en la primavera última ha predominado la forma catarral: corizas, bronquitis, laringuitis, anginas, conjuntivitis, enteritis, etc.

Ha tenido ocasión de observar dos casos de *cólera nostras* ó esporádico con sus síntomas perfectamente marcados.

En lo que respecta á enfermedades de origen infeccioso ha tenido ocasión de observar dos casos de catarro agudo que denomina *grippe esporádica*. También ha observado numerosos casos de varicela (en abundancia en los niños hasta constituir una verdadera epidemia.)

El DR. RIOS cita el caso de una criatura que vacunó con el virus de la oficina municipal. En los dos primeros días, nada de notable; del 3° al 4° aparece una fiebre lijera y después erupción fuerte (los brazos estaban erisipelatosos). La fiebre se continuó hasta el 8° día; al 9° aparece una erupción de varicela confluyente característica, en los miembros inferiores solamente. En la tarde del mismo día lagriméo típico, erupción clara y demás signos del sarampión. En la casa del enfermo no encontraba la explicación de este conjunto anormal de fenómenos; pero, la mujer que se encargaba del lavado de la ropa del niño, era una morena cuyos hijos habían sido atacados de saram-

pión. En posesión de este dato, el Dr. Rios cree, que, la introducción en el organismo de este nuevo microbio, ha venido á exaltar el funcionalismo del virus vaccinal, de donde lo anómalo y curioso del caso que relata y en el que se presenta la sucesión, sin intervalo, de estas dos enfermedades eruptivas, dando una especie de hibridismo, por demás interesante.

El DR. ALMENARA dice, que el presente caso apoya las ideas emitidas por los autores acerca de la concomitancia de las fiebres eruptivas.

Insistiendo acerca de lo que lleva dicho con respecto á la constitución médica estacional, agrega: que, en la *epidemia de sarampión última* se ha visto á éste varias veces en un mismo individuo, lo que parece indicar que no confiere inmunidad. Esta consecuencia sacada á la lijera depende de la confusión en que puede incurrirse por el parentesco clínico que existe, entre el sarampión, la rubeola y la escarlatina y de los cuales el 2º puede ser recidivante, no así el primero.

La sesión se levantó á las 11 y $\frac{1}{2}$ p. m.

LEONCIO I. DE MORA
Secretario.

Sesión de Enero 3 de 1890

Se dió lectura, entre otros, á un oficio del Secretario de la Comisión de Física y Química remitiendo el cuestionario para tesis, compuesto de 13 bien escogidas proposiciones.

El Br. Sr. SABINO RIOS dió lectura á un trabajo sobre *Artritis blenorágica* al que acompaña varios historias clínicas (proximamente publicaremos este trabajo).

El DR. ALMENARA observó que no se especificaba en el capítulo correspondiente al tratamiento, la conducta que debe reguirse con el flujo uretral, y dijo que hacía esta pregunta, porque algunos autores conside-

ran como un atentado contra la vida del individuo el tratamiento de la Blenorragia.

El SR. BR. RIOS se pronuncia por la afirmativa, es decir, porque debe combatirse también á ésta, para impedir la existencia del foco, fuente de la enfermedad.

El DR. RIOS dió en seguida, lectura á algunos acápites de una comunicación de nuestro correspondiente en Ayacucho Dr. Manuel V. García y que comprueban todo lo que se lleva dicho sobre la especificidad del Maguey (*Agave americana* Lin.) en la cura de la rabia. Refiere la tradición que ha originado este uso.

Además dá cuenta de otro remedio empleado con el mismo objeto y cuya eficacia puede asegurar en 10 casos de los que ha sido testigo. Esta enfermedad, muy rara en la población, se presenta con frecuencia en la campiña, siendo transmitida por los zorros y curada por el excremento humano, á la dosis de 50 á 100 gramos en agua con vinagre.

Con motivo de esta comunicación, recuerda el Dr. Rios el empleo tan común que se hace en otros lugares de la República, tanto de esta sustancia como de la llamada *Agua de la Virgen* (!) en el tratamiento de las mordeduras de víboras é insectos venenosos; así como también lo aseverado ha tiempo por el Dr. Castillo, respecto al tratamiento, por los escretos, de las picaduras de las *lucachas* (arañas ponsoñosas), que pululan en los arenales y sembríos de camote.

El DR. ALMENARA dá poca fé á estos últimos hechos pues la mayor parte de ellos han sido observados por personas ignorantes en las ciencias médicas.

El DR. RIOS hace presente la ilustración del Dr. García el que, en un perro sospechoso, ha comprobado por la autopsia el diagnóstico de esta enfermedad.

L. I. DE MORA, Secretario.

También se han celebrado algunas

otras sesiones de Junta General y Directiva, ocupándose en ellas de asuntos de orden interno.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Esta Academia ha recibido la siguiente comunicación del profesor Viault, de Burdeos.

«Tengo la honra de comunicar á la Academia de Medicina de Lima, algunos de los resultados obtenidos en los experimentos practicados por mí en las grandes alturas de la cordillera; estos experimentos se han referido á los gaces de la respiración, á los gaces de la sangre, á los productos de la combustión respiratoria (ácido carbónico y urea), el análisis microscópico de la sangre etc; pero como la mayor parte de ellos exigen cáculos que no puedo terminar sino en Europa, me limitaré simplemente á decir á la Academia, el resultado de mis observaciones practicadas con una presión atmosférica de 455 mm, en el barometro de Fortín, lo que corresponde aproximadamente á una altura de cerca de 4300 metros.

Puede suponerse *á priori* que la razón fisiológica de la aclimatación del hombre y de los animales en los lugares elevados con una atmósfera rarefacta, debe consistir ya en el aumento de la masa de la sangre, ya en el aumento solo de sus glóbulos, ya en la proporción mayor de hemoglobina, en una misma cantidad de sangre y para una misma riqueza globular, ya en una mayor capacidad de absorción de oxígeno para una misma cantidad de hemoglobina, ya por último, accesoriamente y en un límite difícil de apreciar, en la disminución de las combustiones respiratorias íntimas.

¿Pero cuál de estas numerosas hipótesis era necesario aceptar? Hé aquí lo que se ignoraba absolutamente.

Pues bien, mis investigaciones demuestran que, la más importante en este fenómeno de aclimatación, corresponde al aumento del número de los glóbulos de la sangre, aumento algunas veces enorme y que aproxima al hombre aclimatado, bajo el punto de vista de su riqueza globular, á la llama, el animal por excelencia de las regiones elevadas de los Andes.

Las siguientes cifras obtenidas por medio del *cuenta glóbulos de cámara húmeda graduada* de Malassez, no pueden dejar duda ninguna al respecto.

	<i>Glóbulos.</i>
En Lima, el 4 de Octubre (víspera de mi viaje), mi sangre contiene por milímetro cúbico	6.000,060
En Morococha, el 19 (después de 15 días en la sierra).....	8.000,000
El señor Mayorga (1) (id).	8.300,000
C.... Mayordomo (después de 18 años en la sierra).....	12.000,000
M.... arriero (después de 3 años en id).....	8.840,000
D.... administrador.....	8.320,000
A.... indio.....	8.960,000
Margarita, india.....	8.080,000
Ch.... mayordomo.....	7.000,000
R...P... mozo de cocina mestizo.....	7.770,000
R...Italiano, en la Oroya	8.320,000
Sr. Mayorga, el 27 de Octubre.....	8.440,000
Mi sangre, el 27 de Octubre.....	9.740,000
Perra joven vigorosa, que corre todos los días en los cerros.....	10.300,000
Perra vieja, que permanece en una hacienda.	6.730,000
Llama macho.....	18.560,000
Gallo de un año, vigoroso	7.000,000

(1) Consocio nuestro que, por resolución de la Facultad, acompañó al Dr. Viault en sus experiencias y viaje. Marcos

Las dos cifras menores suministradas por la sangre del hombre ofrecen ésto de interesante; que procede una de ellas de un joven de 20 llegado solamente hacia poco días á la sierra, proveniente de Panamá, donde había estado 8 años y había tenido numerosos accesos de fiebre. Presenta un tinte claramente anémico y acaba de tener, en el mismo Morococha, un nuevo acceso de fiebre intermitente. La otra cifra se refiere á un italiano que vive en la Oroya y que ofrece la particularidad de ser atacado de *soroche* cada vez que pasa la cordillera.

Pormanera pues, que por una simple exageración de la función normal de la hematopoyesis es que el hombre y los animales que habitan las alturas luchan contra el empobrecimiento del aire en oxígeno.

En virtud de la menor tensión de este gas, cada glóbulo no puede tomar sino una cantidad menor de la que tomaría al nivel del mar; pero como hay muchos más glóbulos, el equilibrio se restablece y la sangre contiene, en definitiva, la misma cantidad de oxígeno en las grandes alturas que en el mismo nivel del mar.

La *anoxiemia barométrica* no existe, pues, ó no tiene, por lo menos sino una duración muy corta, limitada á los primeros de permanencia en las regiones elevadas.»

A este oficio acompañó el profesor Viault [de Burdeos] su obra de Fisiología, solicitando el título de correspondiente en el extranjero. Ambos trabajos pasaron á la 3ª comisión para su informe.

La Academia dedicó el resto de la sesión del 30 de Diciembre, á algunos asuntos del dominio de la Higiene y otros que se relacionan con los informes de nuestro consocio el Dr. Muñiz, Delegado de la República en los congresos médicos de París.

SECCION NACIONAL

CONFERENCIA

DEL DR. D. ANÍBAL FERNÁNDEZ DÁVILA, SOBRE UN CASO DE IMPERFORACIÓN DE ANO.

(Imperforación ano-rectal, atresia completa, lipoma congénito, é hipospadias. Extirpación del tumor, enterotomía perineal, curaci n. Muerte por afección intercurrente.

(Conclusión)

Con tal fin, se examinará la orina del recién nacido y si se la encuentra mezclada con meconio, se podrá pensar que el recto comunica con la vejiga ó la uretra, y aunque algunos autores opinan que es difícil aclarar este punto yo creo con Roux, en vista de lo que ha pasado con mi enfermito, que con un poco de atención se puede deslindar este punto; pues basta fijarse durante varias exploraciones en que la orina sale totalmente coloreada por el meconio en cuyo caso la comunicación es con la vejiga, mientras que si el meconio sale con su consistencia natural ó solo el comienzo del chorro de orina se encuentra teñido con aquella sustancia, la comunicación será con la uretra. A veces, sin embargo, cuando la abertura de comunicación es muy estrecha, el cateter introducido hasta el cuello vesical, puede mostrar al salir algunas partículas de meconio; pero en caso de no realizarse esto, tampoco podrá negarse la existencia de una comunicación recto-uretral.

En todo caso, se aprovechará de la presencia en la vejiga de una sonda metálica, para explorar la curvatura del sacro á traves de sus paredes, y procurar igualmente, como yo lo he practicado, encontrar la abertura recto-uretral, dando mayor ó menor curva al estilete, á fin de hacerlo descen-

der hasta la ampolla rectal y ver si se puede percibir por el tacto la extremidad embotada del instrumento; ahorrándose así una operación inútil y practicando otra completamente indicada.

En el sexo femenino se hará el cateterismo por la uretra y sobre todo por la vagina, procurando encontrar un orificio anormal ó ver si la sonda arrastra meconio, ó bien, en fin, si al través de las paredes vaginales se puede presumir la existencia del recto en la excavación y á qué altura se halla situado.

Paso por alto el diagnóstico de algunas otras variedades en obsequio á la brevedad, y me limito á decir que, en resumen: la base indispensable de una Terapéutica eficaz es el diagnóstico de las condiciones anatómicas de estos vicios de conformación, no debiendo aguardarse jamás á que se presenten los síntomas generales, sino buscar desde el primer momento los signos locales por los diversos medios que acabo de señalar. La anatomía patológica de estos vicios de conformación, constituye pues, uno de los más poderosos elementos del diagnóstico; ella muestra las relaciones que existen entre las formas exteriores y las profundas de los órganos entre sí.

Si apesar de minuciosas investigaciones, por falta de seguridad en el diagnóstico no se pudiera precisar claramente la indicación operatoria, quedaría el recurso de practicar operaciones lentas, graduadas, que permitan siempre detenerse á tiempo.

Pronóstico.—Bajo el punto de vista del pronóstico, se puede establecer dos categorías de hechos. En la primera, se colocan aquellos casos en que las materias fecales salen con mayor ó menor facilidad; en la segunda, se encuentran los casos de retención absoluta.

La primera categoría comprende todas las comunicaciones anormales cuyo orificio es amplio, y sobre todo

las recto-vaginales y las ano-vulvares; pues en estos casos la vida puede conservarse largos años, á precio de incomodidades frecuentes y de una dolencia desagradable.

Pero donde el pronóstico se agrava notablemente, es cuando se trata de una retención completa de materias fecales, en que la vida solo puede salvarse merced á una rápida intervención quirúrgica. Las dudas de un diagnóstico difícil, las tentativas inciertas, las temporizaciones funestas y en fin un mal procedimiento operatorio, son otras tantas causas que aumentan la ya tan grave situación de un recién nacido imperforado.

Tratamiento — Una vez precisado el diagnóstico, si se trata de una atresia completa ó incompleta del ano ó recto, se debe proceder inmediatamente, pues todo retardo de parte del cirujano es una probabilidad de vida que se quita al recién nacido. Tratándose de la atresia incompleta con comunicación á los órganos genito-urinarios, la urgencia disminuye, y se graduará por la marcha é intensidad de los accidentes consecutivos; si el derrame de materias intestinales se verifica con dificultad por la vía anormal, habría peligro en aguardar, mientras que si esta vía es más ó menos amplia, se podrá esperar durante algún tiempo y aún prescindir de toda operación radical.

De una manera general y como regla de medicina operatoria, cuando se trate de operar a un niño atresiado se procurará, en lo posible, alcanzar el intestino por la región perineal, atraerlo hacia abajo y fijarlo sobre la herida mediante suturas, haciendo en una palabra un ano perineal. Solo cuando se palpe la imposibilidad de alcanzar esto, á causa de estar muy distante la ampolla rectal, lo que requeriría largas y minuciosas investigaciones, ó por que el niño hubiese nacido algunos días antes, se deberá sin vacilar, abrir una vía artificial en las regiones lumbar ó inguinal. No

debe olvidarse que, cuando se pretende alcanzar el intestino á cualquier precio, se coloca al operado en las peores condiciones posibles para el buen éxito de la operación y que, la formación de una vía artificial en otra región, sólo tendrá probabilidad de suceso, á condición de que se practique antes de que se desarrollen los accidentes inflamatorios abdominales.

Son muy variadas las operaciones que requieren las diversas atresias ano-rectales, las que, bajo el punto de vista operatorio, pueden reducirse á tres.

1.^a Atresia incompleta, con ó sin desviación del orificio anal.

2.^a Atresia completa ano-rectal.

3.^a Atresia recto-vesical.

En cuanto á la 1.^a, en que el recto está perforado y comunica con el exterior por medio de una abertura insuficiente, colocada las más veces en una situación distinta de la normal, si bien no impide que la vida se prolongue, puede por lo menos ocasionar accidentes. Es necesario no limitarse sencillamente á dilatar ó desbridar dicha abertura, sino proceder á cojer y suturar la mucosa rectal sobre los bordes de la incisión cutánea.

Respecto á las imperforaciones de la 2.^a y 3.^a categoría, aún aquellas en que el recto comunica con la vegiga, requieren que se practique una vía artificial, ya sea en la región ano-perineal, ya en un punto de la pared abdominal, bien en fin en la región lumbar. El primer caso comprende el restablecimiento del ano en su situación natural, mientras en el 2.^o y 3.^o se trata de verdaderos anos *contranatura*.

No me ocuparé de describir los procedimientos referentes á los dos últimos, denominados: metodo de Littré con su derivado, el procedimiento de Pillore, y el de Casilen.

Juzgo también inoficioso describir nuevamente el método de Amusat,

que es aplicable tanto á las atresias anales completas como á las recto-vesicales y ano-rectales, por haberlo expuesto al hablar del procedimiento que empleamos para operar al pequeño sujeto que motivó esta ya larga disertación; me limito únicamente, á proscribir de cualquier procedimiento el empleo del trócar, que es aconsejado por algunos cirujanos para punccionar la ampolla rectal, cuando hay alguna seguridad de tenerla al alcance de este instrumento que, según Giraldez: "*es inútil en manos hábiles y peligroso en las poco experimentadas.*"

Por lo que hace al tratamiento consecutivo del niño que ha sido sometido á la proctoplástia, consiste esencialmente en mantener el terreno operatorio en el más perfecto estado de limpieza mediante lavados frecuentes de la herida, especialmente, á cada evacuación de meconio. Para la curación se preferirá una pomada al ácido bórico que se aplicará en capa espesa en el ano y sobre las suturas, las que se quitarán del 3.^o al 4.^o día.

Por lo general, cuando se ha suturado el intestino á la piel, no es necesario dilatar él ano mediante bugías; sin embargo, á veces se está obligado á hacerlo como en el caso descrito, lo mismo que en los estrechamientos del intestino que suelen sobrevenir como consecuencia. En el momento, en que la herida está en vía de granulación, es cuando el empleo de las bugías es más eficaz, pues los botones carnosos se prestan muy bien á la dilatación.

A consecuencia de la proctoplástia, no solo está amenazado el niño con las complicaciones accidentales de las heridas, sino que corre además otros peligros dependientes del sitio de la lesión. Citaré á este respecto en primer lugar, el flemón del tejido conjuntivo pelviano y en segundo lugar la peritonitis. Esta última complicación es evidentemente menos te-

mible en el niño que en el adulto, aún cuando el perítoneo haya sido habierto, á causa sin duda de que, en el primero el intestino no está tan lleno de materias fecales descompuestas y pútridas. Según Curling, sobre 62 niños en los que se ha llegado á encontrar el intestino y á formar un ano en el sitio normal, 22 han muerto de las consecuencias de la operación, resultado, que, ciertamente, no es malo, si se toma en consideración la gravedad de la afección que ha requerido esta intervención quirúrgica.

Voy en fin á terminar. Cualquiera que sea el método empleado, es necesario no olvidar que los casos fatales superan en número á los felices; pero, aunque como elementos contrarios debamos siempre contar con la incuria de los padres, la negligencia de las nodrizas ó la esperanza ilusoria de un acontecimiento favorable, contra todo lo que no podemos luchar con ventaja, la ciencia registra felizmente un buen número de sucesos que, bastarían para alentar al operador menos atrevido, impeliéndolo á no retroceder jamás ante uno de estos casos, por difícil que se presente, en que *hay mucho que ganar y nada que temer ó perder*. La abstención solo sería permitida, si la muerte fuese inevitable; pero, no siendo así, el cirujano tendrá presente: que, un diagnóstico riguroso, una decisión pronta y la elección de un método apropiado y de un procedimiento que augure, no solo la salida inmediata de las materias, sino también la persistencia de la vía artificial creada, son otros tantos elementos que corona el *Exito*.

LA SEMILLA DE LA CALABAZA Y DEL ZAPALLO COMO TENIFUGOS

Tesis sostenida ante la Facultad de Medicina de Lima y dedicada al Dr. D. José A. de los Ríos como testimonio de eterna gratitud, por Manuel A. Velazquez.

Sr. Decano, Sres. Catedráticos:
Me propongo manifestaros el re-

sultado de algunos estudios que he emprendido, desde hace algún tiempo, sobre un punto de la materia médica peruana.

No creais que es nada nuevo, ni digno siquiera de vuestra ilustrada atención lo que vais á escuchar. Es simplemente el estudio de un remedio *casero*, empleado con harta frecuencia por nuestras madres de familia contra una enfermedad muy generalizada entre nosotros: los gusanos intestinales. Ese remedio, como sabeis, es la orchata de semillas de Calabaza común (*Cucurbita pepo*) ó en su defecto de las de Zapallo (*C. maxima*.)

Para proceder con método voy á dividir este trabajo en seis partes, después de cuatro palabras palabras consagradas á la parte histórica del origen de esta medicación.

La primera comprenderá un ligero resumen de los caracteres botánicos de la sustancia.

En la segunda me ocuparé de determinar el asiento del principio activo, al que se debe la acción tenífuga.

En la tercera expondré los estudios químicos que he hecho, sobre la composición de la semilla y los caracteres de sus principios. (1)

En la cuarta, después de recorrer la farmacología de los principales tenífugos, haré un estudio comparativo de sus efectos con los de las semillas de las cucúrbitas, á fin

(1) Suprimimos, en gracia á la extensión de este trabajo, la descripción del método analítico empleado el que se resume así:

En la película que cubre la almendra (*gemmula*) se encuentra además de la materia colorante verde, sustancias grasas una resina soluble en el éter, alcohol etílico y otra, mucho más abundante, soluble en los tres primeros e insoluble en el último disolvente, un alcaloide líquido volátil soluble en el éter, alcohol amílico y petróleo y una sustancia aromática soluble en este último.

El Sr. Velazquez, por las pequeñas cantidades de que ha podido disponer, se ha visto imposibilitado para hacer experiencias fisiológicas de estas diversas sustancias.

(Nota de la Redacción.)

de deducir las ventajas que de dicho estudio resulten en favor de este último medicamento.

En la quinta, una vez comprobada la superioridad del medicamento en cuestión, me ocuparé del estudio farmacológico de las semillas y de su manera de acción sobre el parásito; concluyendo con la inserción de algunas observaciones clínicas, recojidas por mí, que formarán la última parte.

El uso de las semillas de calabaza y zapallo, como tenifugos, remonta á la antigüedad.

Hay muchas versiones sobre el origen de su empleo. Algunos como M. Luton han creído que el uso que se ha hecho de ellas contra la tenia, haya provenido de la semejanza encontrada entre las semillas y los anillos del parásito intestinal.

Otros, y este parecer es más racional, opinan que de modo casual debe haberse revelado su acción á consecuencia de la ingestión de cierta cantidad de semillas, que hubieran hecho arrojar las tenias.

Mr. Laboulbene dice que "en Ajou, donde estas semillas forman parte de la alimentación ordinaria, á título de condimento aceitoso, las tenias son muy raras."

De idéntica manera deben haber conocido nuestros indígenas las propiedades tenífugas de estas cucurbitáceas puesto que en todos los pueblos de nuestras serranías, así como los de Bolivia y el Ecuador, es remedio casero muy usado.

El hecho es que nada de cierto se sabe acerca del origen de esta medicación.

El género *cucurbita*, de la familia de las cucurbitáceas, (monœcia monadelfia de Linneo) perteneciente á la clase de los Dicotilédones polipétalos períginos, de placentación parietal; comprende plantas herbáceas, anuales, volubles, cubiertas de pelos

cortos y muy rudos, provistos de sarcillos ramosos que nacen del lado de los peciolos; sus hojas son alternas, simples, redondeadas y grandes; sus flores unisexuales monoicas; el caliz monosépalo, en las flores femeninas es globuloso y adherente al ovario; su limbo más ó menos campanulado y con cinco lóbulos, está íntimamente soldado con la corola. Esta es formada de cinco pétalos reunidos en medio del limbo calicinal. Los estambres en número de cinco, triadelfos, tienen sus filamentos reunidos de dos en dos y el del quinto libre: las anteras extrorsas, retorcidas sobre sí mismas en S, uniloculares, de dehiscencia longitudinal.

Las flores femeninas tienen ovario ínfero, coronado por un disco epígino; estilo grueso y corto, terminado por tres estigmas, también gruesos, bilobados y granulosos. Este ovario es inocular con tres placentas parietales que se reúnen en el centro.

Fruto carnoso, es una pepónide comestible, conteniendo numerosas semillas, que en la época de la madurez, parecen esparcidas en medio de un tejido celular, sarco-filamentoso.

Las semillas aplastadas, de reborde poco espeso, de episperma coriáceo y duro, conteniendo la almendra que está recubierta de una película verdosa, en donde, según opinión de algunos, reside el principio activo tenífugo.

Muchas son las especies del género cucúrbita que se emplean contra la tenia, entre las cuales citaré como más usadas las siguientes:

Cucurbita maxima. (Duch.), vulgarmente llamada entre nosotros zapallo.

Cucurbita pepo. (D. C.), conocida con el nombre de calabaza.

Cucurbita lagenaria, (L.) igualmente llamada calabaza.

Cucurbita melopepo. (Duch.)

Cucurbita aurantia. (L.)

Cucurbita filiformis, etc.

La *Cucurbita pepo*, según Hæckel,

es la que contiene menos cantidad de *pepo-resina*, principio activo de sus semillas; mientras que la *cucurbita maxima* ó zapallo, es la más rica en este principio activo.

Todos los frutos de estas especies son comestibles y se las emplea como alimento.

Esta especie, además de los caracteres genéricos ya indicados, tiene los siguientes: hojas muy anchas, redondeada en forma de corazón cubiertas de pelos suaves; las corolas son amarillas, escavadas en el fondo y su limbo vuelto hacia fuera. Los frutos que entre nosotros se llaman *zapallos* y por los franceses *potiron*, son muy grandes; se los ha visto pesar hasta 30 kilogramos; contienen una pulpa carnosita amarilla jugosa y de un gusto azucarado. Las semillas son enteramente blancas y ligeramente amarillas, anchas y rodeadas de un reborde manifiesto.

La parte del vegetal únicamente empleada como tenifugo, es la semilla; pero antes de usarla es necesario descortezarla, es decir, quitar la envoltura más externa, cornea, llamada por los botánicos *testa*, teniendo cuidado, sin embargo, de respetar la membrana de color verde que recubre inmediatamente la almendra.

Es la semilla, así descortezada, la que he empleado en la mayor parte de mis experimentos.

 ¿En qué parte de las semillas se encuentra el principio activo tenicida?

Las opiniones son encontradas á este respecto; para Mr. Hérald ese principio existiría en la almendra; para Mr. Lelievre en la *gemmula*.

En 1875, Mr. Hæckel (Journal de Thérapeutique) profesor en la facultad de ciencias de Marsella, y farmacéutico de los hospitales de Montpellier, descubrió un principio activo al que dió el nombre de *Pepo-resina*. El autor cree que este principio activo de las semillas no reside en el epis-

perma, ni en la almendra, sino más bien en la segunda envoltura, en la película verdosa que envuelve la almendra, y que se aísla con facilidad cuando se monda las semillas.

Según Mr. Hæckel, cien gramos de semilla de calabaza contienen diez y seis á diez y siete de envoltura.

El Dr. Ad. Dumas después de varios ensayos hechos con el extracto de la envoltura verde de las semillas de calabaza, llamado por Mr. Hæckel *Elixir de pepo-resina*, sin éxito alguno, concluye:

«1º El principio tenicida no parece encontrarse en la envoltura verde, de donde Mr. Hæckel ha extraído su *pepo-resina*.

2º No existe tampoco en el aceite que encierran sus cotiledones, sino en éstos despojados ó nó de su aceite.

Si se quiere aislar este principio es necesario buscarle.»

Como se vé, las opiniones son encontradas; cada uno de los autores aduce razones y aun hechos en favor de su opinión; pero esos hechos no son concluyentes, dan lugar á duda.

Por mi parte diré que siempre que he hecho uso de las semillas, he tenido especial cuidado en conservar la cubierta verdosa, respetando de esta manera las opiniones contradictorias de los señores Hæckel y Dumas con la mira de asegurar más el éxito del tratamiento, reuniendo así todos los principios á que se atribuye la acción tenifuga. De esta suerte, he obtenido siempre magníficos efectos como se verá por algunas historias clínicas que dan fin á este trabajo.

Otra de las recomendaciones, que hago al poner en práctica este tratamiento, es preferir las semillas del zapallo (*cucurbita maxima*); pues los resultados son más seguros. Preferencia que es explicada por el análisis del Prof. Hæckel, quien dice haber encontrado en élla, mayor cantidad de principio activo considerado como tenifugo, según llevo dicho.

Antes de entrar en la comparación de los diversos tenífugos, para deducir su importancia según las probabilidades de éxito y separar los más usuales, voy á permitirme dar á conocer la clasificación que ha hecho de ellos M. Beranger Feraud, en su tratado sobre *Tenias*.

Este autor ha formado siete categorías que, según su mayor eficacia, los coloca á saber:

1^a *Categoría*.—Tenífugos de primer orden: Granada, Helecho macho Semillas de calabaza, Kouso, Kámala.

2^a *Categoría*.—Tenífugos aceitosos: aceites animales, vegetales y minerales—No les dá gran importancia

3^a *Categoría*.—Tenífugos mecánicos: sales purgantes, carbón vegetal.

4^a *Categoría*.—Tenífugos mecánico-químicos: agua fría, sulfatos alcalinos y sal marina.

5^a *Categoría*.—Tenífugos inebriantes: éteres, alcoholes y vinos.

6^a *Categoría*.—Tenífugos diversos:—Aquí considera la larga lista de los medicamentos que no entran en las categorías precedentes; tales son: ácido carbónico, antimoniales, arsénico, cebadilla, cicuta, coco, ácido cianhídrico, y cianuro de potasio. Dadi gogo, Eucaliptus, Mercuriales, Morera, Nuez de Areca, Pepsina, Quinina.

7^a *Categoría*.—Tenífugos de Abisinia mal conocidos y por eso no considerados en su grupo.

Musca. (*Albizzia antihelmíntica*), se emplea su corteza.

Tatzé. (*Mirsina africana*), se emplean sus frutos.

Saoría. (*Mosa picta*), se emplean sus frutos.

Ogkert. (*Silene macrosolem*), se emplea su raíz.

Bobilda. (*Celosia advensis*), se emplean sus hojas, flores y frutos.

Habitsalim. (*Jasminun florinbundum*), se emplean sus hojas.

Habi tchugo. (*Loxalis antihelmíntica*), se emplean sus tubérculos.

Tambuco. (*Croton macrocystis*).

Por esta clasificación tan defectuosa se vé que sólo merecen considerarse, así como lo dice Beranger Feraud, los del primer grupo; á saber: Granada, Helecho macho, semillas de Cucurbitas, Kouso y Kámala.

* * *

KÁMALA

La Kámala llamada igualmente Kámál ó Kapíla, palabra sanscrita que significa *rojo oscuro*, es el polvo rojizo procedente de las glándulas del fruto de la especie *Rottlera tinctoria* ó *Mallottus philippinensis*, de la familia de las Euforbiáceas.

Las cápsulas de estas plantas según Roxbourg, llegan á su madurez por los meses de Febrero y Marzo.

La *Rottlera tinctoria* cuyo conocimiento se debe á Mr. D. Hamburg, es originaria de ciertos países cálidos, como la India, China, Egipto, etc.

El profesor Anderson ha practicado el análisis de la Kámala, del cual ha obtenido una sustancia cristalizada á la que ha dado el nombre de *Rottlerina* ó *mallotoxima*.

He aquí la composición de la Kámala según este profesor:

Materias colorantes resinosas } (comprendiendo la rottlerina)	78.19
Materias albuminosas.....	7.34
Celulosa etc.....	7.14
Agua.....	3.49
Cenizas.....	3.84
Aceite volatil.....	" "
Materia colorante volátil ...	" "
	100 00

Se le usa en polvo, en cocimiento y bajo la forma de tintura. Siendo en esta última forma que se le prefiere por los prácticos, á causa de no producir mucho vómito, ni náuseas, creyéndolo más suave y eficaz.

Blondeau la usa á la dosis de 25 gramos en una infusión de salvia dis-

tribuida en tres tomas, con una hora de intervalo.

La dosis en que se administra este medicamento es de 2 á 12 gramos del polvo suspendido en el agua y poco después un purgante de aceite de ricino.

El Dr. Gordon la ha usado en dosis de 4 gramos repetidos cada tres horas.

Respecto á este medicamento dicen los señores Trousseau y Pidoux en su tratado de «Therapèutique»: «a pesar de las observaciones de Mackenon, Anderson y A. Leared, la Kámala ha sido poco empleada.»

«La hemos visto emplear dos veces sin éxito en el «Hôpital des enfants madales.» La administración de este medicamento tiene los inconvenientes de su sabor muy desagradable, producir náuseas, vómitos y mal estar general.

Además de estos inconvenientes, su difícil conservación, sobre todo en países húmedos, nos hace preferir las semillas de zapallo.

KOUSSO,

Producto suministrado por la Brayera anthelmintica ó Hagenia abyssinica de la familia de las Rosaceas introducida en la terapèutica por Brayer en 1852; son las flores de este árbol, las que los abyssinios empleaban contra la tenia, bajo los nombres de Kouso, Kouso, Couso, Coso, Habi, Cabots y Habe.

El modo de administrar esta sustancia, es en polvo á la dosis de 15 á 20 gramos diluido en 250 gramos de agua hirviendo, se deja en infusión media hora y después se hace tomar el líquido y polvo.

La ingestión del Kouso provoca una sed inextinguible y los autores prohíben beber. Algunos creen que es indispensable tomar un purgante adyuvante; pero otros lo consideran inútil, pues esta sustancia produce diarrea, y tan sólo en el caso de que

no se presente ésta, se deberá administrar el purgante.

En este caso se aconseja tomar una botella de Sedlitz.

El Kouso es de un sabor excesivamente desagradable, lo que hace muy difícil su administración.

Este medicamento produce según Jack, que lo ha experimentado en sí mismo, á la dosis de 15 gramos, una sensación de vacuidad en el estómago, náuseas, fatiga y disgusto para el trabajo.

Hasse y Petit dicen que sus enfermos, usándolo á la dosis de 24 gramos, han sufrido cefalalgia intensa, vómitos, dolores de vientre y dificultad para la emisión de la orina. Su uso no puede repetirse pues, como dice Husemann, el empleo reiterado de esta sustancia, ha determinado según Kirts, el prolapsus del ano, la estenuación y la muerte.

Por otra parte se altera con suma facilidad en los lugares húmedos y su precio es muy elevado.

Los abyssinios consideran el Kouso como un medicamento puramente paliativo en el tratamiento de la tenia.

Este medicamento ha sido analizado por los señores Wittsteim, Willing, Paresi y Stromeyer, y han encontrado cera, materia grasa, un aceite volátil teniendo el olor de la flor, tanino, principios resinosos y otras sustancias orgánicas y minerales; y una sustancia resinosa amarillenta, aislada por primera vez por Bedall, de sabor acre y amargo, de reacción ácida á la que han dado el nombre de Koussina ó teniina; la cual se dá contra la tenia á la dosis de 50 centigramos á 3 gramos.

La mayor parte de los prácticos, creen que el Kouso en sustancia es más activo que su resina.

HELECHO MACHO

La parte activa de esta planta criptógama, cuyo nombre botánico es *Nephrodium filixmas* (Rich), ó *Polypodium filix mas* (L.) es el rizoma.

Ha sido analizado este medicamento por M. Morin [de Rouen] y ha obtenido el resultado siguiente: Aceite volátil, aceite graso, ácidos acético y gálico, azúcar líquida, tanino, almidón, materia gelatinosa y tenosa.

Por medio del éter se aísla su principio activo que es de naturaleza oleoresinosa y un alcaloide al que se ha dado el nombre de *flicina* [Basso].

Su uso es muy antiguo. Dioscórides, Galeno y Plinio han señalado sus propiedades tenífugas.

El *helecho macho* se emplea bajo formas muy diversas.

El polvo ha sido proscrito por algunos terapeutas y con justa razón; pues no tiene ninguna ventaja sobre otras preparaciones, ofreciendo más volúmen y siendo más susceptible de alteración.

Los extractos son de dos clases: alcohólicos y etéreos.

El extracto alcohólico preparado por el procedimiento de Deschamps y Collas, con el polvo del helecho y alcohol á 80°, se administra á la dosis de 1 á 2 gramos en píldoras ó bolos.

El extracto etéreo que es el más usado, se prescribe á la dosis de 2 á 6 gramos en píldoras, bolos ó cápsulas gelatinosas.

Esta es la única preparación conservada en el Codex.

El aceite del helecho macho, llamado también aceite de Peschier, es un aceite espeso negro, de un olor y sabor desagradables, se dá á la dosis de 2 á 6 gramos en emulsión de goma tragacanto.

Hoy no es usada esta preparación.

Para la administración de este medicamento se han seguido métodos muy variados entre los que citaré los principales:

El Dr. Bourdier administra en la mañana, al enfermo en ayunas, 4 gramos de éter sulfúrico, en un cocimiento de raíz de helecho concentrado y luego 60 gramos de aceite de ricino. Se continúa el tratamiento

por dos ó tres días y si la tenia no es expulsada, aplica una lavatiba de un fuerte cocimiento de helecho con 80 gramos de éter.

El Dr. Rouzel hacía bolos con jabe de melocotón, del polvo del rizoma de helecho recientemente recolectado, y lo administrava en cantidad de 20 á 30, en un cuarto de hora, haciendo tomar en seguida un purgante de aceite de ricino.

El famoso remedio de Nouffer, cuyo secreto fué vendido por la viuda á Luis XVI y puesto en boga por M. Morat en Suiza, tiene por base el helecho macho.

Murray relata en los términos siguientes, las reglas de este tratamiento. «Al principio del tratamiento, los enfermos hacen uso de panetela fuertemente cargada de mantequilla, y si el vientre no se mueve, se les prescribe lavativas de malvas ligeramente saladas y mezcladas de una pequeña cantidad de aceite de olivo. Al día siguiente en la mañana, se administra 12 gramos de polvos de helecho, suspendidos en 120 á 180 gramos de agua destilada de tilo.

Para evitar las náuseas se lava la boca con agua aromática ó se respira vinagre. Si el medicamento es vomitado es necesario esperar se restablezca la calma para prescribir una nueva dosis.

Al cabo de dos horas se prescribe un bolo purgante así formulado: calomel y resina de escamonea 70 centigramos, goma gutta 30 centigramos, con adición de una pequeña cantidad de *confeción* de Jacinto, para darle consistencia blanda.

En las personas robustas y constipadas se aumenta las proporciones de estas sustancias; en condiciones opuestas, se atenúa la dosis y aun se suprime la goma-gutta, ó bien se divide este bolo en fracciones que se dán sucesivamente.

Se dá poco después una taza ó dos de infusión ligera de té. Expulsada la tenia se remplace el té por un cal-

do de carne. Si el efecto purgante tarda demasiado, se dá 10 á 30 gramos de sal de Sedlitz disuelta en agua caliente. Si la expulsión no se hace, se puede recomenzar el tratamiento al siguiente día ó un día después.»

El método de Peschier (de Ginebra) consiste en administrar 2 gramos de extracto etéreo de helecho, mezclado á 5 gramos de polvos de rizoma en 10 bolos que se toman en una sola vez, después de una dieta observada durante dos días. La ingestión de los bolos es seguida de una taza de decocción de helecho macho (30 gramos por un litro) y dos horas después, 30 gramos de aceite de ricino.

El método de Duncan y Vogel, llamado también de Wawruch, está basado en el empleo del helecho macho asociado al calomel y á la goma-gutta.

Mr. Forget indica la fórmula siguiente de Duncan y Vogel:

Polvos de raíz de helecho. 1'30 cent.
Goma-gutta 0'30 cent.

para 4 bolos, que se toman dos en la mañana y dos en la tarde. Se asocia á este régimen 30 gramos de helecho en tisana y 14 gramos de Musgo de Córcega en lavativa.

El tratamiento aconsejado por Trousseau y Pidoux de este medicamento es como sigue:

Primer día.—Dieta láctea muy severa.

Segundo día.—En la mañana, en ayunas, 4 gramos de extracto etéreo de raíz de helecho macho en cuatro dosis, con un intervalo de un cuarto de hora.

Tercero y último día.—Cuatro gramos de extracto etéreo, como la víspera, un cuarto de hora después de la última dosis, 50 gramos de jarabe de éter, una media hora después un looch blanco con adición de 3 gts. de aceite de croton tiglium.

Mr. BERANGER-FERAUD al hacer la comparación de los tenifugos, de la primera categoría de su clasificación, dice así:

«Respecto al helecho, presenta una cierta inferioridad relativamente á estos otros dos tenifugos, (semillas de calabaza-granado) por razón de tener menos actividad según que provenga de tal ó cual región.»

Este mismo autor ha ensayado el apozema, el polvo, el aceite etéreo y el extracto de helecho macho y ha obtenido los siguientes resultados:

A las dosis ordinarias, estas diversas preparaciones, no le han dado sino resultados casi nulos.

Empleados á dosis muy elevadas, estos medicamentos han producido la expulsión de la tenia; pero no de una manera constante; además ha determinado en los enfermos, accidentes, tales como: cefalalgia, vértigos, náuseas, etc. etc.

Habiendo obtenido este autor la expulsión de las tenias á dosis medias y aún menores de los mismos medicamentos, preparados con la raíz del Jura ó de los Vosges, concluye que se debe proscribir absolutamente el uso del helecho macho de algunas regiones, tales como Normandía, etc.

(Journal de Pharmacie et de Chimie).

Vese, pues, por lo anterior, la inconstancia del medicamento y los trastornos que produce su uso en las personas nerviosas.

La dificultad para conservarlo y su precio subido, son otras tantas razones para que prefiramos el uso de las semillas de calabaza ó mejor las de zapallo.

GRANADO

Tócanos, ahora, ocuparnos del más poderoso de los tenifugos y cuya acción está fuera de duda; teniendo en consideración estos principios, no nos permitiremos entablar compara-

ción científica; pero sí manifestaremos que, esta sustancia y su principio activo la *Pelletierina*, tienen algunos inconvenientes y contra indicaciones para su empleo, sobre todo si se trata de las personas nerviosas, las mujeres embarazadas, y especialmente en la medicina de los niños.

El granado (*Punica Granatum L.*), de las *Myrtáceas*, es indígena del Asia menor y era conocido de Plinio y Dioscórides, á cuya corteza reconocían propiedades tenífugas.

La parte de la planta que se usa es la corteza de su raíz; ya sea en polvo á la dosis de 5 á 20 gramos, ya en extracto alcohólico; es bajo esta forma que entra en la Poción de Deslandes.

(Extracto alcohólico de corteza de raíz de granado 24 gramos.

Agua de Menta 60 gramos.

Hidrolato de tilo 60 gramos.

Jugo de Limón 60 gramos; para tomarse en cuatro partes con una hora de intervalo).

La corteza de raíz de granado ha sido objeto de numerosos análisis, practicados por Cenedella, Ishikawa, Wackenroder, Hager, Latour de la Trie, y todos han encontrado fuertes cantidades de ácido tánico 28 á 25 %; encontrándose además, manita, almidón, inulina, aceite graso, albumina, resina, ulmina, goma azúcar, mucina, oxalato de cal, materias leñosas, etc.

La presencia de un alcaloide, fué presumida por largo tiempo; pero no se llegó á aislar hasta 1878 en que Tanret vino á resolver este problema.

(Continuará.)

SECCION EXTRANJERA

El trépano en las fracturas del cráneo.

POR EL DR. PAUL RECLUS.

La cuestión del trépano, tan antigua y siempre tan controvertida,

vuelve, al presente, á estar á la orden del día: las comunicaciones de Championnière á la Sociedad de Cirujía, los trabajos de Horsley y las investigaciones de Bergmann, sin proyectar nueva luz sobre el asunto, han precisado algunos puntos, por lo menos, y sabemos ahora, mejor que antes, cuándo y porqué debemos intervenir en los traumatismos del cráneo. Deseamos reasumir, tan brevemente como sea posible, las nociones corrientes, á propósito de dos observaciones personales, apoyándonos, además, sobre una memoria todavía inédita de nuestro amigo y colaborador, el Dr. Forgues, de Montpellier.

I.

Todos están de acuerdo en que la abstención es de rigor cuando la fractura del cráneo es *simple*, sin herida exterior, sin traslación excesiva de los fragmentos óseos, sin hemorragias profundas y sin trastornos funcionales del cerebro. La vieja doctrina del trépano preventivo está destruida, sin esperanza de rehabilitación, y se tiene por justo el arranque clásico de Stromeyer, al decir: "Para proponer entonces la trepanación, "necesitaría tener uno mismo el cráneo rajado". En estos casos simples, cualquiera que hubiera sido la opinión sobre el particular al principio de este siglo, la curación sobreviene sin obstáculos. Brun fué el primero que reunió siete casos de fracturas de la base en que la soldadura de los huesos fué demostrada por la auptosia ulterior y Bergmann ha podido agregar veinte hechos análogos. Las observaciones puramente clínicas abundan: en 1872, Schwartz reunía cuarenta y nueve, pero no hay uno de nosotros que no pueda aumentar esta cifra; Forgues, en una misma sesión del Consejo de Reforma, presentaba dos heridos que de sus fracturas de la base no conservaban sino una parálisis facial, y en 1887, en el

Hôtel-Dieu, nuestros alumnos han visto tres individuos que después de una caída sobre la cabeza y de haber tenido un abundante derrame de líquido céfalo-raquídeo, al cabo de algunas semanas han abandonado el hospital, en perfecta salud.

El tratamiento es, entonces, de los mas simples: el herido, acostado con la cabeza levantada, es mantenido en las condiciones del más completo reposo cerebral: ni choques, ni movimientos, ni ruido, ni visitas; Bergmann insiste sobre este punto con justa razón, pues se sabe que durante los interminables transportes de los evacuados de Plewna y de Karazom, no se pudo retirar de los wagones un solo herido de la cabeza, que no fuera víctima de la meningitis sobrevenida del cuarto al sexto día del fatigante viage. Algunas bebidas calientes, algunos tragos de infusión de té alcoholizada, hasta la desaparición de los fenómenos sincopales, lociones de vinagre sobre las sienes, aún inyecciones de éter; después, cuando se colora el rostro, que el pulso se levanta y que la reacción amenaza volverse demasado intensa, el hielo sobre la cabeza, sanguijuelas á la región mastoidea, sinapismos en las piernas, y los purgantes constituyen toda la terapéutica indicada en semejantes casos. Cuando un derrame seroso ó sanguíneo, se efectúa por el conducto auditivo, las lociones al sublimado, las insuflaciones de yodoformo y de ácido bórico se oponen á la estancación de los líquidos, á su infección, por los gérmenes, que podría propagarse á la cavidad craneana y provocar la meningitis.

Quando la fractura se acompaña de una *depresión ósea*, aún bastante señalada para ser reconocida bajo los tegumentos no desgarrados, la abstención es todavía indicada por los mas hábiles cirujanos. Abrir un foco traumático, hacer de una fractura cubierta una descubierta no es cosa in-

diferente, aún bajo el método anti-séptico, y Kœnig declara: "que los procedimientos del mas prolijo cirujano, están lejos de ofrecer la misma garantía que la piel intacta; la menor falta cometida por el operador basta para producir la infección de la herida que puede ser fatal para el doliente." Desde luego estas depresiones son muy frecuentemente inofensivas: Textor, en su memoria sobre la inutilidad del trépano en las depresiones de la bóveda, presenta doce casos, de los que siete fueron seguidos de auptosia; las fracturas de la lámina externa y de la interna, que deprimían la dura-madre, no habían provocado el menor trastorno de las funciones cerebrales. Bergmann agrega á esta opinión el peso de su autoridad: Volkmann, Oré, Corley, Abernetny, Langenbuck, no hablando sino de los autores más recientes, han citado casos en que, depresiones considerables han sido silenciosamente soportadas por el encéfalo.

Quando la fractura, con ó sin depresión, es cubierta, la abstención nos parece indicada, aún cuando se presenten *accidentes cerebrales*.—En efecto: cuando se trata de accidentes difusos, el coma, la insensibilidad general, el estupor, ó bien el delirio, la agitación, los dolores vagos, ¿no nos prueban que el "ataque traumático" ha herido el encéfalo por completo? ¿Qué se reportaría entonces de un agujero en el cráneo contra ese *shock* cerebral que se explica por una parálisis refleja, apoplejías capilares, la compresión de una capa sanguínea sub-aracnoidea? ¿Qué podría el trépano contra una contusión extensa? Tanto más, cuanto que, en estos casos, la auptosia demuestra con frecuencia que la muerte ha sido causada por otras lesiones, además de las del encéfalo: hemorragias del raquis, ruptura del corazón ó del bazo, &c. ¿Qué podría, todavía, contra una inflamación generalizada, una meningoencefalitis difusa? La irrigación he-

cha por el agujero que dejaría la extracción de una ó varias rodajas óseas, sería verdaderamente ilusoria: es necesario entonces abstenerse y esperar.

En fin, hay todavía un último caso en que se debe abstener uno, bien que aquí la fractura sea descubierta y que, para no intervenir, no se tenga el temor de infectar el foco traumático, y és cuando el fracaso óseo es debido á un proyectil, bala de revólver ó fusil de guerra, cascó de granada cuyos fragmentos han surcado la sustancia cerebral. ¡Sería verdaderamente insensato agrandar el orificio por medio del trépano ó practicar contra-aberturas para buscar ciegame, en la masa pulposa del encéfalo, los cuerpos extraños, cuyo trayecto y situación se ignora! Se puede, se debe regularizar la herida, separar los fragmentos óseos, las esquirlas cabalgantes, los restos superficiales [débris á fleur de crâne] y sobre todo desinfectar el foco por lavados antisépticos. ¿Pero al querer tentar más, no se correría el riesgo de crear falsas rutas, de abrir vasos y de provocar alguna inflamación peligrosa? Las lesiones son demasiado profundas y su sitio demasiado ignorado para que el trépano permita alcanzarlos.

II.

Luego, fuera de los traumatismos por proyectiles, hemos visto que hasta aquí la abstencion nacía del temor de transformar una fractura cubierta en una descubierta; á pesar de la seguridad que nos da la autisepsia y las barreras que opone á la infección, se está más tranquilo, la protección es más eficaz cuando el foco está recubierto por los tegumentos intactos. Y he aquí porque se descuida las irregularidades de la bóveda, las esquirlas, las depresiones, cuando no traducen ellas ningun trastorno funcional. El coma ó el delirio, la excitación ó el

estupor, la inflamación, no ordenan yá la intervención por el trépano, porque estos síntomas difusos derivan de una lesión difusa ó al menos demasiado extensa para que la ablación de algunas rodajas de hueso permita remediarla.

Cuando la fractura es descubierta, la intervención del cirujano es frecuentemente necesaria: bajo los tegumentos desgarrados, bajo las esquirlas privadas de su periostio, al medio de los coágulos sanguíneos, pueden penetrar los gérmenes exteriores; el cuero cabelludo es una de las regiones menos limpias de la economía, así que, las heridas que la atacan, poseen las mayores condiciones para ser contaminadas; es necesario entonces asearlas, regularizar su superficie, limpiar las anfractuosidades, separar los coágulos, las esquirlas desperiostadas, desinfectar los menores rincones, y poner el foco traumático en las mejores condiciones de asepsia, para oponerse á las inflamaciones propagadas, á la meningoencefalitis, la mas grave de las complicaciones que puedan sobrevenir. Una vez que se declara, no se detiene yá en su marcha y la muerte es la consecuencia casi inevitable.

Así, en esos casos de fracturas descubiertas, no se harán las cosas á medias, y las depresiones, que hubieran sido descuidadas, en el caso de estar recubiertas por un tegumento intacto, serán, al presente, enderezadas con la pinza, la espátula, el elevador ó vueltas á colocar y reducidas, segun las circunstancias; no se temerá recurrir aún al trépano para los fragmentos que rechasan la duramadre y la sustancia cerebral. ¿No pueden ocultar coágulos sanguíneos, "espacios muertos", en que se acumulan las serosidades y se vuelven medios de cultivo para los gérmenes infecciosos? Que no se olvide en efecto ésto: se desea menos combatir la compresión, que asegurar una desinfección minuciosa. En suma, no

es la cuestión del trépano clásico y correcto, sino más bien de una operación que limpia una herida anfractuosa; un foco de fractura está bajo la vista y á la mano, se aprovecha de él para regularizarlo y nada más.

Se necesitaría ir más lejos quizás, y no admitir, sin nueva comprobación, la aserción tan categórica de Bergmann sobre la inocuidad de las compresiones del cerebro por las depresiones craneanas. Ciertos hechos parecen demostrar el feliz resultado de la separación de esquirlas en los heridos privados de conocimiento: el enfermo de Cooper, hasta entonces comatoso, mira, se levanta y habla, desde que se le retiró un fragmento óseo que deprimía la dura madre; lo mismo se realiza con los heridos de Langenbeck, Schweickhardt, Zaggi y Bluhm. Un niño de cuatro años, atendido por Socin, es atacado de fractura del frontal con depresión muy marcada; se extrae las esquirlas, se evacua la sangre y luego el operado inanimado, soporoso, de pulso intermitente, de respiración superficial, de pupila dilatada, vuelve en sí, desaparecen todos estos síntomas y cura. A nuestro enfermo, que permaneció ocho días sin conocimiento, le separamos veinte y cuatro centímetros cuadrados de bóveda craneana, destrozada por efecto de una caída, y entonces renace su inteligencia. Estas observaciones son muy alentadoras y, en las fracturas descubiertas, los síntomas difusos no impedirán, por consiguiente, la intervención; asegurando la asepsia de la herida, se podrá ver gradualmente, atenuarse y desaparecer ciertos síntomas inquietantes.

Estas regularizaciones precoces, que aseguran la asepsia del foco traumático han tenido resultados no dudosos. Se sabe según las estadísticas de Bluhm, que antes de la nueva era, la mortalidad general, en las fracturas complicadas del cráneo, era de 46 á 52 por 100; uno sobre dos

de los heridos era muerto por la meningoencefalitis ó por la infección purulenta. No es ya lo mismo en la actualidad, si se atiende que, en la clínica de Heidelberg, se ha tenido de 1877 á 1884, catorce curaciones y nueve muertos sobre veinte y tres fracturas; vemos que reuniendo los datos de Loser, Wagner, Busch, Czerny, Estlander, Drew, Gortz y Schneider, llegamos á un total de ciento sesenta y tres intervenciones primitivas, con levantamiento, extracción de esquirlas ó trepanación en las fracturas complicadas de la bóveda; pero no comprobamos sino ocho muertos ó sea una proporción de menos de 5 por 100. Así la causa nos parece indiscutible y nadie dudará en regularizar el foco de la fractura para asegurar la asepsia.

A veces, bajo los colgajos de cuero cabelludo desgarrado, un chorro de sangre arterial se escapa del foco de la fractura; está herida la meníngea media y si no es detenida la hemorragia, la vida del enfermo se encuentra amenazada. Es necesario separar los tejidos, extraer los coágulos, buscar de donde viene la sangre, agrandar la herida, en caso necesario, por medio de pinzas osteótomas ó del trépano, y ligar la arteria, lo que es frecuentemente muy difícil: el hilo se escapa, las paredes se rompen; así las pinzas de permanencia, las cauterizaciones al hierro rojo, los tapones antisépticos en el fondo de la herida, son á veces necesarios; estos mismos medios no siempre bastan y se citan casos en que, para detener la sangre, se ha tenido que recurrir á la ligadura de la carótida externa ó aún de la primitiva.

El mismo accidente, la ruptura de la meníngea media, puede efectuarse bajo los tegumentos intactos; la sangre se acumula bajo el cráneo y provoca fenómenos funestos de compresión. El diagnóstico de esta complicación de las fracturas de la bóveda es posible y cuando en un sujeto

herido en la región temporal, sobreviene, después de una ó muchas horas y aún de un día entero, una parálisis localizada en un brazo ó una pierna, una hemiplegía, después signos de compresión con el coma, estertor, dilatación pupilar del lado opuesto á la parálisis; estos síntomas presentados un cierto tiempo después del traumatismo, revelan á un observador atento la existencia de una desgarradura de la meníngea. ¡Pero cuántas causas de error pueden desviar el diagnóstico! ¡El coágulo enorme y muy extenso no puede ocasionar trastornos funcionales difusos?

Habría interés sin embargo en reconocer esta ruptura, porque se puede intervenir con éxito, á pesar de lo que piensan Tillaux y nuestro amigo Girard-Marchaud, cuyas conclusiones pesimistas no son ratificadas por los hechos. Ciertamente el coágulo está con frecuencia muy extendido bajo la bóveda craneana para ser separado por los agujeros del trépano; no siempre se sabe donde se colecta la sangre, hacia adelante, hacia atrás ó en la base; después la ligadura de la arteria, suponiendo que se hubiera abierto el foco en buen sitio, no es empresa fácil. Es necesario tentarla sin embargo y, á ejemplo de Kronlein, se colocará la primera corona sobre una línea horizontal que parta del reborde superior de la órbita, á los 3 ó 4 centímetros por detrás de la apófisis orbitaria del frontal; si nada se encuentra, se coloca una nueva corona en el punto de encuentro de la misma línea horizontal con una línea vertical elevada inmediatamente detrás de la apófisis mastoidea. No se podrá dudar sobre el particular, si se cree en las cifras consignadas por Wiesmann: sobre 257 rupturas de la meníngea, 147 han sido tratadas por la expectación con 16 curaciones y 131 muertos; ó sea una letalidad de 90 por 100, en tanto que sobre los 100 trepanados, 74 han cu-

rado y 36 han muerto, lo que baja la letalidad á 33 por 100.

III.

La intervención puede ser dirigida todavía por ciertos trastornos funcionales inmediatos ó tardíos y cuyo estudio, datando solo de los veinte últimos años, había despertado inmensas esperanzas, cuya mayor parte no ha sido realizada. Se ha reconocido sobre la corteza cerebral, la existencia de "centros motores", cuya excitación provoca los movimientos de grupos musculares particulares, y ya el análisis experimental ha podido determinar al rededor de la cisura de Rolando, en las circonvoluciones ascendentes, al nivel del lóbulo paracentral y en las circonvoluciones frontales, las regiones que gobiernan los miembros superiores é inferiores, la cara, la lengua. Se conocen los planos arreglados por Charcot, Ferrier, Hitzig, que en verdad tienen el defecto de no estar absolutamente concordantes.

¿No podría sacarse partido de estos datos, para guiar el trépano en presencia de ciertos traumatismos del cráneo? ¿Si sobreviene una hemiplegía, no se sabría ya que fragmentos de la bóveda ósea ó algún coágulo sanguíneo comprime las zonas motrices del lado opuesto á la hemiplegía? Más aún, si la parálisis está limitada al brazo, á la pierna, á un grupo muscular del miembro superior ó del miembro inferior, si existe una contractura aislada, convulsiones localizadas en una región, afasia, ¿no se puede concluir de ahí que el territorio psico-motor correspondiente está atacado y no es posible imaginar una operación que abra el cráneo en ese punto para librar al cerebro del coágulo sanguíneo ó del fragmento óseo que lo comprime? La topografía comparada del cráneo y del encéfalo está bien establecida, y Broca, Ferré y Champignonnière nos enseñan en qué

lugar es necesario trepanar para alcanzar los centros psico-motores.

Desgraciadamente el problema es mas complejo y es necesario contar con numerosas causas de error: desde luego las localizaciones de los centros, no están, como sería necesario, tan rigurosamente determinadas, y los autores mas competentes no le dan, sobre las circunvoluciones, un sitio idéntico. Además, las investigaciones clínicas de Bourdon, Mallebay y Decaisne nos prueban que un mismo síntoma, la monoplegía braquial por ejemplo, se acompaña de lesiones cerebrales que, lejos de tener siempre un sitio idéntico sobre la corteza, están diseminados sobre una grande extensión. ¿No es necesario desde luego tener en cuenta la conmoción cerebral concomitante que oscurece el cuadro clínico de las primeras horas, con sus condiciones tan variables de inhibición, reflejo, agotamiento, suplencia? ¿A esto no se une á veces la alteración de los núcleos ganglionares cerebrales, focos por contra-golpes, traumatismos á distancia? En lugar, entonces, de herir, casi con seguridad, el centro de la zona cortical atacada, se estaría forzado á trepanar toda la porción del cráneo correspondiente á la región motriz, superficie que según los mas modestos, no mide mas de 24 centímetros cuadrados.

Con frecuencia se ha trepanado observando las indicaciones suministradas por las doctrinas de las localizaciones cerebrales, pero son señaladas las observaciones en que el éxito ha coronado la empresa. Así en las fracturas del cráneo, no se toma sino de una manera secundaria los conocimientos dudosos que nos suministra, y cuando existen trastornos funcionales localizados,—parálisis é contracturas,—se inquieta uno desde luego del foco traumático, de sus deformaciones y es allí donde se lleva el trépano. Tanto mejor si hay concordancia y si la parte deprimida

corresponde al centro psico-motor que se presume atacado. Se puede aún mediar un poco y si es posible, inclinar la corona hacia ese centro, si parece vecino; pero no es menos verdadero que hoy se interviene más sobre la depresión, la herida, la cicatriz, obrando casi como en el tiempo en que ignorábamos las localizaciones carebrales. Si entonces, en una fractura cubierta—hemos ya indicado la práctica corriente en las fracturas descubiertas,—existe síntomas inmediatos localizados, persistiendo y agrabándose de una manera progresiva, se está autorizado á tomar el trépano y aplicarlo sobre el foco mismo de la fractura.

Podemos suministrar en apoyo una observación bien curiosa; el 27 de Diciembre, un cochero de treinta y un años, cae á travez de la ventana de un techo sobre un yunque; nos lo llevan sin conocimiento y comprobamos, detrás de la oreja derecha, una herida insignificante que recubre una vasta fractura esquirlosa. El coma dura cuatro días; el quinto comienza el delirio; al noveno aparecen contracturas generalizadas con predominio del lado izquierdo; la crisis no dura sino algunos instantes, pero se renueva dos veces al día siguiente, cuatro veces al otro día y después, los ataques epileptiformes se suceden sin interrupción. Intervenimos el duodécimo de la fractura y después de haber circunscrito un gran colgajo cuadrangular que secciona los tejidos hasta el hueso, separamos cuatro esquiras bastante extensas para formar, cuando fueron colocadas en sus relaciones recíprocas, un fragmento del largo de 9 centímetros y de 6 de ancho, que recubre un enorme coágulo que desprendimos; en este momento saltó un borbotón de sangre negra que inunda el campo operatorio: el seno lateral estaba abierto; nosotros no tuvimos sino el tiempo de obliterarlo antes del síncope mortal, desde luego

con el dedo, después con tapón de tarlatana impregnado de una poma-da autiséptica; lavamos la herida, suturamos la piel, dejándole un orificio por donde pasa la extremidad de nuestro tapón hemostático.

Desde este momento mejora la situación; el enfermo tiene es verdad una crisis en la noche siguiente y atacado de contractura quiere lanzarse fuera del lecho; pero desde el siguiente día, le vuelve el conocimiento que había perdido desde la caída, porque ignora sus ataques epileptiformes y su operación; al cuarto día, reclama su pipa y se levanta; al octavo, separamos el tapón y la hermostasis es perfecta; al noveno, los hilos de sutura son suprimidos y la cicatriz, absolutamente correcta, es levantada por los latidos encefálicos. La irregularidad del foco, la compresión evidente que ejercían los fragmentos, el ligero predominio de las contracturas en la izquierda, lado opuesto al de la fractura, sobre todo la agravación de los síntomas, la multiplicidad siempre creciente de las crisis, nos obligaron á intervenir y con éxito notable.

En fin, hay casos en que los accidentes son tardíos, las esquirlas óseas provocan congestiones pasajeras, ataques de meningo-encefalitis; se forman abscesos, rara vez entre los huesos y la dura madre, pudiendo aún el pus colectarse en pleno tejido cerebral. En estos dos últimos casos, si se ha recurrido al trépano, se reconocerá, después de la ablación de la rodaja ósea, la existencia de la colección profunda, por la coloración pálida de la dura madre, por su inmovilidad, por la ausencia de pulsación cerebral. El bisturí debe ser llevado hasta el fondo del foco, pero esta cuestión ha sido con demasiada frecuencia tratada desde Dupuytren, para ocuparnos de ella aquí. La epilepsia traumática es uno de los accidentes mas frecuentemente observados. Championnière ha publi-

cado muchos casos de curaciones por la aplicación del trépano sobre el antiguo foco de fractura y podemos agregarle una observación personal que Féré, ha publicado ya.

Se trata de un escultor de treinta y seis años, herido en la cabeza por un casco de granada; curó en algunas semanas de una fractura grave, pero al cabo de seis meses tuvo un primer acceso convulsivo; después las crisis se vuelven mas frecuentes y luego tuvo dos por mes. No se puede tocar la cicatriz craneana, explorar la pequeña fistula que conduce hasta las esquirlas, tocar aún los cabellos, sin provocar una crisis inmediata. Por petición de Féré practicamos la trepanación; una incisión de 20 centímetros, forma un gran colgajo, y pone á descubierto el foco de la fractura. Una primera corona de trépano aplicada cerca de la eminencia frontal izquierda, en punto que parecía rugoso, no separó sino una rodaja sana; pero una nueva, colocada tres centímetros detrás, es el sitio de una eminencia evidente, de una hiperostosis, que proseguimos por dos nuevas coronas de trépano. En esta operación abrimos inopinadamente el seno longitudinal superior, cuya hemorragia detuvimos por una compresión prolongada; los colgajos fueron reunidos, suturados, comprimidos por un vendaje, que separamos al octavo día. La curación era completa y desde entonces la epilepsia no reapareció.

Esta exposición demasiado larga, aunque muy incompleta, puede resumirse en algunas cortas proposiciones: las fracturas del cráneo son cubiertas ó descubiertas; los cuidados de una antisepsia rigurosa, salvaguardia contra la invasión de una meningo encefalitis, exigen una regularización de la herida; aprovechándose de ésto, para levantar los fragmentos deprimidos, separar las esquirlas desperiostadas, extraer los cuerpos extraños accesibles y ligar

los vasos rotos. Cuando la fractura es cubierta, la abstención es la regla, á menos que un accidente no fuerce á intervenir; no se obrará sino cuando una rama desgarrada de la meníngea, amenaza matar al enfermo por hemorragia, ó bien todavía, cuando aparecen trastornos funcionales localizados, inmediatos ó tardíos, parálisis creciente, convulsiones repetidas, signos de producciones hiperémicas, abscesos del cerebro, epilepsia traumática: el trépano, aplicado al nivel del antiguo foco, ha dado entonces con frecuencia maravillosos resultados.—Traducido de la "GAZ. HEBDOM. DE MED. ET. DE CHIR POR

EMILIANO CASTAÑEDA.

VARIEDADES

Nuevos socios.—En el mes de Diciembre han venido á reforzar nuestras filas los señores: Nicolás B. Hermoza (Farmacéutico); Br. Pedro J. Ripalda, Samuel Izaguirre, A. Gamarra, Parcemon García y García y Máximo Matos del 6º año de medicina; Manuel D. Pagaza y J. S. Pagaza del 5º año; Br. Luis Maza del 4º; Br. Wenceslao Mayorga, Br. A. del Pozo, Br. Felipe Rosas, Br. Andrés Bello, y Br. Estanislao Pardo Figueroa del 3º, y Nestor Ochoa, Wenceslao Molina, Ladislao Corrales y Víctor Paredes del 2º

Bibliografía.—Agradecemos al Ministerio de Fomento de la República de México las siguientes publicaciones que se nos han remitido. Desde el presente número tendremos la satisfacción de remitirle nuestro modesto periódico,

Estas son:

Anales del Ministerio de Fomento.
—Tomo VIII (duplicado.)

Boletín semestral de estadística de la República mexicana.—Número 2 (duplicado.)

Estadística general de la República mexicana.

División municipal de la República mexicana.

Memoria sobre el departamento magnético—(duplicado.)

Estudios de meteorología comparada por Mariano Barcena y Miguel Perez (duplicado.)

Instrucciones que comunica el Observatorio meteorológico central á los observatorios foráneos—(duplicado)

Estudio de la Filosofía y riqueza de la lengua mexicana—(duplicado.)

Breves instrucciones meteorológicas &ª por Mariano Barcena Director del Observatorio Central.

También hemos recibido una interesante memoria presentada por el Dr. D. Eduardo Aristoy y Baró, á la Academia de Sanidad Militar del distrito de Andalucía considerando las *conservas alimenticias bajo el punto de vista Higiénico-militar*. En esta importante memoria, que ha sido impresa por orden del Ministerio de la Guerra español, después de entrar el autor en sumarias consideraciones respecto de la nutrición, la alimentación y el alimento, se ocupa del origen y desarrollo de las conservas; hace, con tal motivo, un rápido estudio de la fermentación. Se ocupa después de la clasificación y examen de los métodos empleados y especies de conservas conocidas, terminando con un resúmen crítico sobre el valor real de las conservas alimenticias.

Conferencias.—Para la de Abril se ha nombrado sustentantes á los señores Juan Anaya (Farmacéutico) y Teobaldo Cancino, y objetantes: del primero á los señores Br. N. B. Hermoza y E. Copello (Farmacéuticos) y del segundo á los señores Dr. M. Irujo y Br. Wenceslao Salazar.

Otra vez los títulos falsos.—Para conocimiento de nuestros lectores copiamos las listas de las Universidades fantásticas de América del Norte que expiden títulos de doctores

como nosotros pudiéramos expedirlos de Obispos:

Trinity University of medicine and Surgery, de Rennington (Vermont); University of Cincinnati; New-York State Medical College; University of New Hampshire; Trenton medical College; etc., etc.

(El *Sig. med.* de Madrid.)

Beneficio.—Fundada la «Unión Fernandina» en 1883, ha dedicado constantemente sus esfuerzos á la consecución de sus importantes fines: el adelanto de la Medicina Nacional y el bien de la humanidad han sido su objetivo. Se ha puesto al servicio de las autoridades cuando éstas han estado interezadas. Pero, desgraciadamente, ha tenido que circunscribirse á los estrechos límites en que la encerraba lo corto de sus recursos. Sus Laboratorios, Gabinetes y Museos, indispensables como está fuera de duda, se han conservado al estado embrionario. Aspiraba á más aún, al establecimiento de un consultorio médico gratuito.

Con el objeto de conseguirse fondos para la mas pronta realización de sus aspiraciones, organizo el 14 del presente una función de teatro. Cumplimos con el deber de hacer público nuestro agradecimiento á las personas que á él asistieron y muy especialmente, á aquellas que han acompañado un donativo al valor de la localidad.

Percloruro de hierro en la enfermedad de Bright.—El Dr. Wyss ha empleado la tintura etérea de percloruro de hierro á la dosis de 10 gotas tres veces al día. Da cuenta de gran número de casos tratados en dicha forma, y en más de la mitad desapareció la albuminuria rápida y completamente.

Bromuro de oro en la epilepsia.—El Dr. Gosibert apoyándose en una experiencia de 10 años, afirma (*Phid. med. Times*) que el mejor remedio contra la epilepsia es el bromuro de oro. Presenta éste sobre los demás

preparados bromurados, las ventajas siguientes:

1º Obra muy rápidamente.

2º Su acción es duradera (los ataques cesan á veces durante años.)

3º Por la pequeña cantidad de bromo introducida en el organismo. Lógrase éxitos prescribiendo solo 2 á 6 miligramos (niños) ú 8 á 12 miligramos (adultos.)

4º No se observa ni bromismo, ni trastornos digestivos, ni debilitación de las facultades intelectuales ó de las funciones sexuales.

Creolina en la dispepsia flatulenta.—Hiller recomienda la creolina en la dispepsia flatulenta. Prescribe la creolina á la dosis de 0 gr. 30 á 0 gr. 90 (en cápsulas), para tomar tres veces al día; no ha observado fenómenos secundarios desagradables, aún en los casos en que la creolina era administrada á la dosis cotidiana de 7 gr. 50. No obstante, aconseja se empiece siempre por dosis cotidianas de 0 gr. 12 á 0 gr. 30.

Acido fénico en los vómitos del embarazo.—Edwerd F. Willoughby [*Lancet*, 10 de Junio de 1889] recomienda vivamente este tratamiento. Prescribe 0 gr. 05 de ácido fénico en 16 á 30 gramos de agua para tomar cada 4 horas.

En la mayoría de los casos el vómito cesa al cabo de 2 á 4 días. El autor ha logrado también buenos resultados con el fenol en otros casos de vómitos reflejos.

Choc traumático.—El profesor Chauvel ha preconizado el siguiente tratamiento:

Al principio, restablecer la circulación por la situación horizontal, el masaje, las fricciones alcohólicas, las inyecciones subcutáneas de éter; elevar la temperatura por medio del aire calentado, baños llevados gradualmente de 36 á 43 grados. Si el herido puede tragar, se le administra estimulantes alcohólicos, ron, coñac, sin pasar de 50 á 60 gramos. Los revulsivos muy dolorosos, sinapismos,

martillo de Major, pueden presentar inconvenientes.—Una vez la reacción obtenida, los estimulantes á dosis ligeras, y con mayor intermedio en su aplicación, se combinarán con el opio hasta producir el sueño. La inyección intravenosa ha dado un éxito á Penfold y otro á Tibbis. En el caso en que el choc se prolongue, se ha aconsejado la estricnina, la digital, la belladona. La electricidad puede prestar también servicios.—(*France med.*)

La Creosota en la Diabetes—Según el *Jornal de Pharmacia* de Lisboa, á pesar de que Bernt había curado un diabético con ocho gotas de creosota estaba olvidado este tratamiento. Últimamente dos hermanas diabéticas hicieron uso de la creosota á la dosis de 10 gotas diarias diluidas en el agua, comprobándose bien pronto la desaparición de la azúcar en la orina.

El ácido sulfurónico como disolvente de ciertos medicamentos.—Según el profesor Berlioz el ácido sulfurónico dá con el agua una solución perfecta, que se asemeja á la leche; se emulsiona de la misma manera cuando tiene en disolución naftol, salol, creosota y ácido fénico y disuelve perfectamente 10 por ciento de naftol y 40 por ciento de ácido fénico. Se puede entonces hacer, con el ácido sulfurónico, soluciones tituladas que, mezcladas al agua en proporciones dadas, servirán para preparar los líquidos autisépticos. (*Sem. med.*)

Tratamiento de la diarrea infantil producida por la fermentación de los alimentos.—El profesor Luff de Inglaterra atribuye la diarrea infantil, en la mayoría de los casos, á una fermentación anormal de la leche con formación de tyrotoxicón. Haciéndose inerte esta sustancia por el biioduro de mercurio, el Dr. Luff ha ensayado administrar el biioduro á los niños atacados de diarrea; ha prescrito al mismo tiempo las precauciones higiénicas y dietéticas usuales. Sobre 80 casos de diarrea infantil sometidos á este tratamiento, la curación

ha sido completa al cabo de dos días en 72 y ningún caso ha resistido más de siete días. Se administra varias veces al día un milígramo de biioduro disuelto en cantidad suficiente de ioduro de potasio y adicionado de 6 centigramos de cloral. (*Sem med*)

Metamorfosis de las moscas carnívoras.—A propósito de una autopsia médico-legal el Dr. Angelesco hace un estudio completo de las metamorfosis de las moscas carnívoras y después de una serie de experiencias sobre la carne colocada en condiciones diferentes, formula las conclusiones siguientes:

a.—Las moscas del género *sarcophaga* depositan sus larvas mas bien en los lugares oscuros, por ejemplo en un sótano, y las moscas de la especie *Lucilia Caesar* y otras moscas carnívoras depositan sus larvas sobre la carne que se encuentra al aire libre.

b.—Los gusanos encontrados sobre un cadáver pueden ser alimentados aparte, y como se transforman en moscas, se puede indicar, según el género de moscas carnívoras, el lugar en que el cadáver ha quedado expuesto á los ataques de las moscas antes de ser enterrado;

c.—Las moscas sarcóphagas, y quien sabe otras especies de moscas carnívoras, pueden depositar sobre un cadáver gusanos en lugar de huevos y entonces la destrucción del cadáver tiene lugar mas rápidamente;

d.—Un cadáver sobre el cual se encuentra gusanos, demuestra haber sido enterrado desde hace 20 días, por lo menos.

El profesor Angelesco termina su trabajo diciendo: que, sería de desear que se estudiase la vida, costumbres y metamorfosis de las diferentes especies de moscas carnívoras en diferentes localidades. Este estudio debería ser emprendido por una comisión médica, auxiliada de uno ó varios entomólogos. (*Progres méd. roumain.*) de San Marcos

[Actividad comparada de las digi-

talinas.—Según el Dr. Bardet existe una gran incertidumbre en las nociones, que poseen en el día el médico y el farmacéutico, con respecto á los productos activos derivados de la digitalina. Así se considera la -digitalina amorfa como diez veces menos activa que la digitalina cristalizada. Por otra parte, el nombre de digitalina se aplica en Alemania á un producto que llamamos en Francia *digitaleina* y que difiere química y fisiológicamente de la digitalina. En efecto, las numerosas experiencias que ha hecho demuestran:

1º Que la digitalina amorfa tiene la misma energía que la digitalina cristalizada, desde que el Codex exige para los dos productos la completa solubilidad en el cloroformo.

2º Que la digitalina alemana, ó digitaleina insoluble en el cloroformo y soluble en el agua, es irregular en su energía, fluctuando ésta, entre veinte y cuarenta veces menos que la digitalina verdadera.

Es entonces útil no prescribir sino la digitalina clorofórmica, recordando que la actividad puede ser considerada como igual, tanto en la cristalizada como en la amorfa.

Algunos estudios sobre las lesiones valvulares del corazón sin trastornos funcionales.—En el espacio de trece años ha encontrado el Dr. Sir Andrew Clark seiscientos ochenta y tres sujetos atacados de lesiones valvulares del corazón, de las que constituyen según Sée el *tipo físico valvular*, advirtiéndole que yá al clasificarlas fueron excluidos todos aquellos casos de simple murmullo, todos los ruidos inconstantes ó intermitentes, los ruidos de soplo tricuspídeo y pulmonar y todos aquellos en que existía algún síntoma objetivo ó subjetivo de alguna enfermedad del corazón. Contando con que son muchos los que, por circunstancias especiales no pudieran anotarse, puede muy bien admitirse que la cifra se eleva á más de mil, lo cual demuestra que es muy

grande el número de personas atacadas de lesión valvular crónica, que no solamente no sienten síntoma alguno sino que pueden dedicarse á todas las ocupaciones de la vida ordinaria. La mayor parte de estos sujetos fueron á consultarse por síntomas dispépsicos, reumatismo, trastornos nerviosos, bronquitis, gota, afecciones cutáneas, etc., etc., enfermedades las más variables y sin relación ninguna con la lesión cardíaca, siendo, de las 683 personas, 326 dispépsicas, 134 afectas de trastornos nerviosos, 61 reumáticos, 47 con enfermedades del aparato respiratorio, 30 con afectos cutáneos y 23 gotosos.

Tan numerosos hechos justifican, en interés de la medicina práctica, un estudio completo qua solamente es posible hacerlo por medio de la historia de los antecedentes de familia, por las particularidades morbosas y los hábitos de los enfermos.

Después de citar algún caso típico de lesiones cardíacas sin síntomas, se pregunta Clark cuáles son las conclusiones que es permitido deducir de estos hechos, sobre todo en lo que hace referencia al pronóstico y al tratamiento de las afecciones del corazón.

Todas las personas examinadas tenían buena salud y llevaban un método de vida bastante arreglado; miocardio y vasos estaban sanos, manteníase regular la circulación y no existía tendencia particular al reumatismo ni á las afecciones catarrales. Bien es verdad que, en algunos casos de insuficiencia mitral, aún cuando no había ningún síntoma de enfermedad de corazón, los latidos eran irregulares y personas nerviosas los pacientes.

Existen, por otra parte, condiciones que favorecen la falta de síntomas y hacen que las lesiones cardíacas no den lugar á sus habituales consecuencias: la observancia de las leyes de la higiene, la tranquilidad de espíritu, el imperio sobre sí mis-

mo, el comer con regularidad y alimentos nutritivos y poco abundantes, el levantarse temprano, el llevar una vida regularmente activa, el huir del uso del café, te y licores, la templanza en todo, tanto en los ejercicios corporales, como en los del espíritu.

Mientras que favorecen, por el contrario, las consecuencias de las lesiones valvulares, condiciones numerosas y fáciles de comprender: unas que obran directamente sobre el corazón, otras sobre un órgano vecino; pero tanto unas como otras, una vez desarrolladas, no se detienen y prosiguen invariablemente en su funesta influencia. La irregularidad en la vida, los excesos en las comidas, la intemperancia en el uso de los alcoholes, del café, del te y del tabaco, aún el abuso mismo de los líquidos inofensivos, el ejercicio insuficiente ó excesivo, la vida sedentaria, las fuertes emociones, son los que más dejan sentir su influjo nocivo. Estas recomendaciones, que parecen á muchos exageradas, tienen para Sir Andrew Clark una importancia real y efectiva, y los peligros que de la inobservancia de tales preceptos se siguen, no son menos positivos por no ser inmediatos.

Dado, porejemplo, un caso de insuficiencia mitral, ¿cuáles serán las condiciones, en la suposición de que el paciente se someta, que le permitirán continuar en sus ocupaciones ordinarias, contratar un seguro sobre la vida, casarse ó hacer proyectos sobre el porvenir?

Para Clark son: buena salud general; hábitos regulares; ninguna predisposición á las afecciones catarrales y reumáticas; independencia de origen, en la lesión valvular, de procesos degenerativos; miocardio sano; existencia durante dos ó tres años de la lesión sin modificación alguna; arterias sanas; tensión normal en los pequeños vasos; circulación libre en las venas cervicales y ausencia de

congestión pulmonar, hepática ó renal.

F respecto al pronóstico, varía naturalmente según las válvulas atacadas y el carácter de las lesiones. Largo tiempo pueden vivir los que padezcan una lesión en las válvulas aórticas y los afectos de lesión mitral, pero siempre serán mayores los riesgos de los primeros que los de los últimos.

1.^a Hay muchas personas que, atacadas de una lesión valvular crónica, llevan una vida activa y disfrutan de buena salud, sin síntoma cardíaco, llegando á una edad avanzada.

2.^a El soplo de la insuficiencia mitral, aun cuando frecuente en la correa, desaparece lo más á menudo ocho ó nueve años después del ataque.

3.^a Las inflamaciones valvulares y los efectos que se manifiestan durante el curso de un reumatismo desaparecen algunas veces sin dejar rastro de su existencia, lo que acontece sobre todo en los jóvenes y pocas veces en la edad madura.

4.^a Los signos de lesiones valvulares, debidos á alteraciones degenerativas, en la edad madura, rara vez desaparecen; alguna vez se atenúan hasta el punto de permitir una curación aparente completa, cuando los trastornos respiratorios y circulatorios las han acompañado al principio.

5.^a Debe existir en los antecedentes, hábitos, ocupaciones y medio de los pacientes atacados de estas lesiones, condiciones que, desarrollando en unos casos los trastornos secundarios, los impiden en otros; estas diferentes condiciones son las que ha de haber interés en conocer para aplicarlas en la práctica.

6.^a Para que el estudio sistemático y crítico conduzca á un resultado práctico, debe ser acometido por un comité de investigación colectiva asistido por prácticos experimentados que posean el saber necesario para conducir este trabajo á buen fin.

9.^a Una observación común conducida con paciencia y discernimiento extenderá grandemente el círculo de nuestros conocimientos en patología cardíaca y aumentará los recursos de la terapéutica.—(Gaz. Méd. cat.)

Variabilidad ascendente ó reconstituyente del bacillus anthracis.— Los nuevos experimentos del ilustre A. Chauveau han presentado, según él mismo manifiesta, un interés inespereado.

En la sesión del 14 Octubre, dió cuenta de ellos á la Academia de ciencias (*comptes rendus*). Después de haber creado, gracias al empleo metódico del oxígeno bajo tensión aumentada, una raza de *bacillus anthracis* ultra-atenuada, llamada raza A, perfectamente vacunífera é impropia para matar ni siquiera una rata, la sometió á un método particular de cultivo (pequeña cantidad de sangre fresca de conejito de Indias añadida al caldo), logrando con esto dar á la raza la actividad virulenta necesaria para matar á los conejos y conejitos de Indias, Chauveau imaginó (*comptes rendus*, 25 Febrero 1889) que pronto sería virulento para las demás especies, si se le hacía pasar sucesivamente por el organismo de los sujetos para los cuales era mortal.

En su nueva comunicación, enumera sus ensayos en este sentido, todos negativos para los rumiantes, á pesar de ser los corderos y cabritos jóvenes excesivamente impresionables y de haber recibido dosis enormes de virus. En varios experimentos, ha inoculado un cultivo a conejitos de Indias, conejos y ovejas. Estas han resistido perfectamente, al igual de los carneros. Los demás animales han muerto, salvo en algún caso los conejos. Diríase, pues, que las medidas empleadas para revivificar la raza creada no han dado otro resultado que adoptar su propiedad infecciosa al organismo de los roedores.

¿Era necesario deducir de esto que

la variabilidad ascendente era limitada? Limitación curiosa, caracterizada por un hecho bien interesante: la creación y fijación de un tipo de bacilo absolutamente notable, enemigo mortal de los roedores, incapaz de dañar á los rumiantes, á los cuales preserva por el contrario! El autor no se atuvo á esto, é introdujo en el cultivo, en vez de sangre de roedor, sangre de rumiante. Los resultados fueron admirables: todos los carneros inoculados con este cultivo murieron. En resúmen: el cultivo en caldo adicionado de sangre fresca, en contacto del aire muy enrarecido, constituye el medio más seguro de revivificación del bacilo carbuncloso absolutamente privado de virulencia. Si la sangre añadida al caldo ha sido sacada de un conejito de Indias, el bacilo recupera la propiedad de infectar mortalmente primero la rata y el conejito de Indias que acaba de nacer, después el conejito de Indias adulto y los conejos. Llegado á esta fase, el agente carbuncloso vacuna perfectamente los rumiantes pequeños, pero es incadaz de matarlos. Para que adquiriera esta actividad, es preciso propagar el bacilo mortal para los roedores en cultivos, en caldo y sangre de carnero. Los esporos de los cultivos así preparados matarán los pequeños rumiantes.

Si ahora examinamos en conjunto los hechos comprobados, vemos que ha sido posible obtener tres tipos diferentes, con propiedades fijas:

1.^o El bacilo llevado á lo bajo de la escala de la variación descendente, tipo sin virulencia alguna, conservando empero muy sólidas propiedades vacunales.

2.^o El bacilo parcialmente revivificado, por la variación ascendente, y hecho capaz de matar al conejillo de Indias adulto, hasta al conejo; inofensivo, por otra parte, para los rumiantes y los solípedos, y, sin embargo, energicamente vacunador para ellos.

3º En fin, el bacilo cuya revivificación se ha hecho completa, es decir, llevada al punto de restituir al agente infeccioso su letalidad respecto del carnero; tipo que, según toda probabilidad, no es apto para producir, en el buey y el caballo, más que la infección vacunante.

Es inútil insistir sobre su gran importancia.

Influencia y mecanismo de la lesión local en las enfermedades infecciosas.

—Las experiencias realizadas por el profesor Bouchard le hacen admitir, que en las enfermedades infecciosas, en la enfermedad piocianica á lo menos, el animal puede triunfar del agente patógeno á condición de tener previamente cierta fuerza de resistencia: esta resistencia, inmunidad relativa, natural ó adquirida, actúa por procederes múltiples, de donde resultan actos diversos.

1º En el animal que tiene inmunidad relativa, los humores constituyen un medio menos favorable á la proliferación del microbio.

2º En este animal, la diapedesis de los leucocitos se opera en la zona primitivamente invadida con una intensidad mucho mayor, hasta el punto de constituir un tumor primitivo, una lesión local.

3º En este animal en fin, los leucocitos exudados poseen en alto grado la potencia fagocítica que es casi nula en el animal refractario, y por este medio, la lesión local llega á destruir en su sitio los microbios.

4º Durante su corta vida en el seno de la lesión local, los microbios continúan segregando materias solubles inoculables, que reabsorbidas obran sobre la economía entera, aumentando su resistencia.—[*Semaine Médicale.*]

El baño frío sistemático en la fiebre tifoidea—En la Sociedad Médica de los Hospitales de París, Josias manifestó que había tratado 36 casos de fiebre tifoidea, aplicando sistemáticamente un baño á 18º, cada tres horas, cuan-

do la temperatura llegaba ó pasaba de 39º. Ha tenido 35 curaciones y una muerte, lo que dá el 2'77 p^o/_o de mortalidad. Las edades han variado entre 5 y 40 años, y más. Las formas de la enfermedad pueden repararse del modo siguiente:

Benignas, regulares é hiperpiréticas, 27 casos. Graves, con ó sin complicaciones, 9 casos. Recaídas á pesar de los baños fríos, 4. Recaídas tratadas por los baños fríos, cuando la enfermedad había sido anteriormente tratada por otro método, 2 casos.

Los 36 enfermos, tomaron 2,227 baños, que representan para cada caso, 61 baños por término medio.

El baño no se ha suspendido sino de un modo momentáneo en los casos de hemorragias intestinales. La menstruación, las manifestaciones bronco-pulmonares, renales, etc., no han sido contraindicaciones al empleo de los baños.

No hace mucho tiempo que las complicaciones cardio-pulmonares y las hemorragias intestinales, eran atribuidas á los baños fríos. Hoy podemos reconocer; que estos accidentes, poco frecuentes, son el hecho, no del tratamiento, sino de la enfermedad en evolución, y aún parece que el baño frío los evita ó atenúa.

El análisis imparcial de estos 36 casos autoriza á Josias para decir que la medicación refrigerante, más que otra alguna, parece combatir con éxito la fiebre y la adinamia y colocar á los tíficos en mejores condiciones de resistencia. Sus resultados unidos á los de sus colegas JuhelRenoy y Richard forman una estadística de 130 casos entre los cuales hay 6 muertos, ó sea 4.61 por 100 de mortalidad.

Para Juhel-Renoy la diarrea observada en los tíficos no se debe al baño frío; sino mas bien á la acción de un purgante. La disminución de la diarrea ha sido, en efecto, señalada por Brand y otros autores en el tratamiento por el baño frío sistemático.—(*Le Bull. Méd.*)

Cloral contra los sudores nocturnos.—Nicolai recomienda frotar por la noche, al acostarse, todo el cuerpo del enfermo con una esponja embebida de una solución de cloral hidratado (7 gramos de cloral para un gran vaso de agua ó de aguardiente.) Algunas veces es suficiente dos ó tres fricciones para hacer desaparecer completamente los sudores nocturnos rebeldes á toda otra medicación.—(Bost. Med. And Surg. Journ.)

Estadística—demográfica de Lima del mes de Agosto de 1889.

Nacimientos en el mes.. 323.

	Hombres				Tt
	B	I	N	M	
Lejítimos.	42	12	"	22	76
Ilegítimos.	16	27	3	39	85
Ignorado.	2	3	"	1	6
Totales..	60	42	3	62	167

	Mujeres				Tt	
	B	I	N	M		
Lejítimas.....		28	12	1	24	65
Ilegítimas.....		16	35	"	38	89
Ignorada.....		"	2	"	"	2
Totales.....	44	49	1	62	156	
Nacidos en los hospitales.....					47	
Idem en la poblacion.....					271	
Idem en el campo.....					5	

Total..... 323

Matrimonios en el mes..... 28

Entre peruanos..... 25

Peruanos con extranjeros..... 2

Total..... 28

Edad máxima de los desposados:

De 50 á 55 años hombres..... 1

Idem mínima de los idem

De 19 á 20 años mujeres..... 1

Defunciones en el mes..... 270

	H	M	Ign.	Tt.
Blancos.....	53	38	"	19
Indios.....	83	36	"	119
Negros.....	10	9	"	19
Mestizos.....	18	15	"	33
De raza ign... ..	"	"	8	8

Totales..... 164 98 8 270

De menos de dos años de edad.. 52

De 2 á 12 años..... 23

De más de 12 años..... 187

Exposicion, de edad ignorada.. 8

Edad máxima de los fallecidos

De más de 90 años, hombres.. 3

H M Expo Tt.

De peruanos.. 130 96 8 234

De extranj... 34 2 " 36

Totales..... 164 98 8 270

Defunciones en los hospitales 128

en la poblacion

{ Con asistencia

médica..... 137

{ sin asistencia

médica, pero

reconocidos

por médico.. 5

Total..... 270

Enfermedades principales (en mayor número)

Nº de casos:

Tuberculosis pulmonar..... 71

Neumonia..... 27

Lesiones orgánicas del corazon.. 15

Meningitis..... 13

Enteritis..... 11

Hemorragia cerebral..... 11

Fiebre int. pernicioso..... 10

Tétano infantil.. 8

Diversas enfermedades..... 104

Total..... 270

Seccion de Estadística y Registros

Civiles—Mesa de Estadística—Lima

1890.—PEDRO ERNESTO SALMÓN.

Formulario.—

Septicemia puerperal— (Siredey)

Acido fénico..... 2 gramos.

Goma arábica en polvo { a a

Jabón medicinal..... { c. s.

H. S. A..... 20 píldoras.

*Dosis—*de 2 á 10 al día.

Cólicos hepáticos.—

Evonimina..... 40 centigramos.

Terpina..... 4 gramos

M. y h. s. a 20 píldoras.

*Dosis—*Dos mañana y tarde.