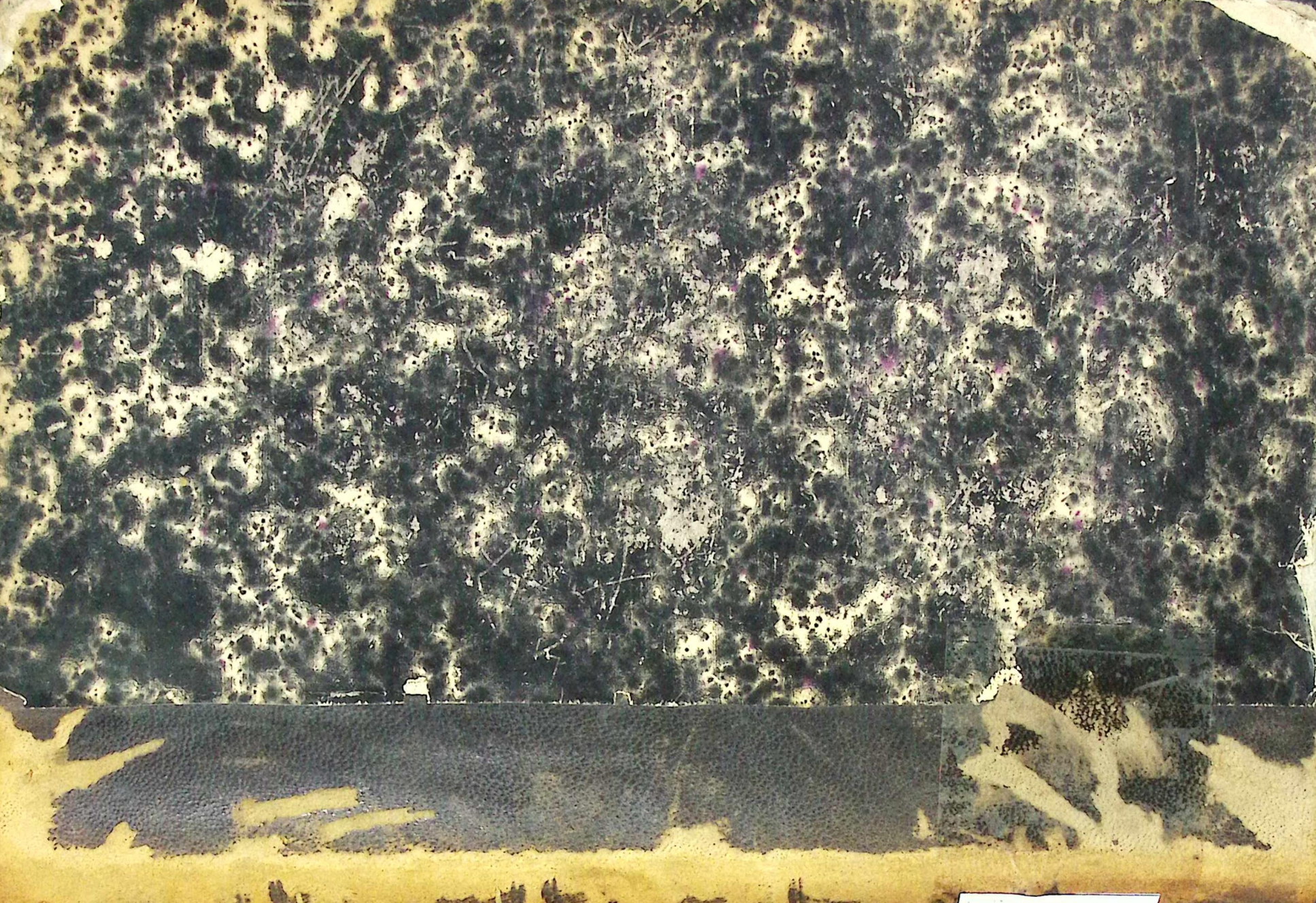

Dr. Mamerto Cádiz C.

DUPLICADO
Biblioteca Central - Escuela de Medicina

REVISTA MÉDICA

DE

CHILE

DUPLICADO
Biblioteca Central - Escuela de Medicina

publicada por la

SOCIEDAD MÉDICA

AÑO XXI—TOMO XXI

BIBLIOTECA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS
VALPARAISO

OFICINA
MONJITAS, NÚMERO 68, ALTOS

1893

Año XXI Enero y Febrero de 1893 Núms. 1 y 2

REVISTA MÉDICA

DE

CHILE 1893

PUBLICADA POR

LA SOCIEDAD MÉDICA

MONJITAS, NÚM. 68, ALTOS

SUMARIO

Editorial.—Saneamiento de Santiago, por el doctor R. Dávila Boza.—*Colaboración*. Breves consideraciones acerca de la importancia verdadera de la antisepsia interna. Dos capítulos de un libro en prensa, por el doctor Conrado Ríos V.—Noticia sobre la fuente de Turi, por el doctor Marcial Martínez L.—Saneamiento de Santiago (zonal central) entre el Cerro Santa Lucía, Río Mapocho, Alameda de Matucana y de las Delicias, por don Valentín Martínez.—*Correspondencia*.—Casos de septicemia gangrenosa, por el doctor Sierra M.—Contusión herziaria: peritonitis generalizada; laparotomía; muerte; por el doctor Sierra M.—*Sociedad Médica*.—Actas, redacción del doctor Conrado Ríos V.—*Revista Extranjera*.—Tratamiento de las quemaduras por la leche.—Incontinencia de orina tratada por la ruda aromática.—Calidad de la leche de vacas alimentadas con alcachofas.—Población y raza criminales.—La flegmasía alba dolens puerperal y la erisipela.—Sobre el régimen y el tratamiento de los albuminúricos.—Neoplasmas malignos inoperables.—Etiología del cólera.—Tratamiento del lupus, por el doctor R. Dávila Boza.—Influencia de la ligadura simple del cordón sobre la expulsión de la placenta, por el doctor R. Zegers P.—*Revista Clínica*.—Clínica de enfermedades nerviosas y mentales, por el doctor J. R. Trincado del Villar.—*Crónica*.—El Matadero de Valparaíso.—Congreso Médico Pan-Americano.—El doctor Greve.—Sociedad de Farmacia.—Vacunación obligatoria, por el doctor Conrado Ríos V.

SANTIAGO DE CHILE

1893

REVISTA MÉDICA DE CHILE

PUBLICACIÓN MENSUAL

SUSCRIPCIONES:

Por un año.....	$ 5.00
Por seis meses.....	2.50
Número suelto.....	0.50

El valor de las suscripciones debe ser enviado por giros postales al Tesorero de la *Revista Médica*, calle Monjitas, núm. 68, altos.

La *Revista Médica de Chile* admite avisos del país y del extranjero en las condiciones siguientes:

Por una página (de composición)...	$ 4.00
Por una id. (de clichées).....	3.00

Por la mitad, la tercera ó la cuarta parte de una página, el valor será proporcionado á los precios anteriores.

Dirección: Santiago de Chile, Calle del Puente número 17, altos.

EDITORIAL

Saneamiento de Santiago

Santiago, Febrero de 1893.

El bien meditado artículo del doctor Murillo, inserto en nuestro número anterior, sobre la mortalidad en Santiago, prueba con el testimonio irrefutable de las cifras que nuestra elegante capital es una de las ciudades de más alta mortalidad en el mundo entero.

El hecho llega á parecer dudoso; pero es, desgraciadamente, de aquellos que no admiten réplica ni atenuaciones de ningún género, y quien quiera cerciorarse de su efectividad no tiene más que recorrer nuestras estadísticas necrológicas.

Las causas de tan alta mortalidad son múltiples, como el doctor Murillo lo expone, y á nuestro juicio no son las principales las que dependen de las condiciones de la salubridad de la ciudad, sino otras más bien sociales y morales que físicas. Esto no obsta, sin embargo, para que convengamos en que la tarea que se nos impone como una necesidad imperiosa, imprescindible é impostergable, es la obra de saneamiento de Santiago por remoción inmediata de las causas físicas de insalubridad que existen dentro de su propio recinto, dejando para un segundo término la remoción de las causas sociales y morales, no obstante su mayor importancia, en atención á ser esta por su propia naturaleza, obra de mayor aliento y de muchísimo mayores dificultades.

Pero la obra del saneamiento físico no es tampoco tan fácil y sencilla que pueda hacerse así no más, de la noche á la mañana; sino que requiere también algún desembolso de dinero, no escaso caudal de conocimientos higiénicos y un poco de entereza y de energía para no detenerse ante la resistencia de ciertos intereses particulares, no muy legítimos en verdad, pero amparados por la costumbre y fuertes por su número.

Lo primero que hay que hacer es suprimir las acequias actuales y reemplazarlas por un sistema completo de alcantarillas y de desagües en la mayor escala posible. Es esta una obra tantas y tan repetidas veces pedida y explicada que no se comprende cómo no se ha realizado todavía. Siendo empresa reproductiva, puesto que cada propietario habrá de pagar su respectiva contribución por este servicio, parece cosa facilísima realizarla: bastaría que la Municipalidad garantizara un módico interés sobre el capital que se invirtiera, garantía que talvez nunca tendría que hacerse efectiva, para que cien empresas particulares se la disputaran hasta con entusiasmo.

Accesorios indispensables de esta obra han de ser la canalización de los cauces que sea inevitable dejar abiertos en mayor ó menor extensión, y la prohibición absoluta de mantener letrinas ó focos ciegos dentro de cierto radio de ciudad, radio que habrá de ir extendiéndose poco á poco con el tiempo.

Convendría también proceder inmediatamente y desde luego, antes que la propiedad adquiera mayor valor, á la apertura de avenidas anchas, y sobre todo de plazas convenientemente distribuídas. Las plazas deben prodigarse especialmente en los barrios pobres, y es en ellos precisamente en donde sería más fácil abrirlas por ahora. Responde al mismo objeto la idea de convertir en extenso parque los terrenos adquiridos con la canalización del Mapocho, idea que no sabemos con qué razones podría combatirse, pero que conviene, no obstante, difundir y propagar sin descanso para que algún día llegue á ser realizada antes del siglo futuro.

Pero más necesarias y más urgentes que las apuntadas, son, á nuestro juicio, otras medidas, que han de encontrar más resistencia de parte de los particulares, y que por esta razón convendría ir implantando desde luego.

Nos referimos, en primer lugar, á la prohibición absoluta que ha de establecerse de situar dentro del recinto urbano talleres, industrias ó cualquier clase de negocios ó lugares que sean anti-

higiénicos é insalubres por naturaleza, y á la ley ú ordenanza sobre edificios y construcciones que debe dictarse á la mayor brevedad posible con disposiciones claras y terminantes para que en todo nuevo edificio que se levante sean convenientemente consultadas las leyes higiénicas que le atañan por el objeto á que esté destinado.

Existiendo actualmente dentro del recinto urbano multitud de establecimientos reconocidamente anti-higénicos en sí mismos y dañosos en sumo grado para la salubridad pública, como las curtiembres, las caballerizas, las chancherías, etc., etc., que no es posible tolerar por más tiempo, conviene proceder desde luego á dictar las medidas necesarias para retirarlos fuera de los límites urbanos, concediéndoles, es natural y equitativo, un plazo prudente para efectuar su traslación en condiciones poco gravosas para sus dueños. Si se deja pasar más tiempo sin dictar tales medidas, cada día irá haciéndose más y más difícil su realización, y día llegaría en que esta realización sería imposible. Hoy por hoy habrá algunos intereses vulnerados, pero son relativamente insignificantes en comparación del mal que ocasiona la tolerancia de esa clase de establecimientos en el centro mismo de la ciudad ó en sus barrios más poblados. Lo mejor es, pues, cortar el mal desde luego.

Pero más urgente aún, más apremiante, es la necesidad de dictar una ley ú ordenanza sobre construcciones y edificios, que tenga por objeto principal ir mejorando paulatinamente las habitaciones de la clase obrera, tan detestable hoy en su mayor parte que no hay palabras bastante expresivas para darles el calificativo que merecen. Los llamados conventillos, sobre todo, son pocilgas inmundas en donde toda higiene y hasta la moralidad son imposibles, y en donde uno se admira de veras de que pueda haber alguien que conserve ilesa la salud. Nosotros creemos, y esto en vista de estudios pacientes que hemos hecho de la materia, que la excesiva mortalidad de Santiago se debe en parte principalísima, directa ó indirectamente, á las pésimas condiciones de salubridad de las habitaciones de la clase obrera, y estamos íntimamente convencidos de que la medida de más alta trascendencia para el saneamiento de la ciudad no consiste en la supresión de las acequias, como tanto se ha dicho, sino en el mejoramiento de esas habitaciones.

Muchas otras medidas habrá que tomar para llegar algún día,

si tal se puede, á un saneamiento perfecto de nuestra capital; pero con las apuntadas hay lo bastante para no dejar de este siglo malos recuerdos á las jeneraciones del futuro, y eso sobraría para que merecieran un voto de aplauso nuestros actuales gobernantes.

R. Dávila Boza.

COLABORACIÓN

Breves consideraciones

ACERCA DE LA IMPORTANCIA VERDADERA DE LA ANTISEPSIA INTERNA. DOS CAPÍTULOS DE UN LIBRO EN PRENSA (1)

CAPÍTULO I

Antisepsia interna en general

SUMARIO.—I. Dificultad de realizar la antisepsia interna, diversos aspectos de la cuestión; el doctor Massó Bru.—II. Paralelismo entre la acción antiséptica y el poder tóxico de los medicamentos; singularidad del mercurio en la sífilis y de la quinina en las fiebres palúdicas.—III. Establecimiento del grado de toxicidad de los antisépticos, apreciación de las pruebas; el cuadro de Bouchard y Charrin.—IV. Antisepsia interna propiamente dicha y antisepsia de las vías digestivas y pulmonares; la medicación antipirética.—V. Bouchard ante el Congreso de Copenhague; imposibilidad de hacer prácticas sus ideas.

Llegamos á la parte más difícil del estudio que hemos emprendido: á la antisepsia médica. Ella hace recién sus primeros pasos y por un camino sembrado de escollos, pues son otros, muy distintos, los factores que constituyen la base sobre que descansa todo el sistema de la antisepsia médica. Sigamos adelante para ir viendo poco á poco, y con la debida claridad, el fondo de la importantísima cuestion que ha de ocuparnos.

La doctrina bacteriológica que ha transtornado por completo el antiguo orden de cosas en el terreno quirúrgico, ha conmovido también la terapéutica médica de una manera bastante sensible.

(1) Estos dos capítulos pertenecen á un libro que escribí para los certámenes del Congreso Médico de 1889 y que fué premiado. Circunstancias diversas habían impedido á la dirección de aquel Congreso dar publicidad á los trabajos; hoy hay ya una buena parte en prensa.

Obedeciendo al deseo de algunos amigos, he adelantado los dos capítulos de que he hecho mérito, creyendo que, en todo caso, podrán ser de alguna utilidad para los lectores de la *Revista*.—C. R. V.

Si las enfermedades infecciosas son origen de micro-organismos, se ha dicho, destruyamos estos micro-organismos y así habremos realizado una terapéutica perfectamente razonable. Los que de una manera tan absoluta piensan, olvidan muchas veces la patogenia de las enfermedades, desconocen la importancia del descubrimiento de los alcaloides animales, llamados ptomainas, é ignoran la existencia de numerosas leyes físicas y biológicas que rigen á nuestro organismo.

Desde luego, debe tenerse presente en las enfermedades infecciosas las acciones mecánicas que los microbios ejercen sobre las células en la intimidad de los tejidos. Lo nocivo de su veneno, que más adelante estudiaremos, produce muchas veces lesiones que continúan evolucionando por su propia cuenta y que pueden hasta traer la muerte cuando los microbios y los venenos mismos han desaparecido por completo: las ulceraciones intestinales, las pericarditis, etc., pueden citarse como un ejemplo de lo que acaba de decirse.

Estas lesiones no podrían atribuirse á simples acciones mecánicas de los micro-organismos, como los bacillus de la lepra y de la blenorragia, que penetran en la célula, sino á un proceso de fermentación, según el cual los microbios obrarían localmente por fermentos solubles que optan el medio á las necesidades de su nutrición á la manera de la diastasa, de la ptyalina, de la pepsina, etc.

Pero volvamos á la cuestión.

Dado caso que el agente antiséptico interno tuviera una acción efectiva, ¿de qué agente echaríamos mano cuando todos los que poseemos en el día, con raras excepciones, están dotados de un poder tóxico sumamente enérgico? ¿cómo encontrar la manera de destruír los micro-organismos sin alterar la célula animal? Son estas consideraciones muy dignas de tomarse en cuenta las que han hecho vacilar por su base la solución del problema de la antisepsia médica, convirtiendo tan sólo en esperanza lo que algunos han creido realidad.

Miremos la cuestión por otro lado.

Si lo que se quiere es únicamente matar al microbio, cualesquiera que sean los medios que se empleen, ¿habremos de decir que hay por esto una verdadera antisepsia interna? Nó, por cierto. Si aceptáramos esta manera de pensar, aunque así han pensado muchos, desconoceríamos el verdadero significado de la antisepsia y llegaríamos al extremo de tener que encontrar en cada medicamento un antiséptico, desde que todos ellos, directa ó indirectamente, tienen por objeto fortificar la célula animal para que ella pueda vencer en la lucha á la enfermedad, microbiana ó nó.

Para que haya verdaderos antisépticos es necesario que estos agentes impresionen la vida, la multiplicación, la nutrición de los microbios, obrando directamente sobre ellos y no indirectamente por modificación del organismo, sin que sea necesario que el antiséptico mate al microbio, basta sólo que él disminuya ó retarde su pululación y con ello su poder infeccioso.

El doctor Massó Bru (1) ha sostenido que no puede haber antisépticos de orden interno por las razones siguientes:

«1.ª Porque la terapéutica no posee agentes farmacológicos, microbicidas;

2.ª Porque las enfermedades infecciosas de origen interno, dado caso que se lograse matar al microbio, quedarían por reparar las lesiones por él determinadas;

3.ª Porque siendo el parásito causal de la enfermedad, el medicamento microbicida resultaría un agente celular que obraría sobre la célula como sobre el microbio, ya que la moderna etiología prueba la identidad de funciones y de constitución entre las células vegetales microbianas y las animales, rechazando la idea de la toxicidad electiva, desde que Hipólito Martin ha probado que una solución fenicada al 3 por 100 destruye el microbio y la virulencia de un foco tuberculoso de un conejo y que al 6 por 100 destruye el organismo del mismo animal, ocasionándole la muerte;

4.ª Porque siendo, al fin y al cabo, la infección una fermentación en un modo vivo, lo mismo podría impedirse atacando el fermento que obrando sobre la materia fermentescible, dándole mayores resistencias y evitando sus desdoblamientos; y

5.ª Por ser las diastasas (ptomainas y leucotomainas) y no el mismo microbio los que desarrollan las enfermedades, resulta que la acción que se conoce de los antisépticos en el laboratorio no es aplicable, hoy por hoy, á la clínica con un fin microbicida y curativo causal».

No vamos nosotros tan lejos como el doctor Massó Bru, no somos tan excépticos como él. La antisepsia médica, lo hemos

(1) Congreso Médico de Barcelona.—Sesión de 10 de Septiembre de 1888.

dicho, es por hoy una esperanza, es una cuestión del porvenir; no tenemos por qué creer de que no habrá de llegar el día en que se resuelva satisfactoriamente el oscuro problema de la antisepsia interna encontrando medicamentos que, dados con la más delicada oportunidad, sean mortales para el microbio é inofensivos para el organismo. Decimos delicada oportunidad, porque será preciso llegar con el medicamento antes que los microbios hayan dado origen á las ptomainas ó á las lesiones degenerativas de los tejidos mismos, porque una vez formado y absorbido el veneno (lo que más adelante estudiaremos en detalle) se produce una lesión profunda del organismo, y entonces el empleo del antiséptico es completamente innecesario. Oportunidad y acción electiva del antiséptico: hé aquí la solución de la antisepsia médica. Algo se vislumbra ya respecto al segundo punto; tenemos motivos para no dudar del porvenir.

Raulin ha demostrado, después de repetidas experiencias, que la plata á dosis infinitesimales mata á los *asperguillus*, en tanto que las células animales quedan indemnes. Hay otros vegetales inferiores que viven con predilección en medios tóxicos para el animal, como ser soluciones de quinina, de arsénico, de antimonio, y es esto lo que hace vacilar y perder el criterio á los que con incesante afán buscan el establecimiento seguro de la antisepsia interna.

*

La acción antiséptica de los medicamentos no marcha paralela á su poder tóxico; así la anilina, por ejemplo, es mucho más tóxica que el ácido fénico, pero menos antiséptico que éste.

Se puede aumentar el poder germicida de una sustancia dada, escogiendo y asociando diversos antisépticos sin aumentar en más de un tercio la actividad tóxica.

Hemos dicho que no hay necesidad de matar el microbio para realizar la antisepsia; basta tan sólo incapacitarlo para su multiplicación. Oigamos por un momento á Bouchard el más ilustre campeón de la antisepsia médica (1).

(1) Lecciones sobre las Auto-intoxicaciones.—Traducción de los doctores Bernal y Moresco, pág. 298.

«Una cosa es matar un individuo, otra hacerlo infecundo. Me valgo de un ejemplo perteneciente á la botánica. Una palmera de Biskra que se cubre de frutos destinados á madurar cuando crece en el límite del desierto puede vivir bien en los invernaderos de un museo: pero nunca dará en él frutos capaces de reproducirla. No sucederá lo mismo en la Argelia. Así una simple modificación del medio, conservando á los organismos vegetales su integridad vital y toda su energía, puede incapacitarlos para su multiplicación.

El líquido de un cultivo carbunculoso inoculado á los carneros de Beauce los hará morir á todos; pero si trasladamos á Argelia carneros de esta misma especie y se les inocula con el mismo cultivo, de cada 20 inoculaciones quedarán estériles 19. Lo que es verdad para los grandes vegetales lo es también para los pequeños».

Hay algunos medicamentos que obran de una manera verdaderamente singular. El mercurio en la sífilis, la quinina en las fiebres palúdicas, en la tifoidea, y en una de las formas de la fiebre puerperal, hacen un efecto tan notable que no parece que obraran sino por su virtud antiséptica contra el agente infeccioso que produce estas enfermedades.

El calomelano á dosis fraccionadas hasta producir la salivación; las fricciones mercuriales, el cloro, el yodo, la esencia de trementina, el ácido bórico, el ácido salicílico, el yodoformo, etc., que disminuyen la temperatura en el tifus abdominal, son verdaderos antisépticos utilizables al interior, aunque algunos de estos medicamentos no pueden considerarse como verdaderos antisépticos internos desde que no obran sobre la sangre ni sobre la intimidad de los tejidos sino sobre el tubo digestivo.

Más adelante entraremos en mayores detalles.

*

Establecer de una manera precisa el grado de toxicidad de los diversos medicamentos antisépticos, es una cuestión mucho más difícil de lo que parece á primera vista. Desde luego, en el estudio de la acción de los antisépticos sobre los micro-organismos debe tomarse muy en cuenta la vitalidad que ha adquirido el microbio en el medio de cultura en que se encuentra; así un microbio resiste más á la acción del antiséptico cuando vive bajo forma de esporas, que cuando está en pleno desarrollo. La edad, así como la antigüe-

dad del cultivo, son puntos de importancia que deben ser tomados en consideración cuando se quiere estudiar el rol antiséptico de los medicamentos.

En la experimentación fisiológica de los antisépticos hay que tener presente que las sustancias introducidas en el tubo digestivo, si se escoge éste para la experimentación, son á veces absorvidas muy lentamente, otras con mucha rapidez, y en otras destruídas y eliminadas en partes ó en totalidad.

Se puede ingerir en cantidad enorme, azúcar ó alimentos transformables en azúcar sin ver aparecer la glicosúria, pues las cantidades introducidas van siendo destruídas poco á poco; si al contrario se inyecta un gramo de azúcar en las venas, un minuto después la orina contiene azúcar.

Todos estos inconvenientes que presenta la vía digestiva para la investigación de los antisépticos ha hecho que los experimentadores hayan sido abandonados poco á poco.

La vía subcutánea es más segura, aunque tiene también sus defectos; así no se sabe ni lo que es absorvido ni lo que se elimina en un tiempo dado. De aquí que para buscar los equivalentes de terapéutica, es decir, las dosis á las cuales los medicamentos principian á producir fenómenos fisiológicos sin llegar aún á ser tóxicos, se ha escogido la vía intra-venosa. Excusado es decir que el método de las inyecciones intra-venosas, para establecer un equivalente terapéutico, sólo sirve para las sustancias solubles.

Bouchard ha establecido préviamente los equivalentes de terapéutica de los líquidos disolventes. He aquí los resultados:

1.° Agua destilada: se puede inyectar hasta el 90cc. por kilogramo sin accidentes serios; 120 matan al animal;

2.° Alcohol: se puede inyectar hasta 0.6 cc. de alcohol absoluto por kilogramo. Á medida que se le añade agua se puede inyectar más alcohol. La dilución más favorable es aquella en la cual 20 volúmenes de alcohol absoluto están disueltos en 80 volúmenes de agua.

3.° Glicerina: la solución acuosa debe contener menos de 50 por 100 de glicerina; á 5 cc. por kilogramo el animal tiene tremulación. Á 14 cc. muere y la rigidez cadavérica es precoz.

M. Tapret ha ayudado á Bouchard en sus propósitos de encontrar experimentalmente las dosis á las cuales los diversos agentes solubles de la materia médica inyectados en una vena periférica traían la muerte de un kilogramo de materia viva.

Bouchard y Charrin han formado un cuadro bastante extenso de las sustancias ensayadas, algunas de las cuales no han sido aún empleadas como antisépticos. Dando nosotros toda su importancia al mencionado cuadro lo reproducimos aquí, declarando que lo hemos tomado del interesante libro de Lepage, Barette y Le Gendre (Traité practique d'Antisepsie, 1888).

Sustancia ensayada	Título de la solución	Dosis mortal por 1 kilg.
Potasa	2/1000	0.125 gramos
Cloruro de potasio	1/180	0.18 "
Carbonato de potasa	1/200	0.19 "
Bicarbonato de potasa	1/100	0.08 "
Tartrato de potasa	1/200	0.24 "
Nitrato de potasa	1/200	0.17 "
Clorato de potasa	1/100	0.16 "
Bicromato de potasa	1/200	0.09 "
Bromuro de potasio	1/100	0.25 "
Soda	5/1000	0.39 "
Arseniato de soda	5/1000	0.225 "
Azotito de soda	2/100	0.89 "
Azotato de soda	4/100	2.30 "
Sulfito de soda	1/6	2.03 "
Hiposulfito de soda	15/100	3.90 "
Oxalato de soda	1/200	0.10 "
Pirofosfito de soda	2/24	2.25 "
Hipofosfito de soda	1/100	2.25 "
Fosfato de soda	1/15	3.03 "
Sulfovinato de soda	1/6	4.20 "
Lactato de soda	1/6	3.01 "
Citrato de soda	5/100	0 70 "
Tartrato de soda	5/100	0.95 "
Clorato de soda	1/20	0.40 "
Bromuro de sodio	1/10	5.50 "
Salicilato de soda	4/100	0.90 "
Carbonato de soda	1/25	3.90 "
Bicarbonato de soda	4/100	1.78 "
Colato de soda	2/100	0.540 "
Calcato de soda	2/100	0.46 "
Tartrato de potasa y soda	5/150	0.64 "
Tartrato de fierro y de potasa	5/150	0.38 "

Sustancia ensayada	Título de la solución	Dosis mortal por 1 kilg.
Tartrato de fierro y amoniaco	1/150	0.49 gramos
Pirofosfato de fierro citro amoniacal	1/100	0.36 "
Cloruro de fierro y de amoniaco	2/100	0.50 "
Citrato de litina	1/100	0.254 "
Carbonato de amoniaco	1/100	0.24 "
Acetato de amoniaco	1/100	0.28 "
Sulfato de amoniaco	2/100	0.38 "
Valerianato de amoniaco	1/100	0.67 "
Bromuro de amonio	2/100	0.85 "
Clorhidrato de amoniaco	1/100	0.38 "
Nitrato de amoniaco	1/100	0.35 "
Citrato de fierro	2/100	1.51 "
Tartrato de fierro	2/100	1.34 "
Yoduro de fierro	5/400	0.88 "
Percloruro de fierro	3/240	0.57 "
Lactato de fierro	2/100	1.60 "
Sulfato de fierro desecado	1/1000	0.29 "

Cuando hemos dicho que en el estado actual de nuestros conocimientos la antisepsia interna es más ilusoria que real, nos hemos referido por cierto á la antisepsia de la sangre y de la intimidad de los tejidos, porque no negamos que la antisepsia de las vías digestivas y pulmonares no sólo es posible, sino que también se impone en determinadas enfermedades. Pero tanto las vías digestivas como las respiratorias pueden considerarse hasta cierto punto como la continuación del tegumento, y miradas así las cosas, la antisepsia interna en su extricto significado no existe hoy por hoy.

Es cierto que casi todos los medicamentos que se aconsejan en las enfermedades infecciosas son de aquellos cuyas propiedades antisépticas están perfectamente comprobadas, y es cierto que hay también medicamentos que obran de una manera electiva, manifiesta, como los mercuriales en la sífilis y la quinina en las fiebres palúdicas: ambas enfermedades son parasitarias y los mercuriales son antisépticos probados.

Pero resta averiguar de qué depende esta acción específica. ¿Se hace ella sentir sobre los microbios de la sífilis y de la fiebre palúdica ó sobre los productos que estos segregan, las ptomainas, ó es una benéfica modificación celular la que dichos medicamentos

producen? Hé aquí la solución del problema con todos sus difíciles caracteres.

La medicación antipirética ha sido considerada por Pécholier, Bouchard (en un tiempo) y otros, como una rama de la medicación antisimótica general. Basta no olvidar la génesis de las enfermedades para convencerse que discurrir de semejante modo es un error.

Bouchard es quien ha sentado las bases de la antisepsia médica y ha librado buenas batallas en su favor con un talento propio de los hombres superiores.

En un periódico médico español (1), á propósito de las ideas sustentadas por Bouchard en el último congreso de Copenhague, se lee:

«El valor de la antisepsia quirúrgica, decía Bouchard, ya no se pone en duda por nadie; pero la antisepsia médica se rechaza en absoluto. Dícese que estando el agente infeccioso en las partes más profundas del organismo, sería necesario impregnar por completo á este de sustancia antiséptica, la que, obrando de igual modo sobre las células humanas y la de los fermentos, mataría al enfermo antes que al microbio. Tal sofisma puede refutarse con tres argumentos: 1.° Hay sustancias que inofensivas para el hombre, matan, no diré los microbios, pero sí ciertos microbios; el oxígeno indispensable al hombre impide el desarrollo de todo un orden de fermentos; la plata á dosis insignificante para un organismo animal, suspende el desarrollo de los *asperguillus;* 2.° Existen enfermedades, como la disentería, el cólera, la difteria, etc., en las que el agente infeccioso está por lo menos un tiempo limitado en la superficie de ciertos órganos y podría ser alcanzado localmente por la sustancia antiséptica sin necesidad que ésta impregne el organismo; 3.° La terapéutica antiséptica médica no se propone matar el microbio, como falsamente se dice, sino tan sólo dificultar su multiplicación. En efecto, cuando en las enfermedades infecciosas la victoria se decide á favor de los fermentos, es porque éstos incesantemente se renuevan, porque nuevos combatientes cada vez mas numerosos suceden á aquellos que en la lucha por la vida, contra las células, se han gastado. Se puede esperar que modificaciones del organismo infectado podrían difi-

(1) *Revista Médica* de Sevilla, 31 de Mayo de 1888, pág. 306.

cultar el desarrollo y la multiplicación de ciertos microbios que ya la hubiesen invadido.»

La cuestión difícil y seria es la manera de proporcionar el oxígeno, la plata, etc., en las enfermedades, de tal modo que se llegue á destruir el microbio de una manera segura y oportuna, lo cual es harto difícil de realizar prácticamente. En cuanto á la antisepsia aplicable á las afecciones de las vías respiratorias y digestivas, y de que se habla en la segunda proposición de Bouchard, nada tenemos que agregar desde que, como ya lo hemos dicho, aceptamos en todas sus partes la antisepsia de estas vías.

El incansable Bouchard que ha visto que la absorción de los antisépticos por la vía intestinal es relativamente incapaz de impregnar todo el organismo ha buscado en las inyecciones intravenosas la solución del problema. Con este objeto ha inyectado el biyoduro de mercurio en las venas de animales atacados de carbón bacteriano en la forma siguiente:

Biyoduro de mercurio.....	} aa	
Yoduro de sodio.....	} 0.002	gramos.
Agua destilada.....	} 5 á 12	»

Todos los animales, con excepción de uno, han sucumbido á causa de la toxicidad de la sal mercurial, aunque en la autopsia no se ha encontrado bacterios en la sangre, y las inoculaciones hechas con esta misma sangre han dado resultados negativos.

Todo esto viene a probarnos una vez más que la antisepsia interna, propiamente tal, de la sangre ó de la intimidad de los tegidos es imposible en el estado actual de nuestros conocimientos y que todo intento serio que en este sentido se ha hecho ha escollado en el peligro cierto de matar la célula vegetal junto con la célula animal.

Penetrando más á fondo en el intrincado problema de la antisepsia interna, encontramos nuevas pruebas que nos aseguran que la antisepsia interna prácticamente realizable es imposible. Desde luego, no se sabe ni siquiera aproximadamente las modificaciones que el antiséptico sufre á través de la superficie absorbente ó á través del hígado antes de llegar á la sangre, y no es lógico emplear un medicamento, aunque sea reputadamente antiséptico, sin que se sepa la suerte que va á correr este medicamento en el organismo: los tiempos de Raspail han pasado sin duda para no volver jamás!

En el capítulo que sigue aduciremos nuevas consideraciones en pro de la dificultad que hay para realizar la antisepsia interna.

CAPITULO II

Ptomainas y Leucomainas

SUMARIO.—I. Resumen histórico del descubrimiento de las ptomainas; reactivos de las ptomainas.—II. Ptomainas conocidas hasta 1886 según Guareschi.—III. Las leucomainas, su origen ¿por qué el organismo no se envenena á sí mismo? primeras leucomainas descubiertas.—IV. División de las leucomainas; los alcaloides de la sangre normal del buey según Wurtz.—V. Conducta terapéutica en presencia de una enfermedad infecciosa.

El estudio de las ptomainas que se viene haciendo con entusiasmo desde hace algunos años por una pléyade de notabilidades científicas, ha venido á arrojar luz poderosa sobre las nociones patogénicas y á esclarecer muchos puntos hasta ayer oscuros de la medicina. Los dominios de la química y de la biología se han dilatado considerablemente; se ha creído que la antigua teoría humorística recobraba el terreno que en buena lid había perdido y que había razón para invocar como causa de enfermedad los venenos mórvidos de naturaleza química de que por tanto tiempo se hizo gran caudal para explicar la forma y marcha de las enfermedades.

Desde hace poco tiempo, repetimos, se ha levantado una nueva bandera: la de las ptomainas ó alcaloides cadavéricos como causa directa de las enfermedades; á los microbios se les señala sólo como los agentes productores de estos alcaloides.

Las ptomainas son álcalis á menudo cristalizables y que presentan las propiedades generales de los alcaloides vegetales. Se les ha dado el nombre de ptomainas ó alcaloides cadavéricos, porque se ha creido que sólo se podían formar con la putresfacción celular; pero después se ha descubierto sustancias similares en las secreciones de animales vivos y en los tejidos de los recién sacrificados sanos, que se han denominado *leucomainas* y de las cuales trataremos luego.

Antes que el descubrimiento de las ptomainas quedara definitivamente establecido como una verdad científica, se había hecho numerosos estudios sobre la causa íntima de las enfermedades, y con este motivo algunos descubrimientos de verdaderos alcaloides, que pasaron como hechos aislados, y que por tanto no fijaron la

atención de nadie. Bastará citar en apoyo de lo que afirmamos los nombres de Gaspard y Stich (1822), de Panum (1856), de Dupré y Jones Bence (1858), de Bergmann y Schmiedeberg (1868), de Sonnenschein y de Zülzer (1869), que encontraron varios alcaloides, sea en el pus, en la levadura de cerveza, en los cadáveres ó en la sangre putrefacta.

O. Weber, Hemmer, Sweninger demostraron que el veneno de la putrefacción es de naturaleza química, pero no lo pudieron aislar; Dupré y Jones Bence (1866), sacaron de los tejidos y líquidos animales una sustancia alcalídica á la cual dieron el nombre de *quinoidina* animal.

Rörsch y Fassbender (1871), en una experiencia médico-legal, sacaron del hígado, del baso y de los riñones una sustancia que presentaba las reacciones de los alcaloides; Schwanert en el mismo año extraía del cadáver una sustancia oleosa la *propylamina* (1).

En fin, Marquardt, Hager, B. Liebermann, Brands-Krebs, Brouardel y Boutmy con importantes trabajos contribuyeron poderosamente á preparar el terreno de las próximas y verdaderas conquistas; lo mismo que Wolkenhaar, Moriggia, Zenoni y Cortez, Spica, Selmi y otros.

Selmi de Bolonia en 1871, vino á dar una base sólida y definitiva á la cuestión de las ptomainas y hacer que ellas se estudiaran de una manera metódica y extrictamente científica.

Examinando Selmi un cuerpo que se suponía envenenado, encontró reacciones de alcaloides que no podían atribuirse á ninguno de los conocidos, que no pertenecían á la creatina ni á la creatinina, y que le hicieron sospechar que los cambios post-mortales podían producir tales sustancias. El Gobierno italiano, comprendiendo la importancia de las declaraciones de Selmi, nombró una comisión para que estudiara el punto con relación á la medicina legal á fin prevenir fallos injustos (2).

A continuación de Selmi, y siguiendo inmediatamente los pasos de este hábil investigador, una série de hombres de mérito se pusieron con afán á buscar estos alcaloides que empezaban á llamar tanto la atención. Pero ninguno había aislado las ptomainas que

(1) Les Maladies Infectieuses, Microbes, Ptomaïnes et Leucomaïnes.—Ch. Devierre, 1888, pág. 37.

(2) Gazetta chímica, t. XIII, 1883.

había descubierto, y esta segunda faz de la cuestión comienza con Nencki, A. Gautier, Étard, Guareschi, Mosso, Maas, Willgerodt, Salkowski y Briéger (Debierre).

Nencki, el primero, sacó de la gelatina en putresfacción, una base alcalóidica capaz de combinarse con un ácido para formar una sal cristalizada: la *collidina*.

Briéger ha demostrado que cada período de la putresfaccion se acompaña de la formación de alcaloides nuevos, los unos tóxicos los otros no tóxicos. En los primeros días los alcaloides no son ordinariamente tóxicos. A partir del sétimo día lo son, en particular uno que se ha denominado *mydaleina* que provoca diarreas profusas, vómitos, inflamación intestinal, y que á la dosis de cinco milígramos produce la muerte de un cuy (1).

Ya Panum en 1855 había inyectado materia pútrida calentada á 100°, es decir, libre de los fermentos; sin embargo, la toxicidad no había desaparecido. En 1876, Hiller filtró las materias pútridas y se esforzó de no inyectar nada figurado y la toxicidad persistió siempre. Posteriormente Buchholz filtró sobre arcilla, líquidos cargados de microbios, observando que este líquido filtrado, claro y desprovisto de todo elemento orgánico, quedaba siempre tóxico.

Brieger, en 1885, aisló la tifotoxina, alcaloide que extrajo del cultivo del bacillus de la fiebre tifoidea. Inyectado este alcaloide en el cuy ha dado orígen á síntomas parecidos á los de la muerte súbita en los tíficos.

La inyección de orina de coléricos ha dado á Bouchard en los animales en quienes se ha hecho la experiencia, calambres y convulsiones distintas de las que producen las orinas secretadas durante el sueño; además cianosis de las mucosas y una hipotermia considerable y diarrea, como puré colérico, al cual apenas si le falta el bacillus para ser en un todo igual á las evacuaciones del cólera. Estos hechos tan notables fueron comunicados por Bouchard al Congreso de Grenoble en 1885.

Hay veces que los microbios no existen en la sangre ni en ninguna de las vísceras, como pasa en la septicemia, lo que hace comprender una vez más que los accidentes generales sólo pueden ser debidos á la absorción de materias tóxicas fabricadas por estos

(1) L'Hygiène Prophylactique.—Dujardin—Beaumetz, 1889, pág. 49.

microbios. En algunas enfermedades, todavía, se ha demostrado de una manera clara y terminante que no es el microbio mismo el causante de la enfermedad sino una materia por él secretada, tal sucede en la enfermedad pyociánica ó sea la del pus azul, que se manifiesta infecciosa y tóxica, y que se reproduce artificialmente inyectando el veneno separado del agente infeccioso que es el *bacillus pyocyáneus*. M. Charrin ha hecho estas inyecciones reproduciendo en conejos y en otros animales que le han servido para la experimentación las huellas características de la afección. La *pyocyanina*, que así se llama el veneno secretado por el microbio, ha sido aislado por Fordos y M. Gessard.

Se ha buscado con empeño un reactivo para las ptomainas. Brouardel y Boutmy pensaron que sólo las ptomainas tenían la propiedad de reducir un cloruro férrico en presencia del ferrocianuro de potasio y de dar así una coloración azul característica. Gautier ha demostrado que esto es desgraciadamente falso y que la apomorfina, la morfina, la muscarina y la eserina tienen idéntica propiedad (1).

Hay sin duda reactivos para las ptomainas, pero no un reactivo único.

La lista de las ptomainas aumenta considerablemente de día en día.

E. D. Ferguson (2) dice que ha encontrado descritas las siguientes: *Hidrolina, Metilguanidina, Mydaleina, Neurina, Midatoxina, Colina, Muscarina*, varias anónimas y extractivas ptomainosas.

Guareschi (3) da una lista de las ptomainas conocidas hasta fines de 1886 y cuya importancia nos hace reproducirla aquí.

(1) Dijardin.—Beaumetz.—Libro citado, pág. 50.
(2) La Medicina Científica, 1.° de Junio de 1889.
(3) Annali di chinica e di farmacologia, 1887, pág. 227.

Fórmula	La nominación	Autor del descubrimiento	Origen	Acción fisiológica
$C^5\ H^{11}\ Az$	Titanotoxina	Brieger	En los casos de tétanos	
$C^5\ H^{13}\ Az^2$	Neuridina	Id.	Cadáveres humanos	No tóxica
$C^5\ H^{14}\ Az^2$	Cadaverina	Id.	Id.	Id.
$C^5\ H^{16}\ Az^2$	Saprina	Id.	Carne podrida	Id.
$C^4\ H^{12}\ Az^2$	Putrescina	Id.	Id.	?
?	Mydaleina	Id.	Id.	?
$C^8\ H^{11}\ Az$	Collidina	Nencki	Gelatina podrida	?
$C^8\ H^{13}\ Az$	Hidrocollidina	Gautier y Etard	Carne podrida	Convulsiva
$C^9\ H^{13}\ Az$	Parvolina	Id.	Pescados averiados	?
$C^{10}\ H^{13}\ Az$	No bautisada	Guareschi, Mosso	Fibrina descompuesta	Acción del curare
$C^{17}\ H^{38}\ Az^4$	Id.	Gautier	Carne podrida	?
$C^5\ H^{15}\ AzO^2$	Collina	Brieger	Id.	Acción del curare débil
$C^5\ H^{13}\ AzO$	Neurina	Id.	Pescados averiados	Id.
$C^5\ H^{15}\ AzO^3$	Muscarina	Id.	Id.	Toxicidad media
$C^5\ H^{17}\ AzO^2$	Gadinina	Id.	Carne podrida	No tóxica
$C^5\ H^{11}\ AzO^2$	No bautisada	Salkowsky	Id.	Id.
$C^6\ H^{15}\ AzO^2$	Id.	Id.	Id.	?
$C^7\ H^{18}\ Az^2O^6$	Id.	Pouchet	Id.	Tóxica
$C^5\ H^{12}\ Az^2O^4$	Id.	Id.	Id.	Id.
$C^5\ H^{13}\ AzO^2$	Mytilotoxina	Brieger	Mytilus edulis (moule)	Id.
$C^6\ H^{15}\ AzO^2$	Midatoxina	Id.	Cadáveres descompuestos	Acción del curare
$C^6\ H^{11}\ AzO^2$	Mirdina	Id.	Id.	?
$C^5\ H^{11}\ AzO^2$	Betaïna	Id.	Pescados averiados	?
$C^7\ H^{17}\ AzO^2$	Tifotoxina	Id.	En los casos de tifus	Tóxica
$C^{13}\ H^{30}\ Az^2O^4$	Tetanina	Id.	En los casos de tétanos	Toxicidad media
$C^{14}\ H^{20}\ Az^2O^4$	No bautisada	Guareschi	Fibrina descompuesta	?
No determinada	Spasmotoxina	Brieger	En los casos de tétanos	Toxicidad media
Id.	Tirotoxina	Vaughan	Queso	Tóxica

Pasamos ahora al estudio de las leucomainas, sintiendo que el carácter práctico de este trabajo nos impida extendernos como quisieramos.

***

Las leucomainas, de origen más reciente que las ptomainas, son alcaloides que se encuentran en los animales vivos y sobre cuya procedencia íntima no hay sino congeturas más ó menos fundadas. Algunos creen que ellas se producen bajo la influencia de simples cambios químicos entre las células, otros piensan que son secreciones de micro-organismos que existen normalmente en los individuos, ya en sus distintas secreciones, ya en el tubo intestinal.

Ha pasado con las leucomainas lo mismo que con las ptomainas. Antes que entraran definitivamente en el dominio de las conquistas científicas, se había hecho diversos descubrimientos sobre la materia, descubrimientos que quedaron aislados y á los cuales no se les dió importancia.

Aparte de los venenos producidos por los microbios ó por perversiones de la nutrición, hay también venenos normales que se fabrican constantemente en el organismo y que si no fuera porque ciertas vísceras se apoderan de estos venenos para destruirlos, el envenenamiento general no tardaría en producirse. El hígado, por ejemplo, neutraliza los venenos que toma del intestino la vena porta, ó bien, sin neutralizarlos, los vuelve á arrojar al intestino; los emunctorios de la cutis expulsan, por otra parte, los venenos que están en circulación.

Es sabido que la orina es tóxica y que contiene venenos múltiples (hecho definitivamente resuelto después de las investigaciones de Bouchard), mereciendo señalarse dos sustancias convulsivantes, una hipostenizante y una narcótica.

El tubo digestivo es una fuente constante de venenos, porque además de los alimentos y de la bilis contiene los productos de las putrefacciones intestinales. Las materias fecales son perfectamente tóxicas, toxicidad que se debe principalmente á la potasa y al amoniaco, como lo ha demostrado Bouchard.

Alejandro Marcet, dice Ferguson, describió en Londres y Jinebra en 1819 la xantina; Liebig, en 1849, encontró en la orina normal la creatinina, sin que le hubiera reconocido, sin embargo,

claramente su carácter de alcaloide; Liebreich en 1869, encontró igualmente en la orina, la betaina.

Armando Gautier (1871 á 1872) dió base sólida al estudio de las leucomainas, descubriendo que la fibrina abandonada en verano bajo una capa de agua daba lugar á ciertos alcaloides fijos y volátiles. Continuando sus investigaciones, ya de una manera metódica, descubrió que la carne fresca contenía estos mismos alcaloides y describió finalmente algunas leucomainas musculares (1).

En 1880, G. Pouchet encontró la *lantonina* y la *carnina*.

Á continuación siguieron numerosos trabajos, mereciendo señalarse los de Bocci y de Bouchard (1882), de Mourson y de Schlagdenhaufen (1883), de Lépine, de Guérin y de Netter (1883) (2).

Tauret, en 1882, constató que las peptonas presentaban la mayor parte de las reacciones de los alcaloides.

Briéger ha demostrado que la acción del jugo gástrico sobre la fibrina desarrolla un alcaloide que sería un producto colateral de la putrefacción y al cual le ha dado el nombre de peptoxina (3).

Las leucomainas han sido divididas en un grupo úrico, otro creatínico y en un tercero que comprende las restantes.

No todas son tóxicas.

Las principales no tóxicas son: la betaina, la carnina, la adenina, la guanina, la hipoxantina (sarcina), la xantina, la pseudoxantina, la creatinina, la auficreatina, pertenecientes todas á los grupos úrico y creatínico (Ferguson).

Al tercer grupo pertenecerían los alcaloides encontrados en la orina, la sangre, el baso, los intestinos, la saliva, la leche, etc.

En los caldos de cultivo de varios microbios patógenos se ha encontrado alcaloides, por ejemplo, en los del *staphylococcus pyogenus aureus* en los del bacillus de la fiebre tifoidea, del tétanos, del cólera, etc.

M. R. Wurtz ha expuesto recientemente ante la Facultad de Medicina de Francia (4) el resultado de seis investigaciones sobre los alcaloides de la sangre normal del buey.

---

(1) Para más detalles véase Gautier y Etard, Comptes rendus, t. XCIV, páj. 1601.

(2) Netter.—Des poisons chiniques.—Archiv. gen. de Médecine, 1884.

(3) Briéger.—Microbes, ptomaines et maladies.—Trad. de Boussi et de Winter, París 1887.

(4) Revue Scientifique, 9 de Febrero de 1889.

De las experiencias de Wurtz se desprende que además de las bases conocidas y aisladas desde largo tiempo, creatina, xantina, hipoxantina, existe un cierto número de leucomainas fijas y volátiles, cuya proporción no sobrepasa de 3 gramos por cada 100 litros. Dos solamente de estas bases han sido analizadas por habérselas podido aislar aunque en muy pequeña cantidad, y son: la methylamina, volátil, y la plasmaïna, fija.

Casi todas las leucomainas de la sangre, dice Wurtz, no son tóxicas ó lo son muy poco. La más tóxica mata una rana de 5 gramos de peso, termino medio, en una hora más ó menos, á la dosis de 2 á 3 milígramos.

Queda, sin duda, mucho que decir sobre las ptomainas y leucomainas, pero preferimos poner aquí punto final, pues basta lo expuesto para deducir la conducta terapéutica que debe seguirse, en nuestro concepto, en presencia de una enfermedad infecciosa claramente determinada. Asunto será éste que trataremos en el próximo capítulo.

DR. CONRADO RÍOS V

Noticia sobre la fuente de Turi

Existe en un punto cercano á San Pedro de Atacama, á 2,420 metros sobre el nivel del mar, y en medio de una vegetación mediana, un perenne manantial de agua llamada por muchos *mineral*.

Sabiendo que su composición era completamente desconocida nos propusimos hacer su análisis, contando para esto con las muestras que cortesmente nos ofreciera un caballero de esta localidad; no sin ignorar tampoco que á la fuente ó arroyuelo que nos ocupa se le atribuían propiedades ó virtudes medicinales, á veces usada en baños, y otras administrada interiormente como un estimulante digestivo.

La composición por litro del agua que analizamos, dosificando en ella las sustancias que nos fué dado determinar, operando sobre la escasa cantidad de líquido con que contamos, es la que á continuación se apunta:

Un litro de agua contiene 2.357 gramos de sales, como sigue:

Acido carbónico libre	0.4584	gramos
Bicarbonato de cal	0.4615	"
Cloruro de sodio	0.9001	"
Id. de potasio	0.0546	"
Id. de magnesio	0.2188	"
Sílice	0.1154	"
Sulfato de soda	0.1382	"
Oxido de hierro y alúmina	0.0082	"
Materias orgánicas: oxígeno disponible para su oxidación	0.0024	"
Total	2.357	gramos

Volúmenes de gases disueltos:

Oxígeno y azoe	9cc.30	por litro
Ácido carbónico libre	232cc.00	"
ó sea	23.2%	

Reacción al tornasol: débilmente *alcalina.*

Por vía de confrontación ó semejanza, consignaremos aquí que uno de los muchos análisis que se han efectuado de las fuentes realmente minerales de «Vichy» (Source Celestins), da para éstas, por cada un litro, un resíduo salino que alcanza á 8.244 gramos, dominando en éste el bicarbonato de soda, al que siguen después en una proporción menor el de magnesia, potasa y cal, etc.

Vemos, pues, una notable diferencia entre el total de sales que ámbas tienen en solución.

Se nota asimismo, por los datos que preceden, que el agua de Turi, atendida la proporción relativamente escasa de sales que contiene, ocuparía un lugar intermediario, por decirlo así, entre las aguas minerales propiamente dichas, que contienen una dosis mayor de resíduo fijo, y las buenas aguas potables, cuyo total de sales nunca debe pasar de cinco decígramos por litro; á fin de hacerlas aplicables con ventaja á todos los usos domésticos é industriales á que se las destina. Pues, el agua que ha sido objeto de este ligero estudio, sometida á un prolongado hervor, deja depositar un abundante resíduo, compuesto de sílice que permanecía disuelta á expensas del ácido carbónico libre que existía allí, y de carbonato cálcico; lo que acusaría para este último una *dureza* temporal tan considerable como impropia, bajo el punto de vista de su aplicación doméstica.

Podemos hacer notar también que aún la proporción de gases disueltos hace una excepción notable con relación al oxígeno y azoe que ella encierra, hasta con el agua de lluvia, que es la menos rica en los gases ya nombrados.

Los resultados, variables como son, según la naturaleza de cada agua, han dado á Péligot, para esta última, por cada un litro:

Azoe y oxígeno	22cc 5	} = 23cc.
Ácido carbónico	0cc.5	}

La pequeña cantidad de oxígeno y de azoe disueltos en el agua de Turi, considerada la altura del lugar en que se encuentra, y como una natural consecuencia la débil presión atmosférica que existe ahí, tiene su explicación muy fácil en las conocidas leyes de Daltón y de Henry, leyes que señalan para los gases, respecto de su solubilidad en el agua, un coeficiente fijo, que está siempre en una relación constante con la presión soportada por el líquido disolvente.

El aumento del ácido carbónico en esta misma agua, respecto de la de lluvia, tampoco es extraño; pues es sabido que toda agua corriente contiene siempre mucho más ácido carbónico que la pluvial. Esto es debido á que este ácido se encuentra en aquellas no solamente al estado libre y en disolución, sino, como hemos visto, en el de combinación con el carbonato de cal. Se ha creído, pues, poder atribuír el oxígeno del ácido carbónico de las aguas corrientes á la acción disolvente del agua de lluvia sobre el aire encerrado en una tierra vegetal. Ésta contiene, en efecto, materias orgánicas que producen constantemente ácido carbónico por medio de una combustión muy lenta, y se halla como impregnada de una atmósfera que, según Boussingault y otros, encierra 250 veces más ácido carbónico que el aire exterior que la rodea. En esta condición el agua de lluvia que cae al suelo, disuelve al atravesarle el ácido carbónico. Este último entra entonces á ejercer su acción disolvente sobre los carbonatos terrosos que el agua, ya corriente, encuentra en los distintos terrenos que recorre.

Ahora, por lo que hace á las materias orgánicas, en dosis menor aún en la mitad al límite fijado por algunos para las aguas recomendadas como inofensivas á la salud, no se puede indicar, en el estado actual de los conocimientos químicos, cuál sea su composición ó estado.

La ausencia completa de amoniaco ya formado, cosa que averigüé valiéndome de los reactivos más sensibles, no puede significar con todo que no haya en ella materias orgánicas albuminoides, de aquellas que producen ó azoe ó amoniaco al oxidarse, ni que sean tan sólo materias húmicas disueltas las que hubiere en el agua que nos ocupa; pues, se sabe que las primeras, tratando, por ejemplo, el resíduo fijo por evaporación con el hidrato de potasa, dan amoniaco algunas veces y otras nó; pero también sabemos que aún cuando no lo den, no puede ser éste un signo concluyente de que aquéllas no se encuentren en el agua que se examina.

Hemos visto por el análisis y el extracto que copiamos que, mientras en el agua de Vichy predomina el bicarbonato de soda, la de Turi debe también su alcalinidad, aunque menor, á la presencia de un bicarbonato, pero terroso. Es de todo el mundo conocido el poder digestivo de la primera y su acción benéfica como un agente terapéutico de gran energía y eficacia en la curación de ciertos males; pero, no obstante el grado menor de concentración en la segunda, también ha podido ya ser observado por algunos que el uso inteligente y metódico de esta misma puede en cierto modo estimular la digestión.

Antes de determinar con minuciosidad sus principales componentes, desconfiábamos un tanto de la probable eficacia de su empleo. Ello era natural; pues que se trataba de un punto no estudiado aún, ni satisfactoriamente comprobado mediante la observación metódica de numerosos é indudables casos; pero hoy no querríamos considerar como imposible el que pudieran constatarse en ella, por medio de un prolijo examen, los efectos saludables que muchos creen haber podido ya palpar en el agua de esta fuente. Nadie ignora tampoco (y esto como en apoyo de la suposición que adelantamos) que la presencia del carbonato de cal y del cloruro de sodio en una agua, aunque no en las precisas proporciones en que convengan, es reconocidamente útil para la nutrición en general, y en particular para el conveniente desarrollo del sistema huesoso.

El hecho indudablemente importante de conocerse, aunque en parte, los buenos efectos del agua que estudiamos, y la circunstancia talvez feliz de encontrarse en un lugar cuya altura podía ser incontestablemente benéfica en muchos casos, nos hace insinuar á la ciencia médica la conveniencia de intentar la tan humanitaria como provechosa tarea de ver hasta qué punto podría sernos útil, haciendo, en vista de las indicaciones que apuntamos, las deducciones y estudios profesionales prácticos que hubieren menester para alcanzarlo.

Antofagasta, 24 de Agosto de 1892.

MARCIAL MARTÍNEZ L.

Saneamiento de Santiago

(ZONA CENTRAL)

ENTRE EL CERRO SANTA LUCÍA, RÍO MAPOCHO, ALAMEDA DE MATUCANA Y DE LAS DELICIAS

«La salud pública es el pedestal en que reposa la felicidad del pueblo y el poder del Estado.»—(Disraeli, citado por E. Chadwick).

INTRODUCCIÓN

Lo que decía el gran Ministro es más que una verdad, es un axioma, como lo es que la protección de la salud pública es el primer deber de la administración.

La vida no tiene precio, ha dicho el célebre higienista Baldwin Latham, y el hombre jamás hará lo bastante para protejerla contra los numerosos peligros que la rodean.

Ya no es posible permanecer indiferente á los progresos realizados por la ciencia sanitaria en protección de la salud y de la vida

Las condiciones de salubridad en que se han colocado pueblos más adelantados que el nuestro, han hecho bajar la mortalidad en una proporción muy notable: de 58 á 20 por 1,000 en Berlin, de 30 á 21 en Washington. (1)

Entre nosotros la mortalidad es de 50 por 1,000 próximamente, á pesar de la benignidad de nuestro clima; lo que prueba hasta la evidencia las malas condiciones de salubridad en que vivimos. El saneamiento se impone, pues, con fuerza irresistible.

(1) Proust: Rapport sur l'assainissement des villes, 19 de Agosto de 1889.

Para apreciar mejor los beneficios que resultarán en pro de la salubridad pública y privada, citaremos el hecho bien probado hoy día en Berlin de que en las casas unidas ya á la canalización de desagües, sólo se presenta un caso de fiebre tifoidea por 48 habitaciones, mientras que en las que todavía no lo están son 6 veces mas numerosos.

Lóndres, París, Marsella, Francfort, Varsovia, Brooklyn, Nueva York y tantas otras ciudades, beneficiadas como Berlin, nos trazan, con la sanción de la experiencia, el rumbo que debemos seguir en protección de la higiene y salud pública.

Saneamiento y salubridad son correlativos de causa y efecto. No puede haber salubridad sin saneamiento, aunque éste sea solo una parte de las exigencias de la higiene pública y privada.

Por saneamiento entendemos, no sólo el escurrimiento rápido y total de las aguas de residuo fuera del recinto habitado, sino también la extracción de todas las materias usadas: basuras, desperdicios de cocina, residuos industriales, etc., etc.

Los procedimientos para conseguir este resultado se han ido perfeccionando con los progresos de la higiene, la cual exige hoy que toda aglomeración urbana posea un abastecimiento abundante de agua potable de buena calidad, sin contaminación posible; y como la ciencia sanitaria ha demostrado también que el agua es el vehículo por medio del cual se propagan y se transmiten los gérmenes de las enfermedades infecciosas, de la fiebre tifoidea, del cólera, etc., etc.; y como, por otra parte, está bien probado que la mortalidad causada por la tísis (tan común en nuestro país) disminuye con el drenaje del suelo, se sigue que el sistema más racional para alejar las aguas de residuo de la habitación es una canalización hermética. Sólo así quedará al abrigo de toda contaminación el agua que bebemos y el aire que respiramos. Pero la obra no podrá ser completa sino se dispone de un sistema de colectores que reciban el producto del drenaje doméstico para conducirlo fuera de la aglomeración urbana. Ni podríamos eliminar las aguas lluvias que, corriendo superficialmente, deben recibirse en algunos puntos de la ciudad para llevarlas también fuera del residuo urbano, por canalización especial, o bien por la misma canalización que conduce las aguas de residuo.

De aquí la distinción que se hace entre el sistema separado (separate system) y el todo á la cloaca (tout a l'égout). El *separate system* tiene su fundamento en la circunstancia de que las aguas

de residuo de la habitación son 1/50 próximamente de las aguas lluvias, y por consiguiente, si el *touta l'égout* exige una canalización tan costosa, se debe únicamente á la cantidad de las aguas lluvias, bastando una canalización muy pequeña para las aguas de residuo, si de dejan escurrir por las cunetas de las calles las aguas de lluvia.

El coronel Warring que implantó el *separate system* en Menphis, y los ingenieros que han preconizado este sistema, han llamado la atención con mucha justicia sobre dos puntos, dice el distinguido higienista M. Durand Claye:

1.° La vía que siguen las materias debe calcularse en proporción del cubo normal de esas materias y no presentar dimensiones exageradas que favorezcan la lentitud y el depósito de cuerpos sólidos y pastosos;

2.° Conviene colocar en diversos puntos de la red depósitos de agua que suministren, fuera del cubo normal, golpes de agua regulares, que aseguren un lavado metódico y enérgico.

En seguida, agrega: estimamos que el drenaje racional ciudad de tipo normal que cuente de 20,000 á 500,000 habitantes,debe reposar sobre una combinación de cañerías y de alcantarillas.

ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA

Siguiendo los preceptos del célebre ingeniero sanitario M. Durand Claye, hemos proyectado para el saneamiento de la zona central de Santiago, el sistema mixto; pero, como es preciso no olvidar las circunstancias locales, nos hemos aproximado al sistema Warring en un punto, que paso á justificar.

La más séria y más justa preocupación de un ingeniero que proyecta un sistema de desagües para una ciudad, que ya tiene otro sistema ó que no tiene ninguno, consiste en la posibilidad de obstrucciones en las cañerías, obstrucciones que pueden llegar á tener inconvenientes muy serios y, en todo caso, desagradables. Es, pues, natural que se trate de alejar cuanto se pueda esa posibilidad de obstrucciones y sus inconvenientes.

En Santiago, pasarán muchos años antes que sus calles se encuentren en todo tiempo barridas y lavadas, y todos sabemos la cantidad de barro, arena, basuras, bosta de animales, etc., que las aguas lluvias arrastran en un fuerte chubasco. Hacer que pasen

por resumideros estas aguas así cargadas de materia y con la velocidad con que bajan por la cuneta de las calles, con la esperanza que se decanten en un tiempo inapreciable, para que entren puras á las cañerías, es una ilusión. Entrarán como lleguen, cargadas de materias y susceptibles, por consiguiente, de obstruir las cañerías. Vale más que sigan su camino hasta el colector más próximo, donde no hay inconveniente en recibirlas.

Tiene esta manera de ver dos puntos muy atendibles:

1.° Cuando la pavimentación y aseo de las calles haya mejorado en parte, el inconveniente, si lo hubiese, sería también menor, por ser aguas más ó menos limpias que no harían sino lavar las cunetas, lo que hoy se hace en París, por ejemplo;

2.° Siendo las aguas lluvias en término medio 50 veces mayor que las aguas de la habitación, la cañería puede ser de pequeño diámetro.

Por todas estas razones me he apartado en un punto: el de dejar que las aguas que corren por las calles sigan su curso hasta el colector más próximo, en vez de llevarlas al mismo colector por el intermedio de las cañerías.

No podría ser una objeción la de que las aguas lluvias pueden ser un auxiliar para la limpia de las cañerías, porque ese auxiliar además de tener los inconvenientes apuntados más arriba, viene cuando menos lo pensamos y por consiguiente muy poco racional sería el sistema que debiese funcionar en sus limpias, contando con las aguas lluvias. Podría suceder que pasasen las cañerías meses y años sin recibir el aseo que les darán las limpias periódicas y perfectamente regulares con que nos proponemos completar un sistema racional de limpia.

La casa chilena, por otra parte, con su disposición en patios y la circunstancia de que las aguas se quedan en resumideros ó van á la calle, así como las de los patios interiores se van á la acequia (que ya no existirá) permitirá echar en el desagüe doméstico las aguas del segundo patio, aguas que por venir de los techos son claras y no hay inconveniente en recibirlas con la interposición de un sifón hidráulico.

Sentado esto, paso á describir el sistema que creo preferible, atendidas las condiciones de pendientes, de buen servicio de lavado de las cañerías y de la ventilación de la red.

Colectores y cañerías.—La zona central tiene dos pendientes,

una de oriente á poniente, que es la mayor, y otra de norte á sur, bastante menor que la anterior.

Esta circunstancia me ha conducido á subdividir la zona en siete partes por colectores que, yendo de norte á sur por las calles de San Antonio, Morandé, Manuel Rodríguez, Negrete, Bulnes, Esperanza y Matucana, desaguarán en un colector emisario que sigue por la Avenida de las Delicias.

Estos colectores son del tipo adoptado en Francfort, y de 1 m. 50 por 1 m. 00 en un mínimum. El colector emisario de 1 m. 89 por 1 m. 20 tiene sus paredes de 0 m. 20 de espesor, y de 0 m. 15 los demás. Van estucados en el interior hasta el nacimiento de la bóveda y en el estrado de la misma, con una mezcla de cemento de 0 m. 015 de espesor.

Los colectores y el emisario llevarán compuertas de lavado, chimeneas de visita y de ventilación, de que hablaremos más adelante.

La subdivisión en siete porciones por colectores visitables obedece á la unidad de conjunto de la red del desagüe.

No hay duda que catorce colectores habría sido mejor que siete, si se atiende á que mientras mayor es el número de colectores, mayor es el número de porciones aisladas é independientes, y por consiguiente menor la probabilidad de una obstrucción, la cual compromete ó puede comprometer la porción total. Pero raciocinando así llegaríamos á perseguir el ideal realizado en París, de tener una red de alcantarillas visitables tan extensa como la ciudad misma. Sistema que por su elevadísimo costo debe admirarse pero no imitarse.

Era preciso, pues, buscar un límite que realizara el máximum de efecto útil con el menor costo, y esto es lo que constituye la parte esencial de una solución racional, confiada al ingeniero, cuya misión es amoldarse á las reglas del arte sin alcanzar un costo excesivo.

Cañerías.—Por otra parte, las cañerías que completan la red no deben bajar de cierto diámetro, y á un diámetro mínimo corresponde una distancia máxima entre colector y colector.

La cuestión es compleja y sólo el ingeniero, inspirado en la armonía del conjunto, puede ver plenamente justificada la solución que debe realizar el máximum de efecto útil con el menor costo posible.

Las cañerías que completan la red del desagüe serán de tres clases:

1.ª Las cañerías de primer orden que, siguiendo de oriente á poniente por el eje de las calles, sirven á cuatro manzanas, tienen un diámetro de m. 0.25 y sirven las de segundo orden;

2.ª Las cañerías de segundo orden que corren de norte á sur, tienen un diámetro de m. 0.20 y sirven á una sola manzana;

3.ª Las cañerías del drenaje doméstico que desaguan, ya sea en las del primer orden ó en las del segundo, tienen un diámetro de m. 0.15.

Estas cañerías se unen tanjencialmente por medio de tubos especiales y están provistas de chimeneas de visita y de ventilación, y de aparatos automáticos de limpia, de que hablaremos luego.

Pendientes.—La pendiente de las cañerías del primer orden es la general del terreno, que varía entre 10 y 12 m/m. por metro. La profundidad de colocación está calculada de modo que las cañerías de segundo orden tengan una pendiente que no baje de 10 m/m. por metro, comenzando á m. 1.20 en su oríjen, á fin de poder instalar en su extremidad superior el cajón bascular ó sifón Field, y también á fin de que la cañería de tercer orden del drenaje doméstico pueda tener una pendiente que no baje de 30 m/m por metro.

La profundidad de los colectores resulta necesariamente del relieve y profundidad del resto de la red. En todo caso hay un límite inferior que resulta de la necesidad de conformarse con la práctica establecida por el distinguido ingeniero sanitario Baldwin Latham, y que consiste en dar una pendiente tal que la velocidad de arrastre en el fondo sea superior á m. 1.10 en las cañerías y á m. 0.60 en los colectores.

Lavado.—Hemos dicho más arriba que la más justa preocupación del ingeniero encargado del establecimiento de un sistema de desagües, es la de evitar la posibilidad de obstrucciones. Un cálculo bien hecho de las secciones, de los perímetros mojados y de las pendientes, es ya una primera seguridad que creemos haber conseguido.

Otra seguridad es la elección de paredes lisas é inatacables por los ácidos, la que hemos obtenido con los tubos de loza vidriada.

Pero eso no es bastante: á ciertas horas del día el escurrimiento de las aguas del drenaje doméstico es casi nulo y las materias

pastosas adheridas á las paredes acabarían por obstruir las cañerías.

Para alejar en absoluto estas obstrucciones, se hace indispensable un sistema de lavado especial por golpes de agua de una duración más ó menos larga, según la importancia de las cañerías.

El aparato que lo realiza es el sifón Field, que se llena con un hilo de agua, calculado para producir en un tiempo dado el número de golpes que se desea, y que se ceba gracias á una ingeniosa disposición.

La cañería de primer orden se lavaría dos veces al día por golpes de agua á boca llena, dados por un sifón de 500 litros de capacidad.

La cañería de segundo orden, que sólo sirve á unas cuantas casas, sería lavada una vez al día por golpes de agua de un sifón de 250 litros de capacidad.

La cañería de tercer orden sería lavada por las aguas del drenaje doméstico, las cuales producen pequeños golpes en cada aparato sanitario cada vez que éstos se usan, y sobre todo el de *water closet*, que por cada visita deben dar un golpe de 15 litros, conforme á lo prescripto por los higienistas ingleses y americanos.

Sería, sin embargo, de desear que cada drenaje doméstico llevase en el extremo del tubo un aparato Field que un hilo de agua llenaría tantas veces al día cuantas se quisiera ó fuera menester para conseguir un esmerado aseo.

En los colectores el lavado se hace por medio de compuertas del tipo de Francfort, establecidas cada dos cuadras.

Ventilación.—No basta procurar un escurrimiento fácil y seguro á las aguas de residuo, es menester también conducir el aire viciado del drenaje de toda la red de cañerías y colectores á las rejiones superiores de la atmósfera, después de mezclarlo con aire fresco y puro, destinado á oxidar las materias orgánicas que quedan adheridas á las paredes de las cañerías y destruír, ó por lo menos, atenuar los virus ó microbios de enfermedades contagiosas (tífus, cólera, etc) y que tienen su oríjen en los escrementos de los enfermos.

Es preciso, sobre todo, que jamás el aire viciado penetre en la habitación. Por esto hemos dicho en otra parte que un sistema racional exije una canalización hermética y completamente impermeable, para que los gases viciados no puedan escaparse de la habitación por los orificios destinados á recibir los residuos do-

mésticos. del tocador, del baño, de la cocina, del patio, del *water closet*, etc.

Sifón.—Es preciso, pues, colocar en cada uno de esos puntos aparatos que realicen esta doble condición: *siempre* abiertos para la evacuación de los residuos que deben ir á la cañería; *siempre* cerrados para los gases y el aire viciado del drenaje.

El aparato que realiza esta doble condición es el sifón hidráulico. Es un simple tubo en S que se coloca de modo que presente una de sus aberturas hacia arriba, que se comunica con la taza ó embudo de evacuación, y la otra hacia abajo que se comunica con el tubo del drenaje. La válvula hermética la forma el agua que puede contenerse en su rama cóncava.

La práctica ha demostrado la eficacia del sifón hidráulico, a la vez que los graves peligros de las aberturas libres interiores.

Es preciso evitar el sifoneo directo y el sifoneo por inducción. El primero se opera por los golpes de agua dejando vacío el sifón y el drenaje en libre comunicación con la habitación; el segundo por la mayor presión de los gases interiores en circunstancias determinadas y que producen la pulverización del agua del sifón y por consiguiente la proyección de gérmenes ó fermentos que tienen su oríjen en los escrementos de los enfermos de tífus, de cólera, etc.

El medio de evitar ambos sifoneos es la ventilación de la corona del sifón que establece la discontinuidad de las dos ramas.

La ventilación más perfecta de una red de cañerías destinada al saneamiento de una ciudad, es la que se ha realizado en Brooklyn y consiste en introducir el aire puro por pequeñas aberturas en las tapas de chimeneas de visita de los colectores y de las cañerías de primer órden; pasa en seguida á chimeneas especiales de ventilación ó bien á las cañerías de segundo órden ó al tubo tronco del drenaje doméstico, el cual se une sin sifón disconector al de primero ó segundo órden, y se termina un poco más arriba que el techo del edificio en que se apoya.

Entradas y chimeneas de visita.—Cada dos cuadras se practicará una entrada á los colectores. Estas entradas sirven para visitar y para manejar las compuertas con que se dan los golpes de agua para el lavado. Esta operación se hace en Francfort con el agua del drenaje acumulada delante de la compuerta, la cual se suelta bruscamente por medio de un mecanismo especial compuesto de engranajes y de un escape que un hombre gobierna fácilmente.

En todos los cruzamientos de calle frente á la unión de las cañerías de primer órden con las de segundo órden, se practicará también una chimenea de visita, por existir allí la posibilidad de una obstrucción y a fin de localizar su investigación y determinar los puntos obstruídos.

Creo que sería invadir atribuciones y derechos de la Comisión de Saneamiento y Salubridad de la Ilustre Municipalidad de Santiago si entrase á definir las condiciones que deben llenar las habitaciones para asegurar el alejamiento de las inmundicias y la evacuación de las materias usadas.

«La reducción de la mortalidad, ha dicho M. Poubelle (1), prefecto del Sena, puede resultar de dos causas: de los progresos de la higiene individual dependiente de la instrucción, la cual lleva al hombre con más ilustración á velar mejor por su higiene personal; depende también, á no dudarlo, de la acción que ejerce la administración sobre la salubridad de la habitación y sobre el saneamiento de la ciudad. Para convencerse de ello, basta constatar que la mortalidad es siempre más elevada en los barrios y en las habitaciones sucias, mal aereadas é insalubres.»

La obra no sería completa si el Municipio, en protección de la salud pública, no dictase las ordenanzas respectivas al mejor servicio de aseo y de salubridad que debe procurar la red de desagües, y que con el barrido y el riego de sus calles y plazas, adoquinado y plantaciones, harán de Santiago una ciudad modelo.

La mortalidad bajaría, á no dudarlo, por lo menos al 20 por 1,000, como en otras ciudades que no tienen un clima tan benigno como el nuestro.

AGUA DE LAVADO Y AGUA CONTRA INCENDIO

El proyecto de desagües que acabamos de describir realiza el máximum de efecto útil con la mayor economía, reduciendo á un mínimum la lonjitud de los colectores.

El lavado automático de las cañerías exije sólo 1,000 metros cúbicos por día próximamente; lo que permite tomar el agua de la distribución de agua potable de la ciudad, que muy pronto elevará su dotación á 30,000 metros cúbicos por día.

1) Revue d'Hygiéne et de Police Sanitaire, Agosto 1892.

Pero la circunstancia de reclamar imperiosamente la ciudad de Santiago una red completa de cañería contra incendio, conduce naturalmente á una combinación que es el ideal más perfeco: red de cañería de agua bajo presión para extinguir los incendios en su orígen y al mismo tiempo para surtir los aparatos del lavado automático de las cañerías de desagüe.

Este ideal puede realizarse desde luego, tendiendo en toda la ciudad una red de cañerías, dispuesta de modo que empalmada la cañería matriz con el tubo tronco de la red ramificada de la distribución del agua potable, se conserve la carga piezométrica que se tiene en el tubo tronco. Esta carga piezométrica es de 22 metros en el Camino de Cintura.

Nuestro estudio á este respecto ha consistido, pues, en determinar los diámetros que nos den asimismo una carga piezométrica de 22 metros en la estación de los ferrocarriles del Estado, que es el punto más bajo de la zona central.

Con esta disposición y la de tener un grifo doble capaz de dar 30 litros por segundo, en cada cruzamiento de calle, no habrá incendio que no se sofoque en su origen.

Se necesita, no obstante, prevenir los efectos de la presión estática todo el tiempo que no se extraiga agua de la red. Esto se consigue estableciendo un tubo vertical regulador de 22 metros de altura, el cual á la vez que conserva la carga piezométrica, calculada para toda la ciudad, con escurrimiento de 130 litros por segundo (10 para los sifones Field y 120 para los grifos), impide que en ningún caso la cañería esté fatigada con más de 32 toneladas por metro cuadrado.

El derrame constante de 120 litros por segundo con altura de caida de 22 metros no se perdería y muchos industriales habrá que quieran aprovechar esa fuerza que es capaz de producir 34 caballos de vapor. Se podría también gastar esa agua y esa carga piezométrica en el establecimiento de dos fuentes monumentales en la Quinta Normal, de 60 litros cada una, es decir, 5 litros más que las fuentes de la Plaza de la Concorde en Paris.

PLIEGO DE CONDICIONES ESPECIALES

Creemos superfluo añadir que reducidos los siniestros con toda probabilidad á la décima parte, las compañías de seguro podrían

pagar si no el todo, al menos la mayor parte, de los gastos de la cañería de agua contra incendio.

Art. 1.° Las obras de que se trata en el presente pliego de condiciones están destinadas á servir al establecimiento de un sistema completa de desagües en la zona central de Santiago: entre el cerro Santa Lucía, Mapocho, Matucana y Delicias.

Art. 2.° La licitación que se abrirá para la construcción de estas obras, se hará en vista de una propuesta á precio alzado.

Art. 3.° El precio alzado de la propuesta será por el total de las obras sin franquicias de ningún jénero: los materiales extranjeros pagarán los derechos de internación que les corresponda, y el tráfico por los ferrocarriles del Estado no estará sujeta á reducción alguna.

Las escavaciones, los rellenos, la limpia de escombros, la colocación de cañerías, la reposición de soleras, empedrados ó adoquidos, y la ejecución de las albañilerías de los colectores, chimeneas de visitas, resumideros, etc., se harán conforme á las reglas del arte.

Art. 4.° No podrán hacerse otras variaciones que las que de oficio notifique el ingeniero encargado de la inspección de los trabajos, aumentando ó disminuyendo el valor del precio alzado, conforme á los precios de unidades fijados en la lista de precios adjunta á este pliego.

Art. 5.° Los pagos se harán quincenalmente con retención de un 10 por ciento hasta la terminación de los trabajos. Para la estimación del trabajo hecho, como igualmente para los efectos de una presunta liquidación, el injeniero inspector hará la cubicación correspondiente y tomará por norma los precios unitarios disminuídos ó aumentados en la proporción del precio de la obra al de la propuesta.

Art. 6.° En caso de desavenencia entre el contratista y el ingeniero inspector, decidirá sin ulterior recurso el Ministerio de Obras Públicas, si el monto de la reclamación no pasa de 10,000 pesos. En el caso contrario decidirán árbitros nombrados por cada parte y en caso de desacuerdo decidirá un tercero nombrado por la Corte.

Art. 7.° El Fisco tendrá derecho á reducir el contrato si de una manera notoria el trabajo hecho no corresponde al tiempo trascurrido desde la iniciación de los trabajos.

Art. 8.° Ninguna propuesta se aceptará si no viene acompaña-

da de una fianza por valor del 5 por ciento del precio alzado de la obra y un depósito por igual valor. La fianza y el depósito subsistirá hasta la entrega definitiva de los trabajos, cuya entrega tendrá lugar dos meses después de la recepción provisoria, señalada como término del plazo estipulado en el contrato. No obstante la administración podrá conceder al contratista el retiro del depósito cuando las retenciones acumulas de que se habla en el artículo 5.º constituyan un valor igual.

Art. 9.º Los trabajos no podrán durar más de treinta meses, que comenzarán á contarse seis meses después de aceptada la propuesta y será motivo de preferencia de una propuesta el menor precio.

Art. 10. El Gobierno se reserva la facultad de rechazar todas las propuestas si así lo creyere conveniente.

MATERIALES

Art. 11. Todos los materiales serán de la mejor calidad y exentos de defectos capaces de comprometer la solidez ó duración de la obra. Serán sometidos á expensas del contratista, á todas las pruebas que la administración juzgue necesarias.

Art. 12. *Ladrillo.*—Los ladrillos serán perfectamente amoldados, con aristas vivas, bien cocidos, sin ser vitrificados, duros, sonoros, sin grietas y tendrán el grano fino, apretado y homogéneo en su ruptura.

Tendrán 31 centímetros por 15 centímetros por 7 centímetros en los colectores de 1 m. 50, y 41 centímetros por 20 centímetros por 6 centímetros en los colectores de 1 m. 80, como asimismo en los demás casos que los determinen.

El empleo de ladrillos quebrados sólo se tolerará en los lugares y en la proporción indicada por la dirección de los trabajos.

El ladrillo aprensado será preferido.

Art. 13. *Piedra.*—La piedra de las canteras próximas á Santiago deberán ser de aristas vivas en su quebradura y en las dimensiones de simple ó doble doblón, como se pida.

Art. 14. *Arena.*—La arena debe ser áspera al tacto, indesmenusable al apretarla en la mano, no tan fina que el cedazo de 120 mallas por centímetro cuadrado deje pasar más de un 25 por ciento ni tan gruesa que sea rehusada por el cedazo de 60 mallas por centímetro cuadrado.

Art. 15. *Cal.*—La cal será de alguna de las mejores del país: de la Cuesta de Prado, de Lo Aguirre, de Lo Espejo ú otra de igual fuerza.

Será suministrada en estado de cal viva, sin mezcla de materias extrañas.

Art. 16. *Cemento.*—El cemento será del llamado Portland y de fragua lenta. Su finura será tal que el residuo que deje al pasar por el cedazo de 4,900 mallas por centímetro cuadrado sea inferior a un 15 por ciento.

Toda mezcla al peso hecha con 1 de cemento por 3 de arena lavada y seca, deberá dar bloques que, sumerjidos durante 6 días en el agua, después de 1 día de seca, tengan á la tracción una resistencia superior á 8 kilos por centímetro cuadrado.

Art. 17. *Mezcla ordinaria.*—La mezcla ordinaria deberá hacerse, apagando la cal con dos días de anticipación con el agua suficiente para que no queden partes vivas.

La proporción de la mezcla deberá ser de un volumen de cal por tres de arena lavada, debiendo la mezcla ser perfectamente batida con poca agua.

Art. 18. *Mezcla hidráulica.*—La mezcla hidráulica se compondrá de dos volúmenes de cemento por cinco de arena lavada (trabajos de desagüe de Valparaíso), pero en los estucos la proporción será de uno de cemento por dos de arena lavada.

Art. 19. *Mampostería.*—La piedra debe bañarse en la mezcla y comprimirse fuertemente. Los morrillos de simple y doble bolón, ocupan en mampostería llena los 6/10 del volumen total y la mezcla los 4/10.

La mezcla debe ser hidráulica.

Art. 20. *Harmillón y concreto.*—Los guijarros rodados y la piedra chancada, deberán lavarse, y su tamaño no debe exceder de 0.05 m., ó mejor dicho deben pasar por una criba de 0.05 m. de claro.

La proporción deberá ser de dos de mezcla hidráulica por cinco de guijarros ó de piedra chancada.

La compresión debe hacerse por capas de 0.10 m. y debe ser esmerada.

Con el ladrillo chancado y fuera de agua puede usarse la mezcla ordinaria en la confección del concreto, pero sólo en casos previstos ó con la aquiescencia de la dirección de los trabajos.

Art. 21. *Albañilería.*—El ladrillo debe colocarse saturado de

agua y la mezcla que lo baña debe ser lo más seca posible, pero no tanto que apretada en la mano deje de formar pan. El grueso de mezcla será 0.01 m.

Se usará con el ladrillo mezcla hidráulica en los colectores y mezcla ordinaria en los demás casos, siempre que la construcción no esté sumerjida en agua, en cuyo caso deberá usarse mampostería hidráulica ó concreto hidráulico.

Art. 22. *Estuco.*—Es absolutamente prohibido extender el estuco sin haber limpiado préviamente las junturas. Hecho esto se lanzará con fuerza la mezcla hasta formar una delgada capa que cubra á la manera de enrocado la superficie por estucar. Luego despues se extenderá una capa reglándola convenientemente, repasándola al platacho y por fin afinándola.

Se le dará un espesor de 1½ centímetro y se evitará cuidadosamente que reciba los rayos del sol mientras dure la traba, la cual se tratará de retardar manteniendo húmeda la superficie. El estuco interior se extenderá hasta el arranque de las bóvedas.

Art. 23. *Chapa.*—Toda bóveda deberá ser cubierta con una capa de mezcla hidráulica, aplicada como el estuco interior y con idénticas precauciones.

Art. 24. *Rellenos ó terraplenes.*—Todo relleno de zanja deberá apisonarse por capas de 0.20 m. y con las precauciones requeridas. La tierra sobrante será trasportada á los puntos que la administración indique, pudiendo el contratista usar de ella como le convenga.

La calzada será deshecha á la vez en la menor extensión posible y en todo caso el trabajo debe concluirse por pequeñas secciones, á fin de dificultar el tráfico lo menos posible. En consecuencia, una zanja no podrá permanecer abierta si no se pone trabajo activo en ella y con todas las precauciones necesarias, tanto de día como de noche, para evitar accidentes.

La piedra y adoquines que el contratista saque de su lugar serán las que deberá colocar de nuevo íntegramente, siendo él sólo responsable de la falta que pueda notarse al tiempo de readoquinar ó reempedrar.

Art. 25. Todo lo reempedrado ó readoquinado será hecho sobre capa de arena de 0.10 m. de grueso.

COLOCACIÓN Y UNIÓN DE LOS TUBOS DE FIERRO FUNDIDO

Art. 26. Hecha la zanja, á la profundidad requerida, según el perfil de la obra, se apisonará fuertemente, ganando con una capa de arena el perfil exacto.

Se limpiará bien, tanto el empalme como el extremo de la cañería que se va á unir. Se limpiará igualmente el cañón antes de ser colocado.

La penetración del tubo en el empalme debe dejar un juego de medio centímetro para la dilatación y la flexibilidad del conjunto. El espacio entre la pared del tubo y el empalme debe ser uniforme. Este espacio se llenará con filástica que envuelve el cañón y que se comprime con el calafateador á fuerza de martillo hasta ocupar una profundidad de dos pulgadas mas ó menos. Después se rellenará con plomo bien derretido hasta el extremo de la unión y se calafateará bien para apretar el plomo contra las paredes del cañón.

Los tubos colocados de esta manera deben seguir una línea recta, salvo en las curvas y contrapendientes.

Colocada la cañería, el cierro de la zanja debe hacerse en lo posible a la mayor brevedad; pues sometida la cañería á la diferencia de temperatura del día y de la noche, tienen lugar dilataciones y contracciones que hacen ceder las uniones y hay que volver á calafatearlas.

Esto se evitará en parte si se puede mantener con agua la cañería.

COLOCACIÓN Y UNIÓN DE LOS TUBOS DE LOZA

Art. 27. La colocación de los tubos de loza deberá hacerse después de haber emparejado y apisonado el lecho que debe recibirlas, de modo que todo hundimiento posterior sea imposible. En seguida, se colocará una capa de arena de 0.10 m. de espesor.

Hecho esto, se presentará el tubo con el empalme dirijido en contra de la corriente, y el otro extremo del tubo se embutirá en el otro empalme del tubo ya colocado, después de haber limpiado con escobillas el interior de ambos tubos. La penetración de uno en otro debe dejar medio centímetro de huelga i debe guardar una distancia perfectamente uniforme. Hecho ya lo anterior, se intro-

duce la mezcla que debe ser bastante consistente, y se la comprime fuertemente con atacadores de madera.

Concluída la operación de la empaquetadura, el obrero limpiará, cuidadosamente la unión de todo exceso de mezcla, alisando la juntura á fin de evitar en lo posible la solución de continuidad entre uno y otro tubo. Verificada esta operación por el inspector fiscal, se procederá á rellenar los costados comprimiendo la tierra con bastante energía, pero con las precauciones requeridas.

ESTABLECIMIENTO DE LOS COLECTORES

Art. 28. Á menos que el terreno sea bastante firme para mantenerse á pique, es obligación del contratista blindar las paredes de la zanja con tablones colocados á una distancia igual al ancho del tablón y mantenidos á distancia por zoquetes.

Preparada la zanja, á la profundidad necesaria, se colocarán sobre capa de arena los bloques de asiento de los colectores y se rellenarán los costados, apisonando enérjicamente. Sólo entonces se colocará la cimbra ovoidal que servirá para construir las paredes del ovoide, y por fin la bóveda. Concluida la albañilería del ovoide, y después de transcurrido el tiempo indispensable para la traba del mortero, se rellenarán los costados de la zanja hasta el nacimiento de la bóveda apisonando enérgicamente y con las precauciones requeridas.

Es entonces cuando puede principiarse á la vez, si se quiere, el estuco interior y la chapa del estrado de la bóveda, pudiendo terminarse el relleno de la zanja 36 horas después de extendida la chapa.

RECEPCIÓN DE MATERIALES

Art. 29. Los cañones quebrados ó trisados y los pedazos de cañones, no podrán emplearse bajo ningún pretexto. Sólo se admitirá en la canalización de una cuadra un trozo de cañón cuidadosamente cortado al largo.

Art. 30. Todos los materiales deberán recibirse por el funcionario encargado de esta operación antes que el contratista pueda ponerlos en obra.

Art- 31. El empleo de materias rehusadas dará lugar á una multa igual al doble de su valor, sin perjuicio de la demolición de la obra en que ellos hayan sido empleados.

Art. 32. Todo material rehusado deberá sacarse, á costa del contratista, á dos kilómetros por lo menos del recinto de los trabajos.

Art. 33. La recepción de los meteriales no envuelve la irresponsabilidad del contratista por desperfectos, que sean el resultado de la mala calidad del material.

TRAZADO DE LAS OBRAS

Art. 34. Antes de empezar los trabajos en una calle el contratista efectuará el trazado de las obras y establecerá bastantes puntos de preferencia, á los cuales se referirá exactamente la altura del fondo de los cauces. Esas operaciones serán verificadas, si hay lugar, por un ajente de la administración. El contratista pondrá á disposición de este agente los instrumentos y el personal necesario para asegurarse de que el trabajo está conforme a los planos.

Art. 35. Los trabajos que no se hayan ejecutado conforme á las reglas de la buena construcción, como también aquellos para los cuales no se hayan empleado materiales que tengan las cualidades requeridas, serán demolidos y reconstruidos á expensas del contratista.

También podrá obligarse al contratista á demoler y reconstruir á su costa los trabajos ejecutados sin autorización, ó en los cuales se hubiese empleado materiales desechados, como también aquellos en que por falta del contratista no se hubiese podido ejercer la respectiva vigilancia.

Art. 36 El contratista no podrá interrumpir ni entorpecer la circulación de la vía pública, ni el fácil curso del agua, sea en canales de riego, sea en las acequias, sin que para ello haya sido formalmente autorizado.

Será obligado á establecer á su costa comunicaciones provisionales en cada local donde sea nesesario, conformándose á cuanto le será prescrito por la Administración.

Colocará y mantendrá, mientras duren los trabajos, barandas sólidas á lo largo de los cortes, donde el paso sea peligroso, y alumbrará de noche esos lugares.

Si es preciso, la Administración tiene el derecho de hacer ejecutar de oficio, con urjencia y sin aviso prévio, de cuenta del contratista, las medidas que juzgue necesarias para la seguridad del trá-

fico, como también de los obreros. En todo caso, el contratista será civilmente responsable de todas las desgracias que resulten por haber descuidado las medidas de precaución que sean necesarias ó prescritas por los reglamentos de policía.

Art. 37. El trabajo de noche es extrictamente prohibido. En ciertos casos, sin embargo, la administración podrá exijir que el trabajo se continúe sin interrupción de noche y de día. El contratista tomará entonces las medidas necesarias para que el trabajo de noche siga con todo cuidado y actividad, así como también el trabajo diurno.

Art. 38. El contratista cuidará de mantener las cañerías de gas, de agua potable y otras que encuentre en el desarrollo y en la vecindad inmediata de la obra en construcción, y será responsable del daño que pueda resultar á esas cañerías por la ejecución de los trabajos.

Art. 39. La Administración se reserva formalmente la facultad de ordenar durante la ejecución de los trabajos las modificaciones que juzgue convenientes en los trabajos proyectados mediante orden escrita del ingeniero inspector.

Art. 40. Si una cañería encuentra en algún punto de su trayecto un suelo de mala calidad, deberá éste ser reemplazado ó solidificado á satisfacción de la Administración.

Art. 41. Será de cuenta del contratista la demolición de las albañilerías i cualquiera otra construcción que encuentre en los cortes, y soportará los gastos que resulten de todas las medidas necesarias para cuidar del facil curso de las aguas caseras y de lluvias en toda la extensión de la obra por construír.

Art. 42. Es obligacion de la empresa establecer las uniones de los colectores y cañerías con los servicios domésticos y públicos, dejando cerrada la comunicación con un tapón de madera perfectamente ajustado.

Art. 43. El precio alzado de la propuesta que haga el contratista deberá ser el resultado de sus propios cálculos y operaciones. No podrá establecer reclamo alguno por causa de errores ó faltas que puedan reconocerse en el presupuesto, debiendo éste considerarse como simple dato ilustrativo.

Art. 44. El contratista deberá dirigir en persona los trabajos ó hacer reconocer por la Administración á un delegado capaz de reemplazarlo y que tenga pleno poder para obrar en su nombre de manera que ninguna operación pueda ser demorada ó suspendida por ausencia del contratista.

Se reputará que este delegado tiene su domicilio en el del contratista.

Art. 45. El contratista, durante todo el tiempo que duren los trabajos, tendrá su residencia en Santiago y deberá indicar á la Administración su domicilio dentro de los ocho días que siguen á la aprobación de los presupuestos.

Art. 46. El contratista no podrá ceder ni una parte, ni la totalidad de su empresa á un tercero.

Art. 47. Los sub-contratistas no son reconocidos por la Administración.

Art. 48. Todos los trabajos se concluirán y deben hallarse en estado de recepción dentro del plazo prescrito; por cada semana de atraso el contratista sufrirá una multa de 1/50 del valor de lo que queda por hacer. Por motivos especiales de fuerza mayor esta multa podrá reducirse ó suspenderse enteramente.

Art. 49. Inmediatamente después de aprobada una propuesta, el contratista está obligado á firmar todos los planos originales, y si desatendiese el hacerlo no tendrá derecho á reclamo alguno por las consecuencias que esa omisión le origine.

Art. 49. El cambio que se ha tomado para la composición de los precios es de *dos francos* por peso. Será el cambio que se tomará en cuenta al hacer la apreciación de los materiales de procedencia extrajera que sea necesario valorizar por cualquier causa no prevista.

RESUMEN DE LOS PRESUPUESTOS

1.° Presupuesto de la construcción parcial, desde Avenida Oriente hasta Negrete, y colector Alameda hasta punto C (véase el plano.)....	$	896,247 68
Asciende este presupuesto a la suma de *ochocientos noventa y seis mil doscientos cuarenta y siete pesos* 68/000.		
2.° Presupuesto de la construcción total, que comprende:		
A.—Desde Avenida Oriente hasta Negrete (inclusive).....	„	792,346 38
B.—Desde Negrete hasta Matucana y punto C.	„	668,449 56
Total.....	$	1.460,795 94

Asciende este prsupuesto á la suma de *un millón cuatrocientos sesenta mil setecientos noventa y cinco pesos* 94/100.

NOTA.—Si la Ilustre Municipalidad determinase sustituír la cañería inglesa, que vale 50 por ciento más, deberá aumentarse el primer presupuesto en $ 65,558 41 y el segundo en $ 109,789.

V. MARTÍNEZ, ingeniero.

Sobre el proyecto del señor Martínez recayó el siguiente informe de la comisión especial de saneamiento de la Municipalidad:

«Ilustre Municipalidad:

En cumplimiento del encargo que nos confirió la Municipalidad, remitimos á la sala los planos originales de los desagües de la parte central de la ciudad, levantados por el ingeniero don Valentín Martínez.

Esos planos, sus detalles complementarios y el presupuesto de gastos han sido objeto de serios estudios en el Consejo General de Obras Públicas y han merecido su aprobación como también la del señor Ministro del ramo.

El señor Martínez ha estudiado los desagües de la parte de la ciudad comprendida entre el Cerro de Santa Lucía, el río Mapocho, la Alameda de Matucana y la Alameda de las Delicias, ascendiendo su presupuesto á la suma de 1.460,795 pesos 94 centavos.

Aceptando la modificación propuesta por el mismo señor Martínez de reemplazar la cañería de Lota por cañones ingleses de loza vidriada, el presupuesto ascendería á la suma de 1.636,147 pesos 34 centavos.

El señor Martínez propone vaciar el colector de la Alameda en una de las acequias que tienen su curso hacia el poniente.

La comisión ha creído preferible que se ejecute desde luego el colector emisor de la calle de la Exposición, que más tarde recibirá los desagües del barrio sur. Ese colector tendría 2,800 metros de extensión y caería al Zanjón de la Aguada, que es el punto más bajo del valle de Santiago.

El señor Martínez presentará próximamente los planos y presupuestos de ese colector. Podemos desde luego estimar su costo aproximativo en 140,000 pesos.

Hemos debido calcular, además, los gastos que demandará la vigilancia de los trabajos, las publicaciones de avisos, copias de los planos y demás gastos hasta la conclusión de la obra: el presupuesto ascenderá, poco más ó menos, á 1.800,000 pesos.

Se comprende en ese costo el valor de una cañería de fierro paralela á todas las alcantarillas y destinada á conducir el agua para el lavado de los desagües domésticos y exteriores y que la Municipalidad puede utilizar para el regadío de las calles y para los incendios.

El primero consistiría en autorizar á una empresa industrial para que ejecutara los trabajos por su cuenta, permitiéndole exigir de los propietarios la retribución correspondiente y garantizando la Municipalidad un interés dado sobre el capital emitido.

Esta idea tiene el inconveniente de que podría resultar muy gravoso el servicio para los vecinos.

La segunda sería que la Municipalidad daría las obras á contrata pagándolas, reconociendo una deuda á largo plazo con amortización acumulativa.

Este medio sería aplicable en el caso de encomendarse su ejecución á una compañía extranjera.

La tercería idea consistiría en la contratación de un empréstito nacional, emitiendo bonos al portador en la forma ordinaria y cuyo producto se destinaría al pago de los contratos.

Estos dos últimos medios traerían á la Municipalidad un gravamen considerable que podríamos estimar en 170,000 pesos anuales y que, en todo caso, se impone por la urgencia indiscutible de la obra.

Si para servir el empréstito se creyese necesario solicitar del Congreso la autorización para establecer una nueva contribución equivalente á su servicio, estimamos que en las actuales circunstancias podía considerarse demasiado onerosa para el vecindario porque vendrá á recargar las actuales en un treinta por ciento más ó menos.

Fundados en esta consideración y teniendo presente, por una parte, que los recursos municipales aumentarán en proporción considerable cuando esté en vigencia la ley de reorganización de Municipalidades; y, por otra, que los vecinos, á más de ser relevados de la obligación de limpiar las acequias, van á recibir un beneficio de capital importancia, la comisión, desechando la idea de un nuevo impuesto, cree que la Municipalidad puede solicitar del

Congreso la autorización para cobrar una cantidad fija por cada servicio de desagües á las alcantarillas.

De ese modo los vecinos ayudarán á soportar en parte el gravamen que cargará sobre el erario municipal.

Al mismo tiempo la Municipalidad debe solicitar del Congreso la aprobación de una ley haciendo obligatorio el uso de las alcantarillas en reemplaze de las actuales acequias.

En apoyo de nuestra opinión, nos referimos á los informes que acompañamos del Consejo Superior de Higiene, en que se demuestran los graves peligros que traen las acequias abiertas por el interior de las casas.

Nos ha parecido excusado entrar á estudiar el problema de los derechos adquiridos sobre las aguas de las acequias, desde que la dificultad se presentó subsanada, si se toma en cuenta que esas aguas van á quedar disponibles y la Municipalidad puede arbitrar sobre ellas lo que estime conveniente.

Hemos dicho que la nueva cañería servirá en casos de incendios y para disminuir el gravamen del servicio del empréstito nos permitimos recomendar el estudio de una contribución á las compañías de seguros.

Si la Municipalidad resuelve dar á contrato la ejecución de la obra, recomendamos la adopción del pliego de condiciones redactado por el señor Martínez.

No habiendo podido obtener la asistencia de todos los miembros de la Comisión, hemos creído que el estudio de los reglamentos sanitarios que deben dictarse para el uso de las alcantarillas, podría postergarse para más tarde, sin que por este motivo se retarde la aprobación de los planos que presentamos.

Santiago, 30 de Enero de 1893.—*Daniel Concha S.—Benjamín Vivanco.—Dr. Manuel Barros Borgoño.—José Miguel Echeñique.—Enrique López Maqueira.—Abraham Ovalle.—L. Arturo Undurraga*, secretario.

CORRESPONDENCIA EUROPEA

Casos de septicemia gangrenosa

Las complicaciones más mortíferas y comunes de las heridas de otra época han sido relegadas, merced á la antisepsia, á la categoría de enfermedades raras y casi excepcionales. Sin embargo, por excepcionales que sean en la práctica, y aunque los recursos de que dispone la cirugía actual sean de un poder maravilloso para evitarlas y aún curarlas al principio de su desarrollo, importa por esto mismo tener una clara idea de ellas y saber, por decirlo así, descubrirlas en medio del estado mórbido más ó menos grave y complicado en que se presentan. Solo de esta manera pueden prestarse reales y útiles servicios á los desgraciados que llegan á contraerlas. Estas consideraciones de orden general son tanto más aplicables á la septicemia gangrenosa, cuanto que la rapidez con que se propaga é invade los tejidos sanos es de todos conocida. Hé aquí por qué hemos creído de algún interés llamar la atención sobre dicha enfermedad.

En la primera quincena de Septiembre del presente año entró al servicio del profesor Verneuil, en el Hotel Dieu, un muchacho de 11 años de edad, con una herida por arma de fuego en la cara externa del tercio superior del muslo derecho. La fiebre intensa, la ansiedad ó angustia respiratoria, la coloración especial del muslo enfermo, de *decocción de hojas de nogal*, las venas lívidas ó negruzcas que se dibujaban en la superficie de la cutis, por último, la crepitación gaseosa fina, resultado de la infiltración serosa que se hace en las mallas del tejido celular y la presencia de vesículas que contenían un líquido sanioso, sucio, hicieron manifiesto el

diagnóstico de *septicemia gangrenosa* ó erisipela bronceada, como también se la designa á menudo.

La *intervención inmediata* y enérgica no era dudosa; era sí mucho más difícil pronunciarse sobre la ventaja de la desarticulación del muslo ó la intervención más limitada. De un lado estaba en inminente peligro la vida del enfermo, pues si invadía las paredes abdominales no habría medio de oponerse ya á la enfermedad; por otra parte, era bien duro tener que amputar el muslo á un niño, cuyo esqueleto estaba en perfecto estado. Prevaleció esta última consideración.

Una gran incisión hasta cerca de la rodilla puso á descubierto todos los tejidos enfermos; se resecó toda la cutis gangrenada y músculos ya en vía de mortificación, teniendo especial cuidado de cortar siempre en tejidos sanos. Se lavó profusamente con ácido fénico fuerte y se cauterizó en seguida con cloruro de zinc (10%). En el curso de la operación se extrajeron 290 granos de munición. Cura antiséptica abierta muy cuidadosa.

Tres días después el éxito de la operación estaba asegurado: el estado general había ganado considerablemente; no quedaban ni huellas de la grave complicación.

Pocos días después entraba al servicio del mismo profesor una mujer de más de 60 años que, atropellada por un carretón, había sufrido una doble fractura. Una sintomatología análoga á la del muchacho precedente imponía igual diagnóstico y precisaba, en consecuencia, una *intervención inmediata*. Desgraciadamente, el estado mental de la enferma era poco satisfactorio; cuando se obtenían algunas frases incoherentes eran para oponerse sistemáticamente á toda operación. Solo después de haber obtenido de su familia una autorización escrita para proceder como se juzgara más conveniente, se practicó la amputación del muslo derecho en su tercio inferior. Desde las 10 de la mañana hasta las 4 de la tarde, en que se practicó la operación, los progresos que había hecho el mal eran evidentes. Hé aquí un hecho que obligará al cirujano en tales circunstancias á proceder *inmediatamente*.

Esta segunda observación es muy instructiva por varias consideraciones. Desde luego, las condiciones de edad, la intervención relativamente tardía y el estado del hígado, de que nos ocuparemos más adelante, nos demuestran el estado desfavorable de la intervención y explican el resultado fatal.

En efecto, esta pobre enferma, aunque mejorada después de la

intervención, sucumbía el noveno día de su accidente. En la autopsia se comprueba una pneumonía del lado izquierdo, el hígado en degeneración grasosa, la vesícula biliar llena de gruesos y numerosos cálculos. Además, en la parte externa y posterior del muslo amputado, un flegmón difuso. Conocida por una parte la rapidez asombrosa con que mata la septicemia gangrenosa y en presencia de las graves lesiones comprobadas en nuestra enferma, ¿á cuáles debemos imputar la muerte? Sin tratar de precisar este asunto, nos parece fuera de duda, que la intervención ha tenido por lo menos la parte principal en retardar la muerte.

La enfermedad está lejos de presentarse siempre con una sintomatología tan precisa como en estos dos casos. Una tercera observación va á demostrarlo:

En los primeros días de Octubre entraba á un servicio de cirugía del Hotel Dieu un enfermo con una fractura complicada de la pierna. El jefe del servicio, cuya habilidad y competencia es de todos conocida, creyó que se trataba solo de las complicaciones habituales á esas heridas cuando no han sido convenientemente tratadas. Limitó, en consecuencia, su intervención á extraer las esquirlas y desinfectar cuidadosamente el foco de la fractura. Desgraciadamente, la operación había sido tardía é insuficiente, como sucede muy á menudo cuando el diagnóstico no es preciso, y el enfermo moría tres días después de septicemia gangrenosa.

No obstante, para ser exactos, debemos decir que, estando prevenido, el diagnóstico es sencillo. El *flegmón bronceado* de Verneuil es la enfermedad que más se le asemeja. Bastará recordar que es una afección de individuos diátesicos, (diabéticos ó diabeto albuminúricos) y que es un verdadero *flegmón*. De la misma manera, lo que Pirogoff ha llamado edema purulento agudo, no es sino la forma *flegmonosa* de la erisipela.

En estos últimos tiempos se estudian cuidadosamente las relaciones que pudieran existir entre la septicemia gangrenosa y el *tétanos*. Es sabido que el *vibrión séptico*, agente de dicha enfermedad, lo mismo que el bacilo de Nicolaïer, existen principalmente en la superficie de la tierra (jardines, calles, plazas públicas, pesebreras, etc.,) y que ambos tienen la curiosa particularidad de ser *anaerobios*. Además, algunos hechos clínicos parece que podrían correlacionarse con los que la bacteriología enseña. En efecto, un individuo se fractura una pierna, que Poucet de Lyon amputa por septicemia gangrenosa; ésta aparece en el muslo, que á su vez

es también amputado, y el enfermo muere de *tétanos*. Dados los conocimientos de biología de los infinitamente pequeños y los estudios sobre las diversas faces ó mutaciones por que pasan, ¿no sería lógico suponer algo de semejante entre dicho vibrion séptico de Pasteur y el ya citado bacilo de Nicolaïer?

París, 4 de Diciembre de 1892.

DR. SIERRA M.

Contusión herniaria: peritonitis generalizada: laparotomía; muerte

El 22 de Octubre del año próximo pasado llegaba al servicio del profesor Verneuil el enfermo de que vamos á ocuparnos. Dos días antes un coche del servicio público le había arrojado al suelo y pasado sus ruedas sobre la región sub-umbilical. Las consecuencias inmediatas del accidente no le preocuparon absolutamente y cuando, á consecuencia de las molestias y dolores que comenzaba á sufrir, resolvió ir al hospital, pudo hacerlo perfectamente por sus propios pies.

Á su entrada, hé aquí lo que se comprueba. Estado general satisfactorio; no hay fiebre; sin embargo, la cara expresa sufrimiento.

En el lado izquierdo una hernia inguinal que antes del accidente era fácilmente reductible y que después ha sido imposible entrar; equimosis de las bolsas y cara superior interna del muslo del mismo lado. Retención completa de gases y materias fecales desde el día del accidente y de orina desde la noche que precede á su entrada al hospital. El examen del abdomen no revela un tinpanismo apreciable; hay dolores vagos en toda la región, acentuados, finalmente en el lado izquierdo y al nivel de la hernia. Debemos insistir en que toda esta sintomatología se resiente de cierta vaguedad ó falta de precisión.

Se cree poder imputar los fenómenos á un hematoma herniario, sin poder afirmar todavía la existencia de una peritonitis. Se conviene en instituir un tratamiento médico, principalmente anodino, quedando resuelta, sin embargo, una intervención quirúrgica tan pronto como fenómenos precisos lo reclamen.

Al día siguiente, es decir, el tercero del accidente, los síntomas son bién acentuados y definidos. No ha habido ni fiebre ni vómitos; los dolores son intensos; la facies manifiestamente peritoneal; en el saco herniario se percibe distintamente un ruido de glu-glu. Se resuelve una operación inmediata.

Una incisión mediana revela una peritonitis supurada generalizada con falsas membranas sobre todo en la región iliaca izquierda; derrame abundante de materias fecales en la cavidad peritoneal. La ruptura del intestino había tenido lugar en el asa herniada; además en la misma asa y á una distancia no mayor de 8 centímetros entre una y otra se comprueban dos placas de esfacelo.

Se termina la operación haciendo el lavado antiséptico de la cavidad abdominal; la resección del intestino en las vecindades del esfacelo (12 á 15 centímetros) y la sutura del intestino. La operación había durado 45 minutos. No se hizo la desinfección del saco herniano.

El enfermo muere en la noche del mismo día.

Reflecciones.—Era indudable que los fenómenos habían pasado de la manera siguiente: En el momento de la caída un esfuerzo brusco había hecho salir las asas intestinales que, descansando sobre la rama horizontal del pubis, habían sufrido el peso del coche. Así se explican la ruptura y placas de esfacelo.

La contusión herniaria es un fenómeno que se observa muy rara vez; el profesor citado solo había visto uno. En la literatura médica apénas si se consignan las observaciones de Cooper y de Rochard. Sin embargo, los casos lijeros producidos por vendajes mal aplicados y especialmente por maniobras un poco brutales de taxis son ó eran mas frecuentes en otra época. Decimos que eran, porque la cirugía contemporánea tiende cada día más á restringir el número de casos en que el taxis podría tolerarse; todavía más: hay cirujanos cuyo desideratum sería que se le considerara como el oprobio de la cirugía abdominal. Tan enormes son los peligros ó accidentes á que expone y tan insignificantes ó engañosos los servicios que puede prestar. En el caso presente, si hubiera dado el resultado que se le exige, ¿á qué terapéutica habría conducido? Una investigación operatoria ya demasiado tardía (léjos estamos de pretender hacer por esto el más insignificante reproche al profesor Verneuil) habría sido resueltamente rechazada.

No terminaremos sin hacer notar la forma insidiosa, sorda y apirética con que se ha presentado la peritonitis, aun siendo generalizada.

Como conclusión, creemos con el profesor citado que en los casos de contusión herniaria la intervención primitiva y rápida se impone de una manera formal y absoluta.

París, 4 de Enero de 1893.

DR. SIERRA M.

SOCIEDAD MEDICA

Conferencias

Sesión en 20 de Diciembre de 1892

Presidencia del doctor San Cristóbal

EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Doctor **Zegers Ramón**.—Va á ocuparse de dos casos de embarazo extra-uterino, uno de los cuales bastante semejante por su sintomología á otro que ha referido hace tiempo en una de las sesiones.

Entrando á ocuparse del primer caso, dice:

Se trata de una mujer de 28 años de edad, que ha tenido dos hijos, de tiempo, el último hace dos años; de muy buena salud anterior, sin antecedentes hereditarios de ninguna especie. Entró al hospital en el mes de Diciembre de 1891 á la sala de clínica ginecológica (en ese tiempo á cargo del doctor Moericke).

Refiere la enferma que en Mayo del mismo año, 1891, encontrándose embarazada en el noveno mes, recibió un golge violento en el vientre el que le hizo perder el conocimiento por más de seis horas. Después sintió grandes dolores al vientre acompañados de abundante metrorragia, la que cesó á los seis días, disminuyendo también los dolores, pero sin desaparecer. Poco tiempo después la hemorragia volvió á establecerse cambiando poco á poco el tinte y consistencia de la sangre hasta convertirse en un líquido amarillo obscuro, de olor muy fétido, líquido que ha perdido de un

modo constante antes y después de su entrada al hospital. Los dolores son permanentes y se irradian del vientre hacia las extremidades; en las tardes hay temperatura alta; falta de apetito.

Con los antecedentes expuestos se procedió al examen.

Se encontró un tumor que ocupaba toda la gran pelvis, llegando arriba hasta por encima del ombligo, doloroso á la presión y sin movimiento. Vagina y cuello del útero normal; el histerómetro se desvió hacia arriba y adelante dando una cavidad de 15 centímetros, habiendo sido un poco difícil su introducción por cuerpos duros que se interponían á su paso. El doctor Moericke diagnosticó un embarazo intra-uterino en que el feto se había enquistado, hecho aunque muy raro, posible.

Se aconsejó la dilatación forzada del cuello para extraer así los restos fetales. La dilatación se llevó á cabo por medio de los dilatadores de Hegar llegando al último número (24). Introducida la mano con grandes dificultades tocó cuerpos duros (huesos) íntimamente adheridos que no fué posible extraer con pinzas. La operación fué suspendida después de dos horas de anestesia clorofórmica, dejando dentro del útero un tapón de gasa iodoformada, no sólo para mantener la dilatación, sino también para cohibir una ligera hemorragia que se había producido.

Al día siguiente se retiró el tapón y se hizo un lavado con creolina, el que arrastró dos pequeñas falanges. Se trató entonces de poner un colporinter á fin de llegar á la mayor dilatación posible; pero las contracciones del útero lo rechazaron. Los lavados vaginales continuaron practicándose por espacio de dos meses, al final de los cuales se intentó la laparotomía, operación que hubo de abandonarse por las malas condiciones de la enferma. Esta pidió su alta y se fué al campo.

En Agosto venidero, 1892, ingresó nuevamente al hospital, sala del Carmen, clínica del doctor Körner.

La enferma llega en un estado de gran demacración. Los síntomas anteriores de fiebre, pérdida de líquidos, dolores, etc., los había tenido iguales durante todo el tiempo de su ausencia del hospital. El tumor es más pequeño, pero siempre doloroso.

El doctor Körner pensó que no se trataba de un embarazo intra-uterino sino extra-uterino, y á pesar de las pésimas condiciones en que se encontraba era necesario la laparotomía, único medio que podía salvar á la enferma.

En los primeros días de Octubre, convenientemenee preparada

la enferma, se procedió á la operación, la que se llevó á efecto sin entorpecimiento.

Se hizo una incisión á tres traveces de dedo por encima de la sinfisis y hasta cuatro por debajo del ombligo, se abrió el saco y se extrajeron la mayor parte de los huesos que forman el esqueleto, ya muy destruidos; se lavó perfectamente el saco con una solución de ácido bórico al 2 por ciento, se suturó el saco á los bordes de la herida abdominal y se rellenó con gasa iodoformada, terminándose con una perfecta curación antiséptica.

La enferma pasó el día bien: pulso, 110 más ó menos; temperatura inferior á 37°. Al día siguiente se curó la enferma; nada de particular; se lavó el saco y se le taponó nuevamente.

Tercer día.—Pulso muy frecuente y pequeño, vómitos constantes, temperatura baja. Hipodermoclisis de 1000 gramos de agua con cloruro de sodio al 2 por ciento, en cuatro sitios diferentes. Á la 1 P. M. el pulso se había hecho más lleno y menos frecuente.

Cuarto día.—La enferma, mejor. Al poner el tapón de gasa, principió á salir líquido del lavado que se le había hecho, y comprimiendo las paredes abdominales, apareció en la herida una cantidad de excremento líquido y gases en abundancia: se había producido una comunicación con el intestino y el saco. En la tarde se repitió la curación observándose los mismos fenómenos de la mañana. La enferma decae notablemente. Nueva hipodermoclisis de 400 gramos con la misma solución.

Quinto día.—La enferma está bastante mal. Al curarla vuelve á salir por la herida líquidos y gases. Nueva hipodermoclisis. Á las 2 P. M. se repite la curación; se pone una lavativa de 600 gramos, la cual salió toda por la herida abdominal con excremento sólido. Temperatura 37°5; pulso muy pequeño. Muerte á las 7 P. M.

Autopsia.—Se sacó la pieza anatomo-patológica con el mayor cuidado. Estaba formada por un saco de paredes irregulares colocado entre el útero y la vegiga, estando éste por delante y abajo completamente adherido por su cara posterior y superior al tumor; el útero por detrás, muy pequeño, y el cuello degenerado y pequeño, existiendo en la parte media y anterior del canal cervical una comunicación con el saco. El anexo y ovario del lado izquierdo degenerado y adherido al cuerpo del útero; el ovario derecho estaba confundido con las paredes del tumor.

El recto por detrás íntimamente adherido al tumor y á quince

centímetros de altura existía una comunicación con las paredes del quiste. La pared anterior del tumor adherido á la pared abdominal.

En la cavidad peritoneal existía una gran cantidad de exudado purulento, tanto entre los intestino como alrededor del tumor. Los demás órganos normales.

El segundo caso, continúa el doctor Zegers, se refiere á una mujer de 26 años, de constitución pobre, sin enfermedades anteriores de importancia. Ha tenido un hijo hace un año en perfecto estado de salud.

La enferma se cree mal desde hace quince días y embarazada desde tres meses. Los dos primeros meses se ha sentido bien, en el tercero empezó á sentir fiebre y dolores al bajo vientre.

Al examen se encuentra un tumor en la parte media de la gran pelvis, cuyo tamaño corresponde al del útero grávido en el tercer mes. Al lado izquierdo se percibe un tumor difuso y blando en el que se creyó constatar fluctuación y que subía hasta el nivel del ombligo. Se diagnosticó una peritonitis del lado izquierdo en una mujer embarazada; el tratamiento correspondió al diagnóstico. Pasaron algunos días que fueron de agravación para la enferma; los dolores aumentaron y la temperatura llegó á 39° en la tarde.

Con el auxilio del cloroformo se procedió á un nuevo examen el que no reveló nada de nuevo. En el punto en que la fluctuación era más manifiesta se hizo una punción por la vagina, pero ésta no dió líquido alguno.

Quince días después y en vista del alarmante estado de la paciente, que era cada vez más grave, se resolvió la laparotomía diagnóstica, único medio que podía salvarla de una muerte segura.

La laparotomía, practicada según las reglas conocidas, demostró la existencia de un tumor en la parte media adherido á los órganos vecinos, del tamaño más ó menos de una cabeza de un feto de término. En la maniobra de destruir las adherencias se rompió el tumor en su lado derecho, próximo al ciego, dando salida á un líquido pardo mezclado con detritos y mal olor. Dentro del saco se encontró, libre, una membrana completamente organizada, gruesa, y en putrefacción. Se lavó la cavidad peritoneal y se suturó la herida abdominal, taponando después con gasa y terminando, en fin, como es de regla en estos casos.

La enferma pasó todo el día mal; la temperatura fué de 38°.

Al día siguiente se curó la enferma y se lavó el saco con ácido bórico al 2 por ciento, reemplazando el tapón de gasa por tubos de drenaje. La enferma falleció dos días después.

Autopsia.—La autopsia reveló que el saco estaba por detrás y encima de la vegiga adherido á la cara posterior de ella; el útero en retroflexión, el anexo y el ovario derecho normales, el ovario izquierdo fusionado al tumor; peritonitis purulenta generalizada.

En vista de los antecedentes expuestos, de la marcha de la enfermedad, del sitio del tumor, de la clase de líquido que salió del quiste y de la membrana que se extrajo, se diagnosticó una preñez tubaria en que el feto había muerto en el tercer mes y se había reabsorvido, cosa que sucede en estos casos, y lo único que se encuentra es la placenta.

El doctor Zegers resume en seguida las observaciones precedentes y cree tener razón para afirmar que el primer caso que ha relatado corresponde á un embarazo extópico de la variedad intraligamentosa ó subperitoneo pelviano, y las razones que para ello tiene son: 1.° el examen de la pieza anatomo-patológica; 2.° la marcha de la enfermedad, el haber llegado á término sin haber producido ninguna perturbación en la salud de la paciente durante todo el desarrollo del feto. Esto solo se observa en esta clase de preñez extópica y en las abdominales. Ahora, agrega el doctor Zegers, el diagnóstico diferencial entre estas dos clases de embarazos salta, según él, á la vista con sólo la lectura de las observaciones, y, por último, el hecho de haberse abierto uno de los órganos de la cavidad abdominal, fenómenos que solo se observan en esta clase de embarazos, al decir del mayor número de autores.

Respecto al segundo caso, estima que se trata de un embarazo extópico de la variedad tubaria, en el cual el feto ha muerto en el transcurso del segundo mes y se ha reabsorvido.

Cree que se trata de un embarazo extópico: 1.° por la historia de la enferma; 2.° por la marcha de la enfermedad; 3.° por el sitio del tumor; 4.° por la clase de líquido en el quiste ó saco, y 5.° por la membrana extraída del tumor, y que para el doctor Zegers no era otra cosa que la placenta.

En cuanto al tratamiento de las preñeces extópicas, afirma el doctor Zegers, que lo ùnico que puede salvar á las enfermas de una muerte segura es la laparotomía y en cuanto al momento de la intervención él debe ser apenas se llegue á un diagnóstico cierto

de la afección y que el embarazo tenga menos de cinco meses, porque si se espera se expone á las enfermas á ser operadas en condiciones mucho más desfavorables, tal sucede en los casos de embarazo extópico tubario en que las enfermas están expuestas á hemorragias muy graves y á infecciones por ruptura del saco, etc.

Las preñeces extópicas que se diagnostican después del cuarto mes sin que hasta entonces las enfermas hayan sufrido grandes perturbaciones, piensa que se debe esperar hasta la primera quincena del noveno mes para ver modo de salvar la vida del feto vigilando, durante todo este tiempo, lo más de cerca á las enfermas á fin de no esperar que se produzcan los síntomas del falso trabajo del parto, porque es muy posible que cuando se intervenga ya el feto esté muerto.

En cuanto á los casos en que el feto ha muerto debe intervenirse inmediatamente, porque si se espera las condiciones de la enferma son mucho peores, exponiéndonos de consiguiente á complicaciones de suma gravedad, tal como ha sucedido en el primer caso que ha relatado y en el cual hubo una peritonitis que mató á la enferma, y que el doctor Zegers tiene la íntima convicción de que ella fué debida á la ulceración del recto en el saco, fenómeno que se habría evitado si se hubiera operado antes.

El doctor **Amaral** pidió la palabra para hacer algunas observaciones á la comunicación del doctor Zegers, y siendo la hora avanzada quedó con ella para la sesión próxima.

CONRADO RÍOS V.,
Secretario

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO.—Tratamiento de las quemaduras por la leche.—Incontinencia de orina tratada por la ruda aromática.—Calidad de la leche de vacas alimentadas con alcachofas.—Población y razas criminales.—La flegmasía alba dolens puerperal y la erisipela.—Sobre el régimen y el tratamiento de los albuminúricos.—Neoplasmas malignos inoperables.—Etiología del cólera.—Tratamiento del lupus, por el doctor R. Dávila Boza.—Influencia de la ligadura simple del cordón sobre la expulsión de la placenta, por el doctor R. Zegers P.

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS POR LA LECHE.—El doctor Dale ha obtenido resultados notabilísimos en las quemaduras, con el tratamiento siguiente:

Aplica compresas empapadas en leche, que renueva mañana y tarde. Una quemadura extensa de la pierna quedó reducida así, de 14 centímetros, á 7, en dos días; á los tres días, medía sólo 2 centímetros y medio. Otra herida análoga tratada sin éxito con el aceite de olivas y una pomada de óxido de zinc, curó con rapidez por medio de las compresas mojadas en leche.

(Bulletin Médical).

***

INCONTINENCIA DE ORINA TRATADA POR LA RUDA AROMÁTICA.—El doctor Krauss ha ensayado en muchos casos de incontinencia de orina el extracto acuoso de ruda aromática, á la dosis de V á X, y más tarde de XV á XX gotas, repetidas cuatro veces al día.

Ha obtenido excelentes resultados en los casos consecutivos á ligeras lesiones de los órganos génito-urinarios, y á alteraciones funcionales del sistema nervioso. Al contrario, en la incontinencia

de orina debida á lesiones graves de la médula espinal, la ruda aromática no ha producido efecto alguno.

(Nouveaux Remedes, 1892).

***

CALIDAD DE LA LECHE DE VACAS ALIMENTADAS CON ALCACHOFAS.—En no pocos casos este alimento, así preparado, produce en los niños vómitos y diarrea súbitos y bastante rebeldes, que no cesan hasta la suspensión de aquél. Investigaciones químicas hechas sobre las hojas de la alcachofa han probado la existencia en ellas de un principio, un alcaloide, la *cinarina,* producto que determina los accidentes relatados. El doctor Pauthier, de Senlis, ha comunicado á la Academia de Medicina de París sus estudios sobre este punto, los cuales dejan fuera de duda la acción nociva de la leche en tales condiciones.

(Revista Médica de Sevilla, del 3 de Julio de 1892).

***

POBLACIÓN Y RAZAS CRIMINALES.—El célebre alienista y criminalista italiano Lombroso refiere *(Revue de l'hypnotisme.—Journal de Méd. et de Chir. pratique,* de 10 de Mayo de 1892) que un joven jurisconsulto, Sigkele, ha descubierto una villa de criminales congénitos, natos, en Italia. Se trata de Artena, cuya historia es una larga serie de crímenes no interrumpida en los siglos; su población está constituída por ladrones, bandoleros y asesinos; su criminalidad contra las personas es seis veces mayor que la media de Italia (y esta nación es la que tiene la máxima entre todas las indicadas) y treinta y seis veces mayor que dicha media la de latrocinio en los caminos públicos; se asesina en pleno día, se estrangula al testigo adverso, etc. Aparte de la costumbre, de la impotencia de las autoridades, etc., cree Sigkele que en la etiología desempeña un gran papel la herencia, pues se ve invadir el mal á familias enteras y se nota de generación en generación la no interrumpida serie de una descendencia criminal.

También Francia posee varios pueblos dispuestos á lo largo de los límites de las selvas de Thiérache, prolongación de las de Ardennes. Fauvelle, que los ha descrito, dice que, donde quiera que esta raza predomina, sólo se ven ataques, violencias, tantos y

tantas, que se llenan las cárceles y aun hacen los jueces la vista gorda, porque no hay donde contenerlos. Malos los hombres, malas las mujeres y malos los niños, el forastero no es respetado, se abusa del alcohol, se trabaja poco, se hace mucho contrabando y viven de la rapiña, de la leña que toman al bosque y de la industria minera. Son pequeños, casi enanos, de fuerte musculatura, de grandes mandíbulas, de nariz recta, de arcos superciliares salientes, de piel obscura, de cabello recio y abundante, etc.

(*Revista Médica de Sevilla*, del 31 de Julio de 1892).

***

LA FLEGMASÍA ALBA DOLENS PUERPERAL Y LA ERISIPELA.—Á la conclusión generalmente admitida y concienzudamente comprobada por las indagaciones clínicas y bacteriológicas de Czerniewski, de Widal y de Doyen, de que todas las diferentes formas de infecciones puerperales conocidas, cualesquiera que sean su gravedad y su localización ó su generalización, son debidas á un mismo y único micro-organismo, el estreptococo de la erisipela, agrega el doctor Richardière un nuevo elemento de generazación, incluyendo también en ella la flegmasía alba dolens de origen puerperal.

La idea de la naturaleza infecciosa de la flegmasía alba dolens de las recién paridas fué admitida por Siredey en 1884, y sostenida por medio de argumentos derivados de la observación clínica. Á estos argumentos clínicos han agregado posteriormente Widal y Vázquez la demostración inequívoca bacteriológica, mostrando que en todos los casos de tal dolencia se hallaban micro-organismos infecciosos, estreptococos, en los puntos en que los vasos sanguíneos estaban alterados.

Richardière ha observado recientemente una enferma de flegmasía alba dolens puerperal, juntamente con el doctor Pignot, que confirma plenamente la naturaleza infecciosa del mal y su estrecha relación con la erisipela.

Se trata de una multípara en la cual se desarrolla una flegmasía alba dolens cuyos síntomas iniciales pueden remontarse al cuarto día después del parto, pero que no se inicia formalmente sino ocho días más tarde, y que sólo se confirma cuatro días después, es decir, el décimo sexto después del parto; por la aparición del edema característico en el miembro inferior izquierdo, que se extiende en seguida á todo el miembro inferior derecho, que se mantiene

durante unos ocho días con fiebre de mediana intensidad y que declinó en seguida paulatinamente hasta no dejar rastros de sí algunas semanas más tarde.

Mientras tanto, el niño que era amamantado por la paciente, fué quitado á su madre el mismo día en que se tuvo probabilidades de tener que habérselas con la flegmasía alba dolens, es decir, el día décimo sexto del alumbramiento, y entregado al cuidado de una nodriza, no siendo llevado desde entonces á la presencia de aquélla más que una ó dos veces al día. Durante los primeros días pareció soportar muy bien el cambio de leche; su peso aumentaba diariamente en 20 ó 30 gramos; sus cámaras eran normales en color y consistencia; en una palabra, siguió desarrollándose en buenas condiciones. Pero bruscamente, catorce días después de su separación del regazo materno, ó sea veinte días después del nacimiento y dieziséis á contar desde el principio de los accidentes infecciosos de la madre, fué acometido de una fiebre extremadamente intensa, exhibiendo al mismo tiempo una placa de erisipela del tamaño de la palma de la mano, en la parte media de la cara anterior del muslo izquierdo.

Esta placa erisipelatosa parecía haberse desarrollado espontáneamente; no presentando el niño ninguna herida, ninguna escoriación ni botón alguno sobre el cuerpo, y estando en perfecto estado de sanidad las regiones de donde parten los linfáticos del muslo y la herida umbilical.

Después de una marcha rápida de la enfermedad, el niño murió al sexto día, habiéndose extendido el exantema á todo el muslo izquierdo, las dos nalgas y el muslo y la pierna derecha, y habiéndose mantenido la fiebre siempre entre 39° y 40°.

¿De dónde provino el origen de esta erisipela?

Por el estudio detenido que se hizo del caso, se vino, al fin, á comprobar que el contagio se había efectuado por el contacto de la ropa del niño con los paños que habían servido para las curaciones y aseo de los órganos genitales de la madre, ya afectada de su flegmasía alba dolens.

Esta observación demuestra, pues, clínicamente lo que la bacteriología había verificado por su parte, es á saber, que todas las infecciones puerperales reconocen por causa generadora el micro-organismo de la erisipela, el cual puede provocar en un caso dado una infección ligera, local, curable, ó una infección grave, general, incurable, según el terreno en que obre.

Como conclusiones del caso relatado, pueden sentarse, además, las dos siguientes:

Necesidad de separar en absoluto al recién nacido del regazo materno tan pronto como se observe en la madre alguna infección, siquiera sea ésta la flegmasía alba dolens;

Y necesidad de entablar en contra de esta afección recién nombrada un tratamiento basado en los principios rigorosos de la antisepsia.

(*La Semaine Médicale*, 31 de Agosto de 1892).

***

SOBRE EL RÉGIMEN Y EL TRATAMIENTO DE LOS ALBUMINÚRICOS. —En las sesiones del 30 de Agosto y del 6 de Septiembre últimos desarrolló G. Sée, delante de la Academia de Medicina de París, la tesis indicada. Hé aquí sus conclusiones:

En el estado actual de la ciencia deben reconocerse cinco especies de albuminurias:

La primera es la albuminuria funcional ó fisiológica, que se muestra á ciertas horas del día, en seguida de la ingestión de ciertos alimentos, sin que ofrezcan los riñones el menor indicio de alteración.

La segunda especie de albuminuria, la cardíaca, se desarrolla bajo la acción de una perturbación de la circulación (lesión mitral, dilatación del corazon, degeneración del miocardio, etc.) y no implica la existencia de una lesión renal; así, jamás llega á constituir el mal de Bright ni da jamás lugar á accidentes urémicos.

La tercera especie de albuminuria, o albuminuria orgánica, depende, ó de una nefritis parenquimatosa aguda ó crónica, ó de una nefritis intersticial, ó de una nefritis mixta.

La nefritis parenquimatosa está caracterizada por los tres síntomas siguientes: albuminuria abundante, es decir, que pasa de 2 gramos por litro; disminución de la úrea con mantenimiento ó con disminución de la orina; é hidropesía.

La nefritis intersticial se traduce, al contrario, por los siguientes caracteres: la albuminuria es débil y á menudo aún es intermitente; puede aún faltar, según Dieulafoy; la orina está aumentada; el corazón se hipertrofia, etc.

La cuarta especie de albuminuria, que es la albuminuria hematógena, se deriva de una alteración de la sangre, cuya albúmina sería más difusible, más filtrable y no asimilable.

Estos defectos, según Semmola, provendrían sobre todo de perturbaciones en las funciones de la piel. Las únicas albuminurias hemáticas bien demostradas son las debidas á la malaria y á sus plasmodias (Kelsh y Kiener).

La quinta variedad de albuminuria puede ser de origen tóxico, bactérico, toxínico ó ptomainurotóxico.

Entre los agentes tóxicos capaces de producir la albuminuria, pueden citarse el mercurio, el plomo, el fósforo, las cantáridas, etc.

Las albuminurias bactéricas no están tan bien demostradas; las toxínicas parecen más bien imaginarias.

Á las albuminurias ptomaínicas y urotóxicas, ó por toxicidad general, conviene referir las de la gota y la diabetes, las cuales están generalmente relacionadas con nefritis especiales.

Antes de instituir el régimen de los nefríticos, es necesario recordar que los riñones enfermos eliminan mucho más lentamente que los riñones sanos la parte azoada de los productos de descomposición de la albúmina, en una palabra, que hay retardo de la eliminación.

Por lo cual el órgano enfermo debe ser aliviado, aligerado de su trabajo; de aquí el que 60 á 70 gramos de albúmina por día sean en tales casos más que suficientes.

La cura láctea es inútil en la albuminuria fisiológica, en la albuminuria ligera de los cardíacos; pero es indispensable en las hidropesías cardíacas con albuminuria ó sin ella, en las nefritis parenquimatosas agudas, de la escarlatina, de la preñez, etc.

Las afecciones renales de los tísicos, el riñón amiloídeo, el riñón atrofiado no soportan la cura láctea.

En las nefritis intersticiales, la leche no sirve más que como alimento mixto, pero es insuficiente. Deben darse los huevos bien cocidos, sin temor en pequeña cantidad, pero nunca crudos. Las carnes blancas, el pescado, son buenas; pero deben proscribirse las carnes negras porque aumentan la albuminuria. Debe también proscribirse el caldo, en absoluto. Las legumbres azoadas secas pueden emplearse como ayudantes ó succedáneos del régimen lácteo; las legumbres verdes, al contrario, no son asimiladas en gran parte.

La mantequilla se digiere mejor que las otras grasas y se hace necesaria para completar la alimentación.

Las frutas crudas, ó mejor cocidas, pueden darse, con excepción de las nueces, que están absolutamente contra-indicadas.

Son útiles el té y el café; el alcohol, al contrario, es perjudicial.

La leche debe darse en cantidad de tres litros á lo menos por día. Para hacerla soportar deben ingeniarse sus preparaciones, porque aún con ellas á veces no se consigue el objeto deseado.

La mayor parte de los medicamentos están contra-indicados: ni sangrías, ni vegigatorios, ni sudoríficos, ni aún diuréticos, salvo quizás sólo la lactosa. Nada se puede esperar tampoco de la digital, de la estrofantina, etc.; el fierro es dañoso.

Sólo los yoduros y las sales de calcio y de estroncio (bromuro, lactato, cloruro) dan buenos resultados.

(*La Semaine Médicale*, del 31 de Agosto y del 7 de Septiembre de 1892).

***

Neoplasmas malignos inoperables.—Con motivo de un artículo publicado en *The Lancet* del 20 de Febrero del presente año, por el profesor R. von Mosetig-Moorhof, de Viena, en el cual se establece que las inyecciones hipodérmicas de pyoktanino tienen gran influencia sobre el crecimiento y desarrollo de los neoplasmas malignos, cree conveniente R. Cowan Lees, de Glasgow, exponer los resultados que él ha obtenido en parecidos casos de las inyecciones hipodérmicas de bicloruro de mercurio.

En un caso inoperable de dos grandes tumores sarcomatosos del cuello, como no se tuviera sino muy ligero alivio de la traqueotomía, hizo, con una aguja especial, en el centro de uno de los tumores una inyección de 20 gotas de una disolución al 1 por 2,000 de bicloruro de mercurio en aceite de oliva. El resultado consistió en que durante cuatro días el tumor se encogió, se redujo de volúmen, en vez de aumentar, como hasta entonces lo hacía.

Una segunda inyección hecha con una disolución al 1 por 1,000 unos quince días después de la primera, produjo hinchazón y síntomas inflamatorios agudos, por lo cual un médico llamado accidentalmente puso dos sanguijuelas y cataplasmas; sobrevino la supuración y el paciente murió al cuarto día.

Este mismo tratamiento fué empleado en otros dos casos de

carcinomma de la mama, ulcerados ambos y uno con depresión crateriforme del centro, como se vé á menudo en los casos avanzados de la enfermedad. Pero esta vez sólo se usó la disolución al 1 por 2,000 y se procedió con la más rigurosa antisepsia. Las inyecciones se repitieron dos veces por semana con el mayor suceso deseable. Desgraciadamente no se pudieron continuar por enfermedad del autor.

(*Lancet*, Octubre 15 de 1892.)

Entre los diversos géneros de tratamiento propuestos y ensayados unos en pos de otros contra los tumores malignos que la cirugía operatoria declara fuera del alcance de sus recursos, desde hace años vienen figurando en primera línea las inyecciones interticiales de sustancias destinadas á obrar directamente sobre el tejido mórbido.

Primeramente se empezó por el empleo de sustancias que debían obrar químicamente, produciendo la mortificación mas ó menos completa del neoplasma. Se ensayaron así sucesivamente el alcohol, el agua salada, la tintura de yodo, el pecloruro de fierro, el nitrato de plata, el cloruro de zinc, etc; Luton obtuvo éxito completo, en 1874, en un fibroma uterino de grandes dimensiones con inyecciones de biarsenato de potasa, seguidas algunos días después de otras de bromuro de potasio; el doctor W. Williams ensayó en 1877 las inyecciones de bromo; Th. Geiss, las de ácido acético en 1878; etc., etc.

Los resultados obtenidos en este primer período de las inyecciones no fueron, en general, satisfactorios; y hubo que convencerse de que la química sóla, la química bruta, digámoslo así, no podía bastar para el caso.

Se pensó entonces en producir algo así como la digestión de los tejidos mórbidos, y la consiguiente reducción ó atrofía de los tumores; pero tampoco se consiguió alcanzar por este método mejores resultados. Luton con la pepsina, Bouchut con la papaina, y cien otros investigadores con estas ó con otras sustancias, si alguna vez obtenían éxitos momentáneos más ó menos halagadores terminaron siempre por larga serie de insucesos.

Este procedimiento que podemos llamar fisiológico, en oposición al procedimiento meramente químico, se mostró, pues, en definitiva, tan incapaz é impotente como este último.

Felizmente, los maravillosos progresos de la bacteriología, ilu-

minando con nueva luz la patogenia y naturaleza de las enfermedades, han inducido en estos últimos tiempos á los investigadores á emprender nuevas esperiencias, nó ya con el objeto de obtener la mortificación del tejido mórbido por destrucción química, sino con la mira de producir tales alteraciones en los elementos genéricos mismos de los neoplasmas que su nutrición se vicie, se amengüe su vitalidad, y se hagan así imposibles la vida y el desarrollo y el crecimiento de los tumores.

En esta idea se han inspirado Mosetig-Moorhof y Cowan Sees; y aunque los resultados que nos refieren no pueden considerarse todavía como decisivos, son bastante alentadores, sin embargo, á nuestro juicio, para obligar moralmente á todo médico que se halle en presencia de uno de esos neoplasmas inoperables y que tantos padecimientos ocasionan á sus víctimas, á ensayar los medios propuestos por los profesores nombrados, ú otros semejantes.

***

Etiología del cólera.—Según el profesor Max von Pettenkofer, la etiología del cólera sigue siendo hasta hoy, como lo ha sostenido él desde muchos años atrás, una ecuación de tres incógnitas; son á saber: *H*, el gérmen específico, que las corrientes humanas diseminan; *Y*, un factor que depende del lugar y del tiempo, ó sea, la disposición local; y *Z*, la predisposición individual.

La simplicidad de la teoría de Koch, que no reconoce más que un sólo factor, el gérmen específico, puede seducir á aquellos que sólo atienden al paciente individual, pero de ninguna manera á aquellos que abarcan con su mirada una larga serie de epidemias. Estas han manifestado, en efecto, que lo mismo que entre las personas, hay entre los lugares algunos que gozan de inmunidad contra el cólera siempre, y otros que son afectados en una epidemia y nó en otra, aunque en ambas los factores *X* y *Z* permanezcan iguales.

La determinación del factor *Y* no es, desgraciadamente, tan fácil como la de los otros dos factores: Pettenkofer sólo llega á insinuar con relación á él que puede depender en gran parte de la naturaleza y del grado de humedad del subsuelo.

La presencia constante del bacilo coma en las cámaras de los colerosos indica que el bacilo tiene algún papel en el proceso, pero

deja siempre abierta la cuestión de si será él por sí sólo la causa única y completa de la enfermedad.

Para confirmar experimentalmente la exactitud de su manera de ver, el ilustre higienista no se ha detenido ante el peligro de hacer la experiencia sobre su misma persona, y el 7 de Octubre último sorbió de un trago un centímetro cúbico de un cultivo reciente de bacilos colerígenos, en las condiciones más favorables posibles para que éstos ejercieran todo su fatal poder, habiéndose efectuado la inyección dos horas y cuarto después de un desayuno ligero, estando el estómago poco menos que vacío y habiéndose todavía neutralizado el poco jugo gástrico que podía contener con un gramo de bicarbonato de soda disuelto en 100 gramos de agua potable de Munich.

La experiencia ha dado más ó menos el resultado previsto; pues, aparte de algunos cólicos fuertes y de una moderada diarrea que empezaron el día 9 y que no cesaron hasta el 15 de una manera absoluta, ningún síntoma se presentó de cólera confirmado y el valiente profesor continuó desempeñando todas sus ocupaciones como de costumbre. Las cámaras, mientras tanto, hervian en míriadas de bacilos, según los exámenes de Pfeiffer y de Eisenlohr.

Igual experimento fué hecho el 17 del mismo mes por el profesor Emmerich en su propia persona, y exactamente con idéntico resultado.

Estas experiencias manifiestan palmariamente, según Petenkofer, que el bacilo coma no genera el virus específico del cólera durante la permanencia en el intestino, y concuerdan con los resultados obtenidos por Bouchard; el cual consiguió producir el cólera en los conejos dándoles las excreta, alvinas ó urinarias, de los colerosos, y nó, administrándoles cultivos puros de bacilos ni sus productos metabólicos.

La conclusión última á que llega Pettenkofer, es la de que el bacilo coma requiere indispensablemente el concurso de lo que él ha llamado la disposición local del tiempo y de la localidad, para poder causar una epidemia de cólera. Sin este concurso, el bacilo permanece poco menos que inerte, como en las experiencias personales de él mismo y de Emmerich, las cuales habrían dado un resultado muy distinto si hubieran sido hechas en Hamburgo, por ejemplo, durante la epidemia que acaba de reinar en este puerto.

(*British Medical Journal*, Noviembre 19 de 1892).

***

TRATAMIENTO DEL LUPUS.—Envalentonado por los resultados obtenidos por Lannelongue, Augagneur, Dubois y otros en las enfermedades tuberculosas de los huesos con las inyecciones de sulfato de zinc, el doctor Fedoroff ha ensayado el mismo tratamiento contra el lupus, y ha obtenido también excelentes resultados.

Su modo de operar ha consistido en disminuir, primero, la circulación sanguínea en la región enferma por medio de vendajes compresivos, y en producir la anestesia local por medio de la cocaina, y en inyectar, en seguida cosa de ocho gotas de una solución de sulfato de zinc al 10 por ciento en dos, tres ó cuatro puntos al rededor de cada úlcera, dirigiendo la punta de la cánula debajo de la base del tejido enfermo.

Hacia el tercer día empezaba á enrogecerse y á hincharse la circunsferencia de la úlcera; al día siguiente aparecieron tejidos necrosados hácia la base, los cuales se desprendieron tres ó cuatro días después, dejando una superficie granulosa limpia; la cicatrización fué completa al cabo de dos ó tres semanas.

En los casos así tratados había muchos nódulos; pero no fueron tratados todos simultáneamente, creyéndose prudente no hacer más de diez punturas á un mismo tiempo. Ninguna de las úlceras curadas requirió renovación de las inyecciones por segunda vez, y el tratamiento posterior no consistió más que en la aplicación de una cura de glicerina simple. Ninguna vez hubo alza de la temperatura; el dolor local fué agudo cuando no se usó la cocaina; pero el empleo de ésta lo amortigua en gran manera.

(*Wrach*, núm. 27).

R. DÁVILA BOZA.

***

INFLUENCIA DE LA LIGADURA SIMPLE DEL CORDÓN SOBRE LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA, POR NGUYEN-CHAC KAU G-B.—Sobre 68 partos con ligadura doble del cordón ha tenido 4 casos de retensión de la placenta y sobre 146 con ligadura simple nada más que 2 casos.

Comparando los dos procedimientos tenemos que:

4 casos de retensión sobre 68 partos con ligaduras doble, lo que hace el 6 por ciento; y 2 casos de retensión sobre 146 partos con ligadura simple nos da 1½ por ciento más ó menos.

Se ve, pues, según esta estadística comparada, que hay más retensiones en el primer caso que en el segundo. Por otra parte, la duración de la expulsión de la placenta es notablemente más larga con la ligadura doble que con la ligadura simple: tratándose de las posiciones d. i. i. a. hechas con ligaduras dobles ha encontrado que para 14 partos se han empleado 15 horas para la expulsión; lo que hace un término medio de 64 minutos para cada uno y sobre 63 partos en o. i. i. a. con ligadura simple se han necesitado 28 horas 10 minutos, lo que hace un término medio de 27 minutos para cada uno de los partos.

Se ve, pues, que se emplea menos tiempo en la expulsión de la placenta con ligadura simple.

Ha hecho la estadística solamente en la posición o. i. i. a. porque es la posición que más á menudo se encuentra; pero asegura á la vez que lo mismo sucede en todas las demás posiciones.

En seguida el autor hace reflexiones sobre las teorías que se han imajinado para explicar las causas que favorecen la expulsión de la placenta, y después de un razonamiento bastante convincente dice que en la ligadura simple es expulsada en menos tiempo que en la ligadura doble porque como el útero es un órgano que obra principalmente por acción refleja basta la menor causa para que esto suceda, así la ligera hemorragia que se produce sin ligar el cordón estimula de un modo muy notable las contracciones uterinas; por otra parte, por el hecho de la falta de ligadura del cordon la sangre que contiene la placenta se derrama y de ahí la disminución de volúmen de ella lo que también favorece en alto grado la expulsión de dicho órgano.

Termina el trabajo con las conclusiones siguientes:

Se debe practicar una doble ligadura del cordón;

1.° Porque esta simple ligadura hace que la expulsión de la placenta se efectúe en mucho menos tiempo; y

2.° Porque así la retensión de la placenta se produce en muchos menos casos que con la ligadura doble.

Se debe emplear la ligadura doble sólo en el caso de preñeces jemelares ó polijemelares.

(*Bulletin Génerale de Therapeutique*, Nov. 1893).

R. Z. P.

REVISTA CLÍNICA

Clínica de enfermedades nerviosas y mentales

NEURALGIA DEL TRIJÉMINO TRATADA POR EL HIPNOTISMO

(Duración de la enfermedad, ocho años. Curación)

Dolores H., de 20 años de edad, sin antecedentes hereditarios, de importancia ha sufrido desde la edad de 12 años dolores neurálgicos en los distintas ramos del trigémino, especialmente en el supraorbitario de la oftálmica. Los dolores se han manifestado por accesos, separados unos de otros por un intervalo, no completamente libre, de diez á quince días. En esos accesos se presentan los paroxismos característicos que duran de una á dos horas y se repiten una ó dos veces en el día. En el intervalo de estos accesos, la enferma acusa una sensacion de plenitud en la cara, de tensión á veces calurosa, á veces álgida. La intensidad del dolor durante el paroxismo llega hasta provocar el delirio.

Cuando la enferma se presentó á la consulta de la clínica, acababa de pasar el paroxismo de la mañana de ese día. El nervio afectado era la rama supraorbitaria; bastaba ejercer una lijera presión sobre el punto dolorido de Valleix, en la arcada sapraorbitaria, para que el dolor reapareciera en toda su intensidad durante cerca de un minuto.

La enferma nos dice que ha sufrido, siendo pequeña, una afección convulsiva, sobre la cual no puede suministrar ningún dato. La menstruación se ha establecido á los 12 años con notables irregularidades, cuya influencia sobre la intensidad y frecuencia de los accesos dolorosos era indudable para la enferma.

Últimamente había aparecido en la mano izquierda, pierna y pie del mismo lado, un edema de coloración azulejo que presentaba los

caracteres del edema azul de las histéricas. El médico que la había examinado interpretó ese fenómeno como una manifestación de la enfermedad de Bright. Creyó encontrar albúmina en la orina y sometió la enferma al régimen lácteo y al licor yodo-tánico, administrado por gotas, dos veces al día. El resultado de ese tratamiento fué una agravación de la neuralgia.

El examen de la enferma nos manifestó la existencia de una hemianestesia completa y total del lado izquierdo; la sensibilidad estaba abolida en todos sus modos, aun en los puntos de la cara en que la enferma acusaba pariestecias espontáneas. En el pecho del lado derecho se extendía una placa de anestesia. Existía anestesia farínjea y desaparición del reflejo en los dos lados.

En el ojo y en el oído del lado izquierdo había una notable disminución sensorial. El campo visual manifestaba una reducción concéntrica en los dos ojos, la sensación del gusto había desaparecido en la mitad izquierda de la lengua. Llamando la atención de la enferma hácia el ovario, nos dice que ha sentido una sensación molesta constantemente y á veces dolorosa en la región ovárica del lado izquierdo. No está cierta si entre esas sensaciones y sus accesos neurálgicos existe alguna relación.

En presencia de estos fenómenos, se diagnosticó una prosopaljia histérica y se recomendó á la enferma que ensayara la medicación sugestiva. Colocada delante del aparato de Luys, se produjo la hipnotización al cabo de pocos minutos y se sugestionó á la enferma en el estado cataléptico.

Le recomendamos también el uso del hierro administrado en la forma de sesqui-bromuro (grágeas de Hecquet, cuatro al día). Desde ese día los dolores dssaparecieron.

Una semana después de la primera hipnotización, se practicó una segunda y continuamos con el tratamiento ferruginoso.

Durante mes y medio, la enferma continuó en observación: se regularizó el sueño, volvió el apetito, desapareció el edema y la anestesia sensitiva sensorial del lado izquierdo se atenuó de una manera muy considerable. Libre ya de sus fenómenos dolorosos, la enferma se creyó curada.

DR. J. R. TRINCADO DEL VILLAR,
Ayudante de la clínica.

CRÓNICA

SUMARIO.—El Matadero de Valparaíso.—Congreso Médico Pan-Americano.—El doctor Greve.—Sociedad de Farmacia.—Vacunación obligatoria

El matadero de Valparaíso.—Los diarios del vecino puerto han llamado la atención hacia la circunstancia, muy grave, de beneficiarse animales enfermos de tuberculosis.

El último descubrimiento de un animal tuberculoso tuvo lugar en condiciones que revelan el poco cuidado que se tiene en aquel establecimiento.

El albeitar del matadero, *que es la persona encargada de dar fé sobre el estado de salud de los animales*, se encontraba con licencia, y el administrador y segundo mayordomo notaron que una vaca que en su exterior nada presentaba de anormal estaba cubierta interiormente de tuberculos; el doctor Deformes, médico de ciudad, comisionado para hacer el reconocimiento en semejantes casos, fué llamado para que constatara si había peligro para el consumo.

Hé aquí los hechos.

Ahora bien ¿es posible que en una ciudad como Valparaíso el reconocimiento de las carnes esté en manos de personas absolutamente incompetentes para ello como es, sin duda, el albeitar?

Comprendemos que en Santiago suceda lo que en Valparaíso desde que todas las ideas de mejora y de salubridad para el matadero que se ha tratado de llevar á la práctica se han estrellado con la indiferencia de los municipios, indiferencia que ya sale de los límites imaginables; pero en el vecino puerto, en donde los municipios han hecho de ordinario honor á la cultura de aquella gran ciudad, no se concibe como las cosas se encuentren en peores condiciones, si cabe, que en Santiago.

Es cierto que la municipalidad de Valparaíso ha reconocido muchas veces la necesidad de designar una persona con aptitudes profesionales, veterinario ó médico, para el reconocimiento de los animales que van á beneficiarse en el matadero; pero hasta ahora esta resolución no se ha ejecutado.

Ojalá que bien pronto veamos los mataderos, siquiera los de las dos principales ciudades de la República, á la altura que reclaman nuestras condiciones sociales.

La nota pasada por el señor Deformes á la alcaldía es la siguiente:

«Valparaíso, 22 de Enero de 1893.—Pongo en conocimiento de V. S. que ayer recibí aviso del señor administrador del matadero de haberse descubierto en ciertos órganos de uno de los animales beneficiados en dicho día lesiones para él desconocidas, pero de carácter sospechoso.

Con este motivo me trasladé al punto indicado, y después del examen practicado, comprobé las lesiones características de una tuberculosis generalizada, afección completamente contagiosa. Por lo tanto, aprobé la medida ya tomada por el señor administrador, de rechazar para el consumo las carnes del animal en cuestión.

Creo oportuno volver á manifestar á V. S. la urgente necesidad de la permanencia en el indicado establecimiento de un veterinario competente encargado de vigilar la matanza é inspeccionar los distintos órganos de los animales beneficiados, á fin de impedir el expendio de carnes infectadas.

Es cuanto tengo que decir á V. S.—*Doctor Enrique Deformes*, médico de ciudad.»

***

Congreso Médico Pan-Americano.—Del presidente ejecutivo de la Sección de Patología Interna del primer Congreso Pan-Americano hemos recibido la siguiente nota:

«Ann Arbor, Michigan, U. S. A.—Noviembre 29 de 1892.—Señor director de la *Revista Médica*.—Muy señor mío: Le agradeceré á Ud. se sirva anunciar en su apreciable periódico, que el Congreso Médico Pan-Americano tendrá lugar en la ciudad de Washington, Estados Unidos de América, el día 5 de Septiembre de 1893 y continuará sus sesiones durante cuatro días; suplico encarecidamente á los médicos de su país se reunan con nosotros

en dicho Congreso, que esperamos será digno de nuestra profesión en el Nuevo Mundo.

La sección de Patología Interna *(Practice of Medicine)* puede contribuír eficazmente á su buen éxito; desearíamos tener algunos trabajos de sus compatriotas, y que cada médico en particular se considere como especialmente invitado para presentar algún trabajo á esta Sección, en que se haga conocer la historia de las enfermedades reinantes en su país, las particularidades que presenten con relación al clima, como también el tratamiento que haya dado mejores resultados; sería interesante consignar todo lo relativo al predominio y distribución de la tuberculosis, fiebre tifodea, difteria, escarlatina, etc., y esperamos de nuestros hermanos que hablan español aprender mucho sobre la fiebre amarilla.

Confío en que gran número de sus compatriotas se reunirán con nosotros y presentarán memorias para esta Sección; los que bondadosamente accedan á nuestra súplica, tengan la bondad de dirigirse al Dr. Ramón L. Miranda, núm. 349, West 46 th St., New Yofk City, U. S. A. y comunicarle el título de los trabajos y lo que tengan por conveniente.

Tengo el honor de suscribirme respetuosamente S. S. S.—*Víctor C. Vaughan*, presidente del comité ejecutivo de la Sección de Patología Interna del primer Congreso Pan-Americano.

Lo que tengo, señor director, el placer de comunicar á Ud. para los fines oportunos, según lo dispuesto por el presidente de la Sección.—*Ramón L. Miranda*, secretario.»

***

El doctor Greve.—El Supremo Gobierno ha comisionado al doctor don Germán Greve para que estudie en Europa, sin remuneración, la electricidad médica é informe sobre los adelantos alcanzados cada tres meses, al delegado de la Escuela de Medicina.

El Gobierno ha hecho una elección acertadísima. El señor Greve ha sido uno de los mejores alumnos de la Escuela y constantemente ha colaborado en las instituciones científicas. Miembro del Directorio de la Sociedad Médica y tesorero de la *Revista*, nos deja en circunstancias en que su concurso era más útil; pero, acostumbrados á mirar las cosas sin egoismo, nos alegramos de que haya sido nuestro compañero de trabajo el designado para la honrosa comisión de que hemos hecho mérito.

Aprovechando la buena voluntad del doctor Greve, el Directorio de la Sociedad lo designó en su última sesión, delegado ante el Congreso Médico Internacional de Roma, Congreso que deberá reunirse el 1.º de Octubre.

***

Sociedad de Farmacia.—Esta Sociedad ha elegido el siguiente Directorio y comisiones permanentes para el presente año:

Presidente

Don Miguel Otero S.

Vice-presidente

Don Pedro N. Mardones.

Secretario

Don Amador Guajardo F.

Pro-secretario

Don Federico J. Tapia.

Tesorero

Don Narciso 2.º Espinosa.

Directores

Don Pedro Aris.
" Adolfo Larenas.
" Juan de Dios Souper.
" Daniel E. Vial.

Comisión redactora

Don Daniel E. Vial.
" Adolfo Larenas.
" Pedro N. Mardones.
" Amador Guajardo F
" José Luis Corominas.
" Juan Saez.

Comisión inspectora de cuentas

Don Aníbal Meza.
" José Luis Corominas.
" Juan Saez.

***

VACUNACIÓN OBLIGATORIA.—La Municipalidad de Concepción, á ejemplo de la de Santiago, ha solicitado del Congreso el despacho favorable de la ley sobre vacunación obligatoria. Un acuerdo de esta especie en las circunstancias actuales, en que empieza á levantarse un airecillo contrario al establecimiento de aquella ley, es de la más alta importancia. La Municipalidad de Concepción debe sentirse orgullosa de su obra.

Ojalá que otras corporaciones imiten á las de Santiago y Concepción, demostrando así con el hecho que no miran con indiferencia los grandes problemas de la salubridad pública.

Hé aquí el oficio transmitido á la Honorable Cámara de Diputados por el Intendente, señor Matta.

«Concepción, 3 de Enero de 1893.—La Ilustre Municipalidad de este departamento, en sesión de 24 de Diciembre último, celebró, entre otros, el siguiente acuerdo:

«El señor Intendente hace presente á la sala la conveniencia que habría de dirigirse al Soberano Congreso solicitando el despacho favorable del proyecto de ley que declara obligatoria la vacunación en Chile. La corporación, después de un cambio de ideas en favor de dicho proyecto y considerando que él traería notables beneficios al país y especialmente á esta provincia, invadida frecuentemente por la viruela, acordó *por la unanimidad de sus miembros* dirigirse al Congreso Nacional, encareciéndole se despache favorablemente el proyecto aludido».

Lo que tengo el honor de transcribir á V. S., como Presidente de la Honorable Cámara de Diputados, á fin de que se sirva hacerlo presente á esa Honorable Cámara, esperando que esta petición sea favorablemente acogida.—Dios guarde á V. E.—*Guillermo Matta.*

CONRADO RÍOS V.

Año XXI Marzo de 1893 Núm. 3

EDITORIAL

La viruela

Santiago, Marzo de 1893.

El saneamiento físico de Santiago, que á grandes rasgos dejamos perfilado en nuestro artículo anterior, con parecer empresa colosal y de grande aliento, no es, sin embargo, más que la parte menos importante de la obra que hay que realizar para ponernos en Chile, en materia de higiene y de salubridad públicas, al nivel de las naciones que mayor altura han alcanzado en este ramo del progreso moderno.

Pero la otra parte, la principal, la más importante, la más vasta y la que mayores dificultades presenta, no se refiere ya á un punto ó cuestión determinada cualquiera, sino que se conexiona con un complexo de materias diversas que, si bien se enlazan estrechamente entre sí desde un punto de vista general, no se prestan, por su propia diversidad de índole, á ser tratadas convenientemente en conjunto en los breves acápites de que aquí podemos disponer.

Les dedicaremos, por esto, capítulo aparte á cada una de ellas, á medida que la ocasión ó la oportunidad nos lo indiquen por conveniente.

Y hoy por hoy empezamos por la viruela.

No habrá en el país un sólo habitante que ignore que es la viruela la plaga que nos ha arrebatado quizás mayor número de vidas desde los tiempos mismos de la conquista, y que con tanta pertinacia se ha aclimatado en toda la extensión de nuestro terri-

torio, que debemos considerarla, sin hipérbole, como nuestra plaga nacional, como nuestra enfermedad propia, característica. Pero talvez no son muchos los que conocen las verdaderas proporciones de sus estragos: todos saben que cada cierto número de años la tenemos como epidemia más ó menos extendida; pero son pocos los que saben que nos arrebata centenares de vidas año á año sin ninguna interrupción desde muchísimo tiempo atrás, y son menos todavía los que tienen conocimiento de que hay lazareto en la República que no ha cerrado sus puertas en cinco años continuos.

Para manifestar en toda su intensidad la alta proporción con que la viruela contribuye á levantar la cifra de nuestra mortalidad general, sería necesario exponer la historia completa del mal durante una larga serie de años. Tarea utilísima, sin duda, para despertar de su inhumana indiferencia respecto á esta materia á los hombres que llevan las riendas de la administración pública, y que tienen, por consiguiente, en sus manos el remedio inmediato del mal; pero que nos demandaría mayor tiempo del que podemos disponer. Por lo cual nos limitamos á dar un resumen del movimiento habido en los tres últimos años en el Lazareto de San José, único permanente en esta capital; creyendo que esto bastará para nuestro intento de llamar la atención sobre la materia y de mover un poco de opinión entre los hombres de buena voluntad tendente á obligar á nuestros hombres de Gobierno á hacer alguna vez algo en esta causa primordial de la salubridad pública. Esto nos servirá, por lo menos, para deslindar bien claramente el campo de las respectivas responsabilidades entre los que todo lo pueden y nada hacen y los que nada podemos y todo lo quisiéramos hacer.

En las memorias pasadas á la Junta de Beneficencia por los médicos del mencionado lazareto, se ve que entraron á este establecimiento 994 variolosos en 1890, 2,275 en 1891 y 1,590 en 1892; de los cuales 388 fueron dados de alta en el primer año nombrado, 934 en el segundo y 652 en el tercero, y fallecieron 574 en 1890, 1,350 en 1891 y 764 en 1892.

Lo que hace un total de 4,859 ingresos y 2,688 defunciones en los tres años.

Estas cifras se refieren á los variolosos exclusivamente, circunstancia que es necesario advertir, porque junto con los variolosos han entrado al establecimiento enfermos de otras afecciones, que figuran en las estadísticas confundidos con ellos, pero que para nuestro propósito hemos debido eliminar.

En los pormenores del movimiento del año 1892, que pasamos á exponer, no hemos podido, sin embargo, efectuar esa eliminación por deficiencia en los cuadros estadísticos que nos sirven de fuente de información. En estos pormenores figuran, por consiguiente, 174 individuos que no hemos comprendido en el total de 1,590 que hemos anotado para el año dicho; de aquí la diferencia que se observará entre las cifras dadas y las que vamos á dar.

Eso, no obstante, creemos que los cuadros siguientes, en que resumimos todo el movimiento del lazareto durante el expresado año de 1892, dan una idea bastante exacta de los puntos esenciales que interesa conocer en esta clase de materias.

CUADRO A

Movimiento general

1892	HOMBRES			MUJERES			TOTALES		
	Entrados	Altas	Fallecidos	Entradas	Altas	Fallecidos	Entrados	Altas	Fallecidos
Existenc. de 1891	21	....	....	14	....	....	35	....	....
Enero	11	21	6	12	14	4	23	35	10
Febrero	13	9	2	20	9	6	33	18	8
Marzo	19	7	12	11	9	3	30	16	15
Abril	23	9	8	17	11	10	40	20	18
Mayo	32	10	10	17	10	4	49	20	14
Junio	54	16	33	56	19	18	110	35	51
Julio	128	23	55	77	25	29	205	48	84
Agosto	109	52	71	69	38	34	178	90	105
Septiembre	88	63	48	85	54	27	173	117	75
Octubre	177	47	65	129	60	57	306	107	122
Noviembre	162	98	81	83	55	43	245	153	124
Diciembre	219	92	101	118	57	55	337	149	156
Totales	1056	447	492	708	361	290	1764	808	782
Remanentes	....	117	....	....	57	....	....	174	....

CUADRO B

Distribución por edades

AÑOS DE EDAD	Hombres	Mujeres	Total
De 10 años	220	219	439
De 10 á 20	248	212	460
De 20 á 30	420	185	605
De 30 á 40	121	55	176
De 40 adelante	47	37	84

CUADRO C

Vacunados y no vacunados

	Entradas	Altas	Defunciones	Mortalidad relativa
HOMBRES				
Vacunados	150	103	43	29%
No vacunados	906	344	449	49 "
MUJERES				
Vacunadas	142	103	27	19%
No vacunadas	566	258	263	46 "
TOTALES				
Vacunados	292	206	70	27%
No vacunados	1472	602	712	48 "

CUADRO D

Clasificación por enfermedades ó especies de viruela

	Altas	Muertos
Alfombrilla	92	
Escarlatina	4	
Varicela	21	1
Varioloides	15	
Enfermedades varias	24	17
Viruela discreta	134	4
Id. coherente	179	16
Id. confluente	334	497
Id. confluente hemorrágica	5	107
Id. hemorrágica	...	140

Contrayendo todas estas cifras á los totales, tenemos que de los 1,764 enfermos asistidos en el Lazareto durante el próximo pasado año, justamente la mitad, 899, fueron menores de veinte años, y la otra mitad, 865, mayores de esa edad; 292, ó sea el 16.5 por ciento, habían sido vacunados y 1,472 no lo habían sido; 1,056 eran varones y 708 hembras; 1,590 estaban afectados propiamente de la viruela y 174 de otras enfermedades; 808 fueron dados de alta y 782, ó sea el 44.3 por ciento, fallecieron.

Las cifras relativas á la proporcionalidad entre los vacunados y los no vacunados y entre sus respectivas mortalidades, no se prestan á deducciones rigorosamente exactas, como sería de desear, por la sencilla razón de que en los cuadros estadísticos aparecen lamentablemente confundidos los variolosos propiamente tales con los que no lo son.

Sin embargo, conviene observar que de los 292 vacunados, sólo 70, ó sea el 27 por ciento, fallecieron, en tanto que de los 1,472 no vacunados, fallecieron 712, ó sea el 48 por ciento. Lo que manifiesta que la vacuna conserva el poder de amortiguar la fuerza del virus varioloso cuando ha perdido el poder de anularlo, ó sea, que no se desprende su poder preservador ó inhibitorio sino poco á poco, progresivamente, hecho vulgar y conocido de todo el mundo, pero sobre el cual parece que no han fijado lo bastante la atención los autores de las diversas teorías que se disputan la

solución del problema de la inmunidad adquirida por la acción de ciertos fluídos vaccinales ó de un primer ataque de una enfermedad virulenta determinada.

El resumen general de todos los antecedentes y cifras que hemos expuesto nos manifiesta que en los últimos tres años han ingresado al Lazareto permanente de Santiago la suma de 4,859 variolosos, y que de ellos fallecieron 2,688, ó sea el 55.3 por ciento.

Durante tres años continuos la viruela se ha mantenido, pues, permanentemente en Santiago, haciendo de dos á tres víctimas diarias entre los desvalidos solamente que han ido á ocupar un lecho en el Lazareto de San José. Que si á éstos agregáramos los enfermos que se han curado en sus casas y los que en los últimos meses del año ingresaron al Lazareto accidental del Salvador, la cifra de las víctimas tendría que duplicarse por lo menos.

Y cinco á seis defunciones ocasionadas día á día por la viruela durante tres años consecutivos dentro del recinto sólo de Santiago, ¿no deberían ser un motivo justísimo de alarma y de rubor para nuestro patriotismo y para el grado de cultura y de progreso que hemos alcanzado?

Pues bien! no lo son, sin embargo. Nos hemos familiarizado de tal modo con el mal, que hasta los mismos médicos hemos venido á mirarlo con la más desdeñosa indiferencia, dejándolo nacer, crecer y extenderse ante nuestros propios ojos y hacer y multiplicar sus estragos, con la misma mulsumana impasibilidad con que miramos llover ó caer las hojas de los árboles. Se diría que es él un objeto completamente extraño para nosotros, con el cual nada tenemos que ver.

Doloroso es decirlo, pero esa es la verdad. Y es menester que alguien quiera confesarlo alguna vez, para que alguna vez empecemos á sacudir esa inercia de plomo con que hasta ahora hemos contemplado esta plaga que día á día roe las entrañas de nuestro pueblo y que de vez en cuando lo diezma con horrendo ensañamiento, y podamos así tener al fin un cuarto de hora de buena voluntad para poner mano á la tarea de prevenir ó siquiera de aminorar sus pavorosos estragos.

Al primer anuncio de una posibilidad muy remota todavía de que el cólera pudiera aproximarse á nuestras costas, organizamos un dispendioso servicio profesional para que desde el primer momento le cerrara el paso; centenares de miles gastamos para combatir en sus comienzos una plaga accidental, muy circunscripta y

un si es no es imaginaria de langostas, y nunca hemos escatimado los millones para obras de una dudosa necesidad ó de una utilidad meramente relativa. Justo parece entonces que alguna vez se dediquen algunos miles para combatir plaga tan cierta, tan cercana y de efectos tan reales, tan palpables y tan desastrosos como la viruela; pero para combatirla de una manera seria, sistemática, ordenada, pertinaz, sin darle tregua ni descanso ni cuando, extendida por toda la República, siembra de cadáveres sus ciudades y sus campos, ni cuando sorda y silenciosamente devora sus víctimas allá escondida en el rincón de alguna desconocida aldehuela. Sólo así podremos dominarla alguna vez; y si no estirparla radicalmente de nuestro suelo, reducirla á lo menos á tan mínimas proporciones que deje de ser una afrenta para nuestro actual estado de civilización.

De otra manera, con medidas á medias ó no mantenidas sino en los momentos de auje de las epidemias, no conseguiremos jamás un éxito medianamente satisfactorio. El mal continuará y se perpetuará en las mismas proporciones en que se ha mantenido hasta ahora, sino mayores, arrebatándonos centenares y miles de existencias todos los años de lo más granado y escogido de nuestra población obrera.

¡Quieran nuestros gobernantes y sus inspiradores y consejeros pesar la responsabilidad que les toca en tan delicada materia!

DR. R. DÁVILA BOZA.

COLABORACIÓN

Historia de dos operaciones cesáreas

Con motivo del feliz resultado obtenido en la operación cesárea que practicamos en el mes de Noviembre del año próximo pasado, nos ha parecido conveniente historiar los dos casos en que nos ha sido preciso practicar esta operación en nuestra ya bien larga práctica, ya que también nos parece que son las únicas operaciones de esta naturaleza aquí en Chile practicadas. En efecto, por lo que á nuestros profesores respecta, nunca los vimos que la hubieran hecho ni nos mencionaron caso alguno de que tuvieran conocimiento. Y si así no hubiese sucedido, nos daremos por muy contentos y satisfechos si logramos exhumar alguno más que pudiera contribuir á formalizar nuestra historia obstétrica en este punto.

Es un hecho perfectamente reconocido que las operaciones obstétricas por graves estrecheces pelvianas, han sido en Chile y son bien escasas; y sólo ahora parece comienza á presentarse de tarde en tarde. La poca densidad de la población y las facilidades de la vida de que nuestros antepasados han gozado, parece explica este fenómeno. La osteomalacia es entre nosotros desconocida y la raquitis una especie de *rara ovis* que hace poco se ha atrevido á penetrar en nuestro cuadro nosológico. Poco común también han sido las afecciones vertebrales que produciendo el mal de Pott alteran la columna y ocasionan los pelvis cifóticas y los cifo-escolióticas.

Las dos operaciones que vamos á relatar corresponden á dos épocas distintas, casi á dos diversas éras científicas,

La primera data de 1877, cuando la antisepsia quirúrgica nos era casi desconocida y no se practicaba en los servicios clínicos ni hospitalarios; cuando una operación de laparotomía constituía un gran acontecimiento y manifestaba el corage casi imprudente de un cirujano osado y nada más; cuando la luz incierta del triunfo de la antisepsia clareaba en lejanos horizontes y su luz no alcanzaba á iluminar los Andes.

A esa primera éra pertenece nuestra primera observación. Fué esa operación se puede decir feliz, por cuanto la enferma no sucumbió á la infección, sino que se extinguió suavemente al *shoc* de una operación gravísima emprendida al quinto día del trabajo del parto, en una mujer en quien las fuerzas estaban agotadas y cuando el feto principiaba á entrar en descomposición. La paciente sucumbía minutos después de pedir alimento y de sentirse mejor y al tercer día de la operación.

La segunda es llevada á cabo en la época de la antisepsia, y más principalmente de la asepsia quirúrgica, y cuando la cirugía abdominal ha recobrado tantos progresos. En ésta se tomaron precauciones y se llevó á cabo siguiendo los adelantos realizados en una operación que ensancha cada vez más sus dominios, y á cuyo levantamiento han contribuído Porro, Sänger y la moderna escuela francesa. Aquí el útero es extraído, suturado, limpiado, casi desinfectado y en seguida repuesto, tal como debe hacerse siguiendo lo que Potoski llama la operación cesárea moderna.

El éxito de esta segunda operación es por eso más seguro; y no hay nada de extraordinario en la obstención de un feto vivo y en la sanidad de una mujer que sale de alta á los veinticuatro días de su operación. También el caso se prestaba para resultados favorables, ya que el parto principiaba, que las fuerzas de la parturienta se encontraban íntegras, que la dilatación no sobrepasaba de cuatro centímetros y que el feto se encontraba vivo y en las mejores condiciones de viabilidad.

En la relación que vamos á hacer de ambas observaciones, la primera aparece falta de datos que el tiempo nos ha ido borrando de la memoria y haciendo perder nuestros apuntes, al paso que la otra solo se va á revestir del escaso tiempo que ha podido dedicarle nuestro ayudante para su redacción.

Hélas aquí;

OPERACIÓN CESÁREA POR RAQUITIS AL QUINTO DÍA DEL TRABAJO DEL PARTO.—MUERTA AL TERCER DÍA POR SHOC. 1877

En la tarde del día 12 de Septiembre de 1877 llegaba á pedir una cama en la Maternidad X. X., de treinta y un años de edad, embarazada de término y en el cuarto día de un penoso trabajo de parto. No pudiendo obtener mejoría en la calle, viene al establecimiento en busca de alguna operación que la salve. Examinada con la debida detención, dice que no pudo andar hasta la edad de nueve años porque fué muy enfermiza desde chica; que, según ha oído en estos días, el doctor Sazie (don Lorenzo) había dicho en aquel tiempo que no podía tener familia; lo que probaba que en la infancia sufrió de raquitis. En efecto, á la sola inspección de las extremidades inferiores, se nota los caracteres distintivos de esta afección: los huesos de los muslos y de las piernas están chuecos, tienen una gran inflección; las articulaciones son gruesas y los pies se encuentran doblados hacia su parte interna. La pelvis está bastante deformada, siéndonos imposible dar sus dimensiones por habérsenos extraviado nuestros apuntes; sólo conservamos el recuerdo y una observación puesta al margen de otras notas, que el diámetro más angosto del estrecho no pasaba de *tres centímetros*

El feto se mostraba de vértice y estaba muerto. No se pudieron percibir ruídos cardíacos, y el mal olor que principiaba, venía á dar más certidumbre á la muerte del producto de la concepción.

La operación cesárea se imponía como la única posible, ya que la introducción de cefatotribos y su manejo iban á estar impedidos por estrechez tan considerable.

Decidida la operación, se practicó en la mañana del día 13, por cuanto carecíamos de los elementos necesarios para practicarla la noche misma de su ingreso. No hubo aquí método antiséptico empleado; fué sólo la limpieza la que hizo el gasto.

Cloroformada la paciente, se abrió la cavidad abdominal y nos encontramos á más de un edema bien pronunciado de las paredes, con la vejiga vesical llena. Felizmente no fué tocada por el bisturí. Uno de los ayudantes á quien había confiado esta operación antes de poner á la paciente en la cama de operaciones, tuvo la mala idea de no informarnos que no había podido introducir la sonda. La impresión que la cabeza fetal ejercía sobre la vejiga, le había impedido penetrar. Extraigo con rapidez la orina, empujando la cabeza y usando una sonda metálica para hombre, sale más de medio litro de orinas.

Es conducido el útero al medio de la insición abdominal y es enderezado, á la vez que se aplican las paredes del vientre á sus costados para impedir la caída del agua del amnios y de la sangre en la cavidad del abdomen. Practico la incisión con un bisturí y tengo la fortuna de no encontrar la placenta en mi camino. El feto es extraído con cuidado y en seguida desprendo la placenta y las membranas. La pérdida de sangre es poca y no obliga á ligadura alguna.

Inyección hipodérmica de ergotina que repito á los 10 minutos. Reducción del útero sin ligaduras; la retración se hace con regularidad y detiene la escasa aparición de sangre. Sólo un punto del útero es tocado con la tintura muriática de fierro ó con una fuerte solución de ácido fénico (no recuerdo con cuál de ellas), practicándose en seguida las ligaduras.

Para el afrontamiento de las paredes abdominales, practiqué seis ú ocho grandes suturas profundas que comprendieron el peritoneo, y después numerosas suturas superficiales celulo-cutáneas.

Curación con glicerina fenicada; vendaje de cuerpo.

La operación duró hora y cuarto.

El feto era del sexo masculino y pesó 2800 gramos.

Día 13.—11 A. M. Temperatura 36°, pulso pequeño y frecuente. Aplicación de cubiertas calientes; botellas calientes: cordial anodino.

5 P. M. Temperatura 37°, pulso 130. El calor se ha difundido por todo el cuerpo, sudor abundante en la cara. La paciente se encuentra mejor y está tranquila.

Se la ordena para la noche la siguiente poción:

Agua.....	100	gramos
Hydrato de cloral.....	2	"
Alcoholaturo de acónito.....	2	"
Jarabe.....	20	"

M.

Para tomar una cucharada cada tres horas.

10 P. M. Temperatura 37°; pulso 130; sudor algo frío; uno que otro vómito, orina sola.

Día 14.—La enferma ha dormido algunas horas; ha estado tranquila. Sólo se ha quejado de una pequeña molestia ocasionada por una ligera capa de hielo que se le ha hecho colocar en el abdomen para evitar la inflamación peritoneal, en conformidad á las ideas reinantes de la época.

8. A. M. Temperatura 37°; pulso 140. En la mañana ha tenido uno que otro vómito, debido al parecer á la cantidad de agua que se le ha permitido beber. El vientre un poco meteorizado.

Más tarde se le permite tomar pequeñas porciones de caldo ó de leche.

La noche es tranquila.

Día 15.—Amanece bien. Se renueva la curación.

Á la 1 P. M. la paciente pide leche. Al regresar la enfermera, la encuentra agonizante y fallece en pocos minutos.

La autopsia nos muestra el útero retraído; no hay en el peritoneo exudación ni signos inflamatorios.

Á nuestro modo de ver, la operada ha fallecido bajo la influencia de un choque profundo, una especie de sideración nerviosa, debida á un trabajo muy prolongado y á una operación grave en una persona debilitada y abatida.

PELVIS CIFO-ESCOLIÓTICA.—OPERACIÓN CESÁREA.—FETO VIVO. —CURACIÓN

(Observación recogída por el doctor don Carlos A. Gutiérrez, ayudante del servicio clínico)

N. N., soltera, de profesión cocinera, de constitución raquítica, de 25 años de edad, natural de....., entró el 28 de Noviembre de 1892 á ocupar el número 18 de la Maternidad, servicio del doctor Murillo.

La causa de la admisión fué el estado del trabajo.

Los antecedentes anamnéticos de la enferma eran los siguientes: Primípara, de menstruación regular, había tenido sus últimas reglas en Febrero de 1892 y durante su embarazo novedad ninguna. Los dolores habíanle principiado en su casa el día anterior 27 al anochecer; continuándose con regularidad hasta la hora de su ingreso, 9 A. M.

Como no adelantara el parto, la matrona le aconsejó su venida á la maternidad.

Añade que, cuando niña de 3 á 4 años de edad, sufrió un golpe

que le produjo la deformidad de la columna vertebral. Su salud ha sido delicada.

Examen de la enferma.

El aspecto de la mujer, su extructura pequeña, su claudicación, todo nos revela en ella una persona raquítica.

La cara es angular, los pómulos salientes, teniendo su rostro un sello especial que imprime el desarrollo anormal del esqueleto.

La columna vertebral es irregular, presentando las desviaciones de la cifosis y de la escoliosis, como indicaremos más adelante.

Palpación abdominal.—El vientre presenta la disposición característica designada con el nombre de *vientre en obús.* Las paredes abdominales son delgadas y podríase fácilmente diagnosticar, palpando, que la presentación es de vértice.

El tumor formado por la cabeza fetal se toca por encima del estrecho superior.

El útero está inclinado hacia la derecha. La cantidad de líquido amniótico es regular. El tamaño del tumor uterino indica una preñez de término.

Auscultación.—Los latidos fetales claros y distintos se oyen en el lado derecho por debajo de la línea umbilical.

Tacto vaginal.—La vulva es estrecha. La enferma acusa dolor á la introducción de los dedos índice y medio. La vagina misma se nota angosta. Los dos dedos paralelos en su dirección horizontal no pueden franquear el estrecho inferior. Las tuberosidades isquiáticas lo impiden. Siguiendo el tacto con el índice tan solo se puede alcanzar el cuello, el que está muy hacia atrás arrimado al fondo del saco posterior. Con el extremo de este dedo no se alcanza á tocar el promontorio. La dilatación del cuello es de 4 á 6 centímetros. La bolsa de las aguas está intacta.

EXAMEN FÍSICO

Altura de la enferma, 1 metro 20.

Columna vertebral.—Presenta dos incurvaciones. En la región dorsal presenta el tumor caracteres de la cifosis; y en las partes laterales la estrechez es de tal naturaleza que hace clasificar la enfermedad que nos ocupa como *cifo-escoliósica.*

Pecho deprimido en su parte superior. El apéndice sixfoides parece pronunciarse.

Miembros.—Presentan incurvaciones dependientes del raquitismo. Son delgados; sus curvas flácidas.

PELVIMETRÍA EXTERNA

Diámetro ántero posterior

a. De la apófisis espinosa de la última vértebra lumbar al borde superior de la sínfisis. Conjugado externa ó diámetro de Baudelocque	23	centímetros

Diámetros transversos

b. De una espina ilíaca anterior y superior á la opuesta	22	"
c. De una cresta ilíaca á la otra	25½	"
d. Bi-trocantereano	27	"
e. De una espina ilíaca posterior y superior á la opuesta	7	"

Diámetros oblicuos

f. De una tuberosidad isquiática, á la espina ilíaca posterior superior opuesta	16.5	"
g. De la espina ilíaca anterior y superior á la espina ilíaca posterior y superior opuesta.	20	"
h. De la apófisis espinosa de la 3.ª lumbar á la espina ilíaca anterior y superior	18.5	"
i. De la parte media del borde inferior de la sínfisis pubiana á la espina ilíaca posterior y superior	17	"

Escavación. Estrecho inferior

Entre los dos fondos de la cav. catiloid	5	centímetros
Cocc y sub-pubiano	6	"
Bi-isquiático	3.5	"
Altura del pubis	5	"
Espacio del pubis	2	"

PELVIMETRÍA DIGITAL

El diámetro conjugado del estrecho superior tiene 11 centímetros. El sub-pubiano 12.5. El oblicuo izquierdo por las enseñanzas del índice se puede apreciar que es un poco mayor que el derecho.

Los del estrecho superior son los arriba apuntados.

Una vez verificado el examen prolijo de la enferma, se acordó en vista del grado de la estrechez que imposibilitaba la extracción, aún por aquellos medios que más reducen los diámetros del feto practicar la operación cesárea, á las 3 P. M. del mismo día.

PREPARATIVOS

a. Desinfección de la sala operatoria.—Piso paredes y suelo fueron lavados con la solución fenicada al 50 por 1000; acto continuo, cerrando herméticamente todas las puertas y ventanas, se la sometió á la acción prolongada del ácido sulfuroso.

La temperatura á que se mantuvo la sala durante la operación fué de 28°. La saturación de la atmósfera se obtuvo mediante el funcionamiento de dos *spray* hacia el medio de la sala, aparato que dirigía un chorro de vapor fenicado hacia arriba.

b. Desinfección de la enferma.—En la mañana se la hizo tomar un baño de cuerpo entero.

Evacuación del recto, por medio de lavativas boratadas.

Desinfección prolija de los órganos genitales externos con solución fenicada al 3 por ciento.—Inyección vaginal con creolina al ½ por ciento.

Se hizo el cateterismo de la vegiga y por último después de razados los pelos abdominales y pubianos, se lavó el abdomen, primero con jabón y cepillo, sublimado al 1 por mil, después con eter, y en seguida con alcohol absoluto.—Para evitar trato ulterior se colocó compresas sublimadas sobre el abdomen.

Instrumentos.—Se les sometió durante una hora al calor seco y fueron después colocados en la solución fenicada al cinco por ciento.

El catgut, seda y esponjas usadas en la operación estaban preparados de antemano mediante riguroso procedimiento antiséptico.

OPERACIÓN

Esta principió á las 3½ P. M., terminando una hora después. Los doctores Amaral, Frías y otros la presenciaron.

Narcotizada la enferma y estando seguros que entre la pared abdominal y el útero no se interponía ningún asa intestinal se practicó una incisión en la línea alba de 15 centímetros.

Era tan delgada la pared abdominal, que del primer corte con el bisturí se llegó al plano del peritoneo; reconocido éste, previa abertura de un ojal, se le abrió con la tijera hasta igualar con la herida externa. Inmediatamente apareció á nuestra vista el útero con su color azulado lívido, surcado por gruesos vasos venosos.

Éste hallábase inclinado hacia el flanco derecho, pudiendo verse fácilmente hacia el lado izquierdo los ligamentos anchos y las trompas que por la torsión de la víscera estaban inclinados hacia el plano anterior. Lo primero que hubo de hacerse fué modificar esta inclinación trayendo al frente de la herida abdominal la parte media de la cara anterior del útero.

Hasta este momento la pérdida sanguínea era insignificante. Dos á tres pinzas habían bastado.

El peritoneo se fijó también con pinzas, para facilitar posteriormente, su sutura.

Incisión uterina.—Manteniéndose por los ayudantes bien aplicadas las paredes abdominales al útero para evitar así, en lo posible, la introducción de sangre ó de líquido amniótico al interior de la cavidad peritoneal, se hizo una incisión vertical de 13 centímetros de largo en la parte media de la cara anterior.

Atentos á la hemorragia los ayudantes colocaban pinzas en los ramos arteriales gruesos.

Rotas inmediatamente las membranas, se presentó á nuestra vista la pelvis y miembros inferiores de un feto de término. Su extracción se hizo rápida y con toda felicidad, tratando el operador de presentar á los menores diámetros fetales en sentido transversal y haciendo dar, por último, á la cabeza movimientos, al desprenderse, fijándose al pubis como en un parto normal.

Sin accidente el que menor transcurrió este difícil tiempo de la operación. Luego se ligó y cortó el cordón. Este niño ha estado cuidado de un ayudante y de la matrona.

La placenta, cuya inserción encontrábase en la cara posterior y hacia el fondo, se extrajo normalmente.

Inmediatamente después de esta extracción vino una fuerte contracción del útero.

La cavidad del útero se limpió bien con esponjas asépticas y con agua esterilizada

La hemorragia fué poco abundante.

Afirmarse puede que la operada perdió menos sangre que en un parto normal.

Permeabilidad del cuello del útero.—Desembarazado el útero de todo coágulo y limpiada su cara anterior por medio de compresas con agua esterilizada, se procedió á efectuar las suturas uterinas.

La contracción del útero había ya reducido a 8 centímetros la incisión y las paredes que al corte presentaban un espesor de 8 milímetros habían adquirido un espesor triple de 25. Esta misma contracción había disminuído mucho la sangre.

Sutura uterina.—Se practicaron 8 suturas profundas entrecortadas con seda fuerte. Ninguna vez se desgarró el tejido uterino.

La sutura del peritoneo visceral se hizo con catgut; fué continua.

Sutura abdominal.—Sutura peritoneal, continua con catgut.

Sutura de los planos músculo-aponeuróticos.

Aquí no hubo necesidad de hacer suturas profundas, visto lo en extremo delgado de las cubiertas abdominales.

Después de un lavado cuidadoso de la enferma, aplicación del apósito y vendajes, se la transladó á su cama, en donde se la abrigó convenientemente.

Cantidad de cloroformo empleada: 60 gramos.

Ergotina: 2 gramos, solución Dusart.

Día de la operación, temperatura.....	m.	37.2
28 de Noviembre.....	f.	37.2—100
Duerme tranquila.		
29. Á las 4 A. M. vómitos biliosos; vientre un poco meteorizado. Se le aconseja tomar trocitos de hielo y champagne helado.....	m.	37.5—100
	d.	37.2—100
	f.	37.2—100
30. Los vómitos continúan. La enferma ha dormido, sin embargo. El meteorismo del vientre ha au-		13-14

mentado. Champagne helado. Hielo. Leche. Una inyección de ergotina. La enferma acusaba la existencia de un tumor cerca del ombligo. Útero bien contraído. Duerme tranquila á esta hora con toda regularidad..... m. 36.9 — 80
d 37 —100
f. 37 —110

Diciembre 1.°—Los vómitos siempre la han molestado, pero mucho menos por los días anteriores. El meteorismo disminuye..... m. 37.3—110
d. 37.3 —100
f. 37. —120

Diciembre 2.—El estado de la enferma es muy bueno. Siente sólo mucho apetito. Se la permite tomar helados de leche..... m. 37.5— 90
d. 37.8—100
f. 37.8—100

Diciembre 3.—Sigue muy bien.

*

Por mi parte sólo tendré que agregar á esta observación, tan bien detallada, dos cosas:

La primera es la confirmación habida en este caso del signo de Leopold para conocer si la placenta está invertida ó no en la cara anterior del útero. La proximidad de las trompas por la cara anterior existía aquí y la placenta se encontró en conformidad con lo dicho por este profesor en la cara posterior. Si las trompas hubieran estado aproximadas por la cara posterior, signo habría sido de otra colocación del órgano vascular útero-infantil.

Las ligaduras uterinas fueron practicadas con seda. En la primera, ó sea la muscular, comprendió la mucosa uterina y se había limpiado con cuidado. Del afrontamiento fácil que obtuve colegí que es inútil seguir el procedimiento de oblación de la pequeña rebanada que aconsejaba Sänger. En la peritoneal ó serosa, comprendí la parte superficial del músculo uterino para mantener más segura la coaptación de las superficies afectadas.

Todas las suturas, exceptuando la de la serosa peritoneal abdominal, fueron practicadas con seda. He elegido esta sustancia para evitar hemorragias, flojedad de los nudos y por su mayor comodidad. El hecho de no haber tenido molestia de ningún género en la convalescencia, me ha decidido para continuar usando en lo futuro la seda como la mejor materia en las suturas.

Los progresos tan admirables llevados á cabo en la cirugía abdominal, de lo cual es una prueba nuestra última observación, abre un ancho horizonte á la obstetricia y permitirá á los comadrones ser más atrevidos en los casos difíciles. ¡Ojalá llegue un día en que la embriotomía no sea practicada en fetos vivos, ni menos aconsejada! La humanidad la reclama.

DOCTOR A. MURILLO.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Un caso de pulso lento permanente

Olegaria Gómez, de cincuenta años de edad, soltera, vino á consultarnos el día 12 de Noviembre de 1892. Se quejaba de dolor de garganta, dolor que aparecía á veces en la mañana, otras en la tarde dejando intervalos de casi completa mejoría; la voz enronquecía de cuando en cuando siguiendo las variaciones del dolor.

Su mal data desde hace cuatro meses y ha usado distintas medicinas sin resultado apreciable.

Examinada, se nota en el fondo de la boca y en la laringe hasta las cuerdas vocales superiores una coloración rojiza, inflamatoria, que se pierde insensiblemente en la mucosa sana; los folículos de la base de la lengua están hipertrofiados y las pequeñas glándulas de las vías aéreas superiores forman relieve. Hay, además, una sequedad manifiesta de toda la mucosa enferma. Las cuerdas vocales superiores se presentan ligeramente edematisadas.

En la nariz hay una estrechez del lado derecho, poco sensible y que la enferma atribuye á un golpe recibido años atrás. Los huesos se encuentran normalmente colocados. La mucosa se ve engrosada y de un tinte rosado pálido.

La fisonomía no revela nada de particular: los labios, los surcos de las mejillas y de la frente, normales.

El pulso presenta una rara particularidad, late 34 á 36 veces por minuto dejando á veces intermitencias prolongadas. El corazón corresponde al pulso: el choque precordial es débil, los ruidos alterados en su duración y en su timbre; el segundo ruido se desdobla á menudo y ha perdido su carácter seco para hacerse más

bien soplante. De vez en cuando este mismo fenómeno se produce en el primer ruido asemejándose al ruido de galope tan admirablemente descrito por Potain como un síntoma precioso en la invasión de una nefritis crónica.

Los pulmones, aparte de un catarro antiguo, no manifiestan nada de particular. La respiración es acelerada y coincide con el pulso y más bien es superficial que profunda.

El hígado no ofrece nada de particular. Algunos dolores que de tarde en tarde suele experimentar en la región hepática acompañados de diarrea ó de estitiquez revelan, sin mayor exámen, que la enferma no es extraña á las congestiones del hígado.

La digestión es más ó menos normal; hay, sin embargo, tendencia á la pirosis y es entonces, cuando el estómago está dilatado, cuando experimenta angustias cardiacas como si el corazón amenazara *salírsele del pecho.*

El sueño es de ordinario intranquilo; experimenta sobresaltos, se asusta sin motivo y hasta mueve los brazos y las piernas con violencia teniendo que sujetarse de su cama para no caer en tierra. Este último síntoma, aunque tardío, es lo que á la enferma le ha llamado más la atención.

No siempre las cosas pasan así; semanas y hasta meses suelen transcurrir para ella sin experimentar durante la noche alteración ninguna de importancia: el sueño se hace tranquilo y reparador.

Enfermedades anteriores, aparte de un reumatismo crónico, no ha tenido ninguna que pueda relacionarse con sus actuales padecimientos. Los antecedentes hereditarios no arrojan tampoco ninguna luz sobre la extraña sintomatología que se ha descrito.

No bastaron los síntomas expuestos para el establecimiento del diagnóstico y hubimos de pedir á la enferma un segundo examen.

El día 15, es decir tres días después, vino á vernos de nuevo. La sintomatología era casi la misma que acaba de leerse; la ronquera, el dolor de garganta y el tinte inflamatorio habían disminuído sin embargo.

El análisis de la orina, practicado en esta vez, demostró una composición normal.

Diagnosticamos una *laringo-faringitis crónica* de carácter granuloso, agravada recientemente en sus síntomas inflamatorios por curaciones hechas con líquidos cáusticos dirigidas por un practicante de hospital en cuyas manos habíase puesto la enferma desde algún tiempo antes de venir á consultarnos. El velo del paladar y

las paredes de la faringe están algo tumefactos. La inflamación ha comprometido la trompa de Eustaquio y hay ligera sordera del lado derecho; las fosas nasales se han comprometido de igual manera y se nota claramente dificultad para el paso del aire; la mucosa está engrosada y en algunas partes, profundas, se divisan costras.

Mas, los fenómenos del lado del aparato circulatorio, las angustias respiratorias y cardíacas, las fatigas que sentía, principalmente de noche, hasta el punto de hacerla perder los sentidos, quedaban para nosotros en el misterio. No encontrábamos explicación alguna á tales síntomas, explicación tanto más difícil de encontrar cuanto más de manifiesto aparecía la movilidad de estos síntomas; pues, llega la ocasión de decirlo, había días enteros en que la enferma parecía no estarlo: los dolores, la alteración de la voz, las fatigas, etc., todo desaparecía menos la lentitud del pulso; los latidos cardíacos continuaban fluctuando entre 34 y 36.

Nuestros esfuerzos tendieron á curar la afección de la garganta, la cual, después de mes y medio de tratamiento y en el que se emplearon las tocaciones, las pulverizaciones, los gargarismos, etc., pareció ceder casi totalmente. El doctor Tomás L. Albarracín, especialista en las enfermedades de las vías aéreas superiores, practicó á la enferma algunas curaciones en la nariz y aun llegó hasta emplear la cauterización de la mucosa, atribuyendo á una afección refleja de las fosas nasales la frecuencia respiratoria y la rareza de las revoluciones cardíacas.

Las cauterizaciones practicadas no produjeron sino un efecto aparente. Hubo días en que pareció que el centro circulatorio mejoraba en sus condiciones, pero bien pronto estas esperanzas se desvanecieron

La sospecha de una enfermedad nerviosa de diagnóstico difícil á la vez que interesante nos hizo pensar en la conveniencia de presentar la enferma al doctor Orrego Luco.

*

El 14 de Enero era examinada por el profesor de enfermedades nerviosas y mentales.

Sólo entonces, y mediante á la habilidad desplegada en el examen por el citado profesor, se vino á saber en donde estaba el secreto de tantos padecimientos.

Hacía dos años y dos meses á que la enferma de que nos ocupamos, descendiendo de una escalera, cayó de espaldas, desde una altura de dos metros y medio más ó menos, recibiendo toda la violencia del golpe sobre el cuello y parte superior de la columna en la región dorsal y cervical. Hubo pérdida del conocimiento, que duró por más de una hora, y al volver en sí, sintió vivo dolor en la cabeza, especialmente atrás y dificultad considerable para el movimiento. Este dolor se propagaba al pecho y á las piernas, hasta los talones, cada vez que trataba de mover estos órganos. Sólo después de una semana consiguió sentarse.

Purgantes y otros remedios le fueron suministrados y á los 15 días pudo andar, aunque con dificultad.

No pasó mucho tiempo sin que empezara á notar dificultades para la deglución, sensaciones vagas de quemadura en el estómago y á veces vómitos, de ordinario sin grandes esfuerzos.

En Agosto (la caída fué en Abril) algunos síntomas de los expuestos anteriormente se acentuaron y otros nuevos fueron apareciendo.

La memoria empezó á debilitarse, las fuerzas lo mismo; el sueño era á menudo interrumpido por apariciones terroríficas ó por agitaciones violentas que amenazaban botarla de la cama y que ella no podía contener. Síntomas congestivos y anémicos á la cara y á la cabeza se sucedían varias veces en un mismo día. Transpiraciones frecuentes empapaban todo el cuerpo.

La orina aumentó considerablemente, sin variar de coloración.

Los otros síntomas han sido descritos anteriormente.

La afección de la garganta empezó en ella en el mes de Octubre, cinco meses después de recibido el golpe y desde el principio revistió caracteres caprichosos: había días en que no sentía dolor ni molestias de ninguna clase, le parecía que estaba sana; otras veces la reaparición de la enfermedad de la garganta se anunciaba por accesos de tos parecidos á la convulsiva ó por dificultades considerables de la deglución.

Con los datos recogidos empezó el examen objetivo.

Hay una ligera caída de la mitad derecha del labio inferior; los surcos de la frente se borran un poco en el mismo lado.

Hay pestañeo exajerado y temblor de los párpados al cerrar los ojos. Este temblor ha solido generalizarse á todo el cuerpo.

Las pupilas están bastante dilatadas; la reacción es normal.

No puede mantener la lengua mucho tiempo fuera de la boca,

porque siente dolores en su base. La sensación del gusto está abolida.

Al hacer movimientos de extensión de la cabeza experimenta dolor en la región clavicular posterior, especialmente en el lado derecho. Hay una demarcación manifiesta entre la 6.ª y 7.ª vértebra cervicales, y las apofisis presentan más bien una cara que un vértice. Examinando más cuidadosamente, se nota que la 7.ª vértebra cervical está algo desviada hacia la derecha. Colocando á la enferma de pie, inclina la cabeza hacia la izquierda y el costado derecho, por compensación, asciende.

Tiene dolores en las piernas, sobre todo en la derecha; á veces esta última se encoje y no puede extenderla sino con grandes esfuerzos.

Los reflejos de la garganta y el rotuliano están conservados.

La mano derecha marca 25 en el dinamómetro y la izquierda 24.

El pulso es de 34 y la respiración de 38.

La sensibilidad está disminuida en los brazos y en las piernas; hay placas de analgesia en la espalda y en los brazos y otras de hiperestesia en las regiones laterales y posterior del cuello, acompañadas de dolores neurálgicos hacia las partes anteriores del torax.

Comprimiendo la región ovárica derecha, la enferma acusa un ligero dolor.

*

Cuando se lee, después de los síntomas anteriormente descritos, las notables lecciones del doctor Charcot, hechas en la Salpetrière, á propósito de la compresión lenta de la médula espinal, y se reflexiona en lo que allí se dice en el capítulo VIII de la recopilación hecha por Bourneville, se llega necesariamente al diagnóstico que el doctor Orrego Luco hizo en la enferma, materia de esta observación.

El golpe recibido hace dos años había determinado una desviación de las dos últimas vértebras cervicales; *una compresión de la médula* había sido su consecuencia.

La *tos* y la *disnea*, los dolores neurálgicos del pecho, los sudores, que hasta semejan una tisis incipiente, han sido puestos de relieve como síntomas de la compresión de la médula en su región cervical por Mr. Gull, citado por Charcot.

Las perturbaciones gástricas, y en particular los *vómitos*, deben

figurar entre los fenómenos que se ligan desde el principio á los primeros efectos de la compresión espinal cervical, dice Charcot.

La dificultad de la *deglución* y los *ataques de epilexia*, que se manifiestan á veces de una manera periódica, son otros tantos síntomas de las lesiones espinales superiores por compresión.

Recuérdese que todos estos síntomas nos ha presentado la enferma. No han sido, á no dudarlo, otra cosa que ataques de epilepsia aquellas agitaciones violentas que nos ha referido y que tanto la mortificaban, sobre todo en la noche, al punto de hacerla perder el conocimiento.

Pero uno de los hechos más interesantes, si bien raros, en la sintomatología de las lesiones espinales cervicales es sin duda el *pulso lento permanente*.

El pulso lento en las afecciones quirúrgicas de la región cervical, es un síntoma ya suficientemente comprobado.

Hé aquí un caso, entre muchos, cuya observación se debe á Rosenthal (de Viena):

«Un niño de 15 años recibió un golpe en la región de la 6.ª vértebra cervical. Los síntomas de una conmoción cerebral ligera y enteramente transitoria se manifestaron inmediatamente acompañados de una hemiplegia del lado derecho, la cual no duró más allá de 24 horas. Sin embargo, durante las cuatro primeras semanas que siguieron al accidente, además de una dilatación pupilar, se notó que la cifra de los latidos del corazón quedaba de una manera permanente notablemente baja. Las pulsaciones oscilaban entre 56 y 48 por minuto. El enfermo curó completamente».

Hé aquí, pues, la causa precisa del pulso lento que presentaba la enferma.

Los fenómenos de intermitencia y de soplo se explican por los antecedentes reumáticos de que se ha hablado al principio.

Pero conviene oír de nuevo á Charcot (1) á propósito del pulso lento:

«Si, señores, yo insisto sobre el pulso lento permanente considerado en sus relaciones posibles con las lesiones espinales ó bulbares, no sólo porque se trata de un fenómeno cuya interpretación interesa en el más alto grado á la fisiología patológica, sino tam-

(1) Charcot: «Oeuvres completes». Leçons sur les Maladies du Système Nerveux recueillies et publiées par Bourneville, Vol, II, pág. 155; año 1886,

bién porque habitualmente se le agregan de una manera súbita accidentes graves capaces de determinar rápidamente la muerte.

«Veamos en que consisten estos accidentes. Sobrevienen por accesos, se repiten irregularmente en épocas más ó menos alejadas y se presentan con todos los caracteres del síncope, participando á la vez, en cuanto á los síntomas, del síncope y del estado apoplético; hay, en fin, casos en los cuales se añaden movimientos epileptiformes, marcados sobre todo en la cara, con cambios de coloración del rostro, espuma en la boca, etc. El pulso que, en el intervalo de las crisis, late por término medio de 30 á 40 veces por minuto, se hace menor todavía durante el acceso hasta descender á 20 y aun á 15 pulsaciones. Se detiene aun momentáneamente, algunas veces de una manera completa. Siempre el estado sincopal abre la excena; el estado apopléctico con sueño extertoroso sobreviene en seguida, en el momento en que el pulso suprimido un instante reaparece, y en que la palidez se va para dar lugar á la rubicundez. Es en estas mismas condiciones en que se muestran algunas veces las convulsiones epileptiformes».

No es cosa fácil, en verdad, encontrar un caso de compresión de la médula cervical con caracteres más precisos que éste de que venimos ocupándonos.

*

Establecido el diagnóstico, el tratamiento se colegía fácilmente.

El ioduro de potasio, y mejor la medicación iodo-bromurada, así como las aplicaciones eléctricas, en forma de corrientes contínuas descendentes, día de por medio; y de cuando en cuando, al fin de cada semana, cauterizaciones puntuadas á lo largo de la región cervical con el termo-cauterio Paquelin; tal fué el tratamiento á que se sometió á la enferma.

Este tratamiento, si nada podía hacer contra la lesión ósea, — la desviación vertebral — debía necesariamente impresionar la dura madre cervical engrosada (paquimeningitis?) y disminuir, finalmente, los fenómenos propios de la compresión.

La irritación nerviosa refleja de la garganta fué combatida con pequeñas dosis de codeina, de bromhidrato de quinina, etc.

*

El 25 de Enero la enferma se sentía un poco mejor. Los accesos det os se habían alejado; las fatigas, aquellas angustias mortales,

eran menos frecuentes; convulsiones había tenido una sola vez desde el día 16, día de la primera aplicación del termo-cauterio.

1.º de Febrero. — En la noche ha experimentado en todo el cuerpo sensación de hormigueo y de frío; hubo necesidad de hacer uso de escobillas. Malestar, convulsiones, palpitaciones cardíacas considerables; accesos de tos. Estos síntomas empezaron á las 8 P. M. más ó menos y terminaron á las 9½. No pudo, sin embargo, conciliar el sueño.

Pulso, 34.—Respiración, 34.

El día antes (31 de Enero) se le había hecho una aplicación con el termo-cauterio.

10 de Febrero.—Pulso, 42; respiración, 26.—Después del accidente del día 1.º, no ha habido gran cosa de nuevo que notar, á no ser un dolor pronunciado en los brazos, especialmente en los hombros, y que la enferma atribuye á las cauterizaciones que se le ha hecho.

20 de Febrero. — La mejoría se ha acentuado. El pulso llega á 46; la respiración se mantiene en 26.

No se ha producido fatigas ni fenómenos convulsivos de ninguna especie.

Se suspende el ioduro.

La enferma pide autorización para salir al campo, lo que se le concede.

*

Hasta aquí llegan nuestras observaciones. La enferma aun no regresa. Estamos, si, seguros de que en poco tiempo más habrá de volver á consultarnos, y por consiguiente, nuestras observaciones habrán de seguir adelante.

Un segundo artículo más completo y detallado que el presente vendrá entonces y con él daremos término al estudio clínico emprendido.

CONRADO RÍOS V.

CORRESPONDENCIA EUROPEA

Intervención quirúrgica en las peritonitis

Hasta hace poco la gran mayoría de las peritonitis eran del dominio puro y exclusivo de la Medicina. Desde que una larga esperiencia ha puesto en relieve la ineficacia del tratamiento médico y la antisepsis demostrado la impunidad con que se podían abrir las grandes serosas, la idea de intervenir ha surgido llevando directamente la curación á aquella membrana.

En efecto, así es como se han tratado quirúrgicamente tanto las peritonitis generalizadas de causas más ó menos dudosas ó desconocidas (reumatismo, *a frigore?*, escarlatina) como las de origen traumático, tuberculoso, ó por perforación.

Circunscribámonos por ahora á la intervención en los casos de peritonitis generalizadas, á propósito de dos observaciones que hemos seguido y tratemos de indicar las condiciones que la imponen y el momento en que se deberá proceder.

Comencemos por establecer la gran división entre peritonitis agudas y crónicas, y circunscritas ó generalizadas. Éstas pueden reconocer como agente el mismo de una infección general, tal como la septicemia de las parturientas, piohemia, erisipela, pneumonia, etc., ó una afección local, entre las que se cuentan en primer término los traumatismos y en seguida las inflamaciones de vecindad (apendicitis, salpingo ovaritis, fiebre tifoidea).

No está fuera de lugar indicar aquí que los agentes generalmente reconocidos en las peritonitis son el estreptococus, el estafilococcus y el bacilo *coli comunis*. Á propósito de este último diremos que se mantiene inofensivo en el intestino; pero que si por un traumatismo ó una distensión exagerada de las capas epiteliales ya de la mucosa ó de la serosa, se favorece su migración á esta última, da lugar á violentas inflamaciones.

Ahora bien, declarada una peritonitis ¿debemos, dado el estado actual de la ciencia, hacer la expectación con la esperanza de obtener la reabsorsión espontánea de los excusados ó aguardar que las adherencias que se establecen la transformen de generalizada en circunscrita, como suele observarse en los niños? Hé aquí la cuestión verdaderamente difícil todavía de precisar de una manera absoluta.

En el primer caso, cuando la peritonitis aguda generalizada depende de una infección de la economía desde que se establece el diagnóstico DEBE INTERVENIRSE. No hay de esta intervención rápida y atrevida sino ventajas que pueda obtener el enfermo. Aun en el caso de un diagnóstico erróneo ¿qué se habría perdido?

En el segundo caso-peritonitis generalizada aguda-consecutiva á un traumatismo y en casos en que el diagnóstico de rupturas del intestino, vesícula biliar ó urinaria es manifiesto, el tratamiento quirúrgico se impone de la manera más absoluta.

Los casos en que la intervención se hace ya más dudosa son aquéllos en que la causa de la peritonitis es obscura y que se denominan todavía *peritonitis médicas*.

En ellos se deberá comenzar por el tratamiento clásico del opio asociado á los antisépticos intestinales, naftol, salol, etc., y hielo; pero tan pronto como los síntomas manifiesten una exacerbación se estará autorizado á abrir el vientre.

Aquí insistiremos como principio de la más alta importancia en que *el éxito depende de la intervención en las primeras horas de la enfermedad*.

Cuando se trata de una peritonitis consecutiva á una operación abdominal, tal como quistes del ovario, extirpación de los anexos, etc., es aun más difícil poder pronunciarse sobre la oportunidad de la intervención. Hemos presenciado dos operaciones de esta naturaleza en que el tratamiento quirúrgico salvó las enfermas, y una tercera en que el éxito fué debido á una serie de tres laparotomías hechas con cortos intervalos á fin de curar sus focos de peritonitis.

¿Cómo se debe practicar la laparotomía? En primer término y hecho de interés capital, se procederá en *el menor tiempo posible*. I tal importancia se atribuye á esta práctica, que autores hay que aconsejan no suturar el intestino en caso de ruptura sino fijarlo á la pared abdominal economizando así tiempo; y por idéntica consideración, no hacen sino un solo plan de suturas.

Establecido pues el diagnóstico de una manera precisa, la inter-

vención se impone. Ésta deberá ser rodeada de todas las precauciones imaginables á fin de garantir una antisepsis más necesaria aquí que en cualquiera otra región.

Se va á necesitar gran cantidad de esponjas destinadas á contener los intestinos y á enjugar la sangre, montadas sobre largas pinzas con el fin de evitar que queden olvidadas en la cavidad peritoneal; y como deberán estar en directa relación con el peritoneo, se las preparará con sumo cuidado para asegurar su desinfección por una parte y la suavidad por otra. En el momento de usarlas se las enjuagará muchas veces en agua destilada, á fin de quitarles el resto de sublimado en que habían sido mantenidas. No deberá hacer falta una cantidad de agua destilada ó hervida que no baje de 20 litros, de los cuales casi todos se emplearán en el lavado del peritoneo. La irrigación se hará por intermedio de un irrigador de vidrio absolutamente aséptico y con cánula de la misma substancia.

Es necesario no olvidar que esta clase de operados más que ninguna otra requiere una temperatura ambiente que no baje de 18 á 20°, lo que aseguramos no sólo por medio de estufas sino cubriendo los miembros inferiores del paciente con frazadas.

Después de la desinfección del campo operatorio y alrededores se colocan compresas esterilizadas húmedas á los lados de la futura incisión y partes circunvecinas, con el fin de que los instrumentos, esponjas, etc., no lleguen durante la operación á ponerse en contacto con medios que no hayan sido desinfectados: estas compresas son de lienzo ó tocuyo previamente preparadas en sublimado.

La incisión se hará en la mayoría de los casos en la línea media y en su parte inferior en una extensión de 5 á 7 centímetros, dimensión necesaria no sólo para abreviar la operación sino también para evitar el *shoc* consiguiente á la rápida disminución de la presión abdominal. Además la pequeña herida impide la salida de una gran cantidad de asas intestinales que exponen á veces á accidentes graves.

Hemos insistido ya en que la operación será rápidamente practicada—20 minutos—so pena de ver desarrollarse, shoc, colapso y aun la muerte sobrevenir en la misma mesa de operación.

La incisión abdominal exige en la sección de las últimas capas una escrupulosa atención no sólo para evitar herir el epiplón sino por el peligro más grande aun de abrir el intestino cuyas asas están dilatadas y á veces adheridas, en cuyo error han caído ilustres prácticos.

El lavado de la cavidad peritoneal se hace conduciendo la cánula del irrigador hacia las partes declives, empezando por la cavidad pelviana é inclinando ligeramente al enfermo para que así el agua arrastre con facilidad los grumos de pus ó falsas membranas en vía de formación (verdaderas colonias de estafilococos y estreptococos.

El líquido deberá ser siempre de 30 á 35 grados. En casos de peritonitis francamente purulentas ó circunscritas sin falsas membranas, ni adherencias, se usará el agua destilada ó hervida; pero cuando la infección es más grave, ó que existan falsas membranas, es preferible el uso del ácido bórico en solución al 4 y mejor aun el sublimado al 1 por 4,000 ó 5,000. Para evitar la acción tóxica de este último, se ha recomendado la irrigación previa con una solución de cloruro de sodio al 7½ por 1000, persiguiendo con ella la irritación de la serosa é intestino y por consiguiente, la contracción de los capilares que se opondrían así á la absorción del mercurio.

La cánula se paseará en todas direcciones á fin de lavar los diferentes focos que puedan existir. Éstos son á veces muy difíciles de percibir y en varios casos han pasado enteramente desapercibidos.

En uno de los casos que hemos observado hubo necesidad de emplear más de 25 litros de agua para lavar y extraer de los intestinos una cantidad considerable de grumos membranosos. ¿No habría sido legítimo ensanchar la incisión á 10 ó 15 centímetros con un rápido corte de tijeras y extraer por ella todas las asas para quitar las membranas muy adherentes, concluyendo así en 30 minutos una operación que se prolongó más de hora y media? Quizás se hubiera podido evitar de ese modo la terminación fatal. Ó bien ¿no estaría el cirujado autorizado para tentar la irrigación continua en una afección que casi siempre conduce á la muerte? Y á propósito, la irrigación continua en el útero en caso de infeccion puerperal es de regla en el servicio del profesor Pinard.

Terminada la operación se dejará un drenaje de tubos de cautchouc ó del tapón de Mickulicz, que se compone de un saco de gasa yodoformado, en el fondo del cual se amarra un hilo que se deja fuera para poder retirar dicho tapón invirtiendo el saco; éste, por lo demás, está lleno de la misma gasa desembarazada del exceso de yodoformo.

Por medio de algunos puntos de sutura se reduce la extensión de la herida. Se aplicará después una curación antiséptica cuida-

dosa. La cavidad se lavará diariamente con agua esterilizada y los bordes de la herida con sublimado hasta que se juzgue oportuno retirar los tubos y afrontar los bordes.

¿Cuáles son los resultados que con semejante conducta se ha obtenido?

Á decir verdad y juzgando el hecho en su conjunto, son poco halagadores. Así, pues, de diversas estadísticas en que el número total de operados llega á 20, ha habido 14 muertos, ó sea 70 por ciento de mortalidad.

Si reunimos en una misma estadística los casos de intervención por septicemia puerperal y tifoidea, se tiene una mortalidad aún mayor, pues que de 19 operados hubo 14 muertos.

Sin desconocer que por ahora este tratamiento deja mucho que desear, es justo sin embargo admitir que con él se ha realizado un gran paso en una afección en que la totalidad de los enfermos estaban fatalmente condenados á la muerte. La causa que más á menudo se invoca para explicar tales fracasos es la intervención tardía. Sucede en general lo mismo que en los operados por oclusión intestinal, en los que se recurre á la cirugía sólo después de haber agotado todos los recursos médicos.

Esta causa y la que ya hemos citado nos explicarían el mal éxito en los casos á que hemos hecho alusión.

En resumen, creemos interpretar las ideas de la casi mayoría de los cirujanos modernos diciendo que la intervención es de regla en la mayor parte de las peritonitis, y que se impone de una manera formal y absoluta en todas las generalizadas, aún las más graves, siempre que se opere oportunamente. En cuanto á las circunscritas cuando se han hecho purulentas, lo que se podrá reconocer por la aparición de fenómenos generales ó agravación de los síntomas anteriores, existencia de fluctuación comprobada por la palpación rectal abdominal y por último por la punción exploradora, entonces la intervención no es dudosa. Se trata de un absceso, que hay que evacuar y desinfectar cuidando no romper las adherencias para evitar la generalización. Tal fué el caso del tercer enfermo que hemos observado y que sanó después de un mes por primera intención secundaria.

DOCTOR SIERRA M. DOCTOR EDUARDO MOORE.

París, 12 de Noviembre de 1892.

Resumen de algunas novedades en los hospitales
DE PARÍS

HOSPITAL DEL HÔTEL DIEU.—El profesor Verneuil en una de sus últimas lecciones (28 de Julio de 1892) hablando de las *anquilosis* que suceden á lesiones articulares ó peri-articulares de *origen estafilococciano*, insistía en la gravedad enorme á que exponen las tentativas de enderezamiento forzado. Recordaba á este propósito tres casos de muerte citados por un alumno de Volkmann consecutivos á aquel tratamiento. Una osteo-mielitis infecciosa sobre aguda se había desarrollado en cada uno de ellos. Verneuil mismo, Kirmisson y otros han observado casos de *granulia* por semejantes maniobras en anquilosis determinadas por el bacilo de Koch (microbismo latente). Terminaba declarándose en tales casos partidario absolutamente resuelto de la *osteotomía*, practicada tan lejos como fuera posible del antiguo foco de infección y en medio de la más rigorosa antisepsis.

Estos hechos demuestran además que la terapéutica exclusiva y general deberá ser sustituída por una terapéutica razonada y científica.

HOSPITAL COCHIN.—El Dr. Quenu opera los *hemorroides* de la manera siguiente: una incisión semi-circular que siga la línea de separación entre la mucosa enferma y la cutis bordea el orificio anal. Despega la porción cutánea en toda su extensión hasta descubrir el borde inferior del esfinter anal, fácil de conocer por su coloración y dirección de sus fibras. En seguida, tira hacia afuera el paquete hemorroidal hasta descubrir la porción sana de la mucosa; es á este nivel, comenzando por su extremidad anterior (superior en el decúbito dorsal) donde practicará la sección; á medida que esta avanza coloca los puntos de sutura que unirán la mucosa á la cutis, de tal manera que junto con terminar la sección del pa-

quete, terminará también su sutura. Prefiere este medio de sección gradual y progresivo á cualquier otro, porque evita aún la más ligera contusión de los bordes de la mucosa que podría dificultar la cicatrización por primera intención, objetivo de su procedimiento.

La otra mitad del tumor es tratada absolutamente de la misma manera; su extirpación es considerablemente facilitada por la eliminación de la primera. Terminada la operación, queda una sutura circular que rodea el orificio anal y mantiene la unión de la cutis á la mucosa.

Es su procedimiento de elección; le debe los mejores y más rápidos resultados; nosotros añadiremos que es de una facilidad extrema.

HOSPITAL DEL HÔTEL-DIEU.—En un caso de *artritis sub-aguda de la cadera*, de diagnóstico sumamente difícil, en una muchacha jóven, el Dr. Ricard afirmó su origen tuberculoso por la comprobación de una serie de pequeños ganglios duros é indolentes en la región de la ingle del lado enfermo. Este signo de la *micrópoli adenitis*, sobre el cual ha tenido el mérito de llamar la atención el Dr. Legroux, lo cree de una importancia real y positiva. En la enferma á que hacemos alución tuvo amplia confirmación.

HOSPITAL DE LA PIEDAD.—Hé aquí el tratamiento que el Dr. Reclus preconiza como el mejor en los *grandes traumatismos* consecutivos á accidentes de ferrocarril, de minas, grandes piedras, carretones, etc., que magullan ó destruyen por completo un miembro. Comienza por levantar la temperatnra, que el shock muy frecuente en tales casos hace descender á veces hasta 3° bajo la normal, envolviendo al enfermo en frazadas calientes, aplicándole planchas ó ladrillos á alta temperatura, etc. Si ha habido grandes hemorragias, hace inyecciones de éter ó cafeina si hay indicación.

La desinfección la practica rigorosamente con antisépticos ordinarios á la temperatura de *30 grados*, que á la vez que hemostáticos contribuirán á calentar el enfermo. Estos lavados deberán ser muy cuidadosamente hechos; se extraerán todos los coágulos, esquirlas desprendidas del periostio, cuerpos extraños que puedan haber en la herida; en seguida, los tegidos cuya vitalidad inspire más probabilidades de ser conservados, los aplica entre sí cuidando de rellenar los intersticios ó vacíos con gasa yodoformada; cura algodonada compresiva en seguida. Proscribe la *amputación in-*

mediata, cuyos resultados son gravísimos, un tercio de mortalidad para los traumatismos del muslo, según las estadísticas de Volkmann. Este método permite limitar de una manera ventajosa la intervención posterior que, practicada al principio, obliga á ir demasiado léjos.

HOSPITAL DE LOS «NIÑOS ENFERMOS».—El Dr. Julio Simón sostiene que todos los enfermos de *tos convulsiva* tienen ya al fin de la primera semana un *enfisema pulmonar* que, aumentando en seguida gradualmente, persiste aún después de curada aquélla durante un tiempo más ó menos largo. Los niños se fatigan con los ejercicios más ligeros, y como al mismo tiempo se comprueba al nivel del ángulo inferior del omóplato un verdadero soplo debido á la adeunopatía brónquica, la idea de una *tuberculosis* se impone á menudo. Un examen escrupuloso y el conocimiento de estos hechos permitirán evitar el error.

HOSPITAL DEL HÔTEL-DIEU.—El Dr. Lancereaux insiste en que las *angiocolitis* que complican con alguna frecuencia los cálculos biliares, se propagan á menudo á la vena porta. La relación íntima que existe entre los conductos hepáticos y las ramificaciones de aquella vena explicarían estas *pileflebitis*. El ha tenido ocasión de comprobar estos hechos en varias autopsias. Agravan pues, considerablemente el pronóstico.

DR. SIERRA M.

París, 20 de Enero de 1893.

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO.—Diagnóstico entre la parálisis y el espasmo del párpado superior.—Variedades clínicas de la siringomielia.—Artritis crónicas reumática y reumatoidea.—Estudio experimental del estreptococcus de la erisipela.—Galactógogos.—Microbo análogo al bacilo colerígeno.—Cólera, por el doctor R. Dávila Boza.

DIAGNÓSTICO ENTRE LA PARÁLISIS Y EL ESPASMO DEL PÁRPADO SUPERIOR.—En la parálisis el párpado está caído solo, manteniéndose en su situación normal la arcada ciliar. En el espasmo histérico, al contrario, la arcada ciliar acompaña siempre al párpado en su descenso, lo que se vé con toda facilidad con solo mirar al enfermo de pronto para comparar el nivel de las dos cejas.

(*Revista Médica de Bogotá*, de Julio y Agosto de 1892).

***

VARIEDADES CLÍNICAS DE LA SIRINGOMIELIA.—M. H. Schlesinger ha descrito las principales variedades clínicas de la siringomielia en la sesión del Club Médico de Viena, del 23 de Noviembre último.

El polimorfismo del cuadro clínico de esta afección se explica por la naturaleza y la localización de la lesión. Se trata, en efecto, de una dilatación del canal central de la médula ó de la formación de lagunas en un tejido gliomatoso independiente de este canal central, ó bien de una combinación de ambas lesiones.

La siringomielia puede interesar una parte solamente de la médula ó su totalidad. En la mayor parte de los casos está situada al nivel del engrosamiento cervical, y se traduce entonces por los síntomas siguientes: atrofia de los músculos del brazo y de la mano (tipo Aran-Duchenne), anestesia cutánea de los brazos, alteraciones tróficas de la piel, de los huesos y de las articulaciones, parálisis espasmódicas de las piernas, etc.

La siringomielia puede revestir los caracteres de una esclerosis lateral amiotrófica: hay entonces exageración de los reflejos, atrofia muscular muy pronunciada y paresia espasmódica. Para el diagnóstico, se recordará que la sensibilidad se conserva intacta en la esclerosis lateral amiotrófica, en tanto que se altera en la siringomielia. El diagnóstico de la siringomielia es difícil, sobre todo cuando está asociada á otras enfermedades espinales, tales como la ataxia, las esclerosis sistematizadas, etc.

Las alteraciones tróficas de la siringomielia pueden ser tan acentuadas que uno se sienta tentado á tomarlas por la enfermedad principal; es lo que sucede, particularmente, con relación á la enfermedad de Marvan y á la gangrena simétrica de las extremidades. Esta última afección puede también asemejarse á la acromegalia, de la cual se distingue por la existencia de las alteraciones de la sensibilidad.

Al terminar, hace observar Schlesinger que la siringomielia puede venir acompañada de *pemphigus*, y admite que hay alguna relación de causalidad entre estas dos afecciones. Desde el punto de vista del diagnóstico, es necesario saber que las alteraciones de la sensibilidad de la siringomielia pueden asemejarse á las de la histeria; Degerine admite aún que puede observar un estrechamiento del campo visual en la primera de estas dos afecciones.

(*La Semaine Médicale*, de 30 de Noviembre de 1892).

***

ARTRITIS CRÓNICAS REUMÁTICA Y REUMATOIDEA.—Los doctores Hugh Lane y C. T. Griffiths separan del grupo general de las artritis reumáticas una forma que llaman reumatoidea y de la cual sostienen que debe hacerse una entidad mórbida especial.

El diagnóstico diferencial entre ella y la artritis reumática puede basarse en los siguientes principios:

1.—Los antecedentes hereditarios son reumáticos en la artritis reumática, y gotosos, escrofulosos ó de tisis en la artritis reumatoidea;

2.—En la artritis reumática faltan los síntomas nerviosos y los constitucionales, que son, al contrario, muy frecuentes en la reumatoidea. Entre estos síntomas figuran con mayor frecuencia la

atrofia muscular, las neurosis, la comezón, las punzadas en los miembros, los sudores, los adormecimientos y la pigmentación de la piel;

3.—En la artritis reumatoidea hay siempre hinchazón de la articulación en forma de huso, que se extiende algo hacia arriba y hacia abajo y que da á la presión la sensación de una falsa fluctuación. En la artritis reumática, la hinchazón es solo aparente, debida al enflaquecimiento del miembro; pero no hay sensación de fluctuación, y la articulación se mantiene absolutamente fija en la flexión en la inmensa mayoría de los casos;

4.—En la artritis reumática muy rara vez se ve afectada la articulación temporo-maxilar, la cual, al contrario, se afecta muy frecuentemente en la artritis reumatoidea;

5.—Los reumáticos gozan de espíritu alegre; lo cual no sucede con los artríticos reumatoideos, en quienes, al contrario, la depresión moral es uno de los síntomas más constantes y más tempranos;

6.—La anemia es también síntoma constante y muy prominente en la artritis reumatoidea, siéndolo mucho menos en la reumática;

7.—En la artritis reumatoidea el pulso es duro y pasa frecuentemente de 100, y no hay ruido de soplo en el corazón; precisamente, lo contrario de lo que se observa en la artritis reumática.

El diagnóstico entre estas dos especies de artritis crónicas tiene gran importancia, porque de él depende el tratamiento, el cual debe ser francamente tónico, estimulante y reconstituyente en la artritis reumatoidea de origen estrumoso; anti-gotoso en la de origen gotoso, y anti-reumático en la artritis reumática.

(*Lancet*, 10 de Diciembre de 1892).

***

ESTUDIO EXPERIMENTAL DEL ESTREPTOCOCCUS DE LA ERISIPELA.—De una serie de experimentos verificados en el laboratorio del profesor Bouchard, por H. Roger, obtuvo éste resultados por más de un título dignos de ser recordados y que el mismo autor resume en las siguientes proposiciones.

1.ª Inoculado el conejo por la vía intravenosa, el estreptococo de la erisipela produce ya una septicemia aguda, ya una enfermedad crónica caracterizada por una caquexia progresiva, ya, en fin,

una poliomyelitis, que se traduce, durante la vida, por la atrofia de los músculos de los miembros posteriores;

2.ª Inoculado bajo la piel de la oreja, produce, ó una septicemia mortal sin lesión local, ó una erisipela á veces gangrenosa, ó un simple absceso, según su grado de virulencia;

3.ª La sección del gran simpático apresura la curación de la erisipela experimental é impide la mutilación de la oreja inoculada;

4.ª La sección de los nervios sensitivos favorece la infección, que puede llegar al esfacelo y acarrear la pérdida de una parte del órgano afectado;

5.ª Se puede conferir la inmunidad contra el estreptococo por varios procedimientos: inoculación intravenosa de cultivos atenuados; inoculación subcutánea de un cultivo de virulencia media; inyección intravenosa de productos solubles calentados;

6.ª En un medio colocado al abrigo del contacto del aire, el estreptococo secreta productos tóxicos que matan á dosis de 13 á 20 centímetros cúbicos por kilogramo; estos productos tóxicos son precipitados por el alcohol y destruídos por el calor;

7.ª Los cultivos filtrados no calentados, inyectados en las venas á dosis de 0.5 á 12.0 centímetros cúbicos, ejercen una acción predisponente; disminuyen de una manera durable la resistencia á la infección estreptocóccica;

8.ª Los mismos cultivos, calentados á 11° é inyectados á dosis de 5 á 30 centímetros cúbicos, aumentan la resistencia y confieren la inmunidad: son vacunantes;

9.ª El estreptococo, sembrado en el serum de animales vacunados, da nacimiento a un cultivo poco ó nada virulento; este serum obra atenuando al microbo;

10.ª El estreptococo, sembrado en el serum de animales predispuestos, da nacimiento á un cultivo más nocivo que el de que él proviene; pero no se puede decir actualmente si el serum obra exaltando la virulencia del microbo, ó disminuyendo la resistencia del animal inoculado.

(*Revue de Médecine*, Diciembre de 1892).

***

GALACTÓGOGOS.—A. Harkin, de Belfast, recomienda el clorato de potasa como el mejor de los galactógogos conocidos. Á las 24

horas de su administración se observa ya que las mamas aumentan de volumen y que empieza á ser más abundante la secreción láctea. Este efecto se obtiene siempre cuando la leche falta inmediatamente después del parto, ó cuando en un período más avanzado de la lactancia manifiesta tendencia á disminuir; pero no cuando la secreción láctea es abundante por sí misma; y se mantiene, por lo demás, durante todo el tiempo que se continúe la administración del medicamento.

Estos hechos han sido verificados y comprobados experimentalmente, y se producen igualmente en la mujer, en la vaca y en la cabra, y es probable que también en los demás animales.

La salud de la madre y del hijo, por otra parte, no sólo no se resienten en lo menor de la acción del medicamento, sino que mejoran sensiblemente á la par.

Las dosis empleadas han sido de 4.00 en la mujer y la cabra y de 20.00 á 30.00 en la vaca, distribuídas en las 24 horas.

El aumento de la secreción láctea ha sido de 40 por ciento por término medio.

(*Bulletin Géneral de Therapeutique,* 30 de Diciembre de 1892).

* * *

Microbo análogo al bacilo colerígeno.—M. Heider ha encontrado en el agua del Danubio un microbo que tiene gran analogía con el bacilo-coma. Los cultivos de este microbo dan, como los del bacilo-coma, la reacción colorante conocida con el nombre de Choleraroth; reducen el caldo de tornasol. Los cultivos en los medios comunes no se diferencian de los del cólera. No es sino al cabo de algunos días cuando se pueden distinguir los cultivos en gelatina de este microbo de los del bacilo-coma. En tanto que el cultivo del cólera liquidado es granuloso en su parte inferior, los cultivos del vibrión de Heider son homogéneos. Este vibrión, inyectado en el peritoneo, obra como un microbo patógeno: mata á los ratones y los cuyes, produciendo síntomas coleriformes; pero la inyección por la boca, según el método de Nicati y Rietsh y el de Koch, no da ningún resultado.

(*La Semaine Médicale,* 16 de Noviembre de 1892).

* * *

Cólera.—Sir Jorge Johnson dice que ha probado que el espesamiento de la sangre en el cólera no es la causa, sino una consecuencia de la asfixia, la cual es producida por el gran impedimento de la circulación pulmonar ocasionada por el veneno colerígeno, al contrario de lo que han afirmado Nothnagel y Kahler, de Viena, que han declarado que la causa inmediata de la muerte en el cólera es la asfixia, consecuente al espesamiento de la sangre.

Johnson, de acuerdo con su manera de ver, proscribe el opio en la diarrea coleraica, y da, al contrario, los evacuantes, y cita en corroboración de lo acertado de su procedimiento los experimentos de Koch en cochinillos de Guinea, en los cuales no ha conseguido producir éste el cólera asiático introduciendo los bacilo-coma en el estómago, sinó inyectando al mismo tiempo una dosis narcótica de tintura de opio en la cavidad peritoneal, para prolongar la permanencia del bacilo en el intestino hasta que adquiriera derecho de domicilio en él.

El doctor Neil Macleod ha repetido esta experiencia con el mismo resultado.

(*Lancet,* 13 de Agoseo de 1892, núm. 394).

R. Dávila Boza.

REVISTA CLÍNICA

Clínica Ginecológica del Dr. Körner

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DEL CARMEN, DEL HOSPITAL DE SAN BORJA, DURANTE EL MES DE DICIEMBRE

Existencia anterior	37
Entradas	38
Total	75
Altas	36
Muertas	2
Existencia el 1.º de Diciembre	37
Total	75

OPERACIONES

1.ª Abertura de una abceso tuberculoso del riñón izquierdo; la enferma está en curación.

2.ª Histerectomía vaginal por epitelioma del cuello; la enferma salió de alta, sin haber tenido ninguna complicación.

3.ª Colporrafia posterior, perineorrafia y amputación del cuello por prolapsus del útero é hipertrofia del cuello; la enferma está en curación; su estado es muy satisfactorio. Saldrá de alta en pocos días más.

4.ª Histerectomía vaginal por tumor maligno del cuello en una mujer de más de sesenta años; murió al tercer día, por infección.

5.ª Raspaje del cuello y cauterización por tumor maligno del útero inoperable. La enferma se siente muy bien.

6.ª Amputación infravaginal del cuello, por tumor maligno del cuello que hacía porcidencia en la vulva, con el asa galvano-cáutica; la enferma está bien; no ha habido hemorragia secundaria. Saldrá de alta en pocos días más.

7.ª Amputación del cuello á bisturí por cancroide de la porción vaginal; la enferma ha curado perfectamente; no hay signo de recidiva. Se le dió de alta, recomendándole volviera cada tres meses.

8.ª Abceso de la fosa ilíaca izquierda abierto y drenado al exterior; está en curación.

9.ª Amputación del cuello (hipertrofia), raspaje de la mucosa uterina (endometritis) y abertura de la vagina posterior para destruir adherencias antiguas que sostenían al útero en retroflexión y no habían cedido á los demás tratamientos empleados. La enferma está perfectamente; se espera que cicatrice la herida vaginal para poner un pesario y obtener así la curación radical de la enferma.

10.ª Muerte de una enferma durante anestesia clorofórmica; la operación que se iba á hacer era extirpación de un tumor maligno de la uretra. En la autopsia se pudo constatar una ligera insuficiencia de una de las váluvlas sigmoideas de la aorta; única lesión que se pudo constatar en el cadáver; por lo demás, todo lo que se encontró fueron los signos propios de la muerte por este anestésico.

11.ª Histerectomía vaginal por cáncer del cuello del útero, recién operada; al segundo día, nada de particular.

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DEL CARMEN, DEL HOSPITAL DE SAN BORJA, DURANTE EL MES DE ENERO

Existencia anterior	37
Entradas	22
Total	59

Altas	21
Muertas	..
Existencia el 1.º de Febrero	38
Total	59

OPERACIONES

No ha habido ninguna.

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DEL CARMEN, DEL HOSPITAL DE SAN BORJA, DURANTE EL MES DE FEBRERO

Existencia anterior	38
Entradas	35
Total	73
Altas	35
Muertas	..
Existencia el 1.º de Marzo	38
Total	73

OPERACIONES

1.ª Extirpación de un quiste de los grandes labios; la enferma salió de alta curada por primera intención.

2.ª Extirpación y cauterización de papilamas de la vulva; la enferma está perfectamente.

ZEGERS P.,
Ayudante de la Clínica.

CRÓNICA

SUMARIO.—Necrología.—Los desagües de Santiago.—Adulteracion de la leche.—«Biblioteca Científica Moderna».—Ojeada sobre nuestros nuevos canjes

NECROLOGÍA.—El 22 de Noviembre último ha fallecido en Río Janeiro el presidente perpétuo de la Academia Nacional de Medicina brasilera, barón de Lavrodio. Una comunicación que hemos recibido hace poco nos da tan triste noticia.

Los grandes servicios prestados por este ilustre médico brasilero á su patria, á la Academia Nacional y á las ciencias en general dan motivo más que suficiente para que sus compatriotas y colegas conserven recuerdos venerandos de su memoria.

La Sociedad Médica de Chile se hace un honor en asociarse al justo duelo de sus colegas del Brasil y dicierne á la memoria del ilustre académico los homenages más sentidos i respetuosos.

***

LOS DESAGÜES DE SANTIAGO.—La Municipalidad ha aprobado el proyecto sobre desagües presentado por el señor Valentín Martínez.

La Dirección de Obras municipales deberá encargarse de sacar las copias de los planos del señor Martínez para remitirlos á los representantes de Chile en el extranjero.

Los fondos destinados á llevar á cabo esta importante obra será materia de estudio para la comisión de arbitrios y contribuciones.

El uso obligatorio de las alcantarillas en reemplazo de las actuales acequias, tal como lo propuso la comisión de saneamiento á la Municipalidad, al informar sobre el proyecto del señor Martínez, será materia de una ley que en breve habrá de presentarse al Congreso.

La resolución tomada por la Municipalidad de Santiago reviste los caracteres de un acontecimiento. Al fin, después de una larga lucha emprendida en pró de los desagües de la ciudad de Santiago, ha venido á conseguirse que ello esté próximo á la realidad.

Las publicaciones científicas, las memorias universitarias, etc., etc., todo había sido hasta aquí inútil. Los señores municipales no querían convencerse de la necesidad urgente de mejorar las condiciones de salubridad de Santiago y sólo llegaban á fijarse en la pésima higiene de la ciudad cuando alguna epidemia intensa y grave, junto con millares de víctimas, dejaba recuerdos siniestros de su paso. La viruela y el cólera, la escarlatina, el croup, la tifoidea y la infiuenza hartas y preciosas vidas nos cuestan.

Vengan, pues, enhorabuena las alcantarillas obligatorias en vez del actual sistema de acequias y la ciudad de Santiago no será como hasta aquí un foco permanente de infección.

***

ADULTERACIÓN DE LA LECHE.—De día en día se hacen más intolerables los abusos que cometen los expendedores de leche á domicilio.

La adulteración y falsificación más escandalosa se practica y á pesar del clamor general y de los denuncios de la prensa el mal sigue adelante. Y lo que es peor se asegura todavía que los inspectores de líquidos encargados de practicar el primer examen no cumplen con sus obligaciones por ignorancia unos, por mala fé otros.

La *Libertad Electoral* ha llamado la atención sobre los abusos que se cometen en el expendio de la leche en términos tan justos como enérgicos y que obligan á las autoridades á no desentenderse por más tiempo.

Es necesario averiguar si es ó no efectivo que hay inspectores de líquidos que venden su conciencia en vez de cumplir con los deberes del cargo que han jurado respetar.

El inspector de líquidos es un funcionario público sobre el cual, como sobre cualquiera otro, debe estar vigilante la atención de las autoridades.

Al Consejo Superior de Higiene, que tiene ya existencia legal, le corresponde, y así lo manda uno de los artículos de su constitución orgánica, vigilar en primer término la calidad de los alimentos, bebidas y condimentos que se expenden en el comercio, etc.

Esperamos, pues, que el Consejo de Higiene, de acuerdo con las autoridades, habrá de proponer las medidas necesarias para cortar una vez por todas este grave mal.

***

«BIBLIOTECA CIENTÍFICA MODERNA».—Nuestro apreciado colega la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid, dirigida por el doctor don Rafael Ulecía y Cardona, ha comenzado á publicar una *Biblioteca Científica Moderna*, cuyo primer volumen lo forma la notabilísima obra del eminente profesor Bouchard, titulada «Los microbios patógenos», y que representa el conjunto de las investigaciones personales del esclarecido catedrático de la Universidad de París.

El libro «Los microbios patógenos» forma un elegante volumen de más de 300 páginas esmeradamente impresas y cuya traducción se debe á don Rafael del Valle, médico, por oposición, del Hospital General de Madrid.

El precio de la obra es de cuatro pesetas, y los pedidos deben dirigirse al señor Ulecía y Cardona, calle de Preciados, 33, bajos, Madrid.

***

OJEADA SORRE NUESTROS NUEVOS CANJES.—En demanda de canjes han llegado á nuestra oficina los siguientes diarios y periódicos nacionales y extranjeros:

El Elquino, diario que se edita en Vicuña desde hace nueve años.

Las Noticias, diario que recién hace su aparición en Iquique, diario de la tarde, especialmente noticioso y comercial.

La Abeja Médica, revista de medicina, cirugía y ciencias auxiliares, publicación mensual de la Habana. Su director y propietario es el doctor Vidal M. de Sotolongo y Lynch.

El número 11, que es el primero que hemos recibido, trae un escogido material y dos láminas que representan cráneos deformados de indios caribes de las islas de Cuba y Santo Domingo.

Boletín del Consejo de Salubridad de Guadalajara.—Este periódico aparecerá una ó dos veces al mes y además cuando lo acuerde el Consejo, y comprenderá las siguientes secciones: oficial, económica, científica, variedades médicas y efemérides.

Para que se comprenda la importancia que en Mégico dan á la higiene pública, bastará exhibir el programa del primer número del *Boletín*.

«Prospecto.—Programa de esta publicación.—Personal del Consejo Superior de Salubridad.—Comisiones del Consejo.—Documentos relativos á las medidas adoptadas por el Consejo Superior de Salubridad y por algunas juntas de sanidad y autoridades políticas del Estado con motivo del tifus.—Dictamen aprobado por el Consejo Superior de Salubridad con motivo de la consulta que le dirigió el Gobierno sobre la conveniencia de establecer provisionalmente un hospital para los enfermos de tifus.—Instrucciones para la inoculación de la vacuna».

El prospecto, que parece hubiera sido escrito—allá en Guadalajara—para servir de reproche á nuestros Gobiernos, por su desidia en atender la salubridad pública, empieza así:

«Los Gobiernos de los países ilustrados consagran gran parte de su atención (como en Mégico, no como en Chile!) á la vigilancia y mejora de la salubridad pública, convencidos de su importancia capital y de las ventajas que reportan los individuos, lugares y naciones donde es atendido con la importancia que reclama este ramo de la administración pública».

La *Revista Médico-Quirúrgica Americana* es un periódico mensual, fundado en 1892, y que cuenta con un gran número de distinguidos colaboradores, especialistas en diversos ramos de la medicina, muchos de ellos profesores universitarios ó que tienen á su cargo servicios clínicos de importancia.

Es un órgano español del Congreso Médico Pan-Americano, formado por dieciséis grandes páginas á dos columnas, esmeradamente impresas en muy buen papel. Trae un abundante y escogido material y que hace de este periódico quizás el mejor de los periódicos, en español, que se publican en América.

La suscripción importa tres pesos en dinero *americano* por año. Toda correspondencia debe dirigirse á los editores S. Shepherd Clark C.º, 126 Liberty St., Nueva York, E. U. A.

CONRADO RÍOS V.

Año XXI Abril de 1893 Núm. 4

COLABORACIÓN

La comisión del doctor Molinare en Punta Arenas

POR EL DR. CONRADO RÍOS V.

El señor Ministro de Relaciones Exteriores, don Isidoro Errázuriz, en nota dirigida al doctor Molinare, á propósito del desempeño de la comisión que se le confió para organizar y atender una Estación Sanitaria en Magallanes, le decía:

«Con la mayor satisfacción me he impuesto de la interesante nota de Ud. Ella acredita la laboriosidad y la inteligencia con que se evacuó aquel encargo, y corrobora los honrosos informes que el Gobierno había recibido á cerca de los trabajos de la Comisión presidida por Ud.

«Con relación al informe mismo rendido por Ud., me es muy grato asegurarle que sus importantes observaciones son debidamente apreciadas por este Departamento, y que, desde luego, toma en cuenta las que se refieren al establecimiento de una Estación Sanitaria permanente en el Estrecho».

Nuestro amigo, el doctor Molinare, debe sentirse altamente satisfecho de haber recibido de su jefe una comunicación tan llena de honrosos conceptos como los que dejamos transcriptos.

El encargo conferido no podía ser más delicado: de su buen desempeño dependía la no invasión del cólera á nuestro país. Las miradas de todos los que se interesan por la salubridad pública y que no ven con indiferencia la vida de los demás estaban fijas en el doctor Molinare.

El 9 de Septiembre del año próximo pasado el Supremo Gobierno comisionaba al doctor Molinare para que, en unión del Gober-

nador de Magallanes y del médico de ciudad de Punta Arenas, tomara las medidas de inspección sanitaria convenientes para con los buques que procediendo del Atlántico llegaran á aquel territorio y para que, además, instalara y atendiera un lazareto cuarentenario en la Isla Dawson.

La primera parte de dicha comisión fué desempeñada dictando un reglamento tan completo como interesante sobre las reglas á que debían sujetarse los buques declarados indemnes, sospechosos ó infestados por la autoridad sanitaria.

No había objeto en detener en Punta Arenas á aquellos buques que llegaban del Atlántico y que ya habían hecho cuarentenas en puertos de tránsito. Esta resolución adoptada por el doctor Molinare, de suyo clara y evidente, envuelve, sin embargo, una novedad en las prácticas generalmente establecidas de higiene internacional.

Los buques salidos de Liverpool hacían cuarentenas en Pauillac, Lisboa, Río Janeiro y Montevideo y los de Hamburgo, á más de haber sido prolijamente desinfectados antes de su partida, lo hacían en Amberes y San Vicente. Siendo así, no había por qué obligar á estas naves á detenerse en el Estrecho, con grave perjuicio de los intereses sociales y comerciales, desde que traían muchos días de navegación y habían sufrido varias cuarentenas. Y la prueba de que las prácticas de higiene internacional no determinan precisamente lo que debe hacerse con un buque infestado por el cólera con relación al establecimiento de las cuarentenas, es el hecho demostrado en la actual epidemia colerígena de obligar á hacer cuarentenas en Montevideo á buques salidos de Liverpool y que ya las habían hecho en Pauillac, en Lisboa y en Río Janeiro. ¿Qué objeto se puede perseguir al detener un buque en Montevideo que trae más de veinte días de navegación y que ha sufrido ya tres cuarentenas? ¿Qué objeto, repetimos, cuando el período máximo de incubación colérica es de siete días? El doctor Molinare no quiso seguir el ejemplo de sus colegas de estación sanitaria en los puertos anteriormente designados y de ochenta y un vapores que reconoció solo detuvo á tres de ellos, salidos de Hamburgo en plena epidemia de cólera, con manifestaciones notables de falta de limpieza y desaseo, y por solo el tiempo exclusivamente necesario para la desinfectación. De esta manera el comercio nada tuvo que sufrir y la seguridad de la no invasión colérica en el país fué absoluta.

Si el cólera se hubiera declarado en algún puerto del Atlántico situado en el Brasil, Uruguay ó República Argentina, los buques venidos de aquellos puertos habrían sido detenidos en la Estación Sanitaria del Estrecho y sometidos á cuarentena; pero eso no ocurrió felizmente.

Es cierto que los reglamentos del *Local Government Board* de Inglaterra y el *Congreso Internacional de Venecia*, en sus resoluciones dictadas por los representantes de catorce naciones, han establecido reglas prácticas tendentes á defenderse del cólera sin perjudicar de una manera notable los altos intereses sociales; pero esas reglas, si han sido buenas, han recibido la confirmación solemne de su excelencia en la aplicación que el doctor Molinare hizo de ellas en la comisión que acaba de desempeñar con tanto tino como inteligencia.

El doctor Molinare debía establecer también, y esta es la segunda parte de su comisión, un lazareto cuarentenario en la Isla Dawson. Pero el puerto Willis de la Isla Dawson tiene una bahía estrecha y poco conocida, está fuera del derrotero habitual de los vapores, y finalmente existe en ella ausencia completa de toda clase de recursos hospitalarios.

Estas consideraciones, á pesar del ideal higiénico y científico de la ubicación de un lazareto de una isla, determinaron el establecimiento de la Estación Sanitaria en las casas de Agua Fresca, situadas en la bahía del mismo nombre, á nueve leguas al sur de Punta Arenas, aisladas por la naturaleza de la ciudad, de tal modo que la propagación de la epidemia, en caso de desarrollarse en la Estación, era imposible.

La ubicación de Estaciones Sanitarias en tierra firme no es tampoco una novedad; hay varias en Europa establecidas en esta forma: los higienistas se han convencidos de que no es la ubicación del lazareto, sino los procedimientos de inspección médica los que mayor importancia tienen en el buen éxito.

El doctor Molinare transformó las ruinosas casas de Agua Fresca en un edificio con comodidad para cincuenta personas, provisto de una botica bien surtida y con las estufas necesarias para la desinfección y para combatir el rigor del clima.

La idea de convertir la Estación Sanitaria de Agua Fresca en permanente, insinuada por el señor Molinare en nota dirigida al Ministerio, merece la pena de ser atentamente considerada, mucho más cuanto que, desde luego, con los útiles de menaje y de medi-

cinas que posee puede prestar durante muchos años todos los servicios que se deben exigir de un establecimiento de esa clase.

En suma, la comisión que el doctor Molinare ha desempeñado de una manera tan brillante, á la vez que lo prestijia ante los demás, es un motivo de legítima satisfacción para los que, junto con él, vienen desde algún tiempo ocupando las páginas de esta *Revista*.

Santiago, Abril de 1893.

Medidas contra la viruela

POR EL DR. R. DÁVILA BOZA

Siendo la viruela una de las plagas que mayor número de vidas viene arrebatándonos desde hace siglos, como todo el mundo lo sabe, y manifestando cada día, lejos de disminuir, mayor tendencia á constituirse en endemia permanente en el país, y aún dentro de solo el recinto urbano de Santiago, como lo comprueban los datos que expusimos en nuestro artículo anterior, de su peso se cae que si queremos hacer algo por disminuir la cifra enorme de nuestra mortalidad, entre las primeras medidas que para tal objeto queramos poner en práctica deben figurar precisa y necesariamente las medidas contra la viruela.

Muchas veces se ha repetido esto mismo desde tiempo atrás en una ú otra forma; pero cuando ha llegado el momento de proponer las medidas conducentes al fin indicado, no se ha salido de la vacunación forzosa, más ó menos extendida ó limitada.

Según los proponentes, no habría, pues, más que una única medida que oponer á la viruéla: la vacunación forzosa. Imponiéndola, el Gobierno lo habría hecho todo; fuera de ella, no hay resorte que tocar.

Por nuestra parte, creemos que en esta errónea opinión se encuentra la causa principal talvez de la indiferencia inverosímil con que han mirado la viruela todos nuestros Gobiernos y de la incuria incalificable con que la han dejado hacer tranquilamente sus devastadores estragos.

Persuadidos de que la vacunación forzosa es el recurso supremo y único é infalible contra la viruela, se han cruzado estoicamente de brazos una vez que no han podido implantar ese recurso, haciendo caso omiso de todas las otras medidas que habrían podido

arbitrarse, ó para aminorar o retardar la propagación del mal, ó para disminuir la cifra de la mortalidad y de la invalidización entre sus atacados.

Juzgamos por esto que conviene recordar en estas páginas las medidas que pueden oponerse á la viruela, por más que sean ellas vulgaridades de todo el mundo conocidas.

La primera de esas medidas es ciertamente la difusión de la vacuna.

No somos partidarios de la vacunación forzosa en la forma generalísima en que se ha querido implantarla en Chile, por razones de alta política y de conveniencia social, y porque creemos que la autoridad tiene medios para difundir la vacuna en toda la extensión deseable sin necesidad de recurrir á la medida extrema de imponerla por la fuerza. Pero no estaríamos distantes de aceptar que se la estableciera limitada para los niños menores de siete años, imponiendo á los padres la obligación de hacer vecunar a sus hijos, salvo contrario parecer facultativo, durante el primer año de la existencia y de hacerlos revacunar entre el quinto y el séptimo año; porque reconocemos, por otra parte, que la vacuna es un preservativo bastante eficaz de la viruela y bastante inocente para que sea de suponer que ningún hombre razonable que lo conozca quiera privarse de él, y no negamos, por otra parte, que el Estado tenga el derecho y esté en el deber de velar porque los padres den á sus hijos todos aquellos medios que tiendan á asegurar la existencia de que sea de suponer que los hijos no querrían privarse si estuvieran en edad de conocerlos.

La vacunación forzosa para los niños no tendría, por lo demás, los inconvenientes gravísimos que tiene para los adultos, porque ni los priva durante algunos días de ganarse el sustento diario con el trabajo de sus manos, ni los expone á que con tal motivo se les hostilice en uno ú otro sentido con fines políticos.

Pero juzgamos que ni aún esto es necesario. Hemos tenido durante algunos años un servicio de vacuna á nuestro cuidado y jamás por jamás encontramos la menor dificultad para vacunar á los niños siempre que llevábamos el fluído preservador á la casa de los vacunandos; y estamos íntimamente persuadidos de que, si se halla alguna resistencia en nuestras clases proletarias contra la vacuna, es una resistencia simplemente pasiva, por no tener que perder un día entero en ir á la sala de vacunación ó por no tener que cuidar al niño de la fiebre. Estamos plenamente ciertos de

que esa resistencia desaparecería como por encanto si se les diera la facilidad de llevarles la vacuna á sus propias casas y la seguridad de que sus hijos no carecerían de la asistencia médica conveniente en caso necesario. Esto demandaría algunos escudos más para el servicio de la vacuna; pero ellos ahorrarían á la República la necesidad de una ley que desde ningún punto de vista se aviene bien con los principios verdaderamente republicanos, y obtendrían en poco tiempo de paz muchísimo mejores resultados que la ley de fuerza en largos años de violencia.

Serviría también maravillosamente, nos parece, para difundir la vacuna el establecimiento por las Municipalidades de rifas serias y formales de objetos de alguna utilidad, aunque de poco valor, en favor de los que se vacunaren durante cada mes por ejemplo. ¿Qué dificultad hay para que este medio fuera ensayado por la Municipalidad de Santiago, siquiera durante unos seis meses? Nada más que el gasto de unos cuantos escudos, mucho menos sin duda de los que ha invertido en los últimos meses en subvenciones á los circos.

Como éstos, podrían arbitrarse muchos otros medios para la difusión de la vacuna en toda la extensión que es de necesidad darle. La autoridad, por su parte, puede difundirla sin la menor dificultad, en un solo día si lo quiere, en todo el numerosísimo personal de empleados que de ella dependen y en sus familias, en los cuarteles, cárceles, colegios, escuelas, talleres, obras públicas de toda clase, ferrocarriles, telégrafos, correos, etc., etc., hasta entre los que por cualquier motivo tienen alguna vez que ir á dormir á algún lugar de detención preventiva. Pero los dichos bastan para manifestar que la vacunación forzosa en general es un recurso extremo tal que no tenemos todavía para qué llegar y del cual podemos prescindir sin temor ninguno por mucho tiempo aún.

En seguida de la vacunación, figura en primera línea para oponer á la propagación de la viruela, entre las medidas de higiene general, de las que no hacemos caudal aquí por supuestas y sabidas, la del aislamiento de todo enfermo afectado de viruela que se cura en su casa, de los demás individuos de su familia, de sus relaciones ó de su vecindad que se hallen en aptitud más ó menos probable de contraer la enfermedad.

Pero tampoco somos aquí partidarios del aislamiento forzoso y obligado para todo el mundo. El aislamiento debe ser forzosamente obligatorio para los niños que no hayan sido vacunados y reva-

cunados en las épocas que antes hemos indicado y que no hayan tenido la viruela, porque así lo impone la humanidad contra la ignorancia de sus propios padres: pero no debe ser obligatorio para los adultos, porque á nadie que tiene conciencia de sus acciones se le puede privar del derecho de exponer su vida por servir á un deudo ó á un amigo. El papel de la autoridad debe limitarse en este caso á obligar al paciente, á dar y mantener permanentemente público aviso de su enfermedad en tanto haya peligro de contagio. Este aviso se da en algunas ciudades de Europa por medio de una banderola amarilla enarbolada en la puerta de la habitación del varioloso, y no vemos qué dificultad habría para adoptar este procedimiento entre nosotros.

Se nos objetará que de esta manera podríamos dejar sin pan el día menos pensado al propietario de un conventillo, por ejemplo, que no tiene otra entrada para vivir que la que le da su propiedad.

¡Mejor que mejor! esa posibilidad obligaría á los dueños de casas de arriendo á exigir á sus arrendatarios el ser vacunados antes de admitirlos en sus casas, y eso sería un buen medio de difundir la vacuna.

Si se nos preguntara quién daría á la autoridad el aviso necesario para hacer práctico este procedimiento en cada caso particular, contestaríamos que razones de alta conveniencia aconsejan que en ningún caso sea el médico llamado por el paciente el que cargue con la obligación de dar dicho aviso. Pero nunca faltará un vecino interesado en el asunto que lo dé en tiempo oportuno.

Hoy día sucede que cuando entra la viruela á un conventillo no sale de él sin llevarse antes media población, á causa del contacto constante entre el enfermo y sus vecinos y de la falta absoluta de medidas que se tomen para prevenir el contagio y la difusión de la enfermedad. Adoptado el sistema de la bandera amarilla, el contacto entre el paciente y sus vecinos no será ni tan constante ni tan directo; muchos se apartarán del lugar peligroso con sus familias, y no tornarán á él sin las debidas precauciones; las ropas del enfermo no se mezclarán con las de los sanos, y la pieza ó casa en que haya pasado su enfermedad no será tomada por otro arrendario así no más, como hoy sucede, sin recibir ni la más ligera desinfección.

La medida que nos parece debe establecerse como rigurosa obligación para todo el mundo, es la de la desinfección de la ropa

habitación y toda clase de enseres que el varioloso haya ocupado durante su enfermedad, bajo la inmediata dirección y vigilancia de un facultativo ó de un oficial administrativo *ad hoc*.

No desconocemos las mil dificultades que se presentan para establecer la desinfección obligatoria entre nosotros en el grado de perfección á que ha llegado en algunas ciudades de Europa este ramo de la higiene pública. Pero no exigimos imposibles; por hoy y para empezar, creemos que bastaría con servirse de las fumigaciones sulfurosas, y de la inmersión en soluciones antisépticas de sublimado corrosivo, hechas y practicadas en las mejores condiciones posibles, para obtener, si no una desinfección completa y absoluta, una desinfección bastante eficaz al menos para reducir en grandes proporciones los peligros actuales. Establecida esta práctica, quedaría el camino más expedito para establecer más tarde procedimientos más perfectos.

Las medidas que dejamos indicadas y de cuya eficacia nadie podrá tener un momento de duda, no son, como se vé, tan insuperables, y ni siquiera requieren el dispendio de grandes sumas de dinero. Bastaría un cuarto de hora de buena voluntad de nuestros gobernantes para que ellas llegaran á realizarse sin mayores dificultades. Sus propios resultados las afianzarían en seguida y las harían entrar en el número de nuestros hábitos y costumbres.

Abril de 1893.

Breves consideraciones

ACERCA DE LA IMPORTANCIA VERDADERA DE LA ANTISEPSIA INTERNA

POR EL DR. CONRADO RÍOS V.

(Continuación á lo que con este mismo título se publicó en los números 1 y 2 de la *Revista* del año en curso)

El ligero estudio que hemos hecho á propósito de los alcaloides animales y de aquellos que se forman á expensas de los microbios mismos, nos debe servir de guía para establecer una terapéutica verdaderamente racional y científica.

Desde luego, el uso inmoderado de los antisépticos en las enfermedades infecciones no puede responder sino á una concepción falsa de la génesis de la enfermedad misma. Y, en efecto, ¿de qué servirán los antisépticos cuando los microbios hayan desaparecido y solo tengamos que habérnosla con los venenos? ¿será con antisépticos con lo que habremos de destruir á estos últimos? La respuesta es obvia.

Está perfectamente averiguado que los síntomas generales en muchas enfermedades son producidos por las ptomainas como lo ha comprobado Bouchard en diversas enfermedades, Roux y Chamberland en la gangrena gaseosa, Chantemesse y Widal en la fiebre tifoidea, Roux y Jersin en la difteria.

Sin embargo, es preciso decirlo, hay antisépticos cuyo uso contra las ptomainas mismas es perfectamente razonable. El ácido salicílico, mediocre antiséptico, es uno de los mejores agentes de neutralización de los fermentos solubles; el carbón fija los venenos putridos desarrollados en el intestino, haciendo así su absorción imposible.

Los micro-organismos, que producen los venenos en las enfermedades, no viven en plena actividad sino un tiempo relativamente corto; en seguida ellos se debilitan ó perecen para seguir obrando tan sólo el veneno. De aquí se deduce que lo primero que habrá que hacer será combatir al microbio para destruirlo ó para impedir que fabrique venenos; si el veneno se fabrica siempre, será preciso tratar de impedir su absorción en el organismo, y si de todas maneras y á pesar de todo, el veneno es absorbido, es preciso aniquilarlo. Así debe entenderse una terapéutica científica.

Los antisépticos tendrán, pues, su aplicación antes de la formación del veneno; la dificultad consiste en saberlos usar con oportunidad, porque es necesario tener presente que cuando una enfermedad infecciosa viene á declararse con toda evidencia, ya el veneno ha sido producido y circula en la sangre llevando á todas partes su funesta influencia.

El hígado tiene la propiedad de detener los venenos, tomándolos en el intestino; de eliminarlos ó destruirlos; pero en las enfermedades febriles, infecciosas, á consecuencia de que se suprime ó se atenúa la producción de glicógena, que sirve á la célula hepática para neutralizar las sustancias tóxicas, como lo ha demostrado M. Roger en un trabajo digno de ser consultado, la acción del hígado se hace débil ó se anula. Si los venenos escapan á la acción del hígado, es preciso favorecer entonces su alimentación por la piel, los pulmones, el intestino y los riñones ó recurrir francamente á los antídotos ó contravenenos; los narcóticos, por ejemplo, contrarrestan á los convulsivantes de la orina. Desgraciadamente, bajo el punto de vista de los antídotos para las ptomainas, muy poco se ha hecho todavía en medicina.

En las fiebres ataxo-adinámicas, el opio, el almizcle, algunas veces el cloral, los estimulantes difusibles, alcohol, café, inyecciones de éter, á fin de dar fuerza á la célula orgánica para que reaccione y venza al microbio; todo esto será de una utilidad manifiesta.

Pero volvamos sobre el hígado, para agregar unas pocas palabras más.

Es evidente que el organismo mismo realiza actos profilácticos destruyendo los venenos que en él se forman. La bilis que no se elimina por el intestino se precipita.

El hígado desempeña un papel de la mayor importancia en las intoxicaciones de origen intestinal, ingestión de alimentos alterados, diarreas pútridas, etc.; los venenos aún absorbidos y pasados á la circulación son recogidos y destruídos por el hígado.

De aquí la importancia que tiene el mantenimiento de la integridad de las funciones de esta víscera en las intoxicaciones; de aquí la utilidad de los purgantes, que no sólo activan las funciones del hígado, sino que también arrastran mecánicamente el veneno.

Es el riñón el órgano quizás más importante para la depuración del organismo en las enfermedades infecciosas; sabido es que cuando la cantidad de orina aumenta en un enfermo, no tarda éste en experimentar una sensación de bienestar considerable.

La diaforesis destinada, como se sabe, á aumentar las secreciones de la cutis con el propósito de eliminar los venenos, es sin duda una buena medida, si se la toma en un sentido general. Sin embargo, no falta quienes consideren que en determinados casos la diaforesis es perjudicial, porque disminuyendo la orina impide que ésta arrastre numerosos productos tóxicos. La pilocarpina que tan abundantes sudores produce, no disminuye en muchos casos las intoxicaciones.

Los tónicos, y sobre todo los estimulantes, juegan el principal papel en las auto-intoxicaciones; ellos dan tiempo á la eliminación de los venenos sosteniendo las fuerzas del enfermo.

Creemos haber dejado establecido de una manera incontrovertible que la antisepsis interna, de la sangre, y de la intimidad de los tejidos es por hoy irrealizable y que los antisépticos usados en las enfermedades infecciosas deben obedecer siempre á circunstancias especiales y determinadas; nada es más fácil que engañarse con el espejismo de la antisepsis. Diariamente se abusa de los antisépticos, prodigándolos sin tasa ni medida, sin tener en cuenta los fenómenos patogénicos, de tal manera que en vez de mejorar á un enfermo no se hace más que agravarlo desde que se lleva á su organismo sustancias que nada pueden contra los venenos.

La antisepsis de las vías digestivas y respiratorias es perfectamente practicable, y aquí es muy fácil sacar todo el provecho que se puede esperar lógicamente de la medicación microbicida.

Respecto á las vías digestivas, tenemos dos grandes recursos para la antisepsis: el lavado del estómago y los lavados intestinales ó interoclisis. El uso de diversos antisépticos insolubles, que no se absorben, por consiguiente, y que obran tópicamente en toda la extensión del tuvo digestivo, prestan servicios de indisputable valía. Luego tendremos ocasión de ocuparnos de este punto.

Para la antisepsis de las vías respiratorias, los medios de que

disponemos son más reducidos, pero también son de utilidad: las pulverizaciones ó inhalaciones medicamentosas, las inyecciones intra-pulmonares y otros procedimientos casi directos, han cambiado notablemente, y de una manera muy favorable, el tratamiento de las afecciones de estas vías. Hay todavía medicamentos que usados por el estómago se eliminan por el pulmón, y al eliminarse parece que adquirieran mayor energía antiséptica, á juzgar por los efectos que se obtienen.

Abril de 1893.

CORRESPONDENCIA EUROPEA

El sozoiodol en la sífilis

POR EL DR. EDUARDO MOORE B.

Después de vacaciones, en Francia como en Chile, introdúcense en las clínicas los procedimientos quirúrgicos ó los medicamentos de novedad. Ya sea por el profesor, ya, más á menudo, por los entusiastas gefes de servicio ó internos, se experimenta los nuevos frutos del reposado estudio de ese período de descanso. Así al abrirse el servicio del profesor Fournier en pos de las pequeñas vacaciones de Enero, le oimos con asombro decir:

«Esta enferma que Uds. observan, atacada de una sífilis pápulo tuberculosa muy intensa habría sanado *de su erupción* con 20 píldoras de Dupuytren, y sin embargo ha bastado una sola inyección de sozoiodol para hacerla desaparecer por completo.»

Y era asombro, por cuanto el citado profesor es muy prudente, muy reservado para hacer ó introducir innovaciones, á tal punto que la blenorragia es tratada como la trataba Chopart y la sífilis como Ricord, admitiendo apenas las inyecciones mercuriales, y todavía para muy escogidos casos.

Este criterio establecido y ya radicado en la escuela del eminente sifilógrafo es ya una doctrina que todos pueden ver en el excelente volumen que bajo el título de «Tratamiento de la sífilis» acaba de publicar; en el cual después de analizar, disecar prolijamente los tratamientos usuales, establece el suyo con las variantes exigidas por cada modalidad patológica: el protoioduro como sal mercurial, á veces las fricciones y muy rarísimas, casi nunca, las inyecciones, son la base de la curación por el mercurio.

Un alumno francés ha sido autorizado para hacer las inyecciones en el servicio del hospital San Luis, con el fin de preparar elementos para su tesis de doctor. Su tesis la publicará más ó menos en dos ó tres meses más, pero deseando comunicarles á los lectores de la *Revista* alguna novedad, me anticipo á la citada, con la esperanza que puedan los amantes de lo nuevo hacer investigaciones al respecto. Por consiguiente vamos á exponer lo que hemos observado.

En un mes de estudios emprendidos por el estudiante Eudlitz el profesor Fournier ha presentado los siguientes casos:

—Una mujer raquítica, infantilismo manifiesto, sus piernas encorvadas en diversos sentidos, enana, etc., estaba atacada de una sífilis de tal modo rebelde que sus manifestaciones se traducían por la erupción tenaz clasificada como *tubérculo-crustácea* de los alrededores de la boca, en especial del labio superior y bordes de la raíz de las ventanillas nasales. «*Una sola inyección hizo desaparecer toda la erupción*, lo que se habría conseguido sólo con 20 píldoras de protoioduro, es decir por 15, 20 ó 25 días de tratamiento!....

Bastó inyectar 6 centígramos de sozoiodol disueltos en un gramo de agua esterilizada, y ayudada la solución por el cloruro de potasio en dosis miligramática para obtener este prodigioso resultado. Esta era una gran dosis, por cuanto deberá empezarse por 4 por 100 y subir á 6 ó más, según la tolerancia. La reacción fué intensa. Desde luego:

A.—Dolor agudo producido por la inyección. Este inconveniente propio á todas las inyecciones, desde las de morfina hasta las de Brown-Séquard, puede ser rechazado en absoluto, pues la cocaina administrada con exacto conocimiento de las regiones evita todo dolor ulterior. Así es como D'Arsonval ha conseguido hacer indolentes las inyecciones de jugo testicular.

B.—Diarrea y movimiento febril. La gran dosis en una enferma asténica, por tantas razones, hacía presumir tal resultado.

El reposo y algunos paliativos concluyeron con todas las molestias que se señalaron como el reverso de la medalla.

—Otra enferma, robusta, afectada de sífilis papulosa y pigmentación típica de la erupción en grande extensión de la cutis, fué sometida al tratamiento de sozoiodol al 4 por 100 (4 centígramos por jeringa de Pravaz), inyecciones en la región trocantereana hechas con el intervalo de 3 á 4 dias entre una y otra, es decir, 2 inyecciones semanales. El resultado ha sido tan satisfactorio que las lesiones van en regresión, con tal lijereza que el profesor no

puede menos que proclamar como resultados inesperados los así obtenidos.

Dolor vivo, poquísima reacción febril. Las inyecciones han sido elevadas hasta 10 por 100.

—La última enferma en tratamiento estaba tapizada de una sífilis *pápulo-escamosa*. Inyecciones como la anterior y resultados espléndidos fueron su terapéutica y su curación.

En vista de estos estudios, ¿no estamos autorizados á mirar al mercurio no como el único medicamento del período secundario?

¿Cura el sozoiodol como un derivado iodado y (entonces obraría como el ioduro de potasio) ó como succedáneo del mercurio?

Y esta tercera reflexión: ¿si siendo un derivado iodado igual en acción al ioduro potásico este último podría entonces ser también eficaz contra los accidentes secundarios á la manera del mercurio?

Ó en fin ¿obra como antiséptico?

El sozoiodol es una sustancia eminente antiséptica, superior al iodoformo en las curaçiones de las heridas, no teniendo el defecto del olor que este posee; pudiendo pues sustituirse ventajosamente á él, práctica que sería tanto más útil cuanto que su generalización acarrearía un campo grande de observación, y entonces se le podría conocer en sus beneficios y en sus defectos, siendo así más acertada la aplicación hipodérmica. Por el contrario, su escaso olor es agradable.

Este polvo soluble en el agua no necesita ser ayudado por el ioduro de potasio, quien irrita y aumenta el dolor vivo que produce la inyección.

Apesar de su poco uso en terapéutica sus compuestos con el zinc, mercurio, aluminio, sosa y potasa han permitido obtener sorprendentes resultados sustituyéndose al iodoformo, iodol, salol, etc. Se mezclan los sozoiodolatos de zinc, de mercurio, etc., con talco, ya en solución, ya en polvo, en la proporción de 10 por 100 como máximum, y 2, 3, 5 y 8 por ciento como mínimum, siendo su poder tóxico superior al del iodoformo.

En Rusia, en Berlín, y sobre todo en Viena, ha tomado una gran vulgarización hasta el punto de usarse en las curaciones antisépticas con gaza, algodón y vendas sozoiodoladas, y extendiéndose su uso en forma de pomadas, glicerolados. Es corriente registrar el empleo del sozoiodol en las afecciones uterinas, cutáneas, etc., en las Gacetas vienesas, dándole preferencia al sozoiodol puro y simple.

En cuanto á su empleo en la sífilis es prudente empezar como máximum á 4 *centígramos* por jeringa de inyecciones, y lentamente, usando dos por semana, elevar la dosis hasta 10 por 100 No insisto en dar á conocer el manual operatorio por no diferir en nada á las inyecciones vulgares de sales mercuriales: antisepsis rigurosísima, pureza del preparado químico, prudencia en la dósis, elección del sitio de introducción, observación de los síntomas reaccionarios para combatirlos con oportunidad, reposo del enfermo, etc., son consejos más que de ciencia, de puro buen sentido común.

¿Qué es el sozoiodol?

Los que deseen conocer á fondo este cuerpo deberán estudiarlo bajo el punto de vista químico, punto de vista muy descuidado á menudo, pero que será siempre la única base de terapéutica teórica. Desde luego avanzamos que esta sustancia es un compuesto ó derivado del *ácido fénico*, del *iodo* y del *ácido sulfúrico:* es el ácido *iodoparafenilsulfúrico:*

El *ácido fenico* C^6H^6O.

Si se sustituye el equivalente de oxígeno O por uno de ácido sulfúrico se obtiene:

El ácido *sozólico* $C^6H^6SO^4$, llamado también aseptól, sulfo carbol, y que es el *ácido orthoxifenilsulforoso.* Ahora bien, si dos de H del ácido sozólico $C^6H^6SO^4$, los sustituimos por dos de iodo (Y) obtenemos el ácido sozoiodólico $C^6H^4Y\ SO^4$, llamado por su composición *iodoparafenilsulfúrico* ó simplemente *sozoiodol.*

Para prepararlo se hace obrar el ácido sulfúrico fumante sobre la *benzina biiodada*; se satura el todo con carbonato de plomo. Después se precipita el plomo por una corriente de hidrógeno sulfurado; se lava, filtra y se obtiene *sozoiodol* en cristales, que contiene 10 por 100 de iodo.

París, Enero 22 de 1893.

Algunas novedades en los hospitales de París

POR EL DR. SIERRA M.

HOSPITAL DE LA PIEDAD.—El Dr. Reclus que ha practicado ya cerca de 2,000 operaciones sirviéndose de la cocaina como anestésico, exponía con amplios detalles en una lección reciente su modo de empleo. Puede resumirse de la manera siguiente;

No debe usarse jamás una solución cuya proporción pase del 2 por ciento; en la mayoría inmensa de los casos basta la solución al 1 por ciento.

Es uno de los alcaloides menos tóxicos que se conocen; parece que el mínimum con que se han obtenido en el hombre efectos mortales ha sido de veintidos centígramos. En consecuencia, cualquiera que sea la solución que se emplee, *no se deberá llegar ni mucho menos pasar de la dosis de veinte centígramos.*

Los accidentes ligeros que se provocan estando el enfermo sentado, se evitan con la mayor facilidad manteniéndolo en decúbito dorsal; así pues no se deberá operar jamás en la primera actitud.

Conviene que el paciente no esté en ayunas; es útil tener café ó ron para darle en el curso de la operación, sobre todo si es pusilánime.

La inyección debe ser hecha en la trama misma del dermis, *inyecciones intra-dérmicas* (no subcutáneas); se evita así la picadura de venas y entrada rápida en la circulación. Las primeras gotas que se lanzan después de la introducción de la aguja anestesian los tegidos que deberá recorrer en seguida. Deslizando la cutis sobre la aguja, una sola picadura puede ser suficiente para anestesiar seis ó más centímetros. La segunda picadura se hará detrás de la extremidad á que alcanzó la primera, es decir, en tegidos ya anestesiados; por tanto no deberá causar ningún dolor;

Las inyecciones son *trazadoras*, ó loque es lo mismo, el bisturí,

deberá cortar exactamente en el campo por ellas marcado. Este precepto lo hemos visto muy á menudo descuidado por otros cirujanos con notable perjuicio para el enfermo.

El ancho de la zona anestésica no pasa de un centímetro. Hé aquí la razón de la absoluta necesidad de seguir el precepto anterior.

La incisión no deberá practicarse antes que hayan transcurrido 4 ó 5 minutos; un poco menos si la solución es al 2 por ciento. Tal es el otro precepto contra el cual se peca también muy á menudo.

La duración de la anestesia se mantiene más ó menos una hora; pero ya al cabo de 20 minutos ha comenzado á disminuir.

La sección de las aponeurosis ó músculos sub-yacentes se hacen siguiendo los mismos preceptos; la inyección es intra-aponeurótica ó en la capa más superficial de los músculos.

La sección de los huesos la practica haciendo inyecciones subperiósticas circulares.

Para practicar la *dilatación anal,* comienza por introducir en el recto un tapón de algodón hidrófilo empapado en la solución del 2 por ciento; al cabo de algunos minutos el esfínter se hace más complaciente y tolera la introducción del índice izquierdo; éste servirá de guía para hacer en el espesor y circunsferencia del esfínter seis inyecciones al 1 por ciento; tiene el cuidado especial de lanzar el líquido al retirar la jeringa; son inyecciones «retrógradas perdidas», es decir, que la sangre de la operación no vierte al exterior una cierta cantidad del líquido inyectado. El espéculum de Trélat termina la operación, sin que el enfermo haya experimentado más dolor que el de las picaduras de que hemos hablado.

Es un maravilloso agente analgésico; los accidentes que se le atribuyen resultan de la ignorancia ó defecto de su empleo. Está llamado á prestar los más útiles y frecuentes servicios en la práctica de la pequeña cirugía, y aún en ciertos casos de grandes intervenciones en que el cloroformo esté contra-indicado y el campo operatorio no sea demasiado vasto.

Cree que favorece de una manera notable la anestesia por el cloroformo. (Esta lección ha sido publicada en extenso en la *Semaine Médicale* del 25 de Enero de 1893.)

HOTEL-DIEU.—El profesor Verneuil llamaba la atención con marcada insistencia sobre las precauciones especiales que debían

tomarse al hacer la extirpación de los ganglios degenerados de la axila, á fin de *evitar la ruptura ó desgarradura de la vena axilar*. Recomendaba no egercer jamás tracciones sobre el ganglio que arrastra consigo la vena y viene á presentarla al bisturí, sino por el contrario hacer la decorticación ó aislamiento *in situ* manteniendo siempre el paralelismo con los vasos, ó en caso de necesidad tirando más bien sobre la vena. Hemos tenido oportunidad dos veces ya de poder apreciar la gran importancia y profunda exactitud de este pequeño detalle de medicina operatoria.

HOSPITAL NECKER.—El profesor Le Dentu aconseja la *castración* en los casos de tuberculosis genital testicular aún cuando existan ya *granulaciones de la próstata ó vesículas seminales* que constituyen para la casi totalidad de los cirujanos una contra indicación operatoria. Tiene observaciones de hace diez años que le permiten ser categórico al respecto; sostiene que sus enfermos han obtenido muy útiles servicios.

La supresión de un foco infeccioso al mismo tiempo que de un foco de inflamación vulgar que apresura talvez el desarrollo de las manifestaciones á distancia, explicarían, á su entender, los beneficios que procura una intervención en tales circunstancias.

HOSPITAL COCHIN.—El Dr. Bouilly llamaba recientemente la atención sobre las diferentes maneras como las *afecciones genitales de la mujer influencian el sistema nervioso.*

Las grandes meno ó metrorragias egercen una acción vulgar y bien conocida. Es sabido que la sangre es el moderador del sistema nervioso. Es la forma menos interesante,

Las afecciones dolorosas, y en especial las lesiones de los anexos al estado crónico, obran á la manera de una espina que irrita y molesta constantemente aquel sistema. Su acción es comparable á cualquiera otra lesión dolorosa de larga duración, neuralgia de repetición, etc.

La forma menos conocida, y á la cual á su juicio no se atribuye todo el gran interés que merece, son los casos de lesiones poco acentuadas, ó más propiamente poco dolorosas, tales como metritis parenquimatosas, retro-desviaciones absolutamente incipientes. Estos hechos los considera de gran importancia práctica, pues obligan á intervenciones que en otras circunstancias no serían justificadas.

Desgraciadamente así expuestas las cosas son demasiado fáciles para que en la práctica se presenten con tal simplicidad. En efecto,

en las neurópatas apenas se ha reconocido una afección genital, se está tentado á atribuir á ella toda la sintomatología y dirigir el tratamiento en consecuencia. Es asunto de tino y observación mantenerse en el justo medio.

CLÍNICA BAUDELOCQUE.—El profesor Pinard se cree autorizado para sostener que la *eclampsia puerperal* debe desaparecer del cuadro nosológico. Desde que se comprueben los primeros síntomas de la auto intoxicación que conduce á aquel resultado tales como cefalea, opresión ó disnea, dolores epigástricos, perturbaciones visuales, etc., etc., *aún cuando no haya albúmina en las orinas, deberá instituirse hasta el fin de la preñez el régimen lácteo absoluto.* Hoy día son bien conocidos los casos de eclampsia sin albuminuria.

Ha tenido ocasión de observar ya en varias albuminúricas focos hemorrágicos placentarios que en ciertos casos llegan á influenciar seriamente la vida del niño. Estos son hechos que comienza á estudiar y que necesitan confirmación.

Se cree autorizado, basándose en las experiencias de Bouchard sobre las auto-intoxicaciones, para afirmar que el fetialismo de las embarazadas puede ser considerado como defecto de la eliminación de alguna toxina todavía no conocida.

París, 16 de Febrero de 1893.

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO.—La naftalina como tenífugo.— El método esclerógeno en las osteo-artritis tuberculosas, por R. D. B.

LA NAFTALINA COMO TENÍFUGO.—Según ciertas observaciones, la naftalina sería el mejor medio para provocar la expulsión de las tenias, tanto por la seguridad de su acción como por la ausencia de todo efecto tóxico.

En los niños se prescribe la fórmula siguiente:

Naftalina.....	0.30 á 0.50 gramos
Aceite de ricino.....	15.00 "
Esencia de bergamota.....	2 gotas

M. S.—Para tomar tomar en una sola dosis en ayunas.

Los adultos toman un gramo de naftalina desde luego, en una cápsula amilácea, é inmediatamente después 30 gramos de aceite de ricino.

Una sola dosis del remedio bastará para la tenia con su cabeza, aún en los casos en que hayan escollado todos los otros tenífugos.

Recordemos á este propósito que el calomelano, asociado al extracto de helecho macho, administrado según el procedimiento aconsejado por Créquy, rara vez falta cuando no es lanzado por los vómitos.

Hé aquí la manera de admimistrarlo:

Rp.

Calomelano.....	0.80 gramos
Extracto etéreo de helecho macho....	8.00 "

M. y D. en 16 obleas, que se darían en la mañana, una tras otras, cada 5 ó 10 minutos.

(*Revue Médicale*, de Lovaina, Junio 31 de 1892).

***

EL MÉTODO ESCLERÓGENO EN LAS OSTEO-ARTRITIS TUBERCULOSAS, —El principio del método consiste en obrar sobre los tejidos sanos periféricos, y en transformarlos desde luego, para obtener en seguida la transformación de los tejidos enfermos, la muerte y la desaparición de los bacilos.

La solución de cloruro de zinc que debe emplearse de preferencia es la solución del 1 por 100, porque la experiencia ha manifestado que con esta solución se obtienen efectos más prontos y más extensos, sin provocar jamás la formación de abscesos ni la gangrena de los tejidos profundos. Sin embargo, cuando sea necesario hacer inyecciones superficiales, valdrá más emplear soluciones al 1 por 15 y al 1 por 20.

La aguja que ha de emplearse debe tener por lo menos de 5 á 6 centímetros de longitud.

Hé aquí las reglas establecidas por el autor mismo del método para la técnica general:

a. Se evitará inyectar cloruro de zinc en las cavidades articulares. Se evitará también depositar el líquido modificador inmediatamente debajo de la piel, recordando que en todas las regiones las sinoviales están separadas de las capas subcutáneas por un plano aponeurótico.

b. Las inyecciones deben hacerse en las regiones de donde proceden los vasos nutricios de las sinoviales, es decir, antes que todo sobre los huesos, sobre la epífisis, al nivel de la reflexión de los fondos de sacos sinoviales. El líquido será depositado al nivel mismo del hueso, ó sobre el periostio, y aún á lo largo de los gruesos tendones que también suministran vasos á las sinoviales.

Los gruesos vasos de los miembros deben ser evitados en cuanto sea posible, como así mismo los troncos nerviosos que los acompañan.

c. Se procurará obtener la transformación total de la sinovial enferma en una sola sesión. Para esto no se hará más que una sola serie de inyecciones, pero con picaduras múltiples. Lannelongue inyecta hasta 30 y 40 gotas al rededor de una sinovial fun-

gosa en un niño de 8 á 12 años. La dosis del medicamento será progresivamente elevada en razón de la edad del sujeto.

Si no se ha obtenido la transformación en una sola sesión, será necesario empezar una nueva serie de inyecciones, pero nunca antes de pasadas tres semanas, porque solo al término de este tiempo puede verse el efecto real obtenido en los tejidos.

d. Antes de empezar las inyecciones se deberá siempre enderezar los miembros y vigilar por conservarles una buena actitud durante el período de reacción.

e. Para ayudar al desengurgitamiento de las partes, convendrá hacer la compresión elástica sobre las articulaciones enfermas pocos días después de las inyecciones, desde que la sensibilidad de la región haya disminuído. Esta compresión está sobre todo indicada cuando hay que tratar un absceso.

f. Cuando haya que intervenir de una manera cualquiera, por el bisturí ó con la cucharilla, se practicarán con anticipación algunas inyecciones esclerógenas para el efecto de limitar bien las partes que haya que quitar, y sobre todo á fin de obrar sobre tejidos transformados y evitar así la absorción de productos tuberculosos y la generalización de la enfermedad.

g. Siendo dolorosas las inyecciones de cloruro de zinc, se empleará el cloroformo en los niños para efectuar las picaduras, y se recurrirá á las inyecciones de muriato de morfina si el dolor persiste al despertar. En el adulto, basta, por lo general, el uso de la morfina.

Tales son las reglas generales establecidas por el mismo Lannelongue.

Para su aplicación especial á las diferentes formas de ósteo-artritis tuberculosas, del cuello del pie, por ejemplo, es necesario dividir éstas en:

Osteo-artritis tuberculosas no abiertas y no supuradas;
No abiertas, pero supuradas;
Y abiertas y supuradas.

Primer grupo

Es en este primer grupo, como se comprende, en donde el método esclerógeno obtiene sus más brillantes resultados. La ambición del médico deberá ser, por consiguiente, llegar lo más pronto posible á un diagnóstico cierto para entablar sin pérdida de tiempo el tratamiento.

Hecho el diagnóstico, se empezará por hacer la antisepsia de la región, absolutamente como si se tratara de efectuar una verdadera operación sangrienta. En seguida, por medio de la palpación hecha con cuidado, se fijarán los límites exactos de las fungosidades; éstas se sitúan comunmente por delante y por detrás de los maléolos, llenan el hueco que existe normalmente entre éstos y el tendón de Aquiles, y muchas vienen á juntarse entre sí por delante, en donde forman una especie de cojín por debajo de los tendones extensores, y hasta sobre los metartasianos, los cuales suelen también estar enfermos. Bien determinados estos límites, se practicará, en una sola sesión, una serie de ocho á diez inyecciones de 3 á 4 gotas de cloruro de zinc cada una. Como lo hemos visto antes, estas inyecciones deberán hacerse profundamente, en los tejidos sanos y sobre todo al nivel de los puntos de donde toman las sinoviales sus vasos nutricios. Para fijar más los espíritus, sin exigir, empero, esta conducta en regla estricta, diremos que se hagan tres picaduras al rededor de cada maléolo, dos en la parte anterior del cuello del pié é igualmente por detrás, una á cada lado del tendón de Aquiles. Al nivel de las partes óseas, será necesario hundir la aguja hasta que se sienta netamente la resistencia del hueso mismo, en seguida se retirará un poco, de manera á depositar las gotas de cloruro de zinc sobre el periostio.

Cuando haya fungosidades sobre la región dorsal del pié, por encima de la cabeza de los metartasianos, será preferible hacer penetrar la aguja por las partes laterales del pié debajo de los tendones. Esta maniobra permitirá circunscribir mejor las fungosidades é ir á dejar el cloruro de zinc debajo de ellas, sobre los metartasianos mismos.

Regla que no deberá olvidarse nunca es la de hacer penetrar siempre la aguja muy oblicuamente y lejos del punto á donde deberá llevar la inyección, á fin de evitar el reflujo del líquido inyectado debajo de la piel y la consiguiente formación de una escara.

Deberán evitarse los vasos y los troncos nerviosos de mayor calibre. Para esto hay que guiarse por los puntos de relación dados por la medicina operatoria, é introducir la aguja hacia adentro ó hacia afuera de las líneas ficticias que trazan el trayecto de los troncos nerviosos y sanguíneos.

Inmediatamente de hechas las inyecciones, se inmovilizará el pié por medio de una gotiera anchamente abierta al nivel de los

maléolos y de la región dorsal, para poder vigilar los fenómenos de reacción que van á sobrevenir, y se terminará por la aplicación de una curación antiséptica. Tres ó cuatro días más tarde, en fin, cuando los fenómenos reaccionales se hayan mitigado un tanto, se hará la compresión por medio de un apósito de algodón mantenido por una ancha venda de diaquilón, con el fin de apresurar la resolución de la hinchazón inflamatoria, la cual en estos momentos engloba las masas fungosas y oculta los surcos situados entre ellas.

Los fenómenos que siguen inmediatamente á toda serie de inyecciones son siempre un dolor, que algunas veces se hace muy intenso, y una hinchazón más ó menos acentuada, acompañada de rubicundez de la piel, que está tensa y luciente, al mismo tiempo que se dibuja en su superficie una red venosa muy marcada, manifestación de la perturbación circulatoria profunda ocasionada por la coagulación de la sangre en los vasos de las partes afectadas. Está aquí también probablemente la causa de algunos pequeños derrames que suelen producirse algunos días después de las inyecciones, y que se tratan igualmente por la compresión.

Estos diferentes fenómenos se acompañan á veces de reacción febril, caracterizada por elevación de un grado á grado y medio de la columna termométrica sobre la altura normal. La fiebre dura dos ótres días en las inyecciones fuertes; pero al fin de este término sobreviene la defervescencia, y todo vuelve á su estado normal.

Aparte de esta ligera reacción febril, que no es constante, la temperatura permanece normal, y el estado general es excelente en todos los enfermos. Estos conservan el apetito y el sueño, y la curva de su peso sigue más ó menos la misma marcha que en el estado de salud perfecta.

Desaparecida la reacción inflamatoria, la palpación deja comprobar una nueva manera de ser de la sinovial, así como de las fungosidades, que difieren enteramente de lo que eran antes de las inyecciones. Se recibe la sensación de una resistencia firme, casi leñosa, que denota la existencia de un verdadero fibroma artificialmente constituído, el cual á su turno entra en regresión y desaparece poco á poco. En esta forma de osteo-artritis del cuello del pié se puede en general suprimir la inmovilización, cuando no hay complicaciones, á las tres ó cuatro semanas de hechas las inyecciones, y seis semanas después los enfermos pueden empezar á andar.

Segundo grupo

Para este grupo, el tratamiento esclerógeno es de lo más sencillo que cabe. Consiste en quitar los productos sobreagregados y degenerados, y en practicar en seguida las inyecciones esclerogénicas como si se tratara de osteo-artritis no supuradas y perfectamente cerradas.

Para el objeto, Lannelongue vacia primero el absceso y lava en seguida su cavidad con agua esterilizada; habiendo abandonado las diferentes disoluciones antisépticas por tener en este caso algunos inconvenientes y no ser de ninguna manera indispensables para el objeto buscado de limpiar simplemente la cavidad del absceso.

Terminado el lavado, se practican las inyecciones de cloruro de zinc al rededor del absceso y de las fungosidades vecinas, exactamente como en el primer grupo.

Tres casos pueden presentarse entonces: o la afección cura como en el caso precedente; ó el absceso vuelve á formarse, pero se puede en seguida obtener su reabsorción por medio de la compresión; ó la supuración queda definitivamente establecida, y la afección llega así al tercer período.

Tercer grupo

En este grupo no bastan las inyecciones de cloruro de zinc solas. Es, sin embargo, necesario empezar por ellas; porque el cloruro de zinc tranformará desde luego los tejidos sanos que rodean las articulaciones enfermas, y también las fungosidades, de tal manera que cuando el cirujano llegue á intervenir, no hay ya peligro de absorción de los productos tuberculosos, ni temor, por consiguiente, de las inyecciones viscerales secundarias que hacen tan temible toda operacion sangrienta en estos casos.

En segundo lugar, la formación de tejido fibroso en la sinovial y bajo el periostio establecerá con toda claridad la demarcación entre las partes sanas y las partes que hay que quitar, y dará así al cirujano la indicación precisa y los límites de las intervenciones.

Éstas se harán después de doce á quince días de practicadas las inyecciones; se procurará que sean lo más económicas posibles, debiendo limitarse el cirujano á quitar estrictamente solo las partes mortificadas. La manera de obrar no puede ser reglada ni some-

tida á una fórmula única, tal como resección, artrectomía, osteo-sinovectomía, etc., sino que debe ser enteramente libre y bajo la sola guía de la facilidad mayor que se tendrá para alcanzar el objeto deseado.

La única contra indicación que se presenta consiste en el caso en que las lesiones tuberculosas hayan ganado casi la totalidad del pié, cuando diferentes segmentos óseos estén enfermos y cariados, y espoliados los tendones y destruídos por una supuración abundante y generalizada. En este caso, no hay que pensar en la idea de la conservación, y ni tampoco. por consiguiente, en la aplicación del método esclerógeno.

Como se ve, es el primer grupo en el que las inyecciones esclerógenas producen sus mejores efectos. Conviene hacer, por consiguiente, el diagnóstico de las osteo-artritis tuberculosas lo más pronto posible, antes que sobrevenga la supuración. Los síntomas de la afección en este primer período son casi siempre los mismos: dolores en la región de cuello del pié ocasionados por la fatiga, y que desaparecen en los primeros tiempos por el simple reposo; más tarde, dolores más tenaces, que hacen difícil la marcha; hinchazón de la región, la cual se muestra deformada por fungosidades más ó menos extendidas al rededor de la articulación tibio-tarsiana. En este período, las extremidades óseas no están dolorosas ó lo están en ligero grado, no hay rastro de supuración, ni en la articulación ni en las partes vecinas.

El doctor Desguins acaba de publicar también, al mismo tiempo que aparecía la tesis que acabamos de extractar del doctor Raymond Poux, un trabajo basado en 13 observaciones, en las cuales los resultados obtenidos por el procedimiento esclerógeno han permitido llegar á las conclusiones siguientes:

1.ª Para los tumores blancos recientes, ningún tratamiento es comparable á las inyecciones periféricas de cloruro de zinc.

La duración del tratamiento es brevísima, pues la curación se obtiene en el espacio de seis semanas.

Y al contrario de lo que sucedía con los tratamientos antiguos, se conservan los movimientos de la articulación.

2.ª En las artrocacias en supuración, el tratamiento esclerógeno extingue el proceso tuberculoso y coloca la articulación en las condiciones más favorables para la intervención quirúrgica.

3.ª Cualquiera que sea la antigüedad de la lesion, las inyecciones

de cloruro de zinc son seguidas generalmente de una disminución rápida y considerable de los dolores.

4.ª La articulación que ha sido curada por el cloruro de zinc no queda más expuesta que otra articulación cualquiera á volver á hacerse tuberculosa.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, Diciembre 25 de 1893).

REVISTA CLÍNICA

Clínica Ginecológica del Dr. Körner

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DEL CARMEN, DEL HOSPITAL DE SAN BORJA, DURANTE EL MES DE MARZO

Existencia anterior	38
Entradas	21
Total	59
Altas	23
Fallecidas	..
Existencia el 1.º de Abril	36
Total	59

OPERACIONES

1.ª Colporrafia anterior y posterior, perineorrafia y amputación del cuello y extirpación de tres pólipos mucosos implantados en el labio anterior por prolapsus del útero con hipertrofia del cuello. No tuvo ninguna novedad en su curación; la temperatura mayor fué de 39°5; los puntos de sutura se sacaron á los 10 días; estaba la herida completamente cicatrizada. Se le dió de alta á los 20 días después de operada.

2.ª Extirpación de un pólipo fibroso que hacía procidencia por el orificio externo del cuello en una mujer negra. El tumor tenía las dimensiones casi de una cabeza de feto de término; hubo que extraerlo por trozos, tanto por las dimensiones del tumor como por lo estrecho de la vagina. Era una mujer nulipora; hubo que hacer dos inciciones postero-laterales de la vagina para dar mayor campo operatorio, las que se suturaron inmediatamente después; el tumor estaba implantado en el fondo y cara anterior de la cavidad uterina. Después de extirpado el tumor se rellenó la cavidad con gaza yodoformada. La enferma no tuvo hemorragia ni temperatura alta; está perfectamente; pronto se le dará de alta.

3.ª Histerectomía vaginal por tumor maligno del cuello. No tenemos nada que hacer notar en esta enferma; saldrá de alta en pocos días más.

4.ª Cauterización y raspaje del cuello del útero por tumor maligno de dicho órgano; no se hizo la histerectomía por estar infiltrados los ligamentos anchos. La enferma se encuentra más aliviada de su enfermedad.

5.ª Extirpación de un pólipo mucoso del cuello implantado en el labio anterior del tamaño de una nuez. Se dió de alta á la enferma al quinto día después de operada.

6.ª Raspaje de la mucosa del útero por endrometritis. La enferma está bien; se le dará de alta después de haberle hecho algunas inyecciones intra-uterinas de una solución de ácido fénico al 5 por 100 con la jeringa de Braun.

7.ª Extirpación de una infiltración gonorreica al rededor de la uretra anterior. La enferma está bien.

8.ª Laparotomía por quiste del ovario. Vamos á dar la relación detallada de esta enferma, como lo haremos en adelante en todos los casos enque se efectúe esta clase de operación.

Mercedes R., de 45 años, viuda, melliza, ha tenido una sola hija hace 23 años,

Tuvo su primera regla á los 14 años de edad; la ha tenido de un modo regular, sin dolores; le duraba cuatro á cinco días, hasta los 42 años, época en que se le suspendió para no reaparecer más.

Su padre murió de pulmonía y su madre de un aborto.

Ha tenido cinco hermanos, dos mujeres, una de ellas fué operada por laparotomía por el doctor Körner hace tres años más ó menos por un quiste del ovario, la que curó y hasta el presente ha gozado de buena salud.

La enferma es melliza.

La salud anterior de la enferma ha sido regular, habiendo padecido de algunas enfermedades sin importancia. Hace tres años años, fecha de la suspensión de su regla, ha que sufre de dolores al vientre, malestar, sensación de peso al estómago y aumento lento del vientre; desde cuatro meses este aumento se ha hecho rápido hasta adquirir las proporciones actuales, que son las siguientes:

Circunferencia mayor al nivel del ombligo.....	114	centimetros
Circunferencia al nivel de las espinas ilíacas anteriores y superiores	113	"
Distancia del pubis al ombligo.....	33	"
Distancia del ombligo al apéndisis xifoides	27	"
Distancia del pubis al apéndisis xifoides.....	60	"

Examen vaginal: se pudo constatar que el cuello estaba un poco descendido en el lado izquierdo; el tumor hacía prominencia; en el mismo sitio se notó una fluctuación bastante neta; el cuerpo del útero estaba desviado á la derecha, libre del tumor; el ovario no se podía constatar por el gran desarrollo del vientre. Con estos antecedentes se diagnosticó un quiste del ovario izquierdo y se dejó la enferma para ser operada próximamente.

La operación se llevó á efecto el día 20 de Marzo.

El estado de la enferma inmediatamente antes de la operación, después de haberla sometido á todos los cuidados de preparación propios á esta esta clase de operación, es bueno; la temperatura es de 36°8, pulso 100, respiraciones 32.

El manual operatorio no lo describimos por no tener nada de particular. La duración de la operación fué de 20 minutos; se extrajo un quiste multicular que contenía 17 litros de líquido; no tenía ninguna adherencia; era, como se había diagnosticado, del ovario izquierdo; después de ligar el pedículo, se le abandonó en la cavidad abdominal y se pusieron las suturas necesarias para cerrar la incisión; se puso una curación antiséptica.

Después de la operación, el pulso era de 76 por minuto, respiraciones 34, temperatura 35°9.

Primer día.—Á las 11½ A. M. se le puso una inyección de morfina porque la enferma se quejaba de un poco de dolor al vientre.

Á las 3½ la temperatura era 36°7, pulso 100, respiraciones 36.

Á las 4 P. M. se le extrajo la orina, más ó menos 800 gramos.

Á las 10 P. M. temperatura 36°3. Se extrajo nuevamente la orina; salió poca cantidad.

Á las 11 P. M se le puso otra iyección de morfina, la que la hizo dormir toda la noche. En el día solo ha tomado agua albuminosa y trocitos de hielo.

Segundo día.—La enferma ha amanecido bien.

Á las 8 A. M. temperatura 36°6, pulso 100, respiraciones 46.

Á las 9 se le dió un poco de té con leche.

Á las 3 P. M. temperatura 37°8. Se le ha dado dos veces caldo.

Á las 5 P. M. la enferma se siente bien. Temperatura 37°4, pulso 100, respiraciones 24. El vientre está un poco meteorizado; se prescribió una cucharada de magnesia fluída. La orina se le ha extraído tres veces, más ó menos 500 gramos cada vez.

Tercer día.—La enferma durmió bien sin morfina.

Á las 12 A. M. temperatura 37°.

Á las 8 A. M. temperatura 37°, pulso 90, respiraciones 28.

El meteorismo abdominal ha pasado; ha expelido gases intestinales.

Á las 3 P. M. temperatura 37°4, pulso 90, respiraciones 24. La enferma sigue bien; se le ha dado caldo dos veces.

Los días siguientes la enferma ha pasado muy bien. La temperatura ha fluctuado entre 37° y 37°5. Se ha ido aumentando el alimento lentamente. El cuarto día se le dió un purgante de aceite el que le hizo mover tres veces el vientre.

Décimo día.—Se levantó el apósito: no había supuración; se sacaron los puntos de sutura; la herida estaba cicatrizada en toda su extensión; se puso una nueva curación y solo se espera pasen unos días más para darle el alta.

ZEGERS P.,
Ayudante de la Clínica.

Abril de 1893.

CRÓNICA

SUMARIO.—La viruela; recrudecencia; medidas para combatirla; para enterrar los muertos.—Correspondencias europeas; los doctores Sierra y Moore.—El cólera en el Viejo Mundo.—Estaciones sanitarias de Punta Arenas y Santa María; los doctores Molinare y Pérez.—Una simple comparación.—Provisión de la clase de farmacia.—Las conferencias de la Sociedad Médica.—Provisión de la clase de fisiología.—Suplencia de la clase de patología general.—Profesor extraordinario de dermatología y sifilografía.—La Facultad de Medicina; su nuevo rumbo.—Profesiones libres.

La viruela ha recrudecido entre nosotros, durante los últimos meses, de una manera por demás inusitada y terrible.

En estos días los dos lazaretos de Santiago han encerrado cerca de cuatrocientos variolosos!

Agréguese á este número los que probablemente existen á domicilio y se tendrá una cifra de focos de infectantes tan enorme como aterradora.

Sin embargo, es de admirarse el estoicismo de nuestros buenos compatriotas.

En frente de un enemigo tan horrible y destructor, apénas si se preocupan de ordenar al Instituto de Vacuna que prepare 2,000 placas en vez de las 1,000 que se comisionan ordinariamente cada mes.

¡Pobre de nuestro pobre pueblo!

¡Felices de nuestros sabios poderes que piensan agotar el gérmen de la viruela y de toda clase de contagios convirus vacuno y con virus literario y dejan que las tres cuartas partes de sus gobernados, en los campos, y sobre todo en las ciudades, vivan peor

que las bestias, en habitaciones inmundas y en lodazales pestíferos!

¿Se les ha pasado siquiera por la imaginación cambiar el sistema de desagües de Santiago y demás ciudades que lo tienen pésimo?

¿Han pensado en nivelar las calles y veredas, secar los pantanos, construir baños públicos, intervenir en las construcciones de edificios, sobre todo aquellos destinados á la gente menesterosa, que en todo tiempo es el pasto de las epidemias?

Así, pues, sin hacer nada ó casi nada por mejorar la condición higiénica de los ciudadanos, no es raro que se arraiguen en nuestro país toda clase de pestes y enfermedades.

Olvidábamos decir que como gran medida para combatir la actual epidemia, que nos dejará más bajas que una guerra, el Congreso ha votado la suma de 80,000 pesos para subvenir á los gastos que originen los lazaretos.

Con esto habrá siquiera para enterrar los muertos.

***

Los lectores de la *Revista* habrán podido notar con agrado la publicación de las interesantes correspondencias europeas de los doctores Moore y Sierra insertas en varios números de este periódico.

Agradecemos sinceramente los sacrificios que hacen estos caballeros por servir los intereses y darle más importancia á nuestra publicación.

Talvez nos expresamos mal al decir *nuestra*, porque al fin y al cabo, les pertenece tanto á ellos como á nosotros, aunque se encuentren en países lejanos.

De cualquiera manera que sea, sus trabajos manifiestan muy á las claras contracción y estudio en sus tareas científicas, atención para sus colegas de por acá y cariño por las instituciones de la patria.

¡Cuán hermoso sería si los muchos jóvenes inteligentes que se encuentran, como ellos, perfeccionando su carrera en las Universidades europeas imitaran su conducta!

***

Las últimas noticias llegadas del Viejo Mundo nos anuncian que se abrigan en aquellos países fundados temores sobre una nueva invasión del cólera.

Ahora los lugares amenazados serían los que fueron exceptuados en la epidemia que acaba de pasar, es decir, las naciones latinas.

No podría ser sino muy sensible una nueva plaga cuando tantas y tan terribles han azotado y azotan á casi todas las comarcas conocidas.

Ojalá que estos temores no pasen de simples alarmas.

***

Hánse dado por terminadas ya las comisiones que se dieron en los postreros meses del año pasado á los doctores Luis Molinare y Federico Pérez para atender las Estaciones sanitarias de Punta Arenas y Santa María, respectivamente.

Con satisfacción decimos que estos dos colegas han desempeñado su cometido con todo celo.

Sobre la indicación del doctor Molinare para establecer una estación sanitaria permanente en el Estrecho de Magallanes, convendría que el Gobierno tomara desde luego una medida atinada y formal.

Si el sistema de cuarentenas y desinfección es la única valla que podemos oponer á la invasión de las epidemias extranjeras, es prudente y razonable tratar de perfeccionarlo y tenerlo siempre listo para cualquiera eventualidad.

La experiencia nos ha mostrado infinitas veces que para evitar la propagación de las enfermedades, como para otras cosas, las medidas improvisadas no producen resultado alguno ó los llegan á producir muy mediocres.

Es el principio aplicado sistemáticamente el que triunfa siempre.

***

Durante el mes de Abril se han presentado en París, ciudad de más de dos millones y medio de habitantes, como lo sabe todo el

mundo, 56 casos de fiebre tifoidea, de los cuales han fallecido 22.

Con este motivo la población con sus autoridades y todo se ha alarmado de tal manera que inmediatamente se ordenaron las más rigorosas medidas para ahogar la enfermedad é impedir su propagación.

En Santiago de Chile, ciudad de menos de 250,000 habitantes, ha habido por ese mismo tiempo, y en un solo día, cerca de 400 variolosos, con un número proporcional de defunciones.

Con tal motivo apenas se han dejado oír unas cuantas voces filantrópicas que se han apagado un instante después.

En seguida, todo ha quedado tranquilo, con excepción de los lazaretos y cementerios.

Hé aquí dos pueblos bien diversos que tienen caractéres también muy distintos.

Está probado que no hemos de imitar á los extranjeros sino en el que tienen de malo.

***

El doctor don Juan B. Miranda, que durante largos meses desempeñó la clase de Farmacia de la Escuela de Medicina en el carácter de interino, ha obtenido últimamente el puesto en propiedad.

La competencia del doctor Miranda en el ramo que enseña es reconocida por todos aquellos que se han ocupado de esta clase de estudios.

Esperamos que en su nuevo puesto, como lo ha hecho en otra esfera, el doctor Miranda contribuya eficazmente á levantar todavía más alto el nivel de la carrera farmacéutica.

***

Muy pronto se dará principio á las conferencias que acostumbra celebrar semanalmente la Sociedad Médica.

Sólo por los inconvenientes que produjo el incendio del edificio

que ocupaba esta institución y los arreglos que ha sido indispensable hacer no se han iniciado con mayor anticipación estas importantes reuniones.

Esperamos que este año den los buenos resultados que se han obtenido con ellas en los años anteriores.

***

El doctor Adeodato García, que tan satisfactorios estudios de química médica y fisiológica ha practicado en Europa, acaba de tomar á su cargo la asignatura de Fisiología experimental de nuestra Escuela Médica.

Aunque todavía esta clase no cuenta con los elementos necesarios para la perfecta enseñanza, es de esperar que el doctor García supla, siquiera en parte, con su buena voluntad y sus conocimientos algunas de las faltas de la mencionada clase.

***

El doctor Francisco A. Alcaíno suplirá en estos meses, en el ramo de Patología general, al doctor Puelma Tupper, que actualmente se encuentra con licencia.

***

El doctor Luis Froemel ha rendido las pruebas necesarias para obtener el título de profesor extraordinario de Drematología y Sifilografía.

En pocos días más abrirá su curso en el Consultorio que tiene á su cargo en el Hospital de San Vicente de Paul.

***

Hay entre algunos miembros de la Facultad de Medicina el pensamiento de trabajar en el sentido de convertir este cuerpo,

¿hasta cuándo se hacen efectivas las leyes que prohiben el ejercicio ilegal de la profesión?

¿Esperaremos que cunda todavía más esta verdadera plaga?

¿Hemos de mirar todavía con calma que una pandilla de charlatanes sin conciencia exploten ó victimen á los pobres ignorantes que caen en sus garras?

Llamamos formalmente la atención de nuestras autoridades sobre estas graves cuestiones.

D. B.

Año XXI Mayo y Junio de 1893 Núms. 5 y 6

EDITORIAL

Ordenanza sobre salubridad de conventillos, fábricas y establecimientos análogos

Al fin se ha presentado á la Ilustre Municipalidad de Santiago un proyecto de ordenanza sobre salubridad de conventillos, fábricas, talleres y establecimientos análogos.

El cual, si no llena, ni medianamente, todas las exigencias que sobre la materia podríamos formular como indispensables, satisface siquiera en parte una necesidad que era ya impostergable, inicia una obra que hasta hoy había sido mirada con la mas desdeñosa indiferencia y trae á la arena de la discusión una cuestión que todo el mundo olvidaba ó desconocía, é importa por eso un gran paso adelantado en el camino del mejoramiento de nuestras instituciones administrativas desde el punto de vista sanitario.

No entraremos á discutir con los autores del proyecto hasta dónde puede ó debe llegar la acción del Estado en esta materia. Les recordaremos solamente que hemos visto en Inglaterra, en el país clásico de la libertad civil y del respeto á la propiedad privada, que en el mismo Lóndres dos propietarios se querellaron contra sus vecinos, contra el uno por haber rellenado su propia casa con basuras para levantar su nivel, y contra el otro por haber levantado un edificio poco sólido que podía inspirar temor á los vecinos de desplomarse sobre ellos; y que ambos querellantes fueron atendidos en sus reclamos, obligando la autoridad judicial á los demandados á reparar las obras denunciadas como peligrosas para la salud y la vida de terceros.

Estos ejemplos bastan para probar que en naciones tan adelantadas en el camino de la civilización y tan celosas de sus derechos y libertades civiles como Inglaterra, no se entiende que el dominio de la propiedad privada sea tan absoluto que no admita limitaciones en beneficio común, ni tan soberano que pueda quien lo ejerce convertir su propiedad en amenaza constante contra la vida de los transeuntes y vecinos sin que autoridad alguna tenga facultad para impedírselo.

Ni podría ser de otra manera; porque sin tales limitaciones y restricciones sería materialmente imposible el mantenimiento de la sociedad.

Creemos, pues, nosotros que la autoridad administrativa tiene facultad y está en el deber de imponer condiciones al uso de la propiedad privada para asegurar la salubridad pública y protejer la vida de los ciudadanos contra la ignorancia ó la desidia de los propietarios. Y no conocemos precepto alguno de nuestra lejislacion positiva que obste al ejercicio de tal facultad, ni al cumplimiento de tan primordial deber; sino que, al contrario, conocemos mas de un precepto que, si no impone una y otra cosa como una obligación ineludible para determinadas autoridades, se las recomienda al menos como unas de sus atenciones preferentes.

Pero el proyecto de ordenanza de los señores Lecaros y Salas resulta deficiente, aún apreciándolo dentro del estrecho círculo de ideas en que sus autores se han inspirado.

Nada estatuye, en efecto, con relación á la calidad de los techos, ni á la altura mínima de las habitaciones, ni á la proporción que habrá de guardarse entre la altura de los edificios y el ancho de los patios y pasadizos; materias de no menor importancia que la calidad de los pisos y las condiciones de los desagües, y de su misma índole y naturaleza, y en las cuales se cometen talvez actualmente mayores abusos que en estas últimas. Conventillos conocemos cuyas habitaciones no tienen otra techumbre que una delgada lámina de hierro galvanizado. Ya se comprende cuáles serán los cambios estremos de temperatura bajo semejante cubierta. Pues, agréguese á eso el que muchas de esas habitaciones no tienen mas de dos y medio á tres metros de altura, ninguna ventana y una sola puerta. En realidad de verdad que tales habitaciones apénas si estarian buenas para establos. ¡Y pensar que en ellas se amontonan familias de tres y cuatro, y hasta de cinco y de seis individuos!

De desear seria, pues, que la Ilustre Municipalidad, al discutir el proyecto de ordenanza de que nos ocupamos, le hiciera las correcciones y agregaciones, por lo menos, que dejamos insinuadas, ó que ántes de discutirlo, tomara el arbitrio de enviarlo al seno de una comisión compuesta de los facultativos é ingenieros con que cuenta en su seno, para que lo estudiara con detenimiento y lo corrigiera y completara.

Pero así y todo, creemos que los señores Lecaros y Salas son dignos de nuestros más calurosos aplausos, y se los enviamos desde estas páginas con la íntima convicción de que su obra será fecunda en grandes bienes para el saneamiento de nuestra ciudad, no obstante sus deficiencias é imperfecciones.

R. DÁVILA BOZA.

COLABORACIÓN

La epidemia de viruelas y el Consejo de Higiene Pública

Con motivo del mensaje presentado por el Ejecutivo al Congreso, pidiendo se le concediera la suma de ochenta mil pesos para la construcción y sostenimiento de lazaretos y pago de trabajos hechos en el hospital del Salvador y lazareto de San José de Santiago, se suscitó el día 20 de Mayo, en el Senado, una discusión digna de ser considerada.

El Ministro del Interior, señor Montt, contestando una pregunta del honorable senador señor Matta, respecto á si los fondos solicitados serían puestos en manos de la Junta de Beneficencia, ó si alguna intervención tendría en ellos el Consejo de Higiene Pública, dijo que el Consejo no tenía ingerencia directa en los lazaretos, que nada tenía que ver con inversión de fondos y que para el caso presente de la epidemia de viruelas el Consejo se ocuparía de la instalación de los desinfectorios encargados á Europa, dictaminando acerca de los puntos y condiciones en que debían colocarse.

Prosiguiendo el curso del debate, el señor Ministro del Interior, refiriéndose al personal á cuyo cargo deben estar los vacunatorios, declaró que un concurrente de la Junta de Vacuna había expresado que más garantías podía prestar un examinador que, por razón de

su oficio, debe conocer el manejo del fluído y los detalles de la operación, que un médico, que de ordinario no sabe vacunar.

Las palabras del señor Ministro del Interior no han podido menos que producir gran desaliento en aquellos que hasta ahora habían creído que la acción del Consejo de Higiene Pública encontraría en todo tiempo apoyo decidido en las alturas gubernativas y que ni por un instante se trataría de menoscabar la autoridad de que por ministerio de la ley está revestido.

El señor Ministro del Interior, al dar á conocer la opinión de un miembro de la Junta, en la forma en que lo ha expresado, se ha hecho solidario de aquella extraña opinión.

El señor Montt ha sido miembro de la Junta de Beneficencia y administrador de hospital, y es por eso que sus declaraciones llevan al espíritu una zozobra justificada. Un Ministro de Estado de los antecedentes del señor Montt no puede, sin tener motivos poderosos que le autoricen, declarar á la faz del Senado de la República que más garantías puede prestar un examinador *que conoce el fluído y los detalles de la operación, que un médico, que de ordinario no sabe vacunar.*

Las Juntas de Beneficencia no han demostrado ser siempre las más aptas para ocuparse en la tarea de combatir las enfermedades epidémicas, y ni podrían serlo, dado los reglamentos de su propia constitución orgánica.

Los Consejos provinciales de higiene no van á tomar, en la actual epidemia de viruelas, otra parte, ateniéndonos á la palabra ministerial, que lo referente á la instalación de los desinfectorios encargados á Europa.

Hé aquí toda la gravedad de la cuestión.

La salubridad pública en todo lo relacionado con la viruela en manos de la Junta de Beneficencia! Más valiera derogar la ley que creó el Consejo Superior de Higiene!

El señor Ministro expresó también en la sesión del Senado de que nos ocupamos, que el servicio de vacuna era insuficiente y que tomaría las medidas necesarias para mejorarlo. Ahora bien: ¿cómo habrá de mejorar el señor Ministro ese servicio después de haber declarado, oyendo á un miembro de la Junta, que los médicos de ordinario no saben vacunar?....

Decididamente, el espíritu se apena al inclinarse á recoger cargos tan severos y tan injustos.

El desconsuelo producido por la palabra ministerial en el Senado, por muy grande que sea, no debe, sin embargo, desesperarnos. El Consejo de Higiene Pública está formado por hombres ilustrados y de carácter y que en ningún caso permitirán que las atribuciones y derechos que la ley ha conferido al Consejo, sean jamás avasallados. En ellos queda depositada nuestra confianza.

CONRADO RÍOS V.

El Basiotribo de Tarnier

Desde 1829, época en que Baudelocque inventó su Cefalotribo, instrumento con que satisface una de las grandes dificultades de la obstetricia, causada por algunas estrecheces pelvianas entónces invencibles, hasta 1883, en que Tarnier presentó su Basiotribo, instrumento que no ha sido superado por ninguno para vencer aquellas dificultades, el arte obstétrico pasó por un período que pudiera llamarse de estagnación ó de inercia con relación al desarrollo que la ciencia quirúrgica adquiría durante el mismo tiempo en todas sus otras aplicaciones.

El joven autor, dejándose llevar de su entusiasmo por el instrumento de Tarnier y poco conocedor de otra literatura que no fuera la francesa, se ha olvidado aquí del cranioclasto de Simpson, instrumento de gran importancia que Braun ha modificado con grandes ventajas, etc.—*A. M.*

Se puede decir que durante aquellos 55 años, por lo que respecta más principalmente á la Francia, los especialistas se dedicaron á tratar de mejorar el instrumento de Baudelocque, alargando ó acortando sus ramas, dándoles mayor ó menor curvatura, labrándole la cara interna de las cucharas para presentar asperezas con que hacer más completa y enérgica la presión, disminuyendo su peso, y en fin, tratando de modificar de cualquier manera el cefalotribo, á fin de vencer la gravísima dificultad de ese instrumento, consistente en que la cabeza queda siempre movible entre sus ramas, sin que desgraciadamente alcanzaran á conseguirlo.

El mismo Tarnier en 1877, trató de mejorar el cefalotribo; pero ni las mejoras introducidas por él ni por las de los profesores Trélat, Blot, Bailly y Charrière, consiguieron hacer el procedimiento de un éxito seguro; porque siempre con las diferentes formas del

mismo instrumento, había necesidad de un ayudante para la inmovilidad de la cabeza del feto; ayudante en cuyas manos estaba el éxito de la operación, y nunca en las del operador, ni en la bondad del instrumento.

Estas dificultades fueron por fin vencidas por el profesor Tarnier con el instrumento que en 1883 presentó á la Academia de Medicina de París con el nombre de «Basiotribo»; instrumento que, como hemos dicho antes, no ha sido hasta ahora superado y sí ha merecido especiales recomendaciones de los eminentes profesores Pinard, Bonnaire, Charpentier y Bar que lo presentó al Congreso Médico de Copenhague en 1884, este último de especialistas extranjeros como los profesores Simpson, Müller, Lauro, Pugliati, Truzzi y muchos otros que han escrito largas y concienzudas memorias sobre su aplicación, y que á pesar de señalarle algunos inconvenientes, concluyen unánimemente con reconocer la superioridad del «Basiotribo» sobre todos los instrumentos de esta especie.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El Basiotribo es un instrumento que se compone de tres ramas de desigual longitud y de un tornillo de presión.

Su longitud total es de 41 centímetros y su peso de 1,200 gramos. Articulado y cerrado, su ancho es de cuatro centímetros; aunque midiéndolo de adelante hacia atrás, cerca de la extremidad de las cucharas, su parte más ancha es de 4½ centímetros.

Cerrado el instrumento, las tres ramas ocupan el mismo plano, una central más corta, que lleva un perforador cuadrangular en su extremo de introducción, y dos laterales á imitación de las ramas de un forceps, pero de desigual longitud, que se articulan entre sí y con la rama central, como más adelante lo describiremos.

Consta, pues, el instrumento de un perforador ó rama central de dos cucharas de presión, llamadas izquierda y derecha, y de un tornillo que efectua el mecanismo de presión de estas ramas.

El perforador, más corto que las otras ramas, tiene más ó menos en la mitad de su longitud un botón ó eje que sirve para articular la rama izquierda en el curso de la operación, y en el mango dos pequeños orificios destinados á recibir un pequeño gancho de la rama izquierda que sirve para su fijación.

La rama izquierda tiene en su extremidad una cuchara análoga á la del forceps; más ó menos en el centro, una escotadura que sirve para su articulación con el eje del perforador, y un boton ó eje, semejante al que hay en la rama media, para articular la rama derecha en el mango del gancho á que hemos hecho alusión con el cual se fija en la rama media, y por último, en la cara superior del mango, un botón que sirve para articular el tornillo de presión.

La rama derecha es análoga á la izquierda, pero 2½ centímetros más larga, y lleva en la extremidad del mango una rama por la cual se hace pasar el tornillo de presión en el desarrollo de la operación.

El tornillo de presión tiene una longitud de 20 centímetros. En una de sus extremidades lleva un orificio que sirve para fijarlo en el eje del mango de la rama izquierda.

MANUAL OPERATORIO

Preparada convenientemente la enferma, es decir, desinfectados préviamente los órganos genitales internos y externos, cloroformada y colocada en posición obstétrica, un ayudante, por medio de una presión abdominal, fija la cabeza del feto. Conseguido esto, el operador toma con su mano derecha la rama media del instrumento, y guiándola con la mano izquierda, lo introduce por la vajina, hasta tocar la cabeza ó la cara del feto, teniendo presente en este caso las consideraciones de que más adelante nos ocuparemos para elegir el lugar de la perforación.

Elegido el lugar de la perforación, se procede á ésta dando al perforador un movimiento de rotación con el fin de que el instrumento no penetre bruscamente en la cavidad craneana y pueda llegar á fijarse con precisión en la base del cráneo.

Llevada á feliz término esta primera parte de la operación, otro ayudante sostendrá la rama media á fin de que quede fija é inmóvil miéntras el operador continúa con su trabajo.

Viene en seguida la introducción de la rama izquierda, análoga á la introducción de las ramas de un forceps, para lo cual el operador introduce toda la mano derecha, ó dos ó más dedos según la necesidad, hasta tocar con la extremidad de éstos la cabeza fetal. Luego después, con la mano izquierda, se introduce la rama izquierda del instrumento deslizándola sobre la cara palmar de

los dedos de la mano derecha, que guían la cuchara hasta su colocación.

Fijada la cuchara en la cabeza del feto, se procede á articular las dos ramas por medio de un esfuerzo regular de presión constante que no desvíe en lo menor la colocación dada á la cuchara de la rama izquierda; una vez conseguido esto se procede á la trituración del cráneo. Para esto basta siempre, casi siempre, la presión de las manos verificada sobre la extremidad de las ramas, hasta conseguir la aproximación necesaria á fin de fijarlas en su extremo con el gancho que la rama izquierda lleva en la extremidad de su mango; pero, si ello no fuese posible, habría que servirse del tornillo de presión, con el cual se conseguiría un movimiento quizás más suave y uniforme efectuado sobre el mismo plano, lo cual alejaría el no siempre constante peligro de que la cuchara de la rama izquierda pueda deslizarse sobre la cabeza del feto.

Fijas las dos ramas, el operador toma con la mano derecha la tercera rama del instrumento, la cual es guiada en su introducción por la mano izquierda, hasta colocar la cuchara de esta rama en la situación conveniente que es fijada por la colocación que tengan las otras dos ramas del instrumento, con el fin de poder efectuar la articulación de esta rama conveniente y rápidamente.

Articuladas las tres ramas, se coloca nuevamente el tornillo de presión fijándolo en el eje del mango de la rama izquierda, y haciéndolo pasar por la ranura del mango de la rama derecha, y se procede á la aproximación de las ramas, que daría por resultado la trituración del cráneo y en especial la de su base.

Terminada la trituración, bastará de ordinario algunos movimientos de tracción para extraer el producto de la concepción.

Suele suceder en algunas ocasiones que se hace necesario una segunda trituración, cuando la cabeza no ha sido reducida sino en uno de los diámetros. Para efectuarlo habrá que desarticular las ramas laterales y extraerlas sucesivamente, pero sin cambiar de lugar el perforador, volviendo á introducirlas (las ramas) como en el procedimiento anterior, tratando de que el plano en que se ha de verificar esta nueva trituración del cráneo sea distinto del de la trituración anterior.

Esta doble laminación no ha tenido que ser practicada en la Maternidad de Santiago, ni en la clientela privada del profesor Murillo, en cuyo campo hemos hecho nuestras observaciones, porque una sola aplicación del basiotribo ha sido siempre bastante para terminar los partos distintos en que ha sido empleado.

La mujer chilena goza en lo general de una excelente conformación, siendo escasísimos los casos en que la pelvis tenga una estrechez considerable, lo que de ordinario hace innecesaria la operación de la *Basiotripsia*.

Hemos dicho más arriba, al tratar de describir el principio de la operación de la perforación craneal, que debe ser objeto muy principal de estudio y de examen la elección del punto en que será perforado la cabeza del feto.

En los autores que he consultado, y en la clínica del profesor Murillo que he seguido, he encontrado á este respecto recomendados como puntos de perforación los siguientes, para los casos que se señalan:

Cuando el feto se presenta de frente, es preferible introducir el perforador en el ojo más accesible al operador ó en el hueso frontal.

Cuando se presenta de cara, se puede hacer otro tanto que en la de frente, ó igualmente practicar la perforación en la bóveda palatina. La perforación por la bóveda palatina es el camino más fácil y expedito en la generalidad de los casos.

En las presentaciones de vértice se puede perforar la sutura sagital; pero como en estos casos suele suceder que la cabeza del feto se presenta un poco oblicua, es preferible entonces perforar el pariedal más accesible al operador.

De las observaciones aludidas, se ha llegado al convencimiento de que el Basiotribo de Tarnier es el instrumento más completo y fácil de manejar de cuantos se usan hasta el presente.

El profesor Truzzi, de Italia, lo aprecia de esta manera: «Mi juicio es por demás favorable sobre el Basiotribo de Tarnier.

«Es un instrumento de un manejo fácil y seguro. Una vez hecha la perforación con la rama media, la articulación con la rama izquierda es fácil, y más fácil aun la de la rama derecha por la reducción experimentada de la mitad izquierda de la cabeza. El mecanismo de reducción es simple y poderoso, y la destrucción de la base del cráneo es segura. La altura diferente de las extremidades de las cucharas facilita la reducción, ó produce, más bien, una especie de laminación de la base que está obligada á fracturarse ó por lo ménos á colocarse oblícuamente.

«Cuando la cabeza es tomada según el diámetro OF, las numerosas experiencias hechas, demuestran que se produce una fractura conminuta del cuerpo del esfenoides; y cuando es tomada en el sentido de los diámetros oblicuos se produce una fractura lineal del peñasco.

«Otra importante ventaja es la siguiente: todos están acordes en reconocer la dificultad que hay en obtener con el cefalotribo un buen punto de apoyo sobre puntos opuestos de la cabeza para evitar el deslizamiento. La rama media del Basiotribo constituye un punto de apoyo fijo que obliga á las cucharas de las ramas laterales á colocarse en puntos diametralmente opuestos, y que hace imposible durante la prehensión, el deslizamiento de la esfera cefálica adelante ó atrás de las cucharas. Por más fuertes que sean las tracciones jamás el instrumento abandona su presa».

Todo lo anterior, expuesto por Truzzi, lo había comprobado J. Pinard en sus numerosas experiencias en los presentes y en el cadáver.

Este profesor sostiene que cualesquiera que sean las posiciones; de cara ó de vértice, la trituración del cráneo y su base es fácil y segura. Y llevando más adelante sus estudios acerca de la diferencia de acción ejercida sobre la cabeza, según que el occipucio esté colocado á la derecha ó izquierda de la pelvis, afirma que en las occipito ilíacas izquierdas, la primera trituración produce una ligera extension de la cabeza, y tiene lugar lo contrario en las occipito-ilíacas derechas. En las mento-ilíacas izquierdas se produce una ligera flexión y aumenta la extensión en las mento-iliacas derechas.

Estos ligeros movimientos de flexión y extensión son producidos exclusivamente por la acción del instrumento.

La porción de la cabeza comprendida entre el perforador y la pequeña rama, tiende á escaparse desde que se trata de producir la aproximación de dichas ramas; pero esta huida no se verifica, pues la cabeza es pronto detenida por la extremidad curva de la rama izquierda, y en ciertos casos por la presencia de la oliva del perforador, que toma un punto de apoyo en la periferie del orificio de perforación del cráneo.

Conviene dejar constancia de que tanto los movimientos de flexion y extensión ejecutados por la cabeza en las distintas posiciones, como el movimiento de escape al ejercer la compresión,

tienen una importancia secundaria en el éxito final de la operación.

INDICACIONES DE LA BASIOTRIPSIA

1.° La Basiotripsia está indicada en las estrecheces pelvianas hasta 70 milímetros, cuando el niño está muerto, cualquiera que sea la causa. Y hago esta salvedad, de que el niño esté muerto por ser hoy preferible, cuando el niño está vivo, la operacion de Sigault—la sinfisiotomía—que en manos de Morisani de Nápoles ha dado los resultados más brillantes que se puede desear, como lo demuestra este dato: de 12 sinfisiotomías—12 niños y 12 madres salvadas (Anales de Ginecología y obstetricia franceses—Conferencia de Morisani en la clínica obstétrica de la Universidad de Nápoles).

2.° De 70 milímetros á 50, cuando la operación cesárea no es reclamada por la madre.

3.° Cuando por una estrechez de la pelvis superior á 4½ centímetros después de un largo trabajo de parto, la cabeza del feto no avanza en la hilera genital, y han fallado todos los otros medios, puede procederse á la *Basiotripsia.*

Pronóstico.—Los resultados dados por la Basiotripsia hasta el presente no pueden ser más satisfactorios, como lo manifiestan las estadísticas de los especialistas.

Desde 1884, el profesor Pinard ha practicado 38 basiotripsias y con 33 éxitos y sólo 5 casos fatales, debidos éstos según el operador á las malísimas condiciones en que se encontraban algunas de las enfermas antes de la operación.

Marta de Venecia ha practicado últimamente 5 basiotripsias y obtenido cuatro éxitos y un caso fatal.

Budin ha practicado igual número de operaciones con igual resultado, siendo el caso fatal causado por contusiones del bajo fondo de la vegiga.

Pugliati ha tenido un caso único con éxito completo.

Maygrier, que ha operado en el Hospital de Tenon 3 veces, 10 en el de la Piedad y una vez en su práctica privada, ha tenido en los 14 casos sólo 4 desgraciados; pero ninguno de ellos debido á la operación sino á otras afecciones concomitantes sobrevenidas en estas circunstancias. A saber: un caso de tísis pulmonar; 2 casos de septicemia, infectada antes de entrar al Hospital, y uno de ago-

tamiento de la enferma por el largo trabajo de cinco días de parto, complicado, además, con regidez anatómica del cuello del útero.

Auvard, ha tenido 15 casos de los cuales uno solo ha sido fatal.

Ribemont, que después de Pinard ha sido el que ha practicado más veces la operación, de 17 casos tenidos en los Hospitales de Tenon y Beaujan y cuatro en su práctica privada, ha alcanzado 18 éxitos y sólo 3 casos fatales; los cuales, según el operador, no pueden cargarse á la cuenta de la Basiotripsia, puesuna de las enfermas murió de endocarditis y embolia pulmonar, y en la autopsia se encontraron los órganos genitales intactos; otra murió por infección, habiendo entrado al Hospital con un feto putrefacto, después de tres días de tentativas sucesivas de forceps en la calle; y por último, la tercera murió por ruptura del útero, causada por una tentativa desgraciada de craneotomía, practicada antes de su entrada al Hospital,

Bar y Bauylly, de 28 basiotripsias, han tenido 23 casos felices y 5 fatales.

Y por último, el profesor Murillo, ha practicado 4 basiotripsias, 3 en la Maternidad y una en su clientela privada *alcanzando en todas ellas el mas favorable resultado.*

Tenemos, pues, que segun esta estadística de 131 casos en que se ha practicado la Basiotripsia, solo 20 casos han sido de fatales resultados, debiendo tomarse en consideracion que 7 de estos casos fueron originados por causas extrañas á la operación.

Pero, sin descartar estos casos, y ateniéndonos á las cifras apuntadas, tendríamos que la Basiotripsia nos dá un pronóstico de un 75% de casos favorables; lo que importa con la prueba irrefutable de los números la incontrovertible ventaja de esta operación sobre las anteriores y las que actualmente pretenden rivalizar con ella.

CONCLUSIONES

De todo lo dicho deducimos, aunque que con ello repitamos afirmaciones anteriores, las siguientes conclusiones:

1.º La cualidad principal é incontestable del Basiotribo, la que constituye su superioridad absoluta sobre el cefalotribo y demás instrumentos de esta clase, es su poder de fijar la cabeza é impedir que huya á la acción destructora del instrumento.

2.º El poder de prehensión del instrumento, que una vez hecha la laminación del cráneo y su base, jamás abandona la cabeza por más bruscas que sean las tracciones.

3.º La completa garantía de inmunidad de los órganos maternos, que en la operación no corren peligro de contusiones y lesiones, de cualquiera especie, tan frecuentes anteriormente con los otros instrumentos.

4.º La seguridad absoluta que hay de obtener una trituración completa, del cráneo y su base que permita extraerlo á un por pelvis con estrechez hasta de 5 centímetros.

5.º Y último. El pronóstico tan favorable para la madre, que ha quedado demostrado con las estadísticas citadas.

OBSERVACIONES

(MATERNIDAD, clínica del profesor Murillo.)

Encarnación Córdoba, de 32 años de edad, regularmente menstruada desde la edad de 13 años. No recuerda la época de su última regla; tampoco recuerda haber sufrido ninguna enfermedad en su niñez.—Entró á la Maternidad el 13 de Julio á las 9½ A. M.

Ha tenido dos partos anteriores. El primero se verificó espontaneamente despues de 12 dias de trabajo. El feto era masculino, nació muerto, segun dice la enferma, pues el parto tuvo lugar en su casa, era bastante desarrollado y no se le notaba ninguna lesión.

En su segundo parto, que tuvo lugar el 15 de Julio del año pasado, se vino á la Maternidad al segundo día de trabajo. El doctor Murillo, después de una tentativa de forceps sin éxito, se vió obligado á practicar una craneotomía. El feto era femenino y de 3,500 gramos de peso. Estuvo 15 días en la Casa de Maternidad

En el tercer embarazo no ha sentido nada de particular. Vinieron las primeras contracciones el 12 á las 10½ de la noche y continuaron toda la noche con mucha frecuencia y energía. A las 6 A. M. del 13 se rompió el amnios, estando la dilatación completa. Las contracciones continuaron después que se rompió la bolsa de las aguas, más frecuentes y enérgicas. Como viera la matrona que la asistía, que la cabeza no se encajaba en la excavacion, á pesar de lo enérgico de las contracciones la envió á la Maternidad. Exami-

nada á la llegada, se vió que se trataba de una presentación de vértice en posición o. i. i. t.

La cabeza se encontraba en el estrecho superior; el cuello estaba completamente dilatado. El doctor Murillo creyó prudente, dados los antecedentes de la enferma, esperar cuatro horas.

Examinada seis horas después se vió que la situación del feto no había variado nada desde el reconocimiento que se había practicado en la mañana. Se procedió, entónces, á aplicar el forceps que se deslizó, sin éxito. Se aplicó por segunda vez y con igual resultado. El doctor Murillo, dada la estrechez que había en la pelvis de la enferma del diámetro conjugado no mayor de 65 milímetros, y que el feto estaba muerto, aplicó el basiotribo de Tarnier.

Al efecto, se introdujo el perforador por el parietal izquierdo, casi al nivel de la sutura parietal, como á dos centímetros de la fontanela mayor. Cuando se vió que se tocaba la base del cráneo se la fijó y confió á un ayudante. En seguida se colocó la rama pequeña ó izquierda y después de articularla con el perforador se hizo una primera reducción de la cabeza, apretando el mango del perforador y el de la rama. Después se colocó la rama derecha ó grande y articulada con el perforador y la otra rama; se hizo una nueva reducción de la cabeza por medio del tornillo de presión, viéndose, á medida que se hacía la reducción, la salida de la masa cerebral en gran cantidad. Completada la reducción se hicieron tracciones con el basiotribo, y después de algunos esfuerzos, se verificó la salida del feto.

El feto era masculino, pesaba 4,000 gramos y las lesiones que produjo en la cabeza el basiotribo fueron las siguientes: El perforador rompió el parietal izquierdo cerca de la sutura parietal y como á dos centímetros de la fontanela anterior. La cuchara de la rama pequeña se aplicó sobre el occipital, y como resultado de la compresión del perforador y de esta rama, se obtuvo la destrucción del occipital hasta la base del cráneo y la parte posterior de los parietales.

La cuchara de la segunda rama ó grande fué colocada en la cara, sobre el mentón, laringe, el ala izquierda de la nariz, el ojo izquierdo, y como resultado de la compresión de esta rama, se produjo fractura del maxilar inferior, base del cráneo, maxilar superior, coronal y la parte anterior de los parietales.

Los dias 14 y 15 la enferma siguió muy bien, tuvo 64 pulsaciones y el estado general fué satisfactorio.

El 16 á las 8 A. M. la temperatura era de 39° 8 y 106 pulsaciones por minuto.

Se le administró fenacetina con sulfato de quinina 3 veces al día; lavado intra-uterino.

El 17 á la misma hora la temperatura era de 38°.—Se siguió el mismo tratamiento.

La temperatura osciló entre 37° 5 y 38° 5 hasta el 23 en que bajó á la normal. Desde ese día la enferma entró en convalescencia y salió perfectamente sana el 3 de agosto.

OBSERVACIÓN 2.ª

(MATERNIDAD, Clínica del profesor Murillo.)

El primero de Julio entró Juana Gamboa á ocupar la cama número 51. Esta mujer es casada, de 40 años de edad, y ha tenido dos partos anteriores. Estos partos han sido largos, muy largos, viniendo el segundo en presentación pelviana.

Cuando entró al servicio tenía más de 40 horas de trabajo, y se le operó á las 46 horas.

Existe una estrechez del diámetro conjugado verdadero, y su mensuración dió 7½ centímetros. El promontorio es muy saliente y se percibe con gran facilidad al exámen.

El feto se presentó de vértice. o.i.d.t., variedad frontal. La frente fué la primera que se presentó, de tal modo que al principio se creyó en una verdadera presentación de cara.

Esta mujer ha recibido alguna asistencia en la calle, y se presentó con un enorme meteorismo abdominal.

Los líquidos que fluyen del útero durante el reconocimiento y la operación son en extremo fétidos y exigen grandes lavados antisépticos.

Una aplicación de forceps reiterada con esfuerzos de tres personas seguidas manifiesta la imposibilidad del parto; el feto estaba muerto.

Se aplicó en seguida el Basiotribo de Tarnier, pero la rama perforadora es mal sostenida por el ayudante y aún la cabeza del feto se escapa al salir de la vulva; con un gancho obtuso se le engarza y se le extrae con gran facilidad. La cabeza sale bien reducida.

El feto era masculino y pesaba 3,500 gramos. A los 15 minutos fué expedida la placenta, é inmediatamente se hizo un gran lavado caliente intra-uterino con sublimado al 1 por 2000; se practicó una inyección hipodérmica de ergotina y además se hizo un gran lavado intestinal.

En los dos días siguientes se le dió píldoras de quinina con ergotina:

Rp. Ergotina..... 0.10 centigramos
Sulfato de quinina..... 0.10 "

para una píldora.

No tuvo fiebre y salió de alta el día 10.

OBSERVACIÓN 3.ª

(MATERNIDAD, clínica del profesor Murillo.)

Brijida Castro, de 40 años de edad, entró al servicio de la Maternidad el 20 de Abril del presente año. Al examen no se descubre antecedente mórbido de ninguna especie; las menstruaciones han sido regulares desde la edad de 14 años. Ha tenido cuatro embarazos, el primero á los 28 años de edad, terminando por un aborto á los 5 meses, provocado, según la enferma, por la excesiva fuerza que desplegaba en el trabajo diario á que la sometían sus obligaciones de lavandera.

El segundo embarazo fué dos años después; llegado el término de la gestación, el parto no pudo terminarse por sí solo, hubo necesidad de aplicar el forceps, y de esta manera pudo terminarse el parto con grandes dificultades. El niño nació muerto.

El tercer embarazo tuvo lugar á los cuatro años siguientes; fué en todo semejante al anterior, hubo necesidad del forceps, y también el niño nació muerto.

El cuarto embarazo, que es el que constituye esta observación, vino seis años después del tercero.

El 20 de Abril, cuando la enferma llegó al servicio, sentía dolores de parto, é inmediatamente se le examinó y se pudo constatar que todavía la dilación del cuello no era completa.

A las 11 P. M., del mismo día, principió el período de expulsión, durando éste toda la noche hasta el día siguiente á las 9 en

que se le examinó nuevamente. Después del examen de la enferma se vió la imposibilidad que había para obtener un parto normal, impedida por la excesiva estrechez del diámetro conjugado verdadero.

Se procedió entonces á aplicar el forceps, previa una minuciosa desinfección de la vagina y órganos genitales externos.

La aplicación del instrumento no ofreció gran dificultad; la segunda rama fué la que demoró un poco más.

Una vez tomado el niño y cerciorado el operador de que sólo tenía la cabeza entre las ramas de su instrumento, se principió á hacer las tracciones, siguiendo, como es la regla, el eje de la excavación. Estas demoraron, con intervalos de descanso, como $\frac{3}{4}$ de hora, cambiándose las personas para desarrollar más fuerza.

Todo fué inútil.

Antes de la aplicación, se hizo auscultar á la enferma por seis ó más personas; todos estuvieron acordes en la falta absoluta de latidos, lo que hacía más que probable la muerte del feto en el claustro materno.

Viendo la inutilidad de la aplicación del forceps, se pensó en aplicar el Basiotribo de Tarnier, para cuyo efecto se esperó la llegada del profesor.

Antes de proceder á la operación, el doctor Murillo hizo un nuevo examen y constató la presentación del feto en o. i. i. t., modalidad frontal, y también se hizo auscultación y desinfección minuciosa.

El manual operatorio de esta observación omito describirlo por ser enteramente igual al ya descrito anteriormente. Solamente haré notar que el perforador fué introducido al nivel del bregma y las otras ramas fueron colocadas en las regiones parietales.

Una vez hecha la reducción de la cabeza bastaron unas ligeras tracciones para terminar el parto.

Duración de la operación, 5 minutos.

A los diez minutos de terminada la operación se verificó el alumbramiento, siendo expulsadas las membranas totalmente. En seguida se practicó un lavado intra-uterino caliente con sublimado al 1 por 2000. También se le puso dos inyecciones hipodérmicas de la solución de Dusart de cornesuelo de centeno, y por último se hizo un lavado intestinal.

El estado de la madre después de terminada la operación era del todo satisfactorio.

Día 22.

La temperatura fué normal, se notó solamente un ligero timpanismo abdominal. Por lo demás el estado general no dejó nada que desear.

Se le administró un purgante de aceite de ricino (30 gramos).

Días 23, 24, 25, 26 y 27.

Temperatura normal. El timpanismo abdominal desapareció por completo y el estado general de la enferma fué bueno. El 28 se levantó por primera vez.

El 1.º de Mayo la enferma fué dada de alta completamente sana.

Para completar esta observación practiqué una mensuración de los diámetros de la pelvis de la enferma, como también medí su estatura y los diámetros de la cabeza del feto reducida, dándome el resultado siguiente:

Estatura	1 m. 38 cents.				
Altura de la sínfisis pubiana		4½	"		
Diámetro de Baudebreque	18	cents.—	Normal	20	cents.
Conjugado mayor	7½	"	"	12	"
Bi-trocanterino	28	"	"	32	"
Bi-espinoso	23	"	"	24	"
Bi-iliaco	25	"	"	28	"
Sub-sacro pubico	11	"			

Diámetros de la cabeza del niño reducida.

Oxipito frontal	6½	cents.—	Normal	11½	cents.
Bi-parietal	7	"	"	9½	"
Bi-temporal	7	"	"	8½	"
Sub-mento máximo	8	"	"	11	"
Sub-oxipito bregmático	4½	"	"	9½	"
Sub-mento bregmático	8½	"	"	9½	"
Bi-malar	7½	"	"	6½	"

OBSERVACIÓN 4.ª

(Clínica privada del profesor Murillo).

N. N., primípara, de 22 años de edad, extranjera (francesa), de parto desde algunas horas.

El Dr. N. aplicó el forceps dos veces en un mismo día sin resultado. En la noche, el doctor Murillo fué llamado, y después de nuevas aplicaciones de forceps y enérgicas tracciones, se decidió por la embriotomía.

Después de haber pasado ya día y medio de trabajo, se hizo la Basiotripsia, con la que se pudo extraer fácilmente el niño.

Examinada la parturienta después del parto, se constató una estrechez de 7 centímetros y la pelvis era de la variedad de pelvis plana.

Se practicó una desinfección minuciosa y la enferma pudo levantarse de la cama, sana, á los diez días subsiguientes.

Esta observación no está más detallada por haberse ejecutado la operación en la clientela privada del profesor Murillo, conservando este señor sólo unas cuantas líneas como recuerdo.

A. FIGUEROA M.

Santiago, Octubre 2 de 1892.

NOTA.—Este trabajo ha sufrido ligeras correcciones del profesor Murillo.

La cloralosa

NUEVO HIPNÓTICO Y ANESTÉSICO

El sabio director de la *Revue Scientifique*, Charles Richet, publica en el número 6 de este periódico, sus interesantes experimentos sobre la cloralosa (le chloralose); sustancia que se obtiene mezclando partes iguales de cloral anhidro y glucosa y manteniendo esta mezcla durante una hora, en vaso cerrado, á la temperatura de ebullición del cloral. Es necesario distinguir este cuerpo de otro que tambien se forma en esta operación, que es insoluble, y al cual los señores Richet y Hanriot han dado el nombre de paracloralosa.

La cloralosa es muy soluble en el agua hirviendo y cristaliza perfectamente. Administrada á los perros se ve que es poco tóxica, pues se necesita dar cerca de 0.60 centigramos por kilogramo de peso para producir la muerte; no sucede lo mismo con los gatos y las aves que se muestran excesivamente sensibles, pues bastan dosis de 1 á 3 centígramos por kilogramo para obtener efectos tóxicos. El medicamento se puede dar al interior por la boca ó en inyecciones. Richet para sus experiencias lo inyecta en las venas y dice que al principio el animal se pasea como extraviado, poco á poco sus miembros se entorpecen, no puede avanzar y tropieza con los objetos como si estuviera borracho, después cae para no levantarse porque dominado por invencible sueño se duerme profundamente.

Dos efectos muy interesantes diferencian á este nuevo hipnótico de todos sus antecesores y son: 1.° aumento, mas bien que disminución, del poder reflejo de la médula; y 2.°, como consecuencia directa de ésto: que la presión arterial no está abatida aunque el animal se encuentre completamente anestesiado. Lo contrario que sucede con el clorol, cloroformo, éter, etc.

Richet explica este fenómeno diciendo que la cloralosa es el *veneno psíquico* por exelencia; que llegado á la sangre, sea cual fuere su camino obra de una manera electiva sobre la sustancia nerviosa del cerebro exclusivamente, no accionando en absoluto sobre la médula espinal y ménos la oblongada. Por este motivo los fenómenos que se producen en el animal cloralosado son idénticos á los que en él sobrevendrían si el cerebro le fuera quitado. Esta cualidad lo hace precioso para las experiencias de fisiología experimental y el autor cree que de aquí en adelante debe ser usado en vez del cloroformo, curare, etc.,....

Richet y Hanriot han ensayado en el hombre esta sustancia, principiando por ellos mismos, comprobando su acción hipnótica de una manera clara y precisa. Todos los médicos que han tenido oportunidad de usarlo han encontrado que la cloralosa es un magnífico hipnótico.

Media hora ó tres cuartos de hora después de la ingestión de 30 centigramos de cloralosa sobreviene una somnolencia extrema y si se está en la cama llega el sueño casi repentinamente, siendo profundo y prolongándose durante muchas horas. Al despertar se siente el paciente perfectamente bien; ninguna sensación de malestar, nada de las náuseas que hacen tan insoportable el uso de la morfina, nada de cefalaljia; en una palabra, se sale de un sueño que tiene idéntica semejanza con el sueño natural.

Es necesario advertir que como se trata de un medicamento psíquico su actividad es muy variable con respecto á las personas; y así se ha notado que los niños, sobre todo los histéricos, son muy sensibles á la cloralosa, de tal manera que hay que dar dósis menores.

Por su acción exclusiva sobre la corteza cerebral y la que ejerce sobre la presión sanguínea elevándola, está indicado en los insomnios de todas clases y en las enfermedades del corazón que se acompañan de angustia y falta de sueño.

Las dósis eficaces varían entre 15 y 50 centigramos; en casos excepcionales se puede llegar hasta 60 y aun 75 centigramos. La mejor manera de administrarlo, dice Richet, es tomarse una cápsula amilácea con 20 centigramos, al acostarse; si á la media hora no ha sobrevenido el sueño, diez centígramos más, y si esto no bastara, una nueva cápsula con otros diez centigramos, al fin de otra media hora, traerá con seguridad el reposo que se busca.

Por su parte Charles Feré ha presentado á la *Société de Biologie*

los resultados que ha obtenido con la *cloralosa* en el tratamiento de la epilepsia, corea é histeria. De su comunicación extractamos lo principal que viene á confirmar las esperanzas de Richet y Hanriot respecto á sus propiedades y á modificar considerablemente las dósis á que puede ser administrada.

Feré dice que la tolerancia para la cloralosa es mucho más considerable que lo que se había creído al principio y que él, á pesar de que Richet y Hanriot habían fijado la dósis media en 40 centigramos ha podido aumentarlas en coreicos y epilépticos hasta llegar á 2 gramos 25 centigramos; siendo muchas veces la dosis inicial de un gramo.

Aun esta dosis inicial no ha producido resultados en un epiléptico atacado de exitación maníaca y en cambio en una histérica produjo un sueño de doce horas, dejando al despertar un poco de torpeza intelectual, pero nada de dolor de cabeza ni perturbaciones gástricas.

Cualquiera que haya sido la dosis el apetito ha permanecido intacto, aun después de muchas semanas de tratamiento.

En una histérica que tomaba 2 gramos 25 centigramos se produjo un sueño muy profundo, acompañado de incontinencia de orina, síntoma que indicaría una suspensión de la actividad uretral.

Ch. Feré termina diciendo: que el sueño prolongado es con la sobre alimentación el agente curativo más indiscutible cuando se trata de las perturbaciones llamadas funcionales del sistema nervioso y en particular de la histeria, la neurastenia y el corea. Por consiguiente un medicamento como la *cloralosa* que á la ventaja de procurar un sueño casi fisiológico agrega que no produce alteraciones gástricas y permite, en consecuencia, continuar con todos los cuidados higiénicos, merece una atención especial y no olvidar nunca las ventajas que puede reportar su uso en el tratamiento de las neurosis funcionales.

Dosis: 1 á 2 gramos parece que pueden ser toleradas por el adulto de una manera contínua.

Como se ve, el Dr. Ch. Feré, distinguido especialista en afecciones nerviosas, ha venido á confirmar las experiencias de los señores Richet y Hanriot.

DR. LUIS MOLINARE.

Tratamiento de la asfixia de los recien nacidos por el procedimiento de la lengua

POR EL DOCTOR PÉRONNE, DE SEDAN

(Traduccion de M. G. B.)

El niño nace muchas veces en estado de muerte aparente. Esto se vé, sobre todo, en los partos prolongados ó complicados de maniobras operatorias. También se ha podido notar con cierta frecuencia, este mismo estado de muerte aparente del feto, en los partos simples, normales, naturales y rápidos, en los cuales, todo parecia anunciar, hasta el último momento, una terminación feliz. A nuestro juicio, en los casos de ausencia de toda distocia materna ó fetal, es, sobre todo, en los partos de marcha rápida *con contracciones casi interrumpidas*, cuando este fenómeno se produce; y nos hemos preguntado si él no dependería de una especie de *asfixia placentaria* provocada por la energía y por la continuidad de las contracciones. Es, sobre todo, hácia el fin del parto, cuando el útero se encuentra en un verdadero estado tetánico que esta influencia parece ejercerse. Hay un hecho, en los partos de esta clase: cuando se secciona el cordón. no sale, de ordinario, sino muy pequeña cantidad de sangre. Cualquiera que sea la explicación, el hecho existe, y no hay práctico que no haya observado más de una. En todo caso, merece ser indicado, para salvar la responsabilidad del partero, de los juicios equívocos que puede hacer la familia, acusándole de no haber intervenido á tiempo, sea por medio de una aplicación de forceps, sea de otra manera, para salvar la vida del niño.

El punto delicado de la cuestión, consiste en estos casos, en que no hay nada que haga prever tal terminación, ni indicación al-

guna que autorice una intervención operatoria cualquiera. En efecto, en las últimas contracciones, es casi imposible confiarse á los resultados de la auscultación fetal, desde que el útero está, por decirlo así, mas comprometido en estos casos que en aquellos en los que se ha intervenido, porque la familia supone que la longitud de trabajo ó la intervención ha contribuído á la muerte del recién nacido.

Ignoramos si la estadística ha establecido la proporción de los niños que, por una causa cualquiera, nacen en estado de muerte aparente; sin embargo, esta proporción debe ser bastante grande para la importancia que tiene bajo el punto de vista del interés público.

Los mejores medios empleados hasta el presente, tales como la insuflación laríngea, el procedimiento de Sylvester, por la elevación de los brazos y la compresión alternada del tórax, exigen cierta habilidad, perseverancia y sangre fría. Si se trata de un partero experimentado, puede suceder que al mismo tiempo que el niño reclama sus cuidados, los exija imperiosamente el estado de la madre, y que, entónces, le sea imposible obrar con prontitud. Si se trata de una matrona ó de un partero novicio, puede suceder que dichos procedimientos sean mal empleados ó sean demasiado ligero desechados.

Se sabe ménos de lo que se debiera, que en los niños pasa lo mismo que en los ahogados, en los cuales *solo al cabo de un tiempo muy largo*, tres cuartos de horas, una hora ó mas, de estado de muerte aparente, dan al fin el primer signo de vida. Es, pues, de mucha importancia no desanimarse. Por otra parte, si la duración en reanimar el niño es demasiado larga, corre éste riesgos: enfriarse y adquirir una pulmonía.

El ideal consistiría, entónces, en poner un medio fácil, accesible á todo el mundo y dotado de rápida y eficaz acción,

Creemos que el problema está próximo á ser resuelto gracias á los trabajos, comunicados por el doctor Laborde, hace seis meses á la Academia de Medicina, relativos á la asfixia de los ahogados.

Nadie ignora que uno de los medios empleados en los casos de asfixia por el cloroformo, consiste en la tracción de la lengua; de suponer es que el doctor Laborde en el curso de sus estudios, le haya venido la idea de aplicar el mismo procedimiento en los ahogados. Se sabe el éxito que ha obtenido, y se explica fácilmente. Cuando se examina un enfermo al laringoscopio, y se le

recomienda tirar fuertemente la lengua tomada con un pañuelo, para colocar el espejo laríngeo en el fondo de la faringe, se vé la epiglotis seguir el movimiento de la lengua, levantarse y dejar al descubierto la glotis. La presión y la temperatura del aire exterior pueden entónces obrar en mejores condiciones, sea directamente, sea provocando fenómenos reflejos, que en caso de asfixia, pueden dar por resultado, el restablecimiento del juego respiratorio.

Sin duda, tal es lo que sucede con los ahogados, y como luego se vá á ver con los recién nacidos.

Desde que nuestra atención fué atraída en esta vía de hechos, nos hemos preguntado si á la costumbre popular de colocar la cabeza á los ahogados, obedecian los casos de éxito, á la simple acción de la pesantes, impulsando la lengua hácia adelante y abajo.

Hemos tenido la oportunidad de emplear con éxito, el procedimiento de colgar por los piés, en un caso de asfixia clorofómica, sobrevenido durante la aplicacion del aparato Verneuil en el tratamiento de la coxalgía en una niña de quince años.

Algunos parteros han recomendado el mismo procedimiento, y nosotros lo hemos aplicado con felicidad, en los casos de recién nacidos, asfixiados en el curso de una presentación de pelvis.

Se han dado otras razones para explicar el mecanismo de acción de esta postura en tales casos; pero nosotros nos preguntamos, si no se trata aquí, simplemente, del arrastramiento de la lengua y por consiguiente de la epiglotis, hácia adelante y abajo, por efecto mismo de la pesantez.

Cualquiera que sea el valor de esta interpretación, que no es quizá exacta, ni rigurosamente fisiológica, lo que hay de cierto es que el procedimiento empleado con tanto éxito por el doctor Laborde, en el tratamiento de la asfixia de los ahogados, puede encontrar su empleo en otras formas de asfixias. El señor Laborde ha citado casos, de asfixias por gases deletéreos, en los que se han obtenido felices resultados. Tambien cita el caso de un veterinario que pudo volver á la vida á un ternero nacido en estado de muerte aparente, y agrega, que los parteros podían sacar mucho provecho en su procedimiento.

En efecto, tres ó cuatro dias despues de la primera comunicación del señor Laborde á la Academia de Medicina, relativa á la asfixia de los ahogados, tuvimos la ocasión de asistir una parturienta, multípara, bien conformada y á término. El niño se presentaba en primera posición de vértice. El trabajo marchaba con

toda regularidad, pero rápidamente. Casi no existía intervalo entre las contracciones. La auscultaciones revelaba un estado perfecto del corazón fetal hasta diez minutos ántes del fin. En esos momentos las contracciones eran tan enérgicas y aproximadas, que no había medio de darse cuenta exacta del estado del feto. El niño nació con ligereza, muy bien constituido, sin ninguna circular, y *no dando ningún signo de vida.*

La idea nos vino de emplear el procedimiento que el doctor Laborde acababa de aplicar en los ahogados. Tomamos la lengua con unas pinzas, préviamente pasadas por el agua fenicada, y al cabo de algunas tracciones moderadas y rítmicas, el niño dejó escapar *una especie de hipo,* á consecuencia del cual los músculos respiratorios parecieron entrar en juego. Pero no había grito y la respiración, debilitada á menudo, parecía querer detenerse por completo.

Cogimos nuevamente la lengua, y así, varias veces, haciendo las mismas tracciones, y notamos que cada vez se reanimaba la respiración. Considerando el caso como muy grave recurrimos á los otros medios en uso, tales como: fricciones sobre los miembros, presiones sobre el tórax combinadas con la elevación de los brazos, baños calientes, etc. Solamente, al cabo de media hora el niño dió un verdadero grito, y la respiración se estableció con regularidad. El caso nos parece demostrativo. Este caso tenía un interés especial para nosotros. Dos años ántes, habíamos prestado nuestra asistencia á la misma persona, que, entónces, era secundípara, en un parto, presentado en condiciones *absolutamente idénticas:* parto sensillo, en primera posicion, normal, rápido, caracterizado por *contracciones casi interrumpidas.* Nació un niño, admirablemente bien constituído, sin circulares y en *estado de muerte aparente.* Apesar de haber empleado los medios en uso, insuflación laríngea procedimiento Sylvester etc., no pudimos volverlo á la vida.

En años anteriores, tuvimos iguales dificultades, en varias personas, en casos muy semejantes: la posición del niño era la misma; el parto normal y rápido, sin ninguna distocia materna ó fetal; pero sí, las *mismas contracciones uterinas mui aproximadas.* El niño estaba vivo hasta diez minutos ántes de la expulsión completa, comprobado por la auscultación fetal. Nacimiento á término, buena constitución, sin circulares, y *muerte aparente.* Uno de esos casos, tuvo terminación fatal apesar de todos nuestros esfuerzos para reanimarle; el otro, nuestro propio hijo, *no dió* el

primer signo de vida sino al cabo de tres cuartos de horas. Siete días depués murió á consecuencia de una congestión pulmonar aguda, habiéndose, notado, siempre en él un estado disneico, sin que la auscultación hecha con la mayor proligidad revelase algo de anormal en el corazón.

Si recordamos estos hechos, lo hacemos con el fin de demostrar que, el estado de muerte aparente del niño puede presentarse en los partos normales y muy rápidos. También, lo hacemos, con el objeto de hacer ver que los procedimientos antiguos destinados á combatir la asfixia aunque sean aplicados con todo método, fracasan á menudo, ó dán resultados mui tardíos y precarios.

Nosotros hemos tomado la resolución de emplear el procedimiento de Laborde *ántes de cualquier otro.* Ultimamente, lo hemos aplicado después de un parto mui laborioso con aplicación de forceps en el estrecho superior, á causa de una estrechez de la pelvis, y en otro parto natural, pero muy prolongado por numerosas circulares del cordón. En esos dos casos, el recién nacído no presentaba *ningún signo de vida.* Después de algunas tracciones de la lengua, obtuvimos el *mismo hipo,* y poco después, la respiración se estableció normalmente. Es necesario agregar que en estos casos, despues de la primera manifestación del cordón, recurrimos á los baños calientes, fricciones, etc, hasta que hubo desaparecido todo peligro.

Se trataba aquí de verdaderas muertes aparentes y no de aquellos casos tan frecuentes en la práctica, que bastan algunas fricciones ó palmadas para provocar el primer grito.

Poco despues hemos tenido otro caso, en el cual los resultados han sido muy rápidos.

En una primípara de 34 años, presentación de vértice, posición o. i. d. p., el parto fué mui largo, y terminó con una aplicación de forceps bastante laboriosa. Inmediatamente, ántes de la aplicación de forceps, los ruídos del corazon fetal fueron percibidos con toda claridad y regularidad. El niño nació completamente cianótico; ni gritaba, ni respiraba. Al cabo de algunas tracciones de la lengua, el niño *tuvo el hipo* y la respiración se estableció. El cordón no se había cortado. *No hubo necesidad de recurrir á ningún otro medio.*

Aunque estos hechos son poco numerosos, creemos que deben llamar la atención de los parteros y principalmente de las ma-

tronas, pues, ellas, son las que asisten la mayor parte de los partos.

Su importancia *práctica* es incontestable, tanto por la rapidez de acción, cuanto por ser sumamente sencillo y al alcance de todo el mundo.

M. G. B.

Mayo 12 de 1893

Consideraciones clínicas acerca de la enfermedad llamada Mixedema

Cuéntase por decenas ya los casos de mixedema tratados por la administración interna ó subcutánea del extracto ó del jugo del cuerpo tiroide, con éxito siempre más ó menos favorable. Los últimos casos publicados vienen en el *British Medical Journal* del 8 y del 15 de Abril recién pasado, y como ellos resúmen muy bien el estado actual de la ciencia sobre esta materia, creemos conveniente resumirlos á nuestra vez en cortas palabras.

I. S. L., de 44 años, hace remontar el principio de su enfermedad á un parto de 14 años atrás, y se pone en manos del doctor John P. Henry en la primavera de 1892. Desde aquella época empezaron á hinchárseles la cara y los miembros y á ponérsele entorpecido el pensamiento. Seis años más tarde tuvo un serio ataque de vómitos, con gran postración: un día estuvo casi inconsciente. Desde entonces los síntomas han ido agravándose poco á poco y la enferma ha permanecido imposibilitada para toda clase de trabajo.

En el momento de presentarse al doctor Henry tenía la cara hinchada y perdidas las líneas de la expresión del rostro; los párpados, los labios y las alas de la nariz se presentaban ensanchados y engrosados; la piel estaba seca, casposa y anémica, con una brillante mancha roja sobre la eminencia molar; faltaba la perspiración cutánea; el pelo era muy escaso y seco, y las manos tenían la forma de azadas. Había hinchazones sobre ambas clavículas; el cuerpo tiroideo parecía estar atrofiado, y había un poco de dolor á su nivel. Aparecían muy perezosos el pensamiento, la voluntad y la acción. La enferma no había podido salir de casa en tres ó

cuatro años, habiéndose caído antes varias veces en la calle. La memoria se había debilitado y cada día parecía peor. El lenguaje era lento y sin tono. La enferma se quejaba de gusto y olfato desagradables. La más alta temperatura observada antes del principio del tratamiento fué de 96.6° F (35°9 C) y varias veces el mercurio no subió de la cubeta del termómetro, siendo entonces la temperatura á lo más de 94° F (34°4 C.) Había constipación tenaz. Había habido epistasis abundantes á las edades de 21, 31 y 41 años, y de nuevo varias veces como un año atrás. La menstruación empezó á los 19 años; se paró durante el año 1888; ocurrió dos veces al año siguiente y una vez en Junio del 91. La orina subía de 1,200 gramos por día; era ácida, turbia, con indicios de albúmina; nada de azúcar, y de 1.020 de densidad. La enferma tenía dos hijos vivos; su hija y su hermana se quejaban siempre de frío; su padre había muerto de una afección al hígado (de cirrosis, probablemente); y su madre y una hermana de tisis.

El tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de extracto tiroideo fué empezado el 14 de Mayo. Se hicieron dos inyecciones cada semana hasta principios de Agosto, con una sola interrupción de dos semanas en Julio, de 30 gotas en cada inyección. Desde el 3 de Agosto hasta Octubre se hizo uua sola inyección por semana.

La mejoría empezó á notarse desde mediados de Junio, y ha ido acentuándose más y más día á día, salvo lijeros inconvenientes ocasionados por las inyecciones una que otra vez. La desaparición del edema de la cara ha rejuvenecido de tal manera á la enferma que uno de sus hijos no la conoció al cabo de pocos meses.

Posteriormente ha sido necesario administrarle un lóbulo crudo del cuerpo tiroideo del cordero cada dos días, para mantener la mejoría obtenida, é impedir un retroceso que á veces ha parecido posible.

Henry cree haber observado que este segundo procedimiento es menos eficaz que el de las inyecciones hipodérmicas, si bien presenta menores inconvenientes y es de más fácil aplicación.

II. El segundo caso pertenece al doctor J. Dee Shapland.

E. P., ha estado enferma cerca de diez años, habiendo venido agravándose gradualmente los síntomas de su enfermedad hasta presentar el estado actual.

La cabeza está casposa, el pelo continúa cayéndose día á día; la piel no transpira, se mantiene seca y fría; la nariz está tan engrosada que la respiración nasal es imposible, el lenguaje es balbuciente, se hace con dificutad y trabajo. Hay sordera, hasta no oir el ruído del reloj. Hay dolor sobre los hombros y las clavículas y al rededor del cuello; los movimientos de la cabeza, el de extensión sobre todo, son dolorosos y difíciles. Los puños están tan engrosados que no se puede tomar el pulso en la radial.

Por lo demás, todo parece normal por parte del corazón, los pulmones, los riñones y el hígado.

El 12 de Noviembre se empezó el tratamiento por la administración interna del cuerpo tiroide en sustancia.

Los buenos efectos no se hicieron esperar. Se iniciaron por la vuelta de la transpiración cutánea y por un sueño reparador, y fueron acentuándose cada día más hasta la desaparición completa del edema de la cara y de los miembros, de los dolores, de la sordera y de la dificultad para respirar por las fosas nasales. Á principios de Febrero la enferma decía sentirse del todo bien.

Desde el 12 de Noviembre hasta el 12 de Enero había tomado diariamente con su primer comida medio cuerpo tiroide casi crudo, sin el menor inconveniente.

III. En el verano de 1892, una señora E. H. B., consultó al doctor I. Havotrey Benson acerca de una enfermedad que había empezado ocho años atrás. Hé aquí su estado.

Edema general, que no se deprimía á la presión del dedo; más marcado en la cara que en ninguna otra región. Piel seca y dura; cabello escaso y quebradizo. Las facciones gruesas; los labios espesos, ensanchados y péndulos; las alas de la nariz hinchadas; los párpados inferiores edematosos, translúcidos y pálidos. La piel de la cara tersa, pálida, como encerada, aún los labios de buen color, la mancha roja molar permanente. Las manos algo engrosadas, no mucho. El lenguaje característicamente pausado y tardo; cada palabra bien pronunciada pero en tono monótono y quejumbroso. La expresión del semblante quieta, apática, indiferente. Tanto el movimiento muscular como el de las ideas notablemente pausado y mesurado; aunque estas últimas eran expresadas con toda corrección y sin la menor confusión, lo eran, no obstante, con cierto esfuerzo manifiesto.

Á instancias de la misma enferma se la sometió primeramente

á un tratamiento tónico durante cinco meses. No se obtuvo ningún resultado.

El 17 de Enero del presente año se le recetaron 10 gotas de extracto de cuerpo tiroide preparado para la administración por la boca, dos veces al día. Como esta dosis no diera resultado al cabo de tres semanas ni produjera síntoma alguno desagradable, se acrecentó la dosis á 15 gotas dos veces al día. Desde entonces empezó á haber mejoría; y fué ésta progresando en seguida sin ningún contratiempo hasta dejar á la enferma completamente bien, libre de los síntomas más penosos, así mentales como físicos. El medicamento se ha reducido después á sólo 6 gotas al día.

IV y V. El acta de la sesión de la «Nottingham Medico-Chirurgical Society», celebrada el Viernes 5 de Abril último, contiene los dos párrafos siguientes:

El doctor Cochring leyó la observación del caso de una mujer de 68 años, que presentaba síntomas muy marcados de Mixedema. Después de dos meses de tratamiento por el extracto de glándula tiroide administrado por la boca, su estado había mejorado considerablemente.

El doctor I. Lewis Owen mostró un caso de mixedema tratado por inyecciones de extracto de glándula tiroide y por la alimentación con glándula tiroide natural cruda. Hubo marcada mejoría en el estado general y en el aspecto de la paciente desde el principio del tratamiento, en Septiembre del año próximo pasado. En dos ocasiones ocurrieron síntomas alarmantes con edema general de la cara durante la inyección. Abandonadas las inyecciones, hubo pérdida de una ó dos onzas de sangre por el recto en cada evacuación. Pero todo esto desapareció cuando empezó la administración como alimento de la glándula tiroide en sustancia.

VI, VII, VIII, IX, X y XI. Permehren refiere, por su parte, en la «Deutche Medicinische Wochenschrit», de 16 de Marzo último, un caso típico de mixedema en una mujer de 42 años, que fué tratada por el profesor Howitz á principios de 1892 por medio de la alimentación con glándula tiroide. Se administraban cuatro lóbulos de cuerpo tiroide de ternero al día. Al cabo de tres semanas se había obtenido gran mejoría; y aunque después de suspendido el tratamiento, se observó una ligera recaída, ésta desapareció tan pronto como volvió á administrarse la sustancia tiroidea. Durante el tratamiento se presentaron ligeros ataques cardíacos, los cuales obligaron á interrumpirlo temporalmente.

El mismo Howitz ha tratado otros dos casos posteriormente de la misma manera, y en ambos ha obtenido el mismo éxito.

Permeheren recuerda también un caso de cretinismo espasmódico en una mujer de 29 años, tratada con feliz éxito por la administración de la tiroidina. Esta sustancia se obtiene en forma de polvo parduzco precipitándola por el alcohol de un extracto en glicerina de glándula tiroide finamente picada y machucada. Se la dió en dosis de 0.10 á 0.30, habiendo alcanzado á 4.25 grms. toda la cantidad tomada. Disminuyó con ella la hinchazón de la cara y del tronco y principalmente la de las manos; mejoró el estado mental, y un vello fino empezó á salir en las axilas y sobre el pubis. En cuanto al diagnóstico, el autor cree que no puede caber duda. La enfermedad empezó en la primera niñez, y correspondió en todo al cuadro del mixedema infantil.

El mismo profesor refiere otro caso, aún en tratamiento, pero que promete dar el mismo resultado que el anterior.

Laache también refiere un caso tratado por la alimentación con glándula tiroidea. El paciente, un hombre de 49 años, presentaba los síntomas característicos de la enfermedad. Al principio se empleó un extracto en glicerina de glándula tiroide de carnero; después se empleó la glándula de ternero cruda, finamente cortada y sazonada con sal y pimienta. La curación se obtuvo en tres meses y se mantuvo en seguida administrando una dosis de glándula tiroide de cuando en cuando. Durante el tratamiento se presentaron algunos síntomas desfavorables, debidos tal vez á dosis exageradas; pero desaparecieron tan pronto como el tratamiento se suspendió.

***

Por nuestra parte tenemos un caso personal que relatar, si bien lo haremos muy someramente por no haber obtenido todavía en el todo, el éxito que esperamos, á causa de algunos inconvenientes con que hemos tropezado para emplear el tratamiento por la administración de la sustancia tiroidea al natural ó en extracto.

El paciente es una mujer de poco más de cuarenta años, casada, sin antecedentes diatésicos de ninguna especie. La enfermedad data de tres ó cuatro años atrás, y ha sido tratada con los más variados medicamentos que es posible imaginar. A juzgar por ellos

la han tomado algunos por una afección cardiaca, otros por una afección renal, y no faltan quienes la hayan considerado como una afección puramente nerviosa. El hecho es que la enferma se ha ido agravando poco á poco, y que hoy se encuentra en un estado, no alarmante talvez por el momento, pero bastante grave sin duda para quien sepa darse cuenta cabal de él y molesto en demasía para la paciente misma.

El edema es general, pero mucho más intenso en la cara y en el cuello que en el tronco y en los miembros; la nariz y los labios están de tal modo engrosados que dificultan un tanto la respiración y articulación de las palabras; los párpados no pueden abrirse más que á medias, y eso con un esfuerzo conciente para la enferma; los surcos del rostro faltan en absoluto. El edema es duro en todas partes; pero en algunas lo es más; en estos puntos forma verderas placas ó tumores difusos, que son dolorosos espontáneamente, y mucho más a la presión. La enferma dice que le duele por todas partes, y que donde se toca se ocasiona un dolor más ó menos molesto; esta es una de las causas porque se le hace insoportable la permanencia en cama; y difícil, y á veces imposible la conciliaciación del sueño; se queja, sin embargo, mucho más de dolores en los lados y en la parte posterior del cuello, en algunos puntos de la cabeza y á nivel de las grandes masas musculares de los brazos y de los muslos. La presión del dedo no consigue deprimir el punto oprimido hasta formar una posita, como sucede en el edema de las afecciones renales y cardiacas, ni aún en aquellas regiones en que el edema forma verdaderos tumores.

La piel, la del rostro principalmente, es tersa, luciente, seca, de color pálido, anémico, clorótico, como de cera, escepto en los pómulos, en donde existe constantemente una mancha roja, encendida, como la que se observa con tanta frecuencia en los tísicos.

En las manos, el edema no es en verdad muy considerable, pero es parejo y profundo, y estorba, por consiguiente, y dificulta la flexión de los dedos y la aprehensión de los objetos de pequeño diámetro.

En las piernas y en los piés, el edema es escaso, apenas perceptible; pero la enferma dice que á veces aumenta algo, sobre todo en las tardes cuando en el día ha andado mucho.

La marcha no es difícil ni vacilante; pero sí un tanto lenta y al principio un poco dolorosa á veces. Pero cuando es prolongada,

seis, ocho ó más cuadras sin interrupción ni descanso, entónces la respiración se hace anhelosa; lo cual no obsta, sin embargo, para continuarla y prolongarla mucho más todavía.

La anhelación ó cansancio suele presentarse también en el estado de reposo; pero muy lijerameute. Por mi parte le he notado en cada visita que he hecho á la enferma; lo cual puede esplicase ó por la emoción natural que esperimenta el enfermo en presencia del médico, ó por el gasto de palabras y de pequeños esfuerzos que en tal ocasión tiene que hacer aquél casi siempre.

El lenguaje tiene además algo de característico; es un poco lento y reposado, y con ciertas inflexiones especiales; podría compararse con bastante exactitud al de una persona que teniendo un cuerpo sólido en la boca se esforzara por pronunciar con toda claridad y corrección sílaba por sílaba.

Las facultades intelectuales y morales no parecen afectadas en lo menor. Es verdad que la expresión de las ideas y de los recuerdos es lenta y perezosa, como de quien tiene difícil la concepción mental y escasa la memoria; pero ello es indudablemente debido á la dificultad material de articular ocasionada por el edema de la cara y no a defecto alguno ni á ninguna perturbación en el funcionamiento del cerebro. Puede afirmarse, sin embargo, que existe en realidad un principio de apatía, de pereza moral, el cual va á acentuarse talvez con el tiempo, si es que la enfermedad no declina.

Las funciones respiratorias y las del corazón me parecen normales.

El aparato digestivo funciona con regularidad: el apetito es bueno; la dijestión fácil, la exoneración ventral, más ó menos como ha sido siempre, una evacuación diaria o cada dos o tres días. Pero hay una gingivitis generalizada y muy intensa: la encía está roja, encendida, tumefacta, dolorosa y sangra con suma facilidad; la firmeza de los dientes se reciente, naturalmente, del estado de la encía, la cual está en algunos puntos deprimida y forma rebordes salientes putrilaginosos. El olor del aliento es infecto, tanto que la misma enferma se siente molestada por el, y fue éste uno de los primeros síntomas para que me pidió pronta mejoría.

La menstruación ha presentado algunas irregularidades desde muchos meses atrás; pero cuando sobreviene no ofrece carácter alguno diferente de lo que ha sido siempre.

La orina no tiene rastro de albumina ni de azúcar, y es más ó menos normal en cantidad y en sus caracteres físicos.

Como se vé, el diagnóstico no puede ser dudoso en este caso, en cuanto á la entidad mórbida de que se trata.

Pero no es tan exacto, nos parece, en cuanto á la época en que la paciente hace remontar el principio de su mal, y queda completamente incierto y oscuro en cuanto á las causas de la enfermedad.

La enferma dice que su mal ha empezado hace tres ó cuatro años; pero interrogándola detenidamente sobre su estado anterior, se descubren síntomas muy sospechosos muy anteriores á esa época, como por ejemplo, dolores vagos, reumáticos?, hinchazones temporales, perturbaciones menstruales, etc.

En cuanto á la etiología sí que no nos ha sido dado encontrar antecedente alguno que alguna luz arrojara sobre ella.

El tratamiento que hemos iniciado ha sido, como se comprenderá, encaminado á corregir, por una parte y desde luego, los síntomas que más molestan á la enferma, y á obtener, por otra parte, la curación, no radical, sino sustitutiva, del estado general, según la idea que tenemos hoy de la naturaleza de esta enfermedad.

Para las primeras indicaciones hemos prescrito la desinfección constante de la boca y su lavado con colutorios cloratados y ligeramente astringentes, y el amazamiento, ó, en mal castellano, masaje de las regiones más doloridas.

Para la segunda indicación hemos prescrito la administración interna de la glándula tiroide del cordero, en sustancia.

Este tratamiento del mixedema es de data muy reciente.

Habiendo demostrado Schiff por medio de experiencias no contradichas, que el cuadro sintomático del mixedema podría atribuirse razonablemente á la ausencia de los productos elaborados por el cuerpo tiroide, realizó Horsley, para comprobar esta teoría, la extirpación de la glándula tiroide de un animal y su reemplazo inmediato por otra glándula tiroide de un animal de la misma especie, injertándola en la cavidad peritoneal.

Como se evitaran así los síntomas que se suceden habitualmente á la extirpación del cuerpo tiroide, otro experimentador recurrió al mismo procedimiento en el hombre, en un caso de mixedema operatorio. El éxito fué tan satisfactorio como podía esperarse.

De este procedimiento á las inyecciones hipodérmicas de jugo ó de estracto tiróideo según el método de Brown-Séquard, el paso

era lógico y natural, ó más bien dicho, era obligado y forzoso. Alguien lo dió, y con éxito brillante.

Pero últimamente, hace pocos meses, otros dos profesores ingleser, Mackenzie y Fov, administraron el extracto ó jugo tiroídeo por la boca, y también obtuvieron buen resultado.

Más reciente aún se ha experimentado la simple administración de los lóbulos del cuerpo tiroide del cordero ó del ternero en sustancia, crudos ó ligeramente asados; y siempre con buen resultado. No habremos leído menos de una docena de casos tratados de esta última manera nada más que en las Revistas médicas inglesas que acostumbramos leer, y esto en los meses corridos del presente año.

De aquí nuestra resolución inmediata de aplicar á nuestra enferma este sencillísimo tratamiento, tan fácil, tan eficaz y tan irreemplazable.

Pero aquí es donde hemos tropezado con un inconveniente con el cual no contábamos.

La enferma no es rica, para hacer matar un cordero todos los días, y hemos tenido que ir al Matadero á enseñarle á su marido qué es lo que debe llevarle diariamente, en perfectas condiciones de asepsia por supuesto. Pero por el modo como se hace el degüello del animal ó por las condiciones nada favorables en que puede hacerse la disección, el hecho es que nos ha costado trabajo dar con el cuerpo tiroide, y que nuestro discípulo no ha tenido después completa seguridad de encontrarlo cada vez que ha ido á buscarlo. Para salir del paso, le hemos aconsejado que se dirija á la Quinta Normal, al Instituto Zoológico; y en eso estamos.

Nos ha parecido, esto no obstante, que convenía publicar este caso, porque, si no nos equivocamos, hasta el día de hoy no se ha pronunciado la palabra mixedema entre nosotros.

R. Dávila Boza.

CORRESPONDENCIA EUROPEA

En los hospitales de París

SAN LUIS.—En las últimas semanas hemos visto practicar al doctor Lucas Championière una trepanación por manifestaciones tardías de una fractura del cráneo y oído una lección al profesor Le Dentu, en Necker, á propósito de un tumor cerebral diagnosticado y operado por él.

Es sabido que desde el momento en que se iniciaron los estudios sobre localizaciones cerebrales, los cirujanos entusiastas y atrevidos, resguardados poderosamente por la antisepsis, emprendieron una serie de operaciones sobre el cerebro, sin tener mas guía que los estudios de aquellos investigadores, coronados la mayor parte por el más espléndido resultado. Ellos han sido tambien los que, trayendo en apoyo de las localizaciones hechos patológicos numerosos observados en el hombre vinieron á dar el golpe de gracia á los célebres fisiologistas que, basados principalmente en sus experiencias en los animales, se oponían con todo el peso de sus estudios á aquella fecunda teoría. Hoi día estos hechos son de la práctica diaria y aceptados por todo el mundo; los enfermos curados después de la extracción de una esquirla ó tumor que comprimía la corteza cerebral, ó atormentados por una epilepsia traumática ó jacksoniana no se cuentan.

Así, pues, dejaremos á un lado estas observaciones, por más interesantes que sean, y nos concretaremos á decir algunas palabras sobre la

Intervención quirúrgica en la epilepsia.—Enardecidos con aquellas teorías que tan amplia confirmación recibían en la práctica, apenas los estudios anátomo-patológicos confirmaron el hecho de que muchas epilepsias, lejos de ser siempre lesiones *sine materia*, se acompañaban de alteraciones que en su mayor parte residían en la corteza encefálica, la intervención operatoria surgió para aquella terrible é incurable enfermedad.

Ahora bien, la primera idea que brotó de estos estudios fué que la epilepsia, clasificada entre las neurosis era en la mayoría de los casos sintomática de lesiones que la observación atenta del aura ó crisis permitía localizar con toda precisión en ciertas regiones del cerebro. El hecho pareció tan demostrativo que hubo muy luego quienes afirmaron, después de concienzudos estudios que era siempre de aquella especie. Casos de epilepsia diagnosticada esencial y operados después de 18 años de enfermedad en los cuales se encontraron lesiones consecutivas á un antiguo traumatismo vinieron en corroboración de esas ideas.

Nosotros no podríamos adoptar ampliamente estas conclusiones, pero, convencidos de que encierran una gran parte de verdad, creemos que la trepanación se impone en numerosos casos. ¿Qué podría detenernos? ¿La gravedad de la operación? Practicada antisépticamente, *no debe* ser mayor que las que tienen las pequeñas operaciones de cirugía.

El estudio atento pues, de las crísis de epilepsia, los datos exactos sobre su origen y un conocimiento acabado de las localizaciones, deberán presidir á estas intervenciones hoy aceptadas por los cirujanos y proclamadas aún por los médicos en los términos siguientes: «La asociación de dolores de cabeza intolerables, aún difusos y sin localización precisa, puede constituír una indicación, sobre todo si los ataques son frecuentes y graves. La trepanación está tanto más justificada como último recurso y en particular en el estado de mal, habiendo fallado ya la medicación interna y los revulsivos, cuanto que no se trata de una operación grave, sobre todo después de los recientes perfeccionamientos de las curaciones.

La trepanación puede imponerse con probabilidades diversas en varias circunstancias, en particular en el caso de traumatismo reciente ó antiguo, en el caso de tumor y como medida extrema en algunos estados de mal».—(Ch. Feré. Epilepsies et epileptiques, 1890, pág. 516).

El doctor V. Championnière, partidario decidido en general del drenaje, lo ha abandonado sistemáticamente en las laparotomías,

aunque sean éstas por afecciones supuradas y francamente sépticas. Así, por ejemplo, en más de 240 casos operados en estas circunstancias, entre los cuales cuenta 45 de salpingo-ovaritis supuradas con adherencias múltiples, ha obtenido los más satisfactorios resultados. Por lo demás, la mortalidad en esta serie de intervenciones *no ha alcanzado* al dos y medio por ciento.

Nosotros, entre otros casos, registramos el siguiente en nuestras notas, que nos parece bastante instructivo. Una enferma portadora de un gran fibromioma del útero es operada por la vía vaginal. Apenas comenzada la operación se encuentra con tales dificultades y la enferma pierde sangre en tal cantidad, que se ve obligado á detenerse. En la noche una hemorrajia formidable la deja en la mayor postración. Pocos meses después, la persistencia de dolores abdominales y un estado febril á veces alarmante le obligan á una nueva intervención; esta vez por laparotomía.

Abierta la cavidad abdominal, observa que el tumor mantiene numerosas y sólidas adherencias con el epiplón y demás tegidos de la periferie; rotas algunas de estas conecciones, se escapa en la cavidad peritoneal una gran cantidad de pus sumamente fétido: el fibromioma, en vía de esfacelo, estaba rodeado de un saco purulento. Pues bien, en esta laboriosa operación, que se prolongó más de una hora, en que el pus caía á cada rato en la cavidad abdominal, se contentó sólo con tocar con ácido fénico fuerte – como lo hace habitualmente,—limpiar bien con la misma solución y hacer la sutura hermética de la herida en diversos planos. Las consecuencias han sido de las más simples.

Cree que el poder absorbente del peritoneo mantiene limpia la cavidad abdominal; que en el hospital hay más probabilidades de infectar la enferma poniéndole un drenaje que peligros corre al suprimirlo; por último, los resultados de su práctica están, á juicio suyo, por encima de todas las teorías.

Por nuestra parte, reconociendo las ventajas inmensas que en ciertas ocasiones adquiere este modo de proceder, recordaremos que en diversos servicios (Bonilly, Richelot, Segond, etc., etc.) hemos visto que el drenaje ha prestado útiles servicios. Hay otros cirujanos, como Reclus, Bonilly mismo, que suelen hacer un drenaje con gasa yodoformada á lo Mickulicz, que retiran al cabo de 24 horas y cierran por medio de suturas que no habían sido anudadas.

La Piedad.—El profesor Fillaux ha tratado hace poco el interesante tema de los *ovarios esclero quísticos* ó micro-quísticos. Admite como causa las inflamaciones comunes del aparato genital, propagadas hasta las trompas, que á su vez determinan una ovaritis crónica. Deja enteramente á un lado la teoría de las perturbaciones en la circulación de vuelta á que Lawson Tait y Championière, reconociendo todo el alcance de la teoría infecciosa, atribuyen no escasa participación. En todo caso, la explicación de la patogenia de los pequeños quistes queda todavía muy oscura.

Siendo, por lo general, una afección de difícil diagnóstico, pues sus principales signos son comunes á varias otras, puede sin embargo llegar á formularse á veces de una manera bastante precisa. Son los dolores intensos, persistentes y las meno ó metrorrafias analizadas en todos sus detalles los que pondrán en la pista.

El estudio anátomo-patológico demuestra que la hiperplasia del tejido conjuntivo trae como resultado la sofocación y destrucción de la caja ovígena del ovario; como, por otra parte, el mal estado de la trompa y la imposibilidad de poder adaptarse á aquel arrastra fatalmente á la esterilidad, el tratamiento quirúrgico parecería imponerse. Además, de la práctica general resulta que es una afeccion por lo común *bilateral* y que no se detiene en su marcha, lo que, unido á los dolores que hacen imposible todo trabajo y aun la existencia, vendrían todavía en apoyo de aquel tratamiento.

Dos escollos presenta, no obstante, esta conducta: operar demasiado pronto ó que aquellas manifestaciones estén bajo la dependencia de la histeria, neurastenia, tabes dorsal, esclerosis en placas, etc., etc. en cuyo caso serían inútiles ó perjudiciales. (Léase á este respecto la interesante discusion iniciada por Richelot en la Sociedad de Cirugía, á propósito del tratamiento quirúrgico de las grandes neuralgias pelvianas. Boletines de Noviembre de 1892.) De aquí el precepto de no intervenir sino cuando se esté convencido de que se pueden eliminar aquellas circunstancias y que, agotados ya los recursos médicos, se vea obligado á recurrir á la castración ó mejor la histerectomia vaginal.

Reflecciones.—Nos parece absolutamente racional y lógica esta línea de conducta. Haremos notar, á pesar de todo, que el primer precepto cuenta numerosas excepciones, lo que hace la práctica excesivamente difícil.

Hoy día, en que por lo menos un buen número de cirujanos franceses tienen rabia por las intervenciones á mano armada en

las afecciones ginecológicas, premunidos de que la antisepsis y recursos de que disponen, los hacen relativamente inofensivos, aquellos preceptos generales se imponen á la meditación. En efecto, nos parece que se descuida un poco el verdadero estudio de la medicina propiamente dicha, para llegar desde luego á mutilaciones á veces considerables cuyos resultados ulteriores no son bien conocidos y que acaso habrían podido ser evitados.

Son las recientes discusiones y comunicaciones al Congreso de Cirugía á propósito de la laparotomía é histerectomia vaginal en las afecciones pelvianas supuradas, las que nos han sugerido estas ideas, así como la proporción verdaderamente asombrosa y á veces absolutamente injustificada, en que se practican estas operaciones con relación á todas las demás de la cirugía general.

DR. SIERRA M.

París, Mayo de 1893.

CORRESPONDENCIA NACIONAL

Informe médico-legal sobre las facultades intelectuales del reo Isidro Vicencio, de Tocopilla

S. J. del C:

El reo acusado, Isidro Vicencio, es hijo legítimo de Antonio Vicencio y de Isabel Yáñez. Es soltero. Su padre murió cuando el hijo contaba apenas unos cuantos años. No alcanyó á conocerlo; pero ha sabido que era un gran bebedor de aguardiente. Es natural de Huatulama (Illapel); cuenta á la fecha 29 años de edad. No sabe leer ni escribir. La madre, que vive todavía, casada en segundas nupcias, no se ha preocupado de darle educación. Se ha dedicado exclusivamente al trabajo como gañán. Según noticias que ha tenido el reo, su madre ha sufrido varias veces de ataques de epilepsia; pero no hay seguridad sobre este último dato. Tiene dos hermanos, Víctor y Francisco, cuya vida ignora.

Preguntado por sus ascendientes y descendientes colaterales, no da noticia alguna que merezca tomarse en cuenta, tratándose de averiguar la herencia más ó menos defectuosa que puede afectarle.

Según estos datos, escudriñados repetidas veces con el objeto de notar la incoherencia de las concepciones, la pérdida de la memoria y las perturbaciones de la ideación, se patentiza claramente que lo único que le afecta es la herencia alcohólica del padre; y talvez la epilepsia que pudo haber sufrido la madre, causas indispensables, sin duda, para haber traído á la vida una organización cerebral estropeada, con su cortejo inevitable de desórdenes intelectuales diversos.

Es la herencia, con muchísima frecuencia, la que despide viva

luz en ciertos informes, la que consigue aclarar puntos difíciles y oscuros. No dejaré de invocarla á menudo, con toda la convicción posible, mucho más cuanto que ha habido profesores que la han descuidado, pecando por negligencia ó por ser poco versados en patología mental. Pero en el caso actual, pocos y débiles destellos irradiará esta entidad, estrictamente necesaria, y muchos los antecedentes personales, como se verá más adelante.

Á los 22 años de edad, Vicencio se trasladó á los pueblos del norte, donde ha trabajado como minero, llevando siempre una vida agitada, bochornosa y aventurera por demás. Según confesión propia, desde esa época se ha entregado al uso de las bebidas alcohólicas, siendo partidario convencido del uso de bebidas destiladas (aguardientes, cognac, etc.), y, como es natural pensar, de alcoholes dañinos, que son los que engendran perturbaciones más lóbregas y profundas en el organismo. Durante la revolución de 1891 se enroló como soldado á favor de la oposición, y en su viaje al sur contrajo chancros blandos y bubones supurados, allá en Concepción. Después de la pacificación de la patria decidió abandonar la carrera de soldado para continuar las rudas faenas de minero. Ha trabajado desde entonces en varias minas del departamento en la «Julia», en la «Feliciana», etc., siendo, como se llama, *un hombre honrado y trabajador*. Esto no quita para que siguiera en la senda peligrosa y fatal del alcoholismo, teniendo embriagueces continuadas, de las cuales muchas veces no salía sin dejar tras de sí perturbaciones gástricas y cefálicas.

No recuerda haber padecido alguna vez ataques de epilepsia pero sí, ataques histeriformes durante las libaciones á juzgar por los datos que da.

***

Hará veinte dias á la fecha trabajaba en una mina nueva llamada «Providencia», y por motivos particulares trasladóse á las cuadrillas camineras que componen la línea férrea del Toco, donde se dedicó por espacio de *once días* á la ingestión desmedida de bebidas alcohólicas. En la Estación Central tomó la resolución de bajar al puerto para ponerse en curación de un fuerte resfriado que atrapó (tal vez influenza). Confiesa que al llegar al puerto se trastornó su cabeza; huyó en dirección á los peñascos de la playa, creyendo que le perseguian para darle muerte, para fusilarlo. Unos caballeros que por allí había trataron de contenerlo; pero él

tomó el camino que conduce al cuartel de policía. Llegó dando voces y pidiendo auxilio en contra de sus audaces perseguidores. El señor comandante nos refiere que estos hechos son exactos, y pudimos comprobarlos al día siguiente cuando se pasó visita á la policía. Por las preguntas que le dirigí pude cerciorarme también que padecía de un ataque de *delirium tremens*, complicado de delirio de persecución, aunque no bien marcado. Se le administró una poción con bromuro de potasio y cloral.

La noche de su llegada le fué aplicada una inyección hipodérmica de un centigramo de morfina, que nada consiguió. No durmió. Según lo expresan los detenidos que le acompañaban, pasó la noche entera presa de insomnios pertinaces y de delirio maniaco, viendo animales inmundos, unidos á personas que amenazaban. Por su parte el enfermo manifestóme que su salud era perfecta, era normal, y que el conductor del tren había querido fusilarlo. En esta emergencia crítica él pidió socorro y garantías á la policía. Recuerda también que en la noche ha oído voces extrañas y misteriosas.

Como se vé, señor juez, el reo tiene el recuerdo vivo y palpitante de todo lo acaecido: lo recuerda como un sueño doloroso. Pero, como veremos más adelante, esto no significa sana razón, porque en tales monomanías, en estas locuras parciales, hay ligera conciencia de los actos, y que pueden infundir conclusiones erróneas.

En los dos primeros días pasó más tranquilo: durmió un poco mejor, salvo un acto de violencia en contra de un detenido á quien iba á arrojar un cajón vacío sobre su cabeza. Al tercer día aparece nueva crisis de delirio. Se le condujo al hospital; allá dió de latigazos á uno de los mozos, emprendiendo nuevamente la fuga hácia el cuartel de policía, donde hubo necesidad de remacharle una barra de grillos para contenerlo.

Así sucediéronse dos dias más; pero como las perturbaciones intelectuales desaparecieran, se le dejó en libertad de nuevo, sólo con esposas. En un momento dado, al ser interpelado por el señor comandante de policía, descargó sobre este último una bofetada con las manos juntas, que le partió el labio superior. En la noche de ese día (15 de Mayo) costó grandísimo trabajo obligarlo á que tomase la poción administrada; estallando en él un acceso de manía furiosa, junto con ideas delirantes de persecución. Para evitar estragos sérios; para evitar compromisos fatales para los encar-

gados de custodiarlo, se le aplicó de nuevo grillos. Pero un descuido lamentable hizo que el reo extrajera la barra de 50 centímetros que sostienen los anillos; atravesó el patio, penetró al calabozo donde dormía el detenido Manuel Campusano; se abalanzó sobre él, asestándole un golpe feroz en la frente, hundiéndole el cráneo, fracturándolo, y otro golpe en la mejilla derecha, rompiéndole el arco zigomático y perforándole la boca. Los demás encarcelados lucharon á viva fuerza para evitar ese peligro inminente que se desbordaba, recibiendo algunos de ellos graves contusiones en la cabeza.

***

Examen físico.—Cuando se observa el aspecto exterior de este delincuente, puede uno creer que se trata de uno de esos seres de buena conducta, en los cuales no se agitan remordimientos. Su aspecto es á veces tranquilo; otras veces denota estupidez. Su constitución es robusta, bien formado, talla alta, color moreno. No se descubren en él los rasgos faciales includibles de los criminales de nacimiento.

Sin embargo, pueden observarse algunos caractéres que no deben pasar desapercibidos, que han sido muy bien estudiados por el famoso criminalista Lombroso, como ser la frente ligeramente deprimida, bastante estrecha lateralmente, pelo negro, rebelde; barba escasa, mandíbula superior abultada, cejas arqueadas. Lleva en su cabeza un sin número de cicatrices que atestiguan una vida de aventuras.

El examen de los órganos internos, fuera del cerebro, no revela nada de particular. Pero las pupilas están desigualmente contraídas: la derecha contraída en exceso, reacciona poco bajo la influencia de la luz; la izquierda no reacciona tampoco, y se halla excesiva é irregularmente dilatada: representa un óvalo de diámetro mayor transversal. No ha padecido de ninguna afección ocular anterior. Estos transtornos del ojo están en íntima armonía con la perturbación que debe reinar allá en los centros nerviosos de la inteligencia. Esta desigualdad visible de las pupilas, sin reacción formal bajo la influencia de la luz, hará que los objetos percibidos no sean claros, ne sean bien contorneados. El sujeto entonces observará objetos falseados, figuras caprichosas, figuras fantásticas á quienes les atribuye existencia real.

La lengua es amoratada, lívida, debido al éxtasis sanguíneo y á la acción del tabaco, del cual el sujeto abusa exageradamente. Los desórdenes del tubo digestivo se manifiestan por un apetito desenfrenado (bulimia).

Por parte del aparato respiratorio no se vislumbra ningún desorden funcional. La respiración es pausada, lenta, regular. Las pulsaciones, observadas en distintas ocasiones, alcanzan á 84 por minuto, poco más de lo normal.

***

Facultades intelectuales.—Nos encontramos en presencia de un alcohólico de oficio, bebedor sin tregua, por espacio de muchos años, tiempo más que suficiente para estropear un sistema nervioso que ya ha heredado imperfecciones. Pero vamos á ver qué clase de imperfecciones cerebrales, qué clase de transtornos han podido colocar á esta sujeto original y curioso en una condición tan triste.

Ya hemos visto anteriormente las circunstancias ominosas que le obligaron á presentarse al cuartel de policía, perseguido y amenazado por seres imaginarios que pretendían fusilarlo; hemos visto la rápida fuga que emprendió para librarse de esos enemigos. Ahora nos toca comprobar las ideas delirantes que este pobre criminal presenta; agruparlas debidamente, clasificarlas según las reglas precisas de la patología de la ideación; aislar, por otra parte, las concepciones bien forjadas, el juicio sano, si es que lo hay.

En el primer interrogatorio practicado, se exaltaba á tal extremo que causaba miedo. Lloraba y zollozaba. Creía que se acusaba á toda su familia de ser de mala fama; decía que se le acusaba de salteador, que era hermano de un tal Reinaldo Vicencio que, según confiesa él mismo, era de instintos criminales. Los policiales son los culpables del crímen de que se le acusa, porque van en compañía de un grupo de monos, entre ellos un *gato negro*, un *león* y una cantidad inmensa de *jotes*; éstos eran los que le decían al oído que matase á Campusano. Éste le ha insultado bárbaramente llamándole *castrado*; le ha extraído los intestinos y las vísceras; ha intentado quemarlo vivo, para lo cual arrojó sobre él mucha ropa rociada con parafina. Otras veces le decían: *¡40,000 pesos, Vicencio! Vamos á robar!* Para escapar á este borbotón de injurias soeces recurrió salir del cuartel huyendo en dirección

á la piedra del Casamiento, al sur de Tocopilla. Estas confesiones del reo están comprobadas por los guardianes, puesto que el día catorce de Mayo se fugó del calabozo.

Á pesar de esta inmediata tentativa de evasión, volvió sobre sus pasos, y se presentó al cuartel en la tarde, solo, tal como había salido. Preguntado por este acto, dice que fué á tomar el fresco.

Todas estas frases lanzadas á raudales, con una ligereza inaudita, en medio de un sin número de incoherencias patentes por parte de la ideación, son el efecto más cierto, más seguro, de excitaciones del cerebro, de desequilibrios que, á primera vista, parecen luminosos destellos de una inteligencia bastante desarrollada. Más aún: se le expresa al reo la idea de que está enagenado, y él exclama, con tono convincente, que está harto bien de salud; que es un error llamarlo loco porque no lo está.

Al día siguiente se le obliga á que fume: cree que los cigarros están envenenados. Se insiste en que beba la poción administrada; se niega á tomarla por las mismas razones. Las buenas maneras, unidas á cierta cortesía diplomática, le convencen, por fin, y bebe una cucharada de la poción.

Se le pregunta nuevamente sobre las causas que le impelieron á golpear al reo Campusano. Contestación semejante á los primeros días. Se le demanda si Campusano es su enemigo, si guarda en su interior motivos de venganza para con él. Responde categóricamente que son amigos desde pequeños; no ha tenido jamás motivo alguno de queja; pero que últimamente *le ha jugado carta falsa con el objeto de acusarlo criminalmente.*

Las voces amenazadoras que ha escuchado de formas diversas, de variados aspectos, y de contenidos hasta horribles y groseros, ocuparían un largo espacio, por lo que no entraré aquí en más detalles, ateniéndome á los principales, á los más resaltantes, á los que éstán mejor relacionados con la delicada materia que escudriño.

Es de notar, además, la desconfianza insólita que abriga el delincuente para todo lo que le rodea. Es esto precisamente lo que los ingleses llaman con justísima razón *la manía de la sospecha,* principio frecuente de las perturbaciones mentales que afligen á Vicencio.

***

Según lo que se acaba de exponer, dadas las costumbres viciosas de alcoholismo inveterado; dada la herencia alcohólica del padre y las crísis epilépticas que pudo haber sufrido la madre del reo, este individuo ha llegado á un período de degeneración nerviosa tal que se le puede clasificar entre los enagenados. Esto se halla comprobado además:

1.° Por la aparición brusca en el cuartel de policía, pidiendo auxilio porque lo perseguian, porque lo amenazaban, porque deseaban matarlo;

2.° Por los actos de violencia desacostumbrada, *sin motivo justificado,* para los que le rodeaban;

3.° Por su fuga el día 17 de Mayo con el objeto de vagar errante, sin rumbo conocido, volviéndose en seguida á su calabozo, donde al día siguiente hiere mortalmente al detenido Campusano;

4.° Por los signos físicos, aunque escasos, y por las ideas delirantes comprobadas en él durante su examen.

Resalta á primera vista el carácter especial de tales concepciones delirantes en el caso actual, y aunque el reo ha revelado signos de *locura ambiciosa,* como aquello de los 40,000 pesos á que se le invitaba á robar; aunque ha manifestado razgos terribles de *locura impulsiva,* manía furiosa con marcadas tendencias á la destrucción de sus semejantes, no cabe la menor duda que estamos al frente de un atacado de *delirio de persecuciones,* fenómeno no tan raro en el alcohólico consuetudinario, avezado al vicio, y que marca el doloraso comienzo del ser entorpecido y arruinado.

***

Responsabilidad.—Gracias á los estudios notables y concienzudos de Esquirol, Falret, Ball, Magnan, Brouardel, Tardieu, etc., se ha conseguido esclarecer hechos enigmáticos para los jurisconsultos antiguos.

Hay que notar en el delirio de persecucion dos agentes que van siempre unidos: 1.° *Las alucinaciones del oído y las de la vista.* Es decir, el perseguido ve objetos fantásticos donde no los hay, escucha voces que no existen. Al principio son ecos, voces, gritos, amenazas de seres aislados, que no guardan relación entre sí. Pero á medida del contacto más inmediato, más íntimo, con la familia, con los amigos, con los vecinos, el loco entra en sospechas; se vuelve desconfiado, irascible, rabioso en extremo. Enton-

ces *individualiza* esas voces extrañas, esas amenazas insolentes. Cree en seguida que son los amigos, los compadres, todos los que se relacionan con él, los amenazadores y los perseguidores. Iguales fenómenos hemos podido investigar en Vicencio, y no tenemos para qué explayar más lo que ya está dicho y estampado.

2.° Otro agente importantísimo y precioso es la *voluntad* del sujeto. En un principio cuando ésta facultad cerebral despliega toda su viveza puede luchar contra esas odiosas alucinaciones que martirizan; contra esos seres imaginarios que hablan, que insultan, que befan, que delatan. El enfermo tiene conciencia exacta de esta batalla que libra contra las alucinaciones y cuando se le insta á que golpee, á que hiera, á que mate, consigue todavía escapar del tremendo suplicio. Es lo que ha hecho Vicencio saliendo del calabozo.

Pero las alucinaciones no cesan. Pueden desaparecer durante la vigilia, por esa especie de distracción que experimenta el cerebro sometido á otra clase de impresiones. Llega la noche y el silencio hace despertarlas con mas viveza. De este modo el sueño es más ajitado y peligroso y la voluntad poco á poco se va minando. Si el hombre es educado, consulta á un médico y se queja ante él de sus padecimientos cerebrales. Si el sugeto es escaso de inteligencia, no hay motivo para detenerse: la voluntad se derrumba. Al delirio de persecuciones inofensivo viene á unirse un ataque de manía furiosa. Entónces ha sido cuando Isidro Vicencio, torturado por tremendas alucinaciones tomó la barra de hierro, hiriendo de muerte al reo Campusano.

Se comprende, pues, que mientras la voluntad del perseguido no vacile, no se nuble, esta clase de enagenados no son peligrosos; pero cuando las alucinaciones siguen su marcha destructora, cuando la desconfianza se desborda en el ánimo del enagenado, llega un momento dado en que la impulsión irresistible se desata, haciendo de la voluntad un mueble inútil, convirtiendo al enfermo en una bestia feroz.

Queda demostrado de esta manera que Isidro Vicencio, cuando ejecutó el crímen por el cual se le acusa, estaba completamente privado de razón: 1.° porque padecía de alucinaciones terribles, que, si bien no marcaban una ruina total de sus facultades intelectuales se encaminaban á tan funesto desenlace; 2.° porque había perdido la facultad más hermosa de su inteligencia: *la voluntad.*

Dice Maudsley en su libro *Le crime et la folie*, refiriéndose al perseguido: .... «durante largo tiempo resiste á la pasión imperiosa que lo impele á vengarse; tal vez denuncia á su perseguidor á las autoridades (el mismo fenómeno en Vicencio), de quienes pide justicia; pero, al fin, sea que del deterioro de su salud resulte una actividad más grande de su delirio y un debilitamiento de su voluntad; sea porque la ocasión lo provoca y lo tienda al exceso, se torna desesperado: la pasión ahoga toda reflexión; sopla sobre la resistencia vacilante de su voluntad sin fuerza, y lo precipita á la satisfacción de su cólera y de su venganza».

***

En consecuencia, del estudio médico-legal que antecede; en vista de las consideraciones patológicas detalladas; en vista de los antecedentes reveladores que conciernen á la herencia del sujeto y á los datos anamnéticos obtenidos, se llega á las siguientes conclusiones:

1.ª El reo Isidro Vicencio padece en la actualidad de *delirio de persecuciones* de orígen alcohólico, con exesos de manía furiosa de caracter impulsivo con tendencias á herir y á matar;

2.ª En el momento de realizar el delito de que está acusado, era presa de un acceso de manía furiosa; estaba completamente privado de su razón;

3.ª Isidro Vicencio es, por lo tanto, *irresponsable* de los actos cometidos durante el ataque de locura furiosa.

Saluda á US.

L. Vergara Flores,
Médico de ciudad y de policía.

Tocopilla, Mayo de 1893.

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO.—El permanganato de potasa contra el fósforo.—El método esclerógeno en las tuberculosis genitales del hombre.—La copaiba en la cirrosis hepática.—El ácido carbólico en la fiebre tifoídea.—¿Tienen los antipiréticos el valor que se les atribuye?

EL PERMANGANATO DE POTASA CONTRA EL FÓSFORO.—El doctor Hegnos, de Buda-Pest, ha tratado dos casos de envenenamiento por el fósforo con el permanganato de potasa, según la recomendación de Bokay, y en ambos ha obtenido éxito feliz, á pesar de haber sido grande la cantidad de veneno ingerida en uno y otro caso.

En cada caso, el estómago fué lavado primeramente con agua tibia, é inyectado en seguida con 450 gramos de una solución de permanganato al 10 por ciento, que se dejaron en él.

(The Medical Chronicle, Septiembre de 1892).

***

EL MÉTODO ESCLERÓGENO EN LAS TUBERCULOSIS GENITALES DEL HOMBRE.—Ozenne ha usado las inyecciones esclerógenas de cloruro de zinc en un caso de tuberculosis del testículo, del epididimo y del cordón, con manifiesta mejoría después de una ligera inflamación sub-aguda. Se usó la solución al 1 por 10; dos gotas en cada inyección, y se practicaron siete inyecciones al rededor de los tegidos enfermos en cuatro sesiones. La mejoría obtenida se mantenía todavía seis meses después.

(Academie de Médicine, Febrero 21).

***

COPAIBA EN LA CIRROSIS HEPÁTICA.—Georginevoski ha empleado el bálsamo de copaiba en doce casos de cirrosis hepática, en todos los cuales fué notable la acción del medicamento. La orina aumentó dos ó tres veces su cantidad habitual, y continuó así aumentada por ocho días. Hubo una gran reducción de la ascitis, y una marcada mejoría en el estado general. En un caso, los síntomas no volvieron en ocho meses. Hubo casos, sin embargo, con algunos inconvenientes: lengua saburral, distensión del estómago, diarreas.

Posteriormente, el mismo profesor ha estudiado la acción de la copaiba en el perro, y ha comprobado que su acción tóxica no empieza sino cuando se ha excedido su dósis terapéutica en proporción tan excesiva como uno es á doscientos, y aún entonces las alteraciones observadas en el riñón no han ido más allá de las que podían atribuirse razonablemente á la excesiva actividad funcional.

(University Medical Magazine).

***

EL ÁCIDO CARBÓLICO EN LA FIEBRE TIFOÍDEA.—El doctor Rodger Slvan, de Galashiels, ha tratado diez casos por el método del doctor Charteris.

Insiste en aislar cada enfermo, tenerlo en la posición acostado y á dieta láctea.

No da ningún remedio hasta no confirmar el diagnóstico. Una vez comprobado éste, dá píldoras de 2½ gramos (?) para tomar tres veces al día, observando cuidadosamente sus efectos, sobre todo en la orina. Cuando baja la temperatura, lo que en general sucede á los tres días de administrar el medicamento, disminuye á dos píldoras por día, tomadas mañana y tarde. Si la temperatura vuelve á la normal, continúa dando una píldora por dos ó tres días más.

En cuatro de los casos tratados hubo recaída, después de haber suspendido el medicamento, pero bastó dar una, dos ó tres píldoras al día, según la gravedad de los síntomas, para volver á la mejoría.

Cuando la temperatura ha sido normal por una semana, agrega á la dieta láctea alimentos ligeros, como carnes blancas, de pescado, pollo, arrowrot, etc., permitiendo los alimentos sólidos después, si se acentúa la mejoría.

Los métodos ordinarios de tratamiento procuran fortalecer el sistema por una dieta apropiada, y prescriben remedios para los síntomas urgentes. El tratamiento por el ácido carbólico ataca de raíz la fiebre porque mata los micro-organismos, que son la causa de la enfermedad.

En los casos así tratados, la fiebre era detenida pronto y no se presentaron síntomas graves, como hemorragias ó perforaciones, y la convalescencia era ligera y fácil.

Este tratamiento lo cree tan eficaz el doctor Rodger Silvane, que le parece, si se adopta cuando hay epidemia de fiebre tifoídea, tan seguro ó más que la vacuna contra la viruela.

(*The Buttsch medical jurnal*).

***

¿TIENEN LOS ANTIPIRÉTICOS EL VALOR QUE SE LES ATRIBUYE?—El doctor Tross, en un dissurso pronunciado en la Sociedad Médica de Karlsruhe, resume así su trabajo sobre este asunto:

1.° Los hechos demuestran que en las enfermedades infecciosas obran dos toxinas distintas, una que produce la fiebre y otra que paraliza el corazón.

a) La toxina piretógena se neutraliza con grandes dosis de cognac; cuanto más elevada es la temperatura, más cognac ó alcohol se debe dar: es el combustible que suministra al cuerpo para evitar que tome de su organismo el material de oxidación.

b) La toxina cardio paralítica se neutraliza con los cardíacos, en primer término con el alcanfor, luego digital, cafeina, cocimiento de quina, etc., que en las enfermedades infectivas que notoriamente tiendan á paralizar el corazón, como la piemia, neumonia, difteria, etc., han de propinarse pronto, sin aguardar que desfallezca la actividad cardíaca.

2.° Los antipiréticos *pueden* paralizar el corazón, y este efecto es tanto más temible cuando este órgano se halla amenazado por las toxinas que circulan en la sangre. Debe, por lo tanto, prescindirse de los antipiréticos por inútiles, con respecto á la toxina *a)* y por positivamente perjudicial con respecto á la toxina *b)*, con cuya acción se acumulan.

(*Revista de Ciencias Médicas*).

REVISTA CLÍNICA

Clínica Ginecológica del Dr. Körner

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DEL CARMEN, DEL HOSPITAL DE SAN BORJA, DURANTE EL MES DE ABRIL

Existencia anterior	36
Entradas	28
Total	64
Altas	32
Fallecidas	2
Existencia el 1.° de Abril	40

OPERACIONES

1.ª Histerectomía vaginal por tumor maligno del cuello del útero sin infiltración de los ligamentos anchos; útero sin adherencias. La enferma ha curado perfectamente sin haber tenido ninguna complicación; la temperatura no pasó de 37°5. Se dió de alta á los veinticinco días de operada.

2.ª Resección de los ligamentos redondos (operación de Alexandre) por retro-flexión del útero sin adherencias; se procedió á hacer esta operación por haber sido inútiles todos los demás tratamientos empleados para mantener el útero en su lugar (masaje, tapones impregnado de sustancias medicamentosas, pesarios, etc.). Las heridas han cicatrizado perfectamente; el útero se mantiene en su lugar fisiológico; pronto se le dará de alta.

3.ª Desgarro del periné (segundo grado) y fístula vesico-uterina producida por una aplicación de forceps en un parto. El avivamiento y sutura del desgarro del periné cicatrizó por primera intención; la fístula vesical sólo se redujo un poco; se espera pase algunos días para ser reoperada.

4.ª Extirpación de un pólipo mucoso del tamaño de un huevo de paloma implantado en el labio anterior del cuello del útero Salió de alta.

5.ª Dilatación de la uretra por medio de los dilatadores de Hegar por cistitis crónica y concresiones calcáreas de la vegiga; se sacaron las concresiones calcáreas. La enferma sigue mejor.

6.ª Raspaje y cauterización con el termo-cauterio del cuello del útero por tumor maligno de dicho órgano con infiltración de los anexos del útero. La enferma se encuentra mejor.

7.ª Histerectomía vaginal por tumor maligno del cuello. La enferma está en curación.

8.ª Amputación del tercio superior del antebrazo, procedimiento circular por un accidente de ferrocarril en una mujer de 80 años; no ha habido curación por primera intención porque algunos de los músculos estaban contusionados é infiltrados de sangre; pero la enferma está bien y no habrá necesidad de hacer una nueva operación.

9.ª Laparotomía por hidro-salpingitis doble.

N. N., de 39 años de edad, casada, de Concepción, ha tenido dos hijos y un aborto, siendo éste el último, hace 15 años.

Tuvo su primera regla á los quince años de edad; ésta ha sido muy regular, sin dolores; le duraban cuatro días.

No tiene antecedentes hereditarios; la salud anterior, buena.

Nos cuenta la enferma que hace tres años tuvo una fuerte menorragia que le duró un mes. Se suspendió por los remedios que le dieron; pero desde esa época su regla ha sido muy irregular en su aparición, siendo siempre muy abundante; le duraban 10 á 12 días hasta la fecha actual; el espacio de tiempo que pasaba entre una metrorrafia y otra era de 5 á 8 días. Desde hace tres años la enferma dice sentir fuertes dolores de caderas y á la pierna izquierda, dolores que la imposibilitaban hacer algún trabajo.

Estado actual. El aspecto de la enferma no nos revela en nada su afección, porque es una persona gorda y de muy buen color, de temperamento sanguíneo.

Se procedió á examinar á la enferma y el doctor Körner constató

un ligero prolapsus de la vagina anterior, útero en retro-versión ligeramente móvil; en los ligamentos anchos encontró dos tumores, siendo mayor el del lado izquierdo, inmóvil y fluctuante, sin desigualdades (que estaban inmediatamente al lado del útero; éste estaba entre los dos tumores). Apesar de la falta de movilidad, á la que Simpson le da una gran importancia para el diagnóstico de la afección, el doctor Körner hizo el diagnóstico de un hidro-salpingitis doble y se le propuso á la enferma el tratamiento de la laparotomía, lo que ella aceptó

La operación se llevó á efecto el día 19 de Abril.

Después de haber preparado convenientemente á la enferma como todos los útiles necesarios para dicha operación, se procedió á cloroformarla. Se hizo una incisión desde el ombligo hasta dos traveses de dedo por encima de la sínfisis del pubis en la línea blanca. Después de haber incindido la pared abdominal separando las asas intestinales, se pudo ver los dos tumores que tenían la colocación arriba indicada, siendo el izquierdo un poco mayor que el puño y el derecho un poco menor, recubierto por el peritoneo y completamente adherido á la pelvis; se incindió el peritoneo, que cubrió el tumor y principió á disecar el saco quístico con el mayor cuidado para no romperlo; pero, por desgracia, esto sucedió. En seguida se extrajo la pared del tumor y se suturó el peritoneo dividido. Igual cosa pasó en el lado derecho aún hasta de romperse el quiste; el líquido que salió era claro, sin olor. Apesar de la sutura del peritoneo y de la ligadura de los vasos, siempre había una pequeña hemorragia; se puso un tapón de gasa yodoformada (Mickuliczch) en el peritoneo y se suturó la herida.

La enferma está bien, apesar de haber sido un poco larga la operación. Pulso, 60; repiraciones, 24; temperatura, 35°3.

Á las 12 P. M.: temperatura, 36°3.

Á la 1½ P. M.: se le puso una inyección de morfina 0.01 con 0.001 de atrofina, porque la enferma se quejaba de dolor al vientre; se extrajo la orina 150 gramos.

Á las 3½ P. M : temperatura, 37°5; pulso, 110; respiraciones, 20. La enferma duerme desde las 2 P. M. y está muy tranquila.

Día segundo.—La enferma tuvo una vez vómitos; pasó la noche tranquila, después de habérsele puesto una segunda inyección de morfina.

Á las 8 A. M.: temperatura, 37°6; pulso, 110; respiraciones, 26.

Se procedió á curar la enferma. Se sacó la gasa ó tapón, que

salió manchado en sangre y se puso un tubo de drenaje en su lugar porque salió una pequeña cantidad de líquido sanguinolento; no se lavó la herida.

Á las 12 M.: temperatura, 38°2; sigue bien; ha orinado sola.

Á las 3½ P. M.: temperatura, 37°9; pulso, 110; respiraciones, 30.

Á las 4 P. M.: temperatura, 37°9; pulso, 110; respiraciones, 24. La enferma está perfectamente; no tiene dolor al vientre; se le ha dado un poco de caldo.

Día tercero.—La enferma ha pasado muy bien la noche; ha dormido tranquila; no ha tenido dolor.

A las 8 A. M.: temperatura, 36°8; pulso, 90; respiraciones, 20.

Se cambió el apósito; la gasa que está en contacto con el tubo está impregnada de un líquido sanguinolento; se lavó el interior de la herida con una solución de ácido bórico al 2 por 100, tibio; se dejó siempre el tubo.

Á las 3 P. M.: temperatura, 37°; pulso, 90; respiraciones, 20. La enferma sigue bien; nada de anormal.

Día cuarto.—La enferma está perfectamente; pasó una buena noche. Temperatura á las 8 A. M., 36°7; pulso, 84; respiraciones, 20. Se hizo la misma curación del día anterior; la gasa estaba seca se sacó el tubo y sólo se puso el apósito.

Á las 3 P. M.: temperatura, 37°2; pulso, 90; respiraciones, 20. La enferma se siente un poco fatigada, pero sin dolor; se prescribió un purgante de aceite de ricino, 30 gramos.

Día quinto.—La enferma sigue bien; se le administró el purgante á las 7 A. M.

Á las 8 A. M.: pulso, 80; respiraciones, 20; temperatura, 37°. No se curó.

Á las 3 P. M. la enferma ha tenido dos deposiciones; está perfectamente; temperatura normal.

Día 6.—La enferma está perfectamente; se curó algunos puntos de suturas, principian á supurar; se lavó con ácido bórico y se puso apósito.

Días 7, 8, 9 y 10.—La enferma ha pasado bien; se ha curado todos los días la supuración; no disminuye hasta el día 10, se sacaron todos los puntos de sutura.

Los demás días se ha curado una vez al día con ácido fénico al 2½ por ciento; la supuración ha disminuído. Se espera que en pocos días más estará sana.

10.ª Laparatomía por quiste del ovario derecho y pio-salpingitis de la trompa izquierda.

Francisca G., de 30 años, casada desde hace ocho años; no ha tenido familia. Tuvo su primera regla á los 16 años; su regla ha sido muy regular, enfermaba tres días, jamás ha tenido ninguna alteración en ella.

Sus antecedentes hereditarios carecen de importancia; no ha tenido ningún hermano.

Dice la enferma que ha tenido mala salud, porque continuamente ha estado enferma; no precisa cuáles han sido sus males.

Nos cuenta que hace dos años principió á notar una dureza en el lado izquierdo del abdomen sin ocasionarle dolores, y notando que ésta aumentaba de volumen, creyó ella que estaba embarazada; pasado un año viendo que no era embarazo principió á hacerse muchos remedios y cree que eso le ha hecho peor; desde esa fecha principió á sentir dolores y notó que su vientre se endurecía más y más; ha enflaquecido mucho; ha tenido dificultad al obrar y orinar; no se puede alimentar, todo lo que come lo vuelve; los dolores han aumentado, sobre todo en la noche, lo que la priva del sueño.

Examinada la enferma, notamos que el vientre es muy abultado, muy duro á la presión externa, como madera; el ombligo prominente y muy sensible á la presión como así mismo su rededor.

Por el examen vaginal pudimos constatar que la vagina posterior está rechazada hacia adelante por un tumor que ocupa todo el espacio de Douglas, es imposible palpar el cuello porque se encuentra muy arriba y rechazado á la izquierda. La uretra alargada y por medio de la sonda encontramos la vegiga muy arriba y á la izquierda. El examen por el recto nos hizo ver que este órgano está por detrás del tumor y comprimido por éste. Tanto por la vagina como en el recto se nota una fluctuación muy manifiesta.

Con estos datos se hizo el diagnóstico de un quiste del ovario derecho desarrollado entre las dos hojas del ligamento ancho.

Por estar la enferma muy incómoda por el volumen del tumor tanto por los dolores que la ocasiona, como así mismo los síntomas del lado del recto y vegiga, y por no poderse operar inmediatamente se procedió á hacerle una punsión con el aspirador de Dielafoy haciendo la punsión en el flanco derecho, dió salida á un líquido amarillento, gelatinoso; se extrajo un litro de dicho líquido, lo

que alivió un poco la enferma. Esta mejoría sólo duró tres días, después reaparecieron nuevamente sus sufrimientos aumentando día á día, siendo ya su estado insoportable: la enferma no duerme, no se puede acostar, tiene que estar sentada y afirmada por almohadones, le es imposible sentarse sobre una silla, no puede obrar ni aun con lavativas; para que se mueva el vientre hay necesidad de darle purgante de aceite de ricino cada dos ó tres días, y todo alimento que se le da, cualquiera que éste sea, lo vuelve. Este estado, naturalmente, ha empeorado mucho á la enferma hasta el día 3 en que fué posible hacer la operación.

Las dimensiones del vientre son las siguientes:

Del pubis al ombligo, 25 centímetros.

Del ombligo al apéndice sixfoides, 20 centímetros.

Circunferencia al nivel del ombligo, 97 centímetros.

Circunferencia al nivel de las espinas ilíacas anteriores superiores, 92 centímetros.

Inmediatamente antes de la operación el pulso era de 120 por minuto; la respiración 24, y la temperatura, 37°4.

Después de estar cloroformada la enferma se le hizo una incisión en la línea blanca, desde dos traveses de dedos por encima de la pelvis hasta el nivel del ombligo, incisión que hubo que prolongar por encima del ombligo ocho centímetros más ó menos para facilitar la operación, se punsionó el tumor tan luego como se incindió la pared abdominal. Este era un quiste multiloculor y que se fueron rompiendo los compartimentos á medida que se progresaba en la operación, siendo muy laboriosa porque el tumor estaba muy adherido á los órganos vecinos. Después de dos horas de trabajo se pudo extraer el tumor, juntamente con la trompa izquierda, tanto porque ésta estaba íntimamente adherida al quiste como porque en esta enferma había ahí un pio-salpingitis del tamaño de una cabeza de feto en el sexto mes. Después de extraer el tumor se hizo un lavado con ácido fénico al 2 por ciento de la cavidad abdominal, y después se puso un tapón de gaza iodoformada (Miculicz) y se suturó la herida.

Antes de terminar la operación hubo necesidad de hacerle una inyección de citrato de cafeina y otra de éter alcanforado porque el pulso era muy pequeño, á pesar de haber consumido en toda la operación apenas unos 30 gramos de cloroformo.

Temperatura después de la operación, 36°6.

Respiración, 39.

Pulso, 132, muy pequeño, y que va perdiéndose más y más. Se le hizo dos hipodermoclisis de agua con sal, en cada una de las axilas, de 200 gramos.

A las 12½ P. M. Ha estado la enferma un poco intranquila, sin dolor, dice sentirse mal, con muchos deseos de vomitar, pero no lo ha hecho, se le ha dado un poco de agua con cognac.

Temperatura, 38°1. Respiración, 40. Pulso muy pequeño, 140.

A las 3½ P. M. Temperatura, 38°5. Respiración, 40. Pulso muy pequeño, 160 por minuto. No ha tenido vómitos, duerme á ratos, la lengua está seca.

A las 3¾. Se extrajo la orina, 50 gramos, siendo sanguinolenta. El estado es muy malo, se cree que no pasará la noche. El pulso es muy irregular, frecuente y pequeñísimo, no se puede contar. Temperatura, 39°. Respiraciones, 48, muy superficiales.

Segundo día. A las 8 de la mañana la enferma está sumamente mal, no se le hizo nada por creerse inútil ya. La noche la ha pasado mal.

Murió á las 10 A. M.

11.ª Laparatomía por quiste del ovario derecho.

Bernabé S., de 29 años, casada, no ha tenido familia. Tuvo su primera regla á los 15 años; su regla ha sido siempre regular, sin dolores, hasta hace cuatro meses que son dolorosas.

Los antecedentes hereditarios sin importancia, su salud anterior buena.

Nos cuenta la enferma que desde hace cuatro meses ha sentido dolores de caderas y sobre todo á la pierna derecha, que aumentan en la época de sus reglas; éstas han seguido una marcha progresiva. Tales son los únicos datos que da de su enfermedad.

Por el examen vaginal pudimos constatar que en su vagina no había nada de anormal, útero en ante flexión, movil, anexo izquierdo sano, en el lado derecho se encontró un tumor poco menos que la cabeza de un feto de término, inmóvil, que estaba en parte en la pequeña pelvis y la otra en la cavidad abdominal, sin movimiento, fluctuante, y de superficie pareja.

Se diagnosticó un quiste del ligamento ancho derecho.

Se le propuso á la enferma operarla y aceptó.

El 28 de Abril, después de haberla sometido á la preparación necesaria, se procedió á operarla. Se hizo una incisión en la línea blanca, desde dos traveces de dedos por debajo del ombligo hasta dos traveces de dedos por encima del pubis, una vez abierta la

cavidad abdominal se procedió á extraer el tumor, el que estaba bastante adherido á las paredes de la pequeña pelvis, en estas maniobras se rompió el saco y se derramó un líquido transparente, que era el contenido; después de haber extraído el saco se hizo la *toilette* del peritoneo y se suturó la herida abdominal. Tiempo empleado en la operación, 50 minutos.

A las 12 M. Temperatura, 37°1, á esta hora se le puso una inyección de media geringa de morfina, porque tenía mucho dolor al vientre.

A las 2½ P. M. Temperatura, 37°2. Pulso, 114. Respiraciones, 24. El estado no es malo; no ha tenido vómitos. Se le sacó la orina, salieron 400 gramos.

Segundo día. La noche ha pasado mal; ha dormido muy poco á pesar de una inyección de morfina; ha tenido vómitos toda la noche y dolor al vientre.

A las 11 P. M. Temperatura, 37°9.

A las 2 A. M. Temperatura, 38°. Se le sacó la orina, 500 gramos.

A las 8 A. M. Temperatura, 38°5. Pulso, 140. Respiraciones, 33. Los vómitos han disminuído pero el pulso es pequeño; el estado general no es satifactorio, á pesar de no tener dolor al vientre ni timpanismo.

A las 9½ se le puso una lavativa alimenticia.

A las 12 M. Temperatura, 40°. Se le puso una lavativa de un gramo de antipirina. Se le hizo una inyección de citrato de cafeina y otra de éter alcanforado.

A las 12¾ la enferma sigue peor; está muy agitada, hay subdelirio; el pulso es muy pepueño y muy frecuente incontable.

Temperatura, 40°. Respiraciones, 44, muy superficiales. Se le hizo dos hipodermoclisis de solución de cloruro de sodio, en las axilas, de 200 gramos cada una.

A las 2 P. M. una segunda lavativa alimenticia; se le ha dado pequeñas cantidades de caldo con oporto. A las 2¼ se le sacaron 100 gramos de orina.

A las 3¼ P. M. la enferma tiene un poco mejor aspecto; ha pasado un poco la agitación; el vientre está deprimido, no hay dolor á la presión; lengua húmeda; está en un estado de estupor, sólo contesta cuando se le habla fuerte.

Temperatura, 40°. Respiraciones, 44. Pulso muy pequeño é irregular. Se le puso una inyección hipodérmica de muriato neutro de quinina de 0.50 centigramos.

Tercer día. El resto del segundo día, como así mismo la noche, ha pasado mal; la temperatura ha fluctuado entre 40° y 40°5.

A las 8 A. M. el estado es muy malo, está próximo á la muerte.

A las 10 A. M. murió la enferma.

12.ª Laparatomía inmediatamente después de una histerectomía vaginal imposible de terminar.

N. N., de 42 años, casada hace 11 años, no ha tenido nunca familia. Su primera regla la tuvo á los 12 años; su regla ha sido abundante, sin dolores.

Sin antecedentes hereditarios; ha tenido doce hermanos. Su salud anterior ha sido buena.

Nos encontramos con una enferma muy anémica, gorda, que nos dice que desde hace dos años ha tenido hemorragias abundantísimas, tanto que actualmente sólo tiene tres ó cuatro en todo el mes, sin sangre, y muchos dolores á las caderas; que por esta enfermedad consultó en la calle á un médico el que después de haberla sometido á varios tratamientos, sin obtener resultado alguno, procedió á hacerle un raspaje de la mucosa uterina, el que se efectuó el 14 de Agosto del año próximo pasado, habiéndole hecho cesar la sangre sólo por pocos días y ha vuelto á quedar en el mismo estado de antes.

Examinada la enferma, sólo encontramos el útero en retro-versión; por lo demás, normal. Al introducir la sonda uterina nos llamó la atención que daba salida á una gran cantidad de sangre.

Se diagnosticó una endometritis y se dejó para operar á la enferma en pocos días más (raspaje de la mucosa).

En Octubre del año próximo pasado se procedió á hacer el raspaje, el que no tuvo nada de particular, lo único que dió fué una gran cantidad de sangre. A los ocho días después del raspaje se principiaron á hacer inyecciones de ácido fénico al 5 por ciento dentro del útero; se hicieron cinco ó seis; la enferma parecía estar bien.

Los trocitos de mucosa que se extrajeron fueron examinados al microscopio, el que sólo nos mostró las alteraciones de la mucosa en las endometritis glandular.

La mejoría de la enferma sólo se mantuvo por algunos días y volvió la sangre. Se procedió á hacer un nuevo raspaje del que obtuvimos el mismo resultado.

Después de esto, viendo que los raspajes eran infructuosos se procedió á hacer tocaciones de toda la mucosa uterina con una

solución de 10 por ciento de cloruro de zinc, más ó menos seis. Con este tratamiento tuvo dos meses reglas regulares, pero siempre con dolores de caderas, después de este tiempo reaparecieron las hemorragias. Se determinó hacer la extirpación del útero por la vagina.

El 11 del presente mes de Abril se procedió á hacer la operación.

Se principió, como hemos dicho, por tratar de extirpar el útero por la vagina, aunque esta era muy estrecha y el útero sin movilidad; después de haber hecho varias ligaduras á ambos lados del útero con gran dificultad, pudimos convencernos que por la estrechez vaginal como por las adherencias uterinas nos era imposible conseguir lo que deseábamos, por lo que el doctor Körner determinó hacer una laparotomía para extraer por arriba el útero, cosa que se hizo inmediatamente poniendo previamente un tapón de gaza iodoformada en la vagina.

Se hizo una incisión de 10 centímetros en la línea blanca, principiando á dos traveses de dedos por encima del pubis. Después de haber incindido toda la pared abdominal, pudimos notar que esta segunda operación era completamente inútil porque el útero estaba fuertemente adherido á la pelvis y había una gran cantidad de adherencias imposible, sin gravísimo peligro para la enferma, de romper; los ovarios se encontraban en las mismas condiciones que el útero, por lo que hubo necesidad de suturar la herida abdominal dejando el útero en su lugar esperanzado que las hemorragias no se reprodujeran, después de la ligadura y succión de las arterias uterinas que se había hecho antes.

Después de la operación la enferma ha pasado perfectamente, habiendo tenido sólo el primer día vómitos. La temperatura no ha pasado de 37°5. Todos los días se le han hecho irrigaciones vaginales de ácido fénico al 2 por ciento.

El apósito de la herida abdominal sólo se levantó á los 11 dias de operada; encontramos la herida completamente cicatrizada, sin haber una sola gota de pus; se quitaron los puntos de sutura.

Después ha seguido la enferma bien y esperamos que las hemorragias no se repitan por la causa enunciada más arriba.

Tenemos que sentir que en los dos casos de muerte de nuestras enfermas no haber hecho la autopsia por razones ó inconvenientes insalvables; pero creemos que la enferma cuya historia relacionamos á la ligera con el número 10, la causa de su muerte fué el mal estado en que fué operada, y respecto de la otra número 11, murió por peritonitis.

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DEL CARMEN, DEL HOSPITAL DE SAN BORJA, DURANTE EL MES DE MAYO

Existencia anterior	40
Entrados	31
Total	71
Altas	31
Muertos	0
Existencia en 1.° de Junio	40

OPERACIONES

Resección de los ligamentos redondos por retroflexión del útero móvil, que no había sido posible curar por todos los medios que existen para combatir esta enfermedad. La enferma está perfectamente, y luego estará completamente curada de sus heridas; ha supurado la incisión del lado izquierdo.

2.ª Raspaje de la cavidad del útero por retensión de restos de placenta después de un aborto; la enferma salió curada después de ocho días de haber sido operada.

3.ª Raspaje del cuello del útero por tumor maligno de este órgano, siendo imposible, por lo avanzado de la afección, la extirpación del útero; la enferma está bien.

4.ª Extirpación de unos ganglios al lado de una cicatriz, después de una amputación del seno por tumor maligno de dicho órgano; la enferma fué operada en el mes de Noviembre del año próximo pasado.

5.ª Ignipuntura del cuello del útero, por catarro crónico de dicho órgano, en que habían fallado los otros tratamientos empleados en esta enfermedad.

6.ª Punción aspiradora de un quiste hidatídico del abdomen; se extrajeron por medio del aspirador de Dieulafoy 800 gramos de líquido. En esta enferma se había diagnosticado una hidro-nefro-

sis del riñón izquierdo, pero el examen histológico mostró la presencia de ganchos de equinococos; no había en el tumor el frote que se encuentra en estos quistes, semejante á los que se producen en un saco lleno de arroz. No se hizo posteriormente la operación que debía haber curado radicalmente á la enferma, por no aceptarlo ella, por lo que se le dió de alta.

7.ª Extirpación de un enorme lipoma del brazo derecho en una mujer de 70 años de edad. Principió el tumor hace 20 años, más ó ménos, sin dolor; crecimiento lento. Dimensiones: circunferencia, 60 centimetros; desde la implantación al extremo libre, 34 centimetros; circunferencia del pedículo, 15; peso después de extirpado, 4.200 gramos. La enferma sanó por primera intensión á los diez dias, se sacaron las suturas y á los doce se le dió de alta.

ZEGERS P.,
Ayudante de la Clínica.

CRÓNICA

SUMARIO.—Reglamentación de la Beneficencia pública.—*Crónica Medica de Concepción.*—Estadística de variolosos fallecidos en los lazaretos de Santiago desde 1840 hasta 1892.—Vacunación obligatoria.—A nuestros suscriptores, por el doctor Conrado Ríos V.

REGLAMENTACIÓN DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA.—Con motivo de haber prometido el Presidente de la República en su mensaje á las Cámaras, presentar un proyecto de ley que reglamente la Beneficencia pública, se reunieron en el salón de la Bolsa Comercial casi todos los médicos que en Santiago tienen servicio hospitalario.

Presidió la reunión el doctor don Wenceslao Díaz, haciendo de secretario el doctor Vicencio.

Después de cambiar algunas ideas se acordó pedir al Supremo Gobierno que en el proyecto de ley que se está elaborando para reglamentar la Beneficencia Pública tengan cabida los siguientes puntos:

1.º Entre los señores que deben formar las Juntas de Beneficencia figurarán médicos nombrados por los facultativos de hospital. El número de estos miembros será de uno por cada establecimiento de beneficencia que tenga en sus servicios desde cuatro médicos para arriba;

2.º El administrador de cada establecimiento de beneficencia reunirá una vez por mes á los médicos hospitalarios; y

3.º Solicitar igualmente que en la referida ley quede bien establecido que los médicos de hospital ó son empleados públicos con derecho á todas las prerrogativas que tienen los nombrados por el Presidente de la República, ó son simplemente empleados de beneficencia á quienes no les toca ninguna de esas prerrogativas, ni menos las incompatibilidades que afecta a los empleados públicos.

Una comisión compuesta de los doctores Díaz, San Cristóbal, Vicencio y Barrenechea, quedó encargada de redactar una nota firmada por todos los médicos de hospital, acompañando la anterior petición.

La idea de reglamentar la Beneficencia es sentida desde largo tiempo, y no podemos menos que aplaudir la feliz inspiración del cuerpo médico de Santiago.

No nos toca entrar en el análisis de los puntos que los médicos de hospital han juzgado conveniente sean comprendidos en la ley de Beneficencia; haremos sí notar que, conforme á la Constitución, los facultativos de hospital no podrán tener derecho á nombrar miembros de la Junta de Beneficencia.

***

«CRÓNICA MÉDICA DE CONCEPCIÓN».—Hemos recibido el primer número de un periódico de este nombre, editado por la Sociedad Médica de aquella ciudad.

Su material es variado é interesante y acusa laboriosidad en sus redactores.

La *Crónica Médica de Concepción* aparecerá cada dos meses en cuaderno de 32 á 40 páginas. Según noticias recibidas últimamente, el periódico tiene ya su existencia asegurada, pues aparte de contar con colaboradores entusiastas ha reunido también el número de suscriptores necesarios para hacer frente á los gastos que él demande.

La Sociedad Médica de Santiago aplaude el movimiento científico iniciado con tan laudable objeto en la capital del sur y desea ardientemente que los compañeros de la *Crónica Médica* no desmayen un instante y sepan vencer las dificultades que siempre se presentan en el camino del periodismo médico en Chile.

***

ESTADÍSTICA DE VARIOLOSOS FALLECIDOS EN LOS LAZARETOS DE SANTIAGO DESDE 1840 HASTA 1892.—El Consejo de Higiene Pública pidió al director del Instituto del mismo una nómina de las defunciones por viruela ocurridas en los lazaretos de Santiago en los años que se indican en el epígrafe.

El doctor Puga Borne, jefe del Instituto de Higiene, tomó los datos que se le pedían de tres fuentes diversas, según los cuales resulta que en los cincuenta y dos últimos años la cifra sube á 29,090, distribuídos en la forma siguiente:

1840	390
1841	139
1842	17
1843	20
1844	45
1845 (no se han hallado datos).	
1846	114
1847	160
1848	198
1849	139
1850	39
1851	75
1852	140
1853	142
1854	151
1855	26
1856	48
1857	76
1858	75
1859	57
1860	44
1861	22
1862	20
1863	21
1864	279
1865	507
1866	67
1867	210
1868	124
1869	532
1870	235
1871	379
1872	4,336
1873	787
1874	128
1875	43
1876	2,961
1877	39
1878	75
1879	1,212

1880	3,155
1881	286
1882	1,318
1883	1,513
1884	1,069
1885	1,639
1886	2,551
1887	22
1888	2
1889	14
1890	576
1891	1,350
1892	976
Total	29,090

***

VACUNACIÓN OBLIGATORIA.—Cada vez que sea necesario habremos de insistir en la urgencia del despacho de alguna ley que establezca la vacunación obligatoria. El Congreso actual, antes de entrar en estériles luchas de partido, que un alto deber patriótico aconseja evitar, debiera ocuparse de combatir los estragos que nos ocasiona la viruela dictando leyes serias sobre salubridad pública.

Aunque bien pocas esperanzas, más bien ninguna, tenemos de que el proyecto de ley sobre vacunación obligatoria, presentado por el honorable Diputado señor Robinet, sea discutido en el actual período legislativo; no obstante ahora y siempre pedimos y pediremos que se apruebe en alguna forma, cualquiera que sea, la vacunación obligatoria. Por más defectos que tenga una ley sobre la materia, el tiempo se encargará de decir en dónde están esos defectos y cuál será la mejor manera de corregirlos.

En la sesión de 18 de Agosto de 1888 de la Cámara de Diputados, don Francisco Puelma Tupper, Diputado por Talca, presentó un proyecto de ley, el más completo que conocemos, pidiendo la vacunación compulsiva.

El interés del proyecto y de su preámbulo nos obliga á transcribirlo aquí íntegramente. Su lectura será también muy útil para todo aquel que quiera hacer historia sobre la viruela ó la vacuna.

Hé aquí la moción del señor Puelma Tupper:

«Honorable Cámara:

Ya no es posible desentenderse por más tiempo de los estragos que la viruela hace en el país, y aunque esta Cámara haya rechazado en otra ocasión un proyecto de ley de vacunación obligatoria presentado y aprobado por el Senado, ello sucedió, no porque á la idea de vacunación forzosa le faltara en su seno una gran mayoría, sino porque se estimó inadecuada la manera como se le quería realizar en la práctica.

Hoy día, contando con oficinas de Registro Civil en todos los departamentos de la República, creemos sumamente fácil y hacedero el implantar dicha vacunación sin necesidad de revestir á los subdelegados é inspectores de facultades hasta cierto punto peligrosas, como se proponía en aquel proyecto, cuya desaprobación fué motivada únicamente por esta última circunstancia.

No es éste el momento de aducir cifras relativas á la enorme mortalidad que la viruela ocasiona en Chile; tampoco creemos necesario demostrar cómo podrían reducirse esas cifras, no sólo considerablemente, sino aún desaparecer casi por completo, adoptando la vacunación obligatoria; pero sin duda que al respecto no nos halagan esperanzas infundadas, desde que el hecho se ha observado en todos los países donde la obligación de vacunarse ha sido impuesta por ley y llevada á cabo con suficiente buena voluntad.

Hé aquí lo que ha sucedido en Suecia, donde la vacunación es obligatoria desde hace más de setenta años:

Período prevacunal.—(1774 á 1801). Término medio de defunciones por la viruela, por cada millón de habitantes, 1,973.

Período de vacunación voluntaria.—(1801 á 1816), 479 defunciones por millón.

Período de vacunación obligatoria.—(1817 á 1877), 189 defunciones.

De modo que la mortalidad por millón de habitantes descendió, gracias á la vacunación obligatoria, de 1,973 á 189.

En Austria morían en el primer período 2,484 individuos anualmente y en el último sólo 34.

En el cantón de Zurich, donde se creyó que se podría derogar la ley de vacunación forzosa por juzgarla innecesaria, subió la

mortalidad anual de 8 á 85 por cada 100,000 habitantes. Por este motivo se ha vuelto otra vez al régimen compulsivo.

En Escocia, Inglaterra, Alemania, Irlanda, Wurtemberg, Baviera, etc., etc., donde la vacunación obligatoria es aceptada, los resultados han sido los mismos. Nos permitimos poner á la disposición de la Cámara algunas curvas ó coordenadas de mortalidad por la viruela, antes y después de la vacunación forzosa en algunos países, que hacen ver con gran claridad lo que decimos.

De modo que confiamos absolutamente en que la medida que tenemos el honor de proponer á la Honorable Cámara, no habrá de hacernos esperar por mucho tiempo los mismos beneficios que en todos los países civilizados que han tenido el buen sentido de aceptarla; sólo lamentamos que ello no haya sucedido antes en nuestra patria, pues así contaríamos hoy con una población algo superior á la actual, y nuestra situación industrial y económica sería diversa de la presente.

Para comprobar este aserto no necesitamos recordar cómo el continente americano fué desolado por la viruela al tiempo de la conquista y del coloniaje; no queremos tampoco servirnos para ello de las relaciones de diversos historiadores relativas á formidables epidemias habidas en Chile después de esa época; basta para nuestro propósito traer á la memoria epidemias relativamente recientes que hemos presenciado todos y cuya estadística, muy incompleta por cierto, puede todavía consultarse.

En 1872, en los lazaretos y hospitales de la República (no figuran en estos datos los fallecidos á domicilio) se recibieron 14,200 variolosos, de los cuales murieron 6,324.

Solo en Santiago hubo 3,073 fallecidos. Sin dejar de hacer muchas víctimas en los años 73, 74 y 75, recrudeció el azote en el año 1876 para ocasionar en Santiago 2,549 defunciones.

Desde el año 1882, en que fué rechazado el proyecto de vacunación obligatoria, hasta el presente, el país ha perdido más de 20,000 almas por la viruela. Solo enumeraremos los fallecidos en los Establecimientos de Beneficencia:

Años	Muertos de viruelas
1882	2,164
1883	3,188
1884	2,081
1885	3,138

Años	Muertos de viruelas
1886	7,788
1887	(faltan datos)
1888	(faltan datos)

La vacuna obligatoria, sin ilusiones de ninguna especie, habría salvado siquiera 19,000 de ellas.

Pero dejemos este terreno para continuar analizando el proyecto de ley que nos permitimos presentar á la Honorable Cámara.

Creemos que la vacunación voluntaria, por más esfuerzos que se haga por la Junta de Vacuna de Santiago para propagarla entre nuestro pueblo, no alcanza en manera alguna á dar los resultados que sería de desear. En efecto, á pesar de esos muy laudables esfuerzos, que nos complacemos en reconocer, y que el Gobierno y sus agentes tratan actualmente de secundar, no se ha podido llegar á vacunar sino algo como el 17 por 100 de la población general, lo que ciertamente no es satisfactorio.

Debemos advertir que se ha tocado hasta el recurso de pagar dinero á los que quieran vacunarse, alcanzando con ello un resultado irrisorio.

Entre tanto, un individuo afectado de viruelas por incuria ó desidia para vacunarse, es un peligro, no sólo para los que se encuentran en su vecindad, sino aún para muchas otras personas. Sin embargo, en nuestro proyecto no hacemos referencias á las medidas que pueden tomarse para aislar á esta clase de enfermos, desde que ya existen disposiciones legales sobre el particular.

Nos limitamos á imponer la obligación ineludible de vacunarse para todo ciudadano chileno, fijando nuestra atención especialmente en los recién nacidos, y estableciendo una sanción penal inferior á la que existe en Inglaterra para los que se nieguen á aceptar el fluído que habrá de preservarlos de la más terrible de las enfermedades, impidiendo así que ellas sean un peligro y una amenaza para los otros conciudadanos. También tomamos en cuenta la creación de un Instituto de Vacuna Animal, dependiente de la Junta Central de Vacuna, asi como la creación de juntas departamentales. Pero no nos parece posible autorizar el que se pueda exigir á voluntad fluído animal en vez de humanizado, porque ya la experiencia ha hecho ver suficientemente las dificultades insuperables con que se tropieza en la práctica para procurarse aquel fluído.

Por otra parte, aunque creemos que los peligros de la vacuna humanizada ó animal son estrictamente remotos, damos suficiente participación á personas técnicas en la composición de la Junta Central y departamentales, así como en la instrucción de los vacunadores, de modo que se proceda siempre por estos últimos con todas las precauciones que la ciencia aconseja.

Si en nuestro proyecto asignamos premios y recompensas para los vacunadores que se distingan en el desempeño de sus funciones, al mismo tiempo establecemos severas penas para los que den certificados de vacuna falsos.

Con el fin de vigilar á estos últimos empleados y hasta para reemplazarlos en caso necesario, se crean seis inspectores de vacuna, que esperamos que no sean simples visitantes de las diversas oficinas de vacuna, sino los primeros instigadores á la vacunación y los que más activamente contribuyan á su desarrollo como el cumplimiento, en caso que llegue á aprobarse, del siguiente

PROYECTO DE LEY

Art. 1.° Desde la vigencia de la presente ley los oficiales del Registro Civil de todas las circunscripciones de la República pasarán el día primero de cada mes á la Junta de Vacuna del departamento respectivo, una nómina de los nacimientos inscriptos en el curso del mes anterior, en la cual se hará respecto de cada inscripción las mismas indicaciones contenidas en el registro.

Art. 2.° Las juntas de vacuna dispondrán la vacunación á domicilio de las personas inscriptas en el período á que se refiere la nómina mencionada cuidando de que las vacunaciones se verifiquen después que hayan transcurrido tres meses desde el nacimiento.

Los vacunadores recibirán una lista en que se exprese el nombre y edad de las personas á quienes deberá vacunar y el nombre y domicilio del padre, madre, guardador ó encargado de dichas personas, según los casos; y devolverán á las juntas esa lista con todas las anotaciones correspondientes, á más tardar, 50 días después de haberlas recibido.

Las juntas de vacuna tomarán nota de las personas que se hubiesen negado á permitir la vacunación de los que tengan bajo su potestad, guarda ó cuidado, y las denunciarán al juez letrado en lo criminal, para que haga efectiva la responsabilidad que esta ley establece.

Art. 3.° Están obligados á vacunarse todos los que ingresen por cualquier motivo en toda clase de establecimientos de educación, de beneficencia, penales y de detención; los que estén incorporados al Ejército, sin distinción de cuerpos de línea ó de la Guardia Nacional, ó de la Armada; los que vivan en conventillos ó cuartos de alquiler; los sirvientes domésticos; los que trabajan en establecimientos industriales, faenas mineras y predios rústicos.

Los directores, jefes, arrendadores y patrones de las personas indicadas, serán responsables de la falta de cumplimiento de la disposición anterior, é incurrirán en las penas correspondientes siempre que aquellos hubiesen permanecido bajo su dirección ó dependencia, sin estar vacunados, un mes en las ciudades y tres meses en los campos.

Art. 5.° Las juntas de vacuna pondrán un vacunador á disposición de los directores, jefes, arrendadores y patrones que lo soliciten para vacunar á las personas enunciadas en el artículo anterior. El aviso dado por aquéllos á la Junta de Vacuna respectiva, debidamente justificado, les librará de responsabilidad, recayendo ésta en los miembros de las juntas cuando hubiesen desatendido el pedido pudiendo satisfacerlo.

Art. 5.° Ocho días después de cada inoculación, los vacunadores se cerciorarán de si ha producido aquélla efecto ó no, y en caso negativo practicarán vacunaciones sucesivas hasta completar el número de cinco, no dejando que transcurran más de ocho días entre cada vacunación que no surta efecto y la siguiente.

Art. 6.° Todo individuo vacunado, ó su padre, guardador ó cuidador tendrá derecho á exigir del vacunador que hubiese practicado la inoculación, un certificado en que conste ésta y su resultado. Este certificado no podrá ser expedido sino ocho días después de la vacunación, y se extenderá solamente en los formularios que proporcione la Junta Central de Vacuna.

Art. 7.° La contravención á la disposición del artículo 3.° de la presente ley será penada con un peso por cada vacunación que hubiera dejado de practicarse por la primera vez, con cinco pesos por la segunda y diez pesos por cada una de las veces siguientes en que se compruebe la contravención.

En la misma incurrirán los padres, guardadores ó encargados que pongan obstáculos á la vacunación de las personas de que trata el artículo 2.° de esta ley.

Esta multa será conmutable en dos días de prisión por cada peso de multa.

Art. 8.° Se exceptúan de la obligación de vacunarse impuesta en los artículos anteriores:

1.° Los que hayan sido atacados por la viruela y presenten certificado de facultativo que así lo acredite;

2.° Los que acrediten con un certificado de facultativo, ó de otra manera fehaciente, que el estado de su edad no les permite recibir la vacuna;

3.° Los que por medio de los certificados de que se trata en el artículo 8.° de esta ley acrediten que hace menos de siete años que se vacunaron con resultado satisfactorio, ó que se han vacunado cinco veces distintas sin ningún éxito ó tres veces con éxito. Servirán también á este efecto los certificados que expidan los facultativos que hubieren practicado por sí mismos la inoculación.

Art. 9.° Si un vacunador diese un certificado falso, será penado con la pérdida de su empleo, á más cincuenta pesos de multa ó cien días de prisión.

Art. 10. Habrá en Santiago una Junta Central de Vacuna que tendrá á su cargo la dirección y supervigilancia del servicio de vacuna en toda la República.

Se compondrá esta Junta de doce miembros nombrados por el Presidente de la República por un período de cuatro años, los que podrán ser reelegidos indefinidamente; del decano y secretario de la Facultad de Medicina y de los médicos de ciudad.

Art. 11. Corresponde á la Junta Central:

1.° Suministrar á las juntas departamentales fluído vaccinal puro y activo. Para este efecto se establecerá un Instituto de Vacuna Animal en Santiago, autorizándose al Presidente de la República para que invierta hasta cinco mil pesos anuales en su planteación y sostenimiento;

2.° Proponer al Presidente de la República las personas que deben ocupar algún puesto en el servicio de vacuna. La propuesta se hará en terna para el nombramiento de inspectores de vacuna.

Los empleados del servicio de vacuna no podrán ser destituidos sino á solicitud de la Junta Central;

3.° Entenderse directamente con todas las autoridades de la República y con las juntas departamentales para todo lo relativo al servicio de vacuna;

4.° Llevar la estadística de las vacunaciones;

5.° Pasar anualmente al Ministerio del Interior una Memoria acerca de la marcha del servicio de vacuna y sus resultados durante el año precedente, indicando las medidas que convenga adoptar para mejorarlo.

Art. 12. En cada capital de departamento habrá una junta de vacuna compuesta de cinco miembros nombrados por el Presidente de la República por un período de cuatro años, pudiendo ser reelegidos indefinidamente; del juez y del médico de ciudad.

Estas juntas tendrán á su cargo el servicio de vacuna en el departamento respectivo y procederán en conformidad al Reglamento que se dicte y á las instrucciones que les imparta la Junta Central.

Art. 13. Las funciones de los miembros de la Junta Central y de las juntas departamentales de vacuna serán gratuitas.

Art. 14. La Junta Central y las juntas departamentales tendrán un presidente, que será elegido por mayoría de votos y que durará un año en sus funciones.

Art. 15. La Junta Central de Vacuna tendrá los siguientes empleados:

Un secretario con el sueldo de 3,000 pesos anuales;

Un prosecretario y estadístico con el sueldo de 1,500 pesos anuales;

Dos oficiales de pluma con el sueldo de 800 pesos el primero y de 600 el segundo;

Un portero con el sueldo de 300 pesos anuales.

Las juntas departamentales tendrán un secretario y á la vez estadístico con el sueldo de 1,500 pesos al año, el que podrá elevarse hasta 2,000 pesos cuando así lo estimare necesario la Junta Central de Vacuna.

Dispondrá también de un portero con 300 pesos anuales.

Art. 16. Habrá dos vacunadores en cada departamento de la República, y mayor número cuando así lo determine la Junta Central á propuesta de las juntas departamentales.

El sueldo de los vacunadores será de 500 á 1,000 pesos anuales, según las circunstancias de cada localidad. Podrá otorgárseles premios por su comportamiento distinguido á petición de la junta respectiva. El aumento de sueldo y sus viáticos para viajes serán determinados en el reglamento especial.

Los vacunadores estarán bajo las órdenes de las juntas departamentales correspondientes.

Art. 17. La Junta Central estará auxiliada por seis inspectores

de vacuna, médicos titulados, cuyos deberes serán principalmente: examinar el fluído vacuno que se use en el departamento que visitan, vigilar el cumplimiento de los vacunadores, y velar, según las indicaciones de la Junta Central, por el cumplimiento de la presente ley. Estarán, además, obligados á desempeñar las funciones de vacunadores cuando la Junta Central lo determine.

Los inspectores de vacuna tendrán un sueldo de 2,000 pesos anuales, y cuando ejerzan sus funciones fuera de Santiago gozarán de un viático de cuatro pesos diarios.

Art. 18. En el departamento de Santiago hará las veces de Junta Departamental la Junta Central de Vacuna.

Art. 19. Dentro de los tres meses siguientes á la promulgación de la presente ley, la actual Junta Central de Vacuna propondrá al Presidente de la República un proyecto de Reglamento para el servicio de Vacuna, juntamente con las medidas que convenga adoptar para poner en práctica esta ley.

Art. 20. El producido de las multas á que se refiere esta ley quedará á beneficio de las municipalidades respectivas.

Art. 21. La presente ley comenzará á regir seis meses después de su promulgación.

Santiago, 18 de Agosto de 1888.—F. PUELMA TUPPER, Diputado por Talca.

***

Á NUESTROS SUSCRIPTORES.—La Comisión editora de la *Revista* acordó, en una de sus últimas sesiones, no atender ningún reclamo que no se haga *por escrito* al secretario.

Al tomar este acuerdo se tuvo en vista la necesidad de evitar confusiones y atrasos en el reparto de la *Revista*, pudiendo también así inquirirse, una vez por todas, si la falta de regularidad con que los suscriptores reciben el periódico se debe ó no á un mal servicio del Correo.

Rogamos, pues, á los señores socios y suscriptores se sirvan avisarnos cualquiera irregularidad que noten en el servicio de la *Revista* que nos haremos un deber y un honor en atenderlos.

CONRADO RÍOS V.

Año XXI Julio de 1893 Núm. 7

EDITORIAL

EL DOCTOR DON SANTIAGO LETELIER

El 19 de julio en la noche, víctima de lenta y penosa enfermedad, falleció en Santiago, con la entereza de las almas grandes, el distinguido médico de Talca don Santiago Letelier.

El señor Letelier, miembro de una de las familias más antiguas de aquella ciudad, habíase conquistado por sus propios merecimientos una posición tal que, aun en las más ardientes luchas políticas, era siempre el médico obligado de amigos y adversarios. Sus conocimientos, la rectitud de su criterio, la formalidad de su carácter, hacían del señor Letelier un hombre universalmente respetado y querido.

Los indigentes y los necesitados encontraban en su corazón el dulce manantial de una filantropía inagotable. Su muerte es para la sociedad de Talca y para los pobres del departamento, una desgracia irreparable.

El señor Letelier contaba poco más de cuarenta años: se ha ido demasiado temprano.

No nos toca juzgar al político; quede para otros esta tarea otros se encargarán de decir que la hidalguía de sus actos fué la norma de toda su vida pública. Hablemos del médico.

El doctor Letelier amaba su profesión y había hecho de ella un sacerdocio; en su alma generosa no se anidaba otro sentimiento que el bien. Es así como se explica que la sociedad y el pueblo se disputaran á porfía el honor de tributar á sus restos el home-

naje á que se hacen acreedores los que en vida han llenado noblemente su misión.

Una comisión de catorce miembros de lo más distinguido de la sociedad de Talca, vino á Santiago con el fin de acompañar los restos del fallecido, que debían ser trasladados á la ciudad natal. En San Fernando un grupo de artesanos se asoció al cortejo y en la estación de Talca todo el Cuerpo de Bomberos, acompañado de una banda de músicos, le aguardaba.

Los honores fúnebres que Talca consagró á la memoria del doctor Letelier harán época en aquella culta ciudad. Tanto las exequias celebradas en el templo, como la procesión cívica que siguió tras del cadáver hasta el Cementerio, correspondieron á la majestad del acto y al respetuoso homenaje que se tributaba al muerto.

Entre las varias personas que hicieron uso de la palabra, merecen para nosotros un recuerdo especial los doctores don Juan Manuel Salamanca, que habló á nombre del Cuerpo Médico, y don Saladino Rodríguez, que representó á nuestra Sociedad.

La Sociedad Médica no podía olvidar el nombre del doctor Letelier: él la había servido con abnegación y había contribuído con toda la voluntad de su inteligencia á guiarla en sus primeros pasos.

El doctor don Santiago Letelier fué miembro fundador de nuestra Sociedad y el primer secretario de su Directorio.

Pagamos, pues, una deuda al dejar constancia en estas líneas del sentimiento que su muerte nos ha producido, y enviamos también, y desde aquí, á la familia del extinto el pésame más sentido de nuestros afectos íntimos.

CONRADO RÍOS V.

COLABORACIÓN

MEMORIA

LEÍDA POR EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MÉDICA, DON DIEGO SAN CRISTÓBAL, EN LA SESIÓN GENERAL ORDINARIA DE 2 DE JULIO DE 1893.

Señores consocios:

En cumplimiento de las disposiciones reglamentarias, tengo el honor de daros cuenta de la marcha de la Sociedad durante el año que la ha regido el actual Directorio.

En este período, la Sociedad ha celebrado dos sesiones generales, y, entre otros de los asuntos que en ellas se han tratado, se acordó nombrar miembro corresponsal en Río de Janeiro al doctor Arturo Moncorvo, hijo, y en Europa á nuestro consocio el doctor Germán Greve S.

El Directorio ha funcionado semanalmente con regularidad y con la constante asistencia de la gran mayoría de sus miembros.

En el mes de diciembre del año próximo pasado, un incendio que tomó su origen en una casa vecina á la Sociedad se propagó á ésta rápidamente, y en pocos momentos destruyó la casi totalidad de nuestro menaje. El archivo, la secretaría, el gabinete de química y microscopía, desaparecieron por completo. Del salón de lectura y del de conferencias, así como de la biblioteca, fué posible salvar una buena parte, pero con el deterioro natural en tales siniestros.

La Sociedad tenía asegurado todo su menaje, con excepción de los cuadros, en la Compañía de Seguros «La Royal», en la suma de diez mil pesos.

La parte de menaje y biblioteca salvados se compró al agente de la expresada Compañía en la cantidad de mil quinientos pesos ($ 1,500), percibiéndose el resto del valor, es decir, ocho mil quinientos pesos ($ 8,500), cuya suma se halla depositada en el Banco de D. Matte y C.ª, á plazo de tres meses con quince días de aviso, ganando el interés de 5 por ciento al año.

En el mes de enero pudimos instalar la Sociedad en la casa en que nos encontramos reunidos. Si es verdad que este local no presenta las comodidades del que antes ocupábamos, tiene al menos las suficientes para nuestras necesidades actuales y reúne á las ventajas de su ubicación central la relativa modicidad del canon, que es de cien pesos mensuales. El contrato de arrendamiento es sólo por un año. No hemos creído prudente comprometernos por más tiempo, para dejar al nuevo Directorio y á las circunstancias futuras la resolución de continuar en las condiciones actuales ó cambiarse á otro local más amplio, si el progreso y desarrollo de la institución así lo exigieren.

Las conferencias se celebraron, con raras interrupciones, durante toda la última mitad del año pasado, tratándose en ellas de diversos temas médicos interesantes por más de un título. Desde esa época hasta hoy no ha sido posible reanudar esta clase de trabajos científicos; no obstante, instalados ya con mediana comodidad, tengo casi la seguridad de que en la próxima semana comenzaremos con las conferencias.

La Revista Médica, á pesar de la perturbación debida al incendio, ha continuado publicándose en las mismas condiciones que antes.

La Sociedad ha sido galantemente invitada á tomar parte en el Congreso Médico internacional de Roma y en el Pan Americano que se reunirá en Wáshington.

El Directorio ha comisionado al miembro corresponsal doctor Germán Greve ante el Congreso Médico Internacional de Roma.

Del Congreso Médico Pan Americano se han recibido numerosas notas invitándonos unas á tomar parte en ese torneo científico, y encaminadas la mayor parte á solicitar publiquemos en la Revista Médica las innumerables listas de Presidentes honorarios, vices, directores y secretarios de cada sección.

No encontrándose ningún miembro de la Sociedad en Estados Unidos, no nos ha sido posible corresponder á la exigente invitación de los americanos del norte.

En el mes de enero del presente año, la *Societé Scientifique du Chili*, reunió un Congreso científico en Valparaíso. Invitada la Sociedad Médica á tomar parte en él, nos hicimos representar por el director doctor Amaral.

La Sociedad da en estos momentos los pasos conducentes para obtener personería jurídica, cuya necesidad se deja sentir imperiosamente. Tenemos motivos para esperar que pronto se nos acuerde esa concesión por la autoridad competente.

Por acuerdo del Directorio, tomado en agosto del año pasado, se estableció un gabinete de microscopía y ensayes de líquidos orgánicos, á cargo de uno de nuestros más laboriosos directores. En el poco tiempo que duró su funcionamiento, se alcanzó á formar una colección de preparaciones microscópicas, cuyo número alcanzó á más de trescientas.

Algunos socios aprovecharon los servicios de este laboratorio en el examen de varios productos patológicos.

El incendio puso fin á este valioso é importante contingente de estudio, y sería de desear que el nuevo Directorio tomara muy en cuenta su indisputable utilidad para que hiciera lo posible por restablecerlo.

Un rudo golpe ha sufrido por la misma causa nuestra biblioteca, de tal manera que, según la cuenta rendida anualmente por el director-bibliotecario, el número de volúmenes empastados ha quedado reducido al escaso total de 1,507.

En atención á las frecuentes pérdidas de libros, el Directorio acordó, en una de las sesiones del año pasado, no permitir que éstos fueran llevados á domicilio sin dejar su correspondiente valor. Esta dura medida impuesta por las circunstancias, ha hecho disminuir el número de obras consultadas en esta forma á sólo 22, siendo que en años anteriores este número fué tres y cuatro veces mayor.

Los gastos que ha demandado la conservación de la biblioteca durante el período de que me ocupo, suman la cantidad de setenta pesos veinte centavos ($ 70.20).

Se han recibido varios folletos en calidad de obsequio y algunos periódicos en canje con nuestra Revista Médica.

Respecto al número de nuevos socios ingresados durante este

año, así como de los que han dejado de pertenecer á la Sociedad no me es posible fijarlo con exactitud, porque ha habido necesidad de abrir nuevos libros con tal fin.

Del balance presentado por el director-tesorero desde el 1.º de julio de 1892 hasta el 1.º de julio de 1893, resulta el siguiente movimiento de fondos:

Saldo en caja á favor de la Sociedad en 1.º de julio de 1892.		$ 2,595 08
Entradas durante el año.	$ 4,913 65	
Gastos.	4,651 75	
Diferencia.	$ 261 90	
que unida al saldo á favor del año 92, nos da.	2,595 08	
Lo que hace un total de.	$ 2,856 98	
Á este saldo hay que agregar el valor de los recibos por cobrar, que asciende á.	303	
Entregado al director que debe hacer á Europa el encargo de libros, cuyo pedido no se ha llevado todavía á efecto por la baja del cambio.	340	
Depositado en el Banco de D. Matte y C.ª	8,500	
que hacen un total de.		$ 11,999 98

Al concluir, señores, esta ligera relación sobre la marcha de una institución que me es tan querida, permitidme expresaros el deseo de que el nuevo Directorio que ha de regir sus destinos durante el período reglamentario, se inspire siempre en los nobles propósitos de trabajo y progreso de que tanto ha menester para llegar á reconstituirse y figurar en el mundo científico con el brillo que le corresponde.

DR. D. SAN CRISTÓBAL

Santiago, julio de 1893.

LIGEROS APUNTES

SOBRE LA MATERNIDAD DE SANTIAGO EN 1892

INFORME PASADO AL SEÑOR DON BLAS VIAL, ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL DE SAN FRANCISCO DE BORJA

Señor administrador:

En conformidad á la antigua costumbre de dar cuenta á V. de lo sucedido en la Maternidad durante el año, me dirijo á V. ahora con el objeto de poner en su conocimiento lo sucedido en el que acaba de transcurrir.

El movimiento de 1892 ha sido el siguiente:

MESES	Entradas	Altas	Fallecidas	
Existencia anterior. . .	18			
Enero.	119	107	2	
Febrero.	86	83	2	
Marzo.	89	100	0	
Abril	93	97	2	
Mayo.	106	105	1	
Junio.	109	115	2	
Julio.	126	124	1	
Agosto.	137	135	4	
Septiembre.	139	126	3	
Octubre.	87	110	2	
Noviembre.	76	69	0	
Diciembre.	65	72	0	
Existencia para 1893. . .		18		
TOTALES	1,250	1,231	19	1,250

Si se compara este movimiento con el del año pasado (el cual llegó á 1,403), se nota una diminución de 173 mujeres asiladas en la casa.

Esta diminución es debida á la apertura de la nueva sección que se abrió á mediados de octubre del año en curso, y que desde tanto tiempo atrás estaba preparada, en previsión de las necesidades cada día mayores de un servicio que ha ido creciendo con notable rapidez.

Ese nuevo servicio ha venido á dar facilidades más amplias á la sección de clínica obstétrica de la Universidad, á la cual ese local viene sirviendo desde su instalación, bajo la dirección del profesor que suscribe.

En 1876 el total de entradas fué de 700 mujeres. Agregando á esa cifra la de 23, existencia de 1875, se llega á obtener un total de 723 asiladas en la Maternidad en el año. Desde entonces acá, el movimiento ha llegado á duplicarse.

El número de 20 fallecidas, á primera vista parece exagerado. Por eso es necesario conocer la causa de cada uno de esos fallecimientos, inquirir la procedencia ó el origen que los ha determinado y cerciorarse de ese modo de que las enfermedades comunes ó las infecciosas que los motivaron no tuvieron su nacimiento en la Maternidad. Las septicemias puerperales han desaparecido desde tiempo atrás en el establecimiento confiado á mi cuidado, merced al rigorismo antiséptico implantado y puesto en uso con toda regularidad. No ha habido en todo el año ninguna defunción por septicemia que haya tomado su origen en la casa; todas han venido de la calle.

La proximidad del hospital, del cual la Maternidad es un anexo, á donde son pasadas todas las enfermas que están para abortar ó para parir, sean cualesquiera su estado de gravedad ó la afección de que padezcan, explica el número considerable de defunciones por enfermedades comunes. Sucede algunas veces que una que otra suele llegar moribunda á nuestras salas y expirar á las pocas horas de su llegada, á consecuencia del exagerado temor de algunas hermanas, que se sienten consternadas en presencia de un trabajo que no tienen costumbre de observar en sus servicios.

En los meses de julio, agosto y septiembre, cuando gravaba con fuerza la epidemia de *influenza*, nuestras pequeñas salas se llenaron de esa clase de enfermas. Bastaba que se les observara con el útero ocupado para que se las pasara á nuestro servicio. Esos meses fueron de gran labor para nosotros, porque tuvimos repletas las salas y ocupadas casi la totalidad de las camas, lo que nos obligaba á redoblar nuestra vigilancia en materia de medidas higiénicas y de desinfección. Ese estado transitorio explica el número de defunciones por bronco-neumonias que tuvimos en el año y principalmente en la época aludida.

Otro motivo que explica el número de defunciones apuntadas, es la costumbre de llevar casi en artículo de muerte á las pobres parturientas que no han podido ser desembarazadas en la calle ó en el campo, de tal modo que se ve llegar á mujeres con placentas retenidas hasta cuatro días después del parto, y aun más.

La causa y el orden en que se han sucedido los fallecimientos es el apuntado á continuación:

1.ª Placenta prœvia central. Llegó exangüe después de grandes hemorragias.

2.ª Tisis; aborto de cuatro meses. Llegó moribunda.

3.ª Disentería de mal carácter. Es pasada en malas condiciones del hospital.

4.ª Placenta prœvia. Llegó después de grandes hemorragias y fallecía á las seis horas de su ingreso.

5.ª Disentería gangrenosa de varios meses de duración. Muere á los nueve días después del parto.

6.ª Disentería. Pasada del hospital en su último período.

7.ª Septicemia puerperal. Llega con fiebre de 39 y medio grados á los seis días después de un aborto, con retención placentaria.

8.ª Disentería de mal carácter. Pasada del hospital.

9.ª Septicemia puerperal. Llegó con fiebre muy alta á los siete días después del parto, con retención placentaria. Murió á las 18 horas de su ingreso.

10. Bronco-neumonia de influenza. Parto prematuro de siete meses.

11. Ruptura del útero. Llega en estas condiciones después de tentativas numerosas de parto en la calle.

12. Placenta prœvia. Llega moribunda después de grandes hemorragias, y fallece á las cuatro horas.

13. Placenta prœvia. Llegó moribunda después de grandes hemorragias.

14. Bronco-neumonia de la influenza y retención placentaria en un aborto de cuatro meses.

15. Bronco-neumonia de influenza. Es pasada del hospital en gravísimo estado.

16. Embolía cerebral. Parto normal; fallece repentinamente cuatro horas después.

17. Tisis. Aborto de cinco meses. Pasada del hospital en su último período.

18. Septicemia. Llega con retención placentaria á los tres días después del parto y gran desgarro perineal y con fiebre.

19. Disentería de mal carácter.

Como se deja ver, las defunciones habidas en el año de 1892, si superan á las del año anterior, ninguna de ellas ha contraído la enfermedad en la casa, ni menos se han generado las septicemias por descuidos de antisepsia. El personal del servicio está habituado desde tiempo atrás á guardar y á usar de todos los medios de aseo y de desinfección que se tienen establecidos.

Los partos de término llegaron á la cifra de 868; los prematuros á la de 101. Hubo 47 abortos y 12 partos de gemelos.

Las presentaciones y posiciones de los fetos fueron:

Presentaciones de vértice 844.

Posiciones	
o. i. i. a.	646
o. i. d. p.	95
o. i. d. a.	56
o. i. i. p.	18
o. i. i. t.	16
o. i. d. t.	10
o. p.	3

de cara 3

m. i. i. p.	2
m. p.	1 (con rotación)

pelvianas 53.

s. i. i. a.	19
s. i. d. a.	23
s. i. d. t.	5
s. i. d. p.	3
s. i. i. t.	2
s. s.	1

de tronco 5

Posiciones		
c. i. d.	pl. l. d.	7
c. i. d.	pl. l. i.	6
c. i. i.	pl. l. d.	1
c. i. i.	pl. l. i.	1

Las preñeces gemelares se presentaron:

Con dos fetos vivos.	7
Con el 1.º muerto y el 2.º vivo.	3
Con el 1.º vivo y el 2.º muerto.	2

La clasificación de las presentaciones de los fetos estudiados en cada caso de esta clase de preñeces, se designan en la siguiente lista:

o. i. i. a.	o. i. d. a.	2
o. i. i. a.	o. i. d. p.	3
o. i. i. a.	o. i. d. t.	1
o. i. i. a.	s. i. d. a.	1
o. i. i. a.	s. i. d. p.	1
s. i. i. t.	o. i. d. a.	2
s. i. d. a.	o. i. i. p.	2

Estado en que se presentaron los fetos:

Fetos vivos.	845
Muertos antes de nacer.	41
Muertos macerados.	65
Muertos después de nacer.	27
Asfixiados.	39

SEGÚN EL SEXO

Masculinos.	529
Femeninos.	454

OPERACIONES

Aunque no muy numerosas, fueron bastante variadas, siendo de llamar la atención una operación cesárea que dió por resultado

la vida de la madre y la de la criatura. Esta operación fué practicado con motivo de una estrechez de $3\frac{1}{2}$ centímetros del diametro bis-isquiático.

Versiones.	14
Aplicaciones de forceps.	14
Extracciones de placentas.	19
Extracciones de fetos.	4
Taponamientos vaginales.	10
Versión de Braxton Hick.	4
Raspajes.	6
Basiotripsia.	1
Embriotomía.	1
Desbridamiento del himen en una mujer de trabajo.	1
Operación cesárea.	1
TOLAL.	75

COMPLICACIONES

Hay que anotar las siguientes:

Hemorragias	por desprendimiento. . . .	10	32
	por placenta prœvia. . . .	16	
	por post-partum.	6	

Degenación grasosa de la placenta.	48
Sífilis.	60
Afecciones cardíacas.	3
Retención placentaria.	19
Rigidez del cuello.	4
Procidencia del cordón.	5
Estrecheces pelvianas.	2
Eclampsia.	4
Quistes de la vagina.	1
Posiciones posteriares sin rotación.	6
Persistencia del himen (fibroso).	1
Hydramnios.	12
Fiebre puerperal.	15
Ruptura del útero.	2
Enteritis.	9

Disentería.	7
Vómitos incoercibles.	1
Erisipela..	1
Viruela.	4
Sarampión.	1
Tisis.	6
Neumonía franca.	9
Albuminuria.	1
Influenza.	38

Fuera de la influenza, que llenó muchas camas y que nos causó algunas defunciones, hay que notar el número tan crecido de placentas con inserción viciosa. En ningún año habíamos observado en la Maternidad un número tan crecido de esta terrible y fatal complicación.

Hacía falta en nuestro servicio una sala dedicada exclusivamente á las grandes operaciones obstétricas. Esa sala ha principiado á montarse y nos ha prestado en los últimos dos meses importantes servicios.

Falta que dotarla todavía de algunos instrumentos y aparatos para que satisfaga á las necesidades que la han hecho surgir, para lo cual cuento con la buena voluntad de V., voluntad jamás desmentida en los asuntos del servicio.

Tengo el honor de ser de V., señor Administrador, su A. y S. S.

ADOLFO MURILLO

Santiago, á 14 de enero de 1893.

ARTROTOMÍA DE LA RODILLA

CURACIÓN SIN ANQUILOSIS EN SETENTA DÍAS

Juan de Dios Cuevas, de 32 años, empleado, natural de Maipo, y de buena salud anterior, entró á mi servicio de cirugía el 3 de abril del presente año. Refiere que desde un mes atrás, á consecuencia de un fuerte golpe, empezó á hinchársele el miembro inferior izquierdo. Éste se presenta enormemente hinchado, habiendo fluctuación manifiesta. El diámetro del muslo enfermo medía en su raíz 64 centímetros, siendo 32 centímetros el del lado sano.

Temperatura, 39° y el enfermo bastante demacrado. Cloroformado y desinfectada la piel, hicimos una extensa desbridación en la parte anterior y media del muslo, y luego tres contra-aberturas posteriores, dos en el muslo y una en el tercio superior de la pierna. El pus evacuado por estas heridas medía 3,800 gramos. Nunca habíamos visto acumulada en un miembro tal cantidad de pus, pues de ordinario la piel se ulcera pronto, cuando la tensión de tan enorme cantidad de líquido es considerable. Gruesos drenajes y gasas después de abundante lavado con cloruro de zinc al 3 por ciento y caliente, completaron la operación. El miembro se inmovilizó con una tablilla posterior de cartón y se colocó en gotera en suspensión. Su estado era muy grave.

Del 3 al 10 el enfermo experimenta ligera mejoría, pero siempre persiste la fiebre. Examinado nuevamente, hicimos una punción exploradora con jeringa de Pravast en la rodilla, que no estaba muy hinchada ni tampoco muy sensible. Comprobada la existencia de pus, abrimos la articulación por la cara interna y externa,

dejando drenajes. Procedimos rápidamente sin cloroformo. El 19 del mismo mes suturamos la herida de la parte anterior del muslo, que estaba bien limpia, y abrimos nuevamente la articulación por la parte anterior, debajo de la rótula, donde existía un foco que no se desinfectaba con los lavados laterales. El enfermo tiene siempre temperaturas alrededor de 38°, pero el apetito no es malo. El 27 sacamos las suturas é hicimos nuevas aberturas en la parte posterior, donde aun existen dos focos. La rodilla está mejor, más deshinchada y supura poco; colocamos tubos bien delgados. Éstos se retiran el 2 de mayo; y á contar desde este día el enfermo siguió mejorando rápidamente sin nuevas complicaciones. Del 1.° al 8 de junio el enfermo mueve la articulación de la rodilla poco á poco, imprimiéndole á veces movimientos forzados, después de los cuales dejábamos el miembro inmovilizado y en suspensión para evitar inflamación. El 9 pusimos un aparato de silicato en todo el miembro y el 10 empieza á andar por todas partes, aunque con muletas. El 13, día que pidió su alta, podía andar sin apoyo alguno.

DR. J. VALENZUELA B.

Santiago, julio de 1893.

ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA

POR EL PROFESOR EULEMBURG, EN BERLÍN

(Publicado en los *Therapeutische Monatshefte* de noviembre de 1892 y traducido por T. M.)

Al prepararme á referir el estado actual del tratamiento de la epilepsia, para dar cumplimiento á una invitación del editor, paréceme oir exclamar con sorpresa á más de un lector: «¿Estado actual? ¿Qué ha habido en ésto alguna modificación desde 20, 30 años atrás? ¿No se da como antes el bromuro de potasio con más ó menos, sobre todo con menos éxito?»

Desgraciadamente es así en gran número de casos; y ni las modificaciones que se han efectuado en nuestros conocimientos, ni los esfuerzos practicados en este terreno han sido de grande alcance. Á pesar de ésto, sería injusto desconocer los progresos alcanzados también bajo el punto de vista terapéutico. No solo se han hecho hermosos adelantos en lo que respecta al método, á la técnica del tratamiento, y que merecen especial consideración, sino que también siguen haciéndose nuevas experiencias que, si bien poco decisivas en sus resultados, presentan sin embargo abundante material para una exposición que no abrace sino los puntos principales de este asunto. Algunas cuestiones de grande importancia, como son la *profilaxia* de la epilepsia y la *utilidad de los asilos* para su curación, nos separarían mucho del objeto que nos proponemos, y no serán tratadas aquí.

Como condición indispensable en el tratamiento de un epiléptico, sin contar el conocimiento exacto de los antecedentes de familia y un atento examen del estado físico e intelectual del enfermo, debe procederse á una rigurosa observación diaria del número, especie é intensidad de los ataques, la hora en que éstos se presentan, las causas que los originan, su duración, el estado del enfermo después del ataque, las manifestaciones interparoxísticas, etc. Sin estos datos, todo tratamiento descansa sobre una base insegura y bamboleante. Casi siempre en estos casos el médico se ve precisado á recurrir á las observaciones practicadas por personas que, por parentesco ú otra causa, estén en relación continua con el enfermo, á pesar de la falta de exactitud de que adolecen estos datos. Á lo menos se exigirá una *anotación esmerada de cada acceso*, lo que, por cierto, no presenta dificultad alguna. Muy conveniente es también, para una cabal orientación, hacer la inscripción de los accesos en un cuadro, en el cual al mismo tiempo se anota el método de tratamiento y demás hechos que se consideren de importancia.

TRATAMIENTO MÉDICO

I. Los preparados del bromo.—La más sólida columna en el tratamiento médico de la epilepsia la forman aún los preparados del bromo, sobre todo el bromuro de potasio. Merece recordarse que veintiséis años há este medicamento era completamente desconocido como agente antiepiléptico y, en general, como nervino; cuando yo estudiaba, allá por los años 1860, no lo oí mencionar nunca como tal. En ese tiempo dominaban el campo las preparaciones de zinc, el lactato y el óxido de zinc, segun el método de *Herpin;* el sulfato de cobre amoniacal, el nitrato de plata, el arsénico, la belladona, la valeriana, la artemisia, etc.

Los antiguos experimentadores sobre el bromo y sus preparados, *Hóring*, *A. de Graefe*, *Pourché* y otros sólo hacían notar sus propiedades irritantes y su acción coadyuvante de las secreciones y excreciones. En terapéutica, el bromuro de potasio (recomendado primero por *Laycock* en 1853, después por *Bazin*, *Hardy* y otros) sólo se empleaba para favorecer las secreciones, ó como *antidiscrásico* en la escrofulosis y la sífilis. Y si queremos recordar al que por primera vez recomendó el bromuro de potasio en su benéfica acción como antiepiléptico, debemos nombrar aquí

á *Aug. Voisin*, que en importantes publicaciones (1) (1866 y 1867) trabajó por la pronta aceptación del medicamento, y siguió después (2) prestando su poderoso concurso en el perfeccionamiento de la técnica del tratamiento por esta sustancia. *Decaisne* recomendó en seguida el *bromuro de sodio*, y *Brown-Sequard* el *bromuro de amonio* como reemplazantes del bromuro de potasio. *P. Guttmann* y yo fuimos los primeros que, en labor común (3), examinamos experimentalmente la acción fisiológica del bromuro de potasio, basados en los recientes resultados terapéuticos, pudiendo comprobar al mismo tiempo la notable influencia del potasio en comparación con los efectos producidos por los bromuros de sodio y de amonio. De estas experiencias y de otras practicadas más tarde (*Biuz* y *Schouten*) se desprende que los tres bromuros no pueden considerarse como teniendo un mismo valor terapéutico, pues que á la acción del bromo se agrega la acción muy diversa del potasio, sodio y amonio.

Á estas tres combinaciones del bromo siguieron después otros bromuros alcalinos, que igualmente fueron muy preconizados como antiepilépticos: el *bromuro de litio*, por *Mitchell, Levy, Erleumeyer;* el *bromuro de calcio*, por *Hammond;* el *bromuro de rubidio*, en forma de sal doble con bromuro de amonio (1 mol. Rb. Br. con 3 mol. (N. H 4) Br.), por *Laufenauer* y *Rottenbiller* (1889) (4); i muy recientemente el *bromuro de estroncio*, por *Laborde, Germain Sée* y *Dujardin-Beaumetz* (1891) (5). Pero no era sólo el deseo de llevar novedades al dominio de la terapéutica lo que inducía á recomendar todos estos medicamentos, sino que tenían también en su apoyo consideraciones de otro orden, basadas en la teoría, aunque éstas se hayan mostrado generalmente como estériles en su aplicación al arte de

(1) Recherches cliniques sur le bromure de potassium et son emploi dans le traitement de l'epilepsie, *Bull de therap.* 1866 t. LXXI, 15 y 30 de agosto. *Ann. méd. psychol.* 4 serie, t. X, p. 103, 1867.

(2) *Ann. med. psychol* 1870, artículo «Epilepsie» en el *Nouveau Dictionaire de médicine et de chirurgie pratiques* t XIII, 1870.

(3) Ueber die phisiologische Wirkung des Bromkalinun, Virchows Archiv Band. 41, 5, 91.

(4) LAUFENAUER, *Ueber die therapeutische Wirkung des Rubidirmamoniumbromid, Therapeut.* Monatshefte, 1889 S. 348. ROTEUBILLER, *Zum Heilwerthe des Rubidiumamoniumbromid, Therapeut.* Monatshefte, 1890, S. 45.

(5) LABORDE, *Semaine médicale* 1891 pág. 279-480. GERMAN SÉE, *ibid.* pág. 435. DUJARDIN-BEAUMETZ, *ibid*, pág. 444, 460.

curar. Así, mientras se justificaba el empleo del bromuro de litio por su riqueza en bromo (cerca de 92 por ciento) en relación con el mínimo peso atómico del litio, Laufenauer, por su parte, hacía lo mismo con el bromuro de rubidio, afirmando últimamente que los bromuros alcalinos eran tanto más activos cuanto más elevado fuera el peso atómico del álcali combinado con el bromo.

Si esta teoría la aplicamos á los metales y tierras alcalinas, resultan sin duda como ocupando los primeros lugares el estroncio y rubidio, como puede verse por el cuadro siguiente (no tomando en cuenta el bario, de peso atómico muy superior, excluído por la intensa toxicidad de sus combinaciones):

		P. A.
(Bario	=	136.86)
Estroncio	=	87.30
Rubidio	=	85.20
Calcio	=	39.91
Potasio	=	39.03
Sodio	=	23.00
Litio	=	7.01

Pero la experiencia nos demuestra hasta la evidencia que el peso atómico de estos metales alcalinos nada tiene que ver con la acción farmacodinámica y terapéutica de sus respectivas combinaciones. Con un peso atómico casi idéntico el potasio y el calcio se conportan; sin embargo, en sus combinaciones de tan diversa manera: el bromuro de calcio es, como lo he podido demostrar con *P. Guttmann* (1), cuatro veces menos activo que el brumuro de potasio. El litio, con un peso atómico cinco y media veces inferior al del potasio, es sin embargo tan tóxico como él; lo mismo acontece con el estroncio y el calcio: á pesar de su peso atómico tan desigual, ambos son, segun el cuadro de *Richet*, tres veces menos tóxicos que el bario.

Por lo demás, si quiere establecerse relación entre peso atómico de los radicales y energía de acción terapéutica de las combinaciones del bromo, debe ante todo probarse que los átomos de bromo se separan más fácilmente (sea en forma de vapores de

(1) Ueber die phisiologische Wirkung des Bromcalcimus und anderer Kalksalge. Archiv von Reichert und der Bois-Reymond, 1873, S. 436.

bromo ó de ácido bromhídrico) de sus combinaciones con metales de peso atómico elevado, obrando naturalmente con más energía sobre el protoplasma celular, que de las combinaciones con metales de peso atómico inferior. Es esta una comprobación que hasta hoy día no se ha hecho y que ni aun puede considerarse como probable. Para la práctica terapéutica apenas podrá asegurarse en parte, por su enorme precio, más larga vida y más éxito á los bromuros de rubidio y de estroncio que años atrás al bromuro de litio y de calcio.

Menos importancia aún alcanzaron las combinaciónes del bromo con otros metales, tales como el *bromuro de hierro* (Fe Br. 2) y el *bromuro de cadmio*, últimamente el *bromuro de níquel (Da Costa*, 1883; Bourneville, 1889) (1) y el *bromuro de oro* ($Au\ Br_3$, Schtscherbak, 1890; Goubart, 1891) (2).

Finalmente, mencionemos algunos compuestos orgánicos del bromo, muy usados también antes contra la epilepsia, como el *hidrato de bromal, bromuro de etilena, ácido bromoacético* ($C_2\ H_3\ Br.\ O_2$), *bromuro de quinina, bromuro de alcanfor;* pero con razón fueron pronto abandonados por su acción poco constante y por no apropiarse además al tratamiento de meses y años que los epilépticos necesitan.

De modo que, de todos los preparados del bromo, orgánicos y anorgánicos, de que se ha podido disponer, sólo han quedado en uso los bromuros alcalinos antes empleados, bromuro de potasio, de sodio y de amonio; y para evitarse la «molestia de la eleccion», se ha pasado en seguida al uso combinado, ya de dos (bromuro de potasio y bromuro de amonio, segun *White, Bulkley* y *Brown-Sequard)*, ya de los tres bromuros. Servía de fundamento para usar esta combinación la necesidad de hacer menos manifiesta la acción del potasio, considerada como muy peligrosa y dañina, y de aumentar al propio tiempo la dosis de bromo, ya que el bromuro de sodio lo contiene en mayor proporción que el de potasio (77.7 por ciento y 67.2 por ciento.) Fué *Erleumeyer* (3) el primero que en 1884 concibió y realizó la idea de *mezclar en proporción conveniente los tres bromuros (2 p. de bromuro de potasio, 2 p. de bromuro de sodio y 1 p. de bromuro de amonio) y administrarlos disueltos en agua saturada de ácido carbónico*, ya que en estado seco la mezcla es poco estable por la fácil descomposición del bromuro de amonio. Esta mezcla se preparó por primera vez, segun fórmula de *Erleumeyer*, por el farmacéutico *Carbach*, de Bendorf, con el nombre de *agua bromurada;* contenía *10 gramos de bromuros por 620 con³ primero, después por 750 con³ de agua saturada con ácido carbónico químicamente puro.* Se agregó después á esta preparación otras sales, llamadas digestivas (cloruro de sodio, bicarbonato de soda, etc.), de manera que el agua bromurada de *Erleumeyer* tuvo, por fin, la composición de una agua mineral alcalina, abstracción hecha de los bromuros.

(1) Da Costa, *Med. news of Philadelphia*, 1883, XLIII, pág. 337; Bourneville, *Progrès medical*, 1889, número 26.

(2) Schtscherbak, *Wratch* número 9 1890, *experimentelle Studie*; Goubart, *Alienist and neurologist*, enero de 1891.

(3) *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1884, número 18. Véase también el artículo *Bromwasser* del doctor A. Erleumeyer.

La administración combinada de los tres bromuros alcalinos en las condiciones arriba expuestas, podría en teoría dar lugar á algunas objeciones. Si realmente es efectivo, como se afirma, y yo no creo lo mismo, que el uso del potasio trae consigo un «daño inmediato»; que la debilidad cardíaca observada después de administrar grandes dosis de bromuro de potasio es debida «sólo á la acción del potasio», la consecuencia más lógica sería *excluir por completo del uso el bromuro de potasio*, en vez de recurrir á la combinación de los tres bromuros; y esto con tanta más razón cuanto que se trata sólo de obtener y de reforzar *la accion eficaz del bromo.* Y como, por otra parte, el bromuro de amonio también es tóxico (aunque en otro sentido que el potasio) por el amonio que entra en su composición, tendríamos como resultado final que *debía usarse en terapéutica únicamente el bromuro de sodio, por contener el álcali más inofensivo, además de su gran riqueza en bromo.*

Esta consecuencia natural y lógica no pudo ser contradicha; y para justificar el uso de la combinación, se dijo que *la administración simultánea de varias sales de bromo es de acción más enérgica que la de igual dosis de sólo una de ellas (Erleumeyer.)* El uso de agua saturada de ácido carbónico, además de hacer más estable la mezcla, debía evitar los peligros de la *acumulación*, del *bromismo* consiguiente, ayudando á la más pronta eliminación de los bromuros por una excitación de la actividad renal. Además, el ácido carbónico contenido en el agua servirá también para producir una mayor flojedad en la unión de los

atómos de bromo en las moléculas de bromuro, y facilitar así su separación, sea en estado de bromo puro, ó más probablemente de ácido bromhídrico (H Br), como lo muestra la fórmula siguiente:

$$2\,K\,Br + CO_2 + H_2O = K_2CO_3 + 2\,H\,Br$$

Á pesar de las objeciones teóricas que pueden hacerse al agua bromurada de *Eleumeyer*, es en la práctica del tratamiento de la epilepsia una preparación que da muy buenos resultados; y yo me sirvo de ella, desde casi ocho años, con magnífico éxito. Pero su uso no evita con certeza los fenómenos del bromismo, el exantema, el catarro bucal y estomacal, la dispepsia, etc.; y, en general, grados extremos de intoxicación crónica por el bromo, de *caquexia brómica*, no pueden temerse ó son excepcionales si se hace un uso conveniente del medicamento. Es cierto que para las clases pobres el empleo del agua bromurada tiene el inconveniente de su precio elevado; pero aparte de esto, el agua bromurada es de difícil preparación y conservación, y se comprenderá la magnitud de este inconveniente al pensar que el epiléptico tiene necesidad de un tratamiento largo y no interrumpido para los efectos de su curación. Como reemplazante muy útil se han mostrado los *polvos efervescentes bromurados*, es decir, polvos en que las sales de bromo son administradas junto con dosis convenientes de bicarbonato de soda y ácido cítrico, de modo que al hacerse la solución en agua se produzca un abundante desarrollo de ácido carbónico; preparados primero por el farmacéutico *Neuss*, de Wiesbaden, y muy recomendados por el doctor *Ernst Sandow*, de Hamburgo. La sal de bromo efervescente de *Sandow* (alcali bromatum effervescens) se expende en frascos á los cuales viene agregada una medida que indica la cantidad de sal que ha de echarse en un vaso de agua. La preparación de *Sandow* contiene 50 por ciento de bromuros alcalinos: la medida corresponde á 3 gramos de bromuros (1.2 gramos de bromuro de potasio, 1.2 gramos de bromuro de sodio y 0.6 gramo de bromuro amonio) y el frasco corresponde á quince dosis, teniendo un precio de 1,50 marco. Entre las demás sales efervescentes de *Sandow* podemos mencionar aún la sal efervescente de bromuro de hierro (40 por ciento de bromuro alcalino, 1 por ciento de hierro metálico) y la de bromuro de cafeína (3 por ciento de cafeína y 30 por ciento bromuro alcalino); en la primera una dosis corresponde á 1 gramo de bromuro de potasio, 1 gramo de bromuro de sodio, 0.50 gramos de bromuro de amonio y 0.03 gramos de hierro metálico; es muy recomendable en epilépticos anémicos, cloróticos, en que está igualmente indicada la administración del hierro.

Séame ahora permitido tratar, en obsequio de la brevedad, en forma de preguntas y respuestas, algunos puntos que en el tratamiento de la epilepsia por los preparados del bromo, resaltan más á la vista, pero en los cuales, según he podido cerciorarme yo mismo, se cometen aún frecuentes errores en el mundo médico;

1.º *¿Qué preparados del bromo y bajo qué forma deben administrarse?*— En la exposición anterior se encuentra en gran parte la respuesta á esta cuestión, á saber: bromuro de potasio puro, ó combinaciones en que el bromuro de potasio sea el componente esencial. Entre estas últimas se han mostrado excelentes el agua bromurada de Erleumeyer y la sal efervescente de Sandow. Si éstas no se encuentran disponibles, pueden administrarse mezclas recientes de los tres bromuros alcalinos disueltos en suficiente cantidad de agua saturada de ácido carbónico (natural ó artificial). Nunca deben darse los bromuros en forma de polvos ó píldoras, es decir, no disueltos, ni tampoco su solución concentrada en agua pura, como suelen recetarlos con preferencia nuestros médicos (20 gramos de bromuro de potasio en 200 gramos de agua, por cucharadas!) Una solución concentrada de esta especie, en el momento de hacer uso de ella, debe por lo menos ser suficientemente diluída en agua pura, mejor agua rica en ácido carbónico, ó también ser seguido su uso de la ingestión de cierta cantidad de agua.

2.º *¿Á qué dosis deben usarse los preparados del bromo?*— Para las dosis diarias debe servir de guía este hecho: *no dar más y, sobre todo, no dar menos de lo necesario;* es decir, dar lo suficiente para disminuir no sólo el número de los accesos, sino también para oponerse á la vuelta de ellos, deprimiendo de una manera continua la irritabilidad de las células nerviosas centrales. Para obtener este resultado será naturalmente menester elegir, según el caso, dosis diarias ya más altas, ya más bajas. En término medio, no deberá bajarse en los adultos hasta menos de 5 gramos de la mezcla de bromuros, ni sobrepasar 9 ó 10 gramos (10 gramos corresponden, como hemos visto, á un frasco de agua bromurada de Erleumeyer, 9 gramos á tres dosis de la sal de Sandow). No debe uno guiarse por prescripciones generales; á éstas pertenece, por

ejemplo, el consejo de *Voisin*, según el cual debe administrarse el medicamento en la cantidad necesaria para obtener la anestesia de la faringe, para hacer desaparecer el reflejo faríngeo provocado por el tocamiento de la epiglotis. Pero no es siempre necesario ir tan lejos; por otra parte, hay individuos en los cuales el reflejo faríngeo falta (histéricos, por ejemplo); además, no todos los preparados del bromo ejercen acción sobre él: el bromuro de sodio parece no producir una anestesia de la faringe. La dosis diaria total debe dividirse en pocas partes, por lo general en dos ó tres; cada dosis será, pues, en el adulto rara vez menor de 1.5 gramos ó mayor de 3 gramos, separada una de otra por varias horas hasta por medio día de intervalo.

3.º *¿Cuándo (á que horas del día, etc.) deben darse los preparados del bromo?* — Aquí es importante observar si en el caso dado los ataques se presentan en horas determinadas ó no, si se presentan sólo en el día ó sólo en la noche, ó indiferentemente de día y de noche. Si los ataques nocturnos faltan completamente, es más conveniente usar dos dosis diurnas (mañana y tarde); si se trata exclusivamente de ataques nocturnos, es generalmente suficiente una alta dosis suministrada en la noche; en los demas casos, es decir, en la mayoría, deben darse dos dosis, mañana y tarde, ó tres dosis, por la mañana, á medio día y en la noche. *Voisin* aconsejaba dar el medicamento inmediatamente antes de las comidas. La práctica moderna, sin embargo, aconseja darlo poco después (de 29-30 minutos) de las comidas; los trastornos gástricos que se producen fácilmente por su administración en ayunas, pueden así evitarse con más probabilidad.

4.º *¿Por cuánto tiempo debe continuarse el uso de los preparados del bromo?* — En todo caso durante años, *por lo menos durante dos, mejor tres años después del último ataque.* Durante todo este tiempo de curación, el medicamento no debe suspenderse ni un solo día, si es posible, ni tampoco durante la menstruación (ó la preñez). Enfermedades intercurrentes pueden naturalmente exigir una suspensión temporal. Los fenómenos ordinarios y leves de «bromismo», como acue, trastornos gástricos, ligeros catarros bronquiales, adinamia ligera, etc., no exigen la interrupción del tratamiento, ni aun la diminución de las dosis, pero sí el cumplimiento estricto de todas las reglas higénicas, buen aire, buen alimento, ejercicio, aseo, baños, procedimientos hidroterápicos.

5.º *¿Debe la dosis aumentarse y disminuirse gradualmente?* — En general, es ésto completamente inconducente, y debe por lo tanto desecharse. Tan pronto como se conozca la dosis diaria suficiente, debe continuarse con ella durante todo el tiempo que dure el tratamiento. La diminución de la dosis motivada por el temor de los enfermos y de sus parientes á la acción «estupefaciente» del bromo, es de ordinario peligrosa y viene generalmente seguida de la reaparición de los ataques. Sólo cuando la curación se haya prolongado según lo explicado más arriba, es decir, durante dos, ó mejor, tres años después de los últimos ataques, entonces puede poco á poco retirarse el medicamento; se disminuye entonces la dosis, ó mejor, se administra ésta día por medio, después cada dos días, cada tres ó cuadro días, ó también se da el remedio durante una semana y se impone un descanso de igual tiempo.

6.º *¿Existen casos de epilepsia en que los preparados del bromo son inconvenientes ó no son tolerados ó quedan sin acción?* — Sin duda existen tales casos, aunque felizmente en número relativamente reducido (quizás apenas el 5 por ciento del total de epilépticos). Deben distinguirse: los casos de absoluta intolerancia para los preparados del bromo, en que éstos, aun con el uso más racional que de ellos se haga, producen inevitablemente graves síntomas de bromismo, caquexia, postración extrema, debilitamiento de la memoria, etc.; y los casos en que los medicamentos bromurados son soportados, pero quedando sin acción, no influyendo ni en el número é intensidad de los accesos, ó aumentándolos y produciendo, en vez de la depresión habitual, un estado de irritabilidad cerebral patológico (como lo he observado en muy aislados casos). En los casos de la primera categoría puede conseguirse á veces habituar el organismo al bromo, siguiendo en todo los preceptos higiénicos y administrando simultáneamente pequeñas dosis de bromuros y hierro ó arsénico en forma adecuada, ó alternando el uso de bromuro de hierro con preparados de arsénico. Si no se consigue nada de esta manera, ó si los preparados de bromo son, como en los casos de la segunda categoría, absolutamente ineficaces, entonces debe renunciarse á su empleo y ensayarse otros medicamentos antiepilépticos, que de ordinario tampoco producirán efecto. En estos casos desesperados la terapéutica es impotente de ejercer una acción benéfica.

II. — Los demás medicamentos anti-epilépticos. — Sin duda, algunos de los medicamentos antes usados, por ejemplo, los preparados de zinc, han producido muchas mejorías, en algunos casos hasta curaciones; pero muy por encima de ellos están los preparados del bromo, por la comodidad de su uso, la seguridad de su éxito terapéutico y su relativa inocuidad. Su uso no puede prolongarse indefinidamente, durante años enteros, como lo exige el carácter especial del mal que se combate; lo cual puede hacerse generalmente con los bromuros, usados racionalmente. Además, se han hecho extraños á la actual generación médica; falta sobre ellos la experiencia diaria, que existe de sobra para los bromuros. Todo esto puede aplicarse en mayor escala á los otros «nervinos metálicos», preparados de *cobre, bismuto, plata,* etc., en cuanto á su uso como anti-epilépticos. El *arsénico* lo usamos aún, pero más bien como auxiliar, en los casos en que los bromuros no son soportados, ó para combatir ciertos fenómenos molestos (acne); en casos bastante graves complicados de profunda anemia y gran debilitamiento, he obtenido lisonjeros resultados con la administración combinada ó alternada del bromuro de hierro de Sandow y el arsénico (gránulnos peptonizados con solución de Fowler ó ácido arsenioso).

Los nervinos y sedantes de origen vegetal, antes muy recomendados, están también en su mayor parte relegados al olvido. *Los preparados de belladona* (atropina) son casi los únicos usados hoy día con alguna frecuencia contra la epilepsia, pero sólo en casos apurados, cuando fracasa la medicación bromurada. Puede mejorarse á veces el estado del enfermo con su administración, los ataques desaparecen aun por algún tiempo, pero no puede prolongarse el uso de la atropina sino por pocos meses, sin consecuencias peligrosas para el enfermo. Lo mismo puede decirse del uso del *Cannabis* (Haschisch), lobelia, digital, etc., y con más razón del *curare*, cuyas recomendaciones contra el mal epiléptico no sirven sino para comprometer la dignidad médica.

Tampoco faltan en este terreno las novedades farmacéuticas, que, como tales, llevan en sí el atractivo hasta cierto punto sugestivo de todo lo nuevo. Sin pretender ser completo, doy aquí algunos de estos nuevos anti-epilépticos, que, por lo demás, no han merecido mucha confianza:

Hidrato de amylena, recomendado por *Wildermunth*, estaría sobre todo indicado en casos de ataques epilépticos muy seguidos,

ó cuando se producen síntomas agudos de bromismo que exigen la suspensión de la administración de bromo, ó todavía en la epilepsia nocturna.

La dosis diaria ordinaria sería de 2-4 gramos (hasta 8 gr.), en solución acuosa al 1 : 10, en vino ó jugo de frutas; también subcutáneamente (0.8 pro dosi) en estado epiléptico. Su uso produce somnolencia y trastornos digestivos; después de 6-8 semanas de administración, disminuye su eficacia. Otros autores (*Drews, Dum, Umpfenbach,* — también yo), no han encontrado que este medicamento sea tan eficaz en los casos graves de epilepsia ó epilepsia nocturna. Además, es de un precio bastante elevado.

Salm ensayó la *antifebrina* en once epilépticos. Los resultados obtenidos no permiten suponer que esta sustancia influya favorablemente en la enfermedad.

La *antipirina*, recomendada como nervino por *Lépine, Germain Sée* y otros, también se usó contra la epilepsia. Lemoine la cree útil, sobre todo en enfermos cuyos ataques están bajo la influencia de la menstruación, en los casos de epilepsia larvada ó en los ataques de jaqueca como manifestación del mal. Dosis diaria, 2 gramos. *Amadei* recomienda, como *Sée*, la mezcla de antipirina y bromuro de potasio; sin embargo, *Agostini* ha obtenido malos resultados con ella.

El *bórax* ha empezado á usarse últimamente. *Folsom* lo usa cuando los bromuros son ineficaces (dosis: 1 grm., tres veces al día); *Stewart*, en la epilepsia nocturna. Yo no he visto ninguna utilidad con su empleo.

La *nitroglicerina* tiene, según es sabido, la misma acción fisiológica que el nitrito de amylo y las sales nitrosas (nitrito de sodio). *Lublinski, Konaracki, Andrews*, la han encontrado perjudicial en la epilepsia; pero últimamente *Osler* la recomienda para aquellos casos en que el bromuro no produce acción ó empiecen á disminuir sus efectos. (Solución al 1 por ciento ó píldoras de 0,0006.)

El *ácido ósmico* (mejor *ácido perósmico* $Os O_4$) fué usado por *Wilderumth* en solución acuosa, despues en estado de «osmiato de potasio» en píldoras (0,002 — 1,15 pro die). No produce fenómeno, molestia ninguna, pero tampoco una manifiesta mejoría. *Newsky* i recientemente *Schweder* han obtenido mejores resultados, aunque no decisivos. (Ácido ósmico en píldoras de 0,001, 1-3 por día.)

El *sécale cornutum* apareció últimamente como anti-epiléptico. *Clevenger* sostiene haber obtenido buen éxito administrándolo junto con bromuro de sodio; mejores resultados dice haber tenido con la corteza de raíz de algodonero, muy parecida al sécale, pero más activa que él (5-8 gr. por dosis).

El *simulo* (tintura obtenida de los frutos de capparis coriácea), muy preconizado contra la epilepsia y la histeria por autores ingleses, no tiene casi ningún valor, como yo he podido comprobarlo.

Escribiendo estas líneas, encuentro en un número reciente de la *Deutsche Medicinische Wochenschrift* un interesante artículo del profesor *Babes*, en que recomienda como tratamiento muy eficaz contra la neurastenia y la epilepsia genuina la *inyección subcutánea de sustancia nerviosa normal.* ¡Qué perspectiva tan sorprendente! Hasta ahora han sido tratados 17 epilépticos y «mejorados notablemente.» No necesitamos por ahora calentarnos la cabeza con la explicación que *Babes* da sobre el modo de acción de su medicamento.

Por último, recordemos también los remedios secretos contra la epilepsia, introducidos en el comercio, y que constan casi todos de bromuro de potasio, los demás bromuros y sustancias vegetales inofensivas; entre otros el «Antiepileptique» de J. Uten (solución de color verde, de bromuro de potasio con agua de almendras amargas), el «bromideau» de *Battle y C.ª;* bromipirina, anti-epiléptico de *Falomon* (solución acuosa de bromuro de potasio con especias de té.)

El polvo de urracas carbonizadas, muertas entre Noche Buena y Pascua de Reyes, conocido con el nombre de polvo de Raller, no ha perdido naturalmente nada de su fama como «anti-epiléptico en el diaconato de Dresden.»

Tratamiento higiénico-dietético.—Por lo menos tan importante como el tratamiento medicamentoso de la epilepsia es su tratamiento higiénico-dietético; forma el complemento necesario del primero, que sin él quedaría estéril, ó, en el mejor de los casos, lograría el debilitamiento ó abolición de los ataques, pero con grave detrimento del organismo y del estado psíquico del enfermo. Desgraciadamente, por el corto espacio de que podemos disponer, tenemos que limitarnos á escasas observaciones á este respecto; está, por lo demás, encomendado al médico saber aplicarlo con tino en cada caso especial.

En primera línea habría aquí que resolver el importante problema del lugar más conveniente para emprender la curación de un epiléptico, si en su casa ó en establecimientos de sanidad (establecimientos hidroterápicos, sanatorios, establecimientos especiales para epilépticos); pero es este un problema á cuya ventilación no podemos entregarnos aquí, pues nos extenderíamos demasiado. Por lo demás, es relativamente raro que un médico se vea en el caso de pronunciar su opinión decisiva en este punto. Generalmente no conviene hospedarlos en algún establecimiento. La mayor parte de los establecimientos hidroterápicos, sanatorios, casas de sanidad para nerviosos, no aceptan á epilépticos; los lugares de baños son naturalmente inadecuados. Sólo quedan entonces los establecimientos especiales para estos enfermos, las colonias de epilépticos, como en Bielefeld, que no han podido captarse la confianza de las clases acomodadas, y que en verdad dejan mucho que desear en cuanto á su organización. Cuán escasas son las curaciones ahí obtenidas puede deducirse de los datos siguientes, referentes al establecimiento de Bodelschwing: desde 1867-1887 de 2,407 epilépticos se ha obtenido un 6½ por ciento de curaciones y cerca de 20 por ciento de mejorías.

No existe una dieta especial para epilépticos; pero sí preceptos generales, entre los cuales es preciso recomendar sobre todo un régimen de vida estricto y uniforme, evitando todo exceso ó extravagancia dietétiva. La alimentación debe ser bastante nutritiva; debe prohibirse el café, té, especias excitantes, y en especial todos los licores alcohólicos. El fumar es igualmente perjudicial, y hay que proscribirlo. Las comidas frecuentes y poco abundantes, que no recarguen el estómago, son las que deben preferirse. Cuando hay propensión á ataques nocturnos es conveniente que las comidas de la tarde sean muy ligeras, sin dar cabida en ellas ni á carne ni á grasas. Si existen complicaciones anémicas, ordenar una dieta rica en albuminoideos, la leche. En casos de extenuación considerable, puede usarse un procedimiento que se asemeje a la cura de *Weir-Mitchell.*

De capital importancia es, especialmente durante el empleo de los bromuros, la vigilancia de las excreciones. Cuídese que exista siempre una abundante diuresis (por medio de bebidas ricas en ácido carbónico) y deposiciones diarias. Igualmente es esencial la permanencia al aire libre, la tonificación de la actividad cardíaca y respiratoria por medio de ejercicios moderados, la gim-

nástica, los juegos al aire libre, ascención de montañas. El clima de las alturas, por sí solo tan ventajoso, produce admirables resultados en epilépticos extenuados, que son más manifiestos si éstos al propio tiempo pueden disfrutar de las ventajas de un tratamiento hidroterápico.

Es menester procurarles un descanso espiritual, tenerlos alejados de todas las excitaciones (las sexuales inclusive), evitarles las impresiones desagradables.

Á los epilépticos jóvenes es necesario impedirles visiten los colegios; sólo en los casos de ataques nocturnos ó ligeras ausencias puede tentarse la prosecución de los trabajos escolares. En la gran mayoría de los casos sólo puede permitirse el estudio a domicilio, muy restringido, con largos descansos y evitando todo cansancio intelectual, escogiendo á profesores inteligentes y dóciles á los consejos del médico.

La *hidroterapia* juega, en mi opinión, un rol sobresaliente entre los preceptos higiénicos durante el tratamiento de la epilepsia. Es *indispensable* en los estados anémicos y caquécticos, para impedir ó alejar las consecuencias molestas de un tratamiento medicamentoso. Especialmente durante el empleo de los bromuros el uso conveniente de la hidroterapia es el medio mejor y más eficaz para impedir los fenómenos del «Bromismo», para combatir estos fenómenos si ya existen, para levantar el decaimiento general, para excitar la energía corporal y espiritual. La elección del procedimiento debe subordinarse á la edad, las fuerzas y el régimen de vida del individuo. Muy útiles son los *baños de medio cuerpo* á 24-21° R, de 5-6 minutos de duración, con enérgicas frotaciones durante el baño. En otros casos son más adecuadas las *abluciones frescas* con ligeros frotamientos. Deben evitarse las temperaturas muy altas ó muy bajas. Si hay propensión á congestiones cefálicas, ó cuando existen cefalalgias interparoxísticas, son ventajosas las compresas frías, el hielo, etc.

Pueden también emplearse los baños completos tibios de 26-28° R., y de 15-20 minutos de duración, como sedantes nerviosos. En algunos casos puede disminuírse gradualmente la temperatura (y duración) de estos baños, ó combinarlos con duchas cortas y frotaciones secas. Los *baños de pies* deben emplearse con mucha circunspección; los *baños de mar* deben, por lo general, proscribirse (lo cual no impide naturalmente una estadía en puertos de mar).

Electroterapia.—Sobre el tratamiento de la epilepsia por la electricidad, tengo poco que decir. Debo declarar que no le reconozco justificación alguna; su empleo no se basa sobre fundamento racional ninguno, ni sobre comprobaciones empíricas. Los ensayos de la «galvanización central», «galvanización del simpáco», franklinización ó todavía de la recién preconizada galvanización de la tiroídea en los epilépticos, no merecen la atención de un médico pensador.

Lo mismo puede decirse de la moderna *terapéutica sugestiva.* Si algunos de sus representantes pretenden haber cosechado laureles en este terreno, si Wetterstaud habla de notables mejorías de los ataques, hasta de cesación de ellos durante años, y *de Toug* de admirables curaciones, es esto de lamentarse, pues sólo servirá para disminuir la confianza en estos observadores y desacreditar la terapia sugestiva á los ojos de jueces ingenuos y candorosos. Más verosímil es que Voisin haya logrado detener los ataques en epilépticos (é hístero-epilépticos) por medio de oportunas inhalaciones de algunas gotas de cloroformo i sugestión consecutiva.

Tratamiento quirúrgico-operatorio.—La intervención quirúrgica en el tratamiento de la epilepsia, puede ser necesaria, ya sea para *hacer desaparecer causas de acción epileptógena que obran sobre órganos periféricos,* ya sea para *obrar directamente sobre los órganos centrales enfermos y perturbados en sus funciones.* En el primer caso, el tratamiento operatorio viene á llenar la *indicación causal* en la epilepsia denominada «periférica» ó «refleja»; en el segundo caso, la *indicación mórbida* en epilepsias «genuinas» ó «idiopáticas». El campo de aplicación de la cirugía como indicación causal, es muy vasto, desde que las irritaciones patogénicas en cualquier órgano ó región del organismo puede provocar la formación de una zona epileptógena, si existe predisposición para estos fenómenos. Recordemos solamente la extirpación de neuromas, neurectomías y elongación de nervios, escisión de cicatrices cutáneas, operación de fimosis, castraciones, clitoridectomías, cauterizaciones ú otras operaciones en el oído, nariz, laringe, trepanaciones después de traumatismos de la cabeza, etc.

Pero no siempre la intervención quirúrgica en estos casos, por muy indicada y racional que sea, produce un resultado favorable y duradero, tal vez debido á veces á que se recurre á ella muy tarde, cuando ya se ha desarrollado una irritabilidad muy grande del

cerebro y la disposición patológica á accesos epilépticos se ha radicado ya en los centros subcorticales ó corticales. Á pesar de estos resultados con frecuencia negativos, es incuestionable el valor y necesidad de la intervención quirúrgica en tales casos; aunque no tengan acción curativa inmediata, puede usarse después con buen éxito un tratamiento higiénico y medicamentoso.

No sucede lo mismo con las operaciones hechas para sanar la epilepsia genuina ó idiopática, atacando los supuestos puntos trastornados en sus funciones (de la sustancia cortical). Aquí debemos mencionar la *ligadura de las arterias vertebrales*, para influir en la circulación endocraneal; operación completamente irracional, con la cual *Telford Smith* pretende haber obtenido una cesación de los ataques durante cuatro años (ligando la vertebral izquierda). Más aventurada parece la proposición de *Alexander*, de *extirpar en uno ó ambos lados el ganglio cervical superior del simpático;* esta operación, practicada en 24 epilépticos, habría producido 6 curaciones, durante dos años de observación, y 10 mejorías!

Mayor importancia han adquirido, sobre todo durante el último decenio, por los resultados obtenidos en diversos países, las operaciones sobre el cerebro, que consisten en la ablación de trozos determinados de sustancia cortical (de las regiones motrices de la corteza cerebral) después de trepanación del cráneo. La localización exacta de los centros corticales motores obtenida por las experiencias (excitaciones farádicas en monos antropoídeos) y comprobada también en el hombre, ha prestado un alto grado de seguridad al diagnóstico tópico, y nos permite determinar con bastante fijeza la situación y extensión de la región cortical enferma, según las manifestaciones de excitación motriz que se observen en grupos musculares aislados.

Estos conocimientos pueden naturalmente utilizarse, para la intervencion quirúrgica, en aquellos epilépticos en que las convulsiones comienzan en miembros, grupos musculares ó músculos aislados, irradiándose después á regiones más extensas ó á toda la otra mitad del cuerpo; en una palabra, en la *epilepsia jaksoniana ó cortical.* Es también en los casos de *epilepsia corcical traumática* y en las epilepsias que complican las hemiplegias expasmódicas infantiles, donde se ha obtenido por un tratamiento quirúrgico los más numerosos y mejores resultados. Pero si se observan estos casos con más atención, se reducirá también el

número de los *éxitos* obtenidos; falta ante todo la garantía de persistencia de la mejoría, pues los enfermos son generalmente observados por corto tiempo después de la operación. Á cada vez que la observación se ha extendido á un lapso de tiempo más largo, se ha podido comprobar que la mejoría ha sido sólo *pasajera.* También en los pocos enfermos operados á petición mía, he visto producirse sólo una mejoría que ha durado algunas semanas. La razón de la fugacidad de los resultados sería, en la opinión de los cirujanos, el hecho de no haber sido extirpada toda la zona cortical lesionada. El verdadero motivo del fracaso del tratamiento operatorio, es debido tal vez á que la epilepsia no es siempre producida *por un proceso local,* sino más bien *por una degeneración secundaria y crónica que se extiende desde la lesión primitiva,* por una *exclerosis lobar (Marie).* Para el desarrollo de este proceso degenerativo secundario, es necesario siempre un período de tiempo bastante considerable; pero una vez formado, toda intervención quirúrgica llega tarde, pues la lesión secundaria es ya demasiado difusa. Por este motivo, dice muy bien *V. Bergucaun,* hay más probabilidades de éxito en las epilepsias corticales traumáticas, mientras menos tiempo haya transcurrido después de la acción del traumatismo.

Recientemente, *Benedict* ha aparecido como defensor del tratamiento quirúrgico en la epilepsia genuina. Él opina que en los epilépticos existe un estado de «latencia» que se manifiesta, por ejemplo, en los niños que en sus primeros años han sufrido de eclampsia, quedando exentos de ella durante 10-12 años, hasta que en la pubertad vuelven de nuevo los accesos. Quizás sería posible volver al epiléptico á este período de latencia por medio de una intervención operatoria; y esto se conseguiría excindiendo la zona cortical circunscrita que produce las convulsiones precursoras del ataque. La excisión de tales centros evitaría las convulsiones, pero no produciría nunca parálisis; si ésta se presentase, debia atribuirse á los «efectos del shok» sobre centros más profundos. La misma explicación tendrían las convulsiones que siguieran inmediatamente á la operación. La excisión de centros aislados y bien determinados, con poca pérdida de sustancia, no significaría un peligro para el paciente; y los trastornos funcionales acarreados por la operación no podrían compararse con los trastornos funcionales que la motivaron.

Por muy dignas de atención que sean estas ideas, creo, sin embargo, que una cuestión de esta naturaleza no puede ser solucionada por la teoría, sino por experiencia práctica; y ésta no habla en favor de esta operación de ninguna manera ofensiva ó de absoluta utilidad, ni aun en aquellos casos que *Benedict* menciona, en que la epilepsia idiopática estaría en conexión con eclampsia infantil y procedería de centros motores perfectamente determinados. Pero no perdamos demasiado luego las esperanzas! Nuestros conocimientos sobre localizaciones cerebrales en unión con una técnica operatoria que cada día se perfecciona más, pueden producir sus frutos y autorizar la operación, aunque sea en un número circunscripto de casos. Tal vez también se confirme que las excisiones de sustancia cortical hechas oportunamente en las parálisis infantiles de origen cerebral, que con tanta frecuencia conducen á la epilepsia, tengan un significado *profiláctico*, pero no el significado *curativo* que preferentemente se les ha atribuído en las epilepsias ya declaradas.

T. Muhn
Traductor

CORRESPONDENCIA EUROPEA

EN LA SUIZA

HOSPITAL CANTONAL DE BERNA

Se sabe que en los países montañosos el *bocio* se desarrolla con marcada predilección; la Confederación helvética ofrece una amplia confirmación.

No es nuestro ánimo perdernos en investigaciones sobre la interesante cuestión de la etiología; insistir en la influencia, desde largo tiempo comprobada, de ciertas aguas en las que la ciencia moderna no ha podido precisar el cuerpo del delito; entrar á discutir su origen infeccioso ó no, ni las relaciones llenas, por lo demás, de gran interés entre el cretinismo y el bocio, ni averiguar con cuánto tiempo y en qué proporción éste precede á aquella degeneración; queremos solamente indicar á los lectores de la Revista el *tratamiento quirúrgico* que allí se practica en gran escala con resultados que más adelante recordaremos.

Tampoco entraremos á discutir el valor de los múltiples procedimientos aconsejados para operar las diversas clases de bocios, ni nos esforzaremos en señalar las indicaciones de unos y las contraindicaciones de otros. Á este respecto citaremos la justa observación del profesor Trelat, que decía que los diversos procedimientos quirúrgicos no estaban destinados á combatirse ó excluirse, sino llamados á ayudarse recíprocamente en beneficio de los enfermos. En el caso presente, es la resección-enucleación subcapsular la que más á menudo practica el profesor Kocher.

En cuanto nos sea posible describiremos la operación tal como se la vimos practicar en la segunda quincena de marzo del presente año.

Hace en general la incisión en la línea media desde la horquilla esternal hasta el cartílago cricoides; si el tumor es más voluminoso de un lado y no permite maniobrar fácilmente, encorva aquella incisión en su extremidad superior hasta el borde interno del externo mastoideo; separa cuidadosamente los músculos colocando pinzas ó ligando los numerosos vasos que se presentan; incinde la cápsula, que separa igualmente de uno y otro lado. Es á la ligadura de las venas inferiores á la que atribuye una importancia capital; en efecto, de la hemostasis completa de aquella región depende en gran parte el éxito de la operación.

Cuando el bocio se prolonga detrás del esternon, casos de los más difíciles de operar, hace lenta y gradualmente su levantamiento ligando los principales vasos y arrancando los otros; en seguida termina la hemostasis como se pueda, en general por compresión.

En seguida, valiéndose de una espátula puntiaguda y roma en una de sus caras, provista de acanaladuras que le permiten deslizar las agujas para los hilos de ligadura, procede á desnudar los vasos y ligarlos. Gasta especial atención en el aislamiento de la tiroídea inferior á fin de no lesionar el nervio recurrente. En la parte posterior del tumor, cerca del paquete vásculo-nervioso del cuello, deja siempre un trozo de la glándula adherente á la cápsula. La resección la practica con seda muy fina, que usa á veces doblada. El istmo lo secciona entre dos ligaduras.

Absolutamente de la misma manera procede con la otra mitad del tumor. Termina haciendo la hemostasis completa del campo operatorio, sutura completa sin drenaje; curación sencilla algodonada.

Este mismo procedimiento, con ligeras modificaciones sobre el modo de incindir la cápsula ó ligadura previa de todas ó algunas de las arterias según que la resección sea total ó parcial, es el que ha descripto y vulgarizado desde hace largo tiempo.

Los accidentes de sofocación que suelen sobrevenir durante la operación, son dominados por el levantamiento de la tráquea *aplastada* y *deformada* por el tumor, por medio de un simple gancho ó un hilo de seda que tome parte de los cartílagos. Cree que los accidentes bruscos de sofocación y muerte súbita observada en el

bocio reconocen, en la gran mayoría de los casos, aquella alteración de la tráquea; la teoría de Kronlein que las explica por espasmos ó contracturas musculares, le parece insostenible.

En cuanto á las indicaciones de la operación, creemos interpretar las ideas del amable profesor diciendo que son *grosso modo*, las mismas que las de las hernias en general. Es decir que los bocios pequeños y de núcleos duros, que desde temprano comprometen la respiración de una manera seria (extrangulamiento de la hernia), deben operarse cuanto antes sin detenerse en inyecciones iodadas ni aplicaciones eléctricas. Los casos medianos y grandes exponen tarde ó temprano á accidentes de la misma especie, y no hay por qué rehusarles el beneficio de una operación *absotutamente benigna*. En cuanto á los casos pequeños y que apenas constituyen una ligera deformación, en que sólo la reclaman por coquetería y porque conocen los resultados que da, la acuerda con frecuencia.

La mortalidad obtenida en cerca de mil operaciones que ha practicado, es de uno y medio por ciento, incluyendo algunos casos de bocio exoftálmico, que son los que oscurecen el cuadro; sin ellos la mortalidad es casi nula, no pasa de *0.6 a 0.8 por ciento.*

Los profesores Julliard y Reverdin, de Ginebra, cuyas estadísticas pudimos compulsar, tienen cerca de 150 operados con resultados análogos á los del profesor Kocher.

DR. SIERRA M.

Paris, mayo 1893.

REVISTA EXTRANJERA

DEL USO INTERNO DEL AGUA CALIENTE

EN LAS ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

POR EL PROFESOR MC. COMEL

La importancia que tiene el mantener limpio el tubo intestinal y hacerlo aséptico en las enfermedades del estómago é intestino es tan universalmente reconocida, y los resultados de la aplicación de este método tan satisfactorios, que han inducido al autor á aplicarlo en los niños. Teóricamente es lo más racional, y en la práctica da los más espléndidos resultados.

Cuando un niñito vomita y tiene diarrea incesante, que parece extinguirse la vida en él, se está tentado á darle alimentos nutritivos, aunque se sabe que en estas circunstancias todos obran como eméticos ó purgantes, además que las funciones de asimilación están suspendidas y las excreciones y secreciones pervertidas.

En estos casos es cuando doy el agua caliente, que obra como estimulante, antiséptico, sedante y alimento.

El agua caliente sostiene la vida y permite obrar á otros agentes terapéuticos, como inyecciones de agua salada. Se puede mantener por 24 horas á un niño sin ningún otro alimento; después se le puede agregar pequeñas cantidades de alimentos fáciles de digerir. Para darla se principia con agua pura, después con sal, y luego, si hay necesidad, se le agrega azúcar. Es sorprendente ver

con el agrado que los niños la toman, prefiriéndola á su nodriza, produciéndoles un sueño tranquilo y calentándose fácilmente las extremidades, que siempre están heladas.

El autor cita á continuación varios casos para probar los buenos resultados. Se trata de enfermedades de las vías digestivas, y agrega: «Estas son unas de las enfermedades en que he ensayado: hay pocas en los niños en que su uso no produzca buenos efectos.»

C. P. C.

(Medical Record.)

REVISTA CLÍNICA

CLÍNICA GINECOLÓGICA DEL DOCTOR KÖRNER

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO EN LA SALA DEL CARMEN DEL HOSPITAL DE SAN BORJA DURANTE EL MES DE JUNIO

Existencia anterior.	40
Entradas.	30
TOTAL.	70
Altas.	33
Fallecidas	0
Existencia el 1.º de julio.	37

OPERACIONES

1.ª Absceso de los grandes labios. Se incindió con el bisturí y se curó como absceso común. Salió de alta á los pocos días la enferma.

2.ª Histerectomía vaginal por tumor maligno del cuello del útero. Se creyó que se podría extirpar el órgano entero, porque una infiltración que se sentía al tacto se creyó que era simplemente inflamatoria; pero después de haber abierto el fondo de saco posterior y de haber ligado las dos arterias uterinas, se pudo constatar que la infiltración era de la misma naturaleza del tumor; por lo que se dejó el órgano en su mismo sitio. La enferma salió de alta.

3.ª Amputación de un seno por un sarcoma en una mujer de setenta años. Se extirpó toda la mama izquierda y hubo necesidad de extirpar el paquete ganglionar de la axila correspondiente; el tumor era quístico y el examen histológico manifestó ser un sarcoma, lo mismo que los ganglios que estaban degenerados en sarcoma. La enferma saldrá de alta luego, aunque ha supurado la herida, pero poco.

4.ª Operación de una fístula vésico-vaginal. Esta enferma ha sido operada por sexta vez en la clínica. Esperamos que ahora será más feliz que las veces anteriores y sane de su afección.

5.ª Raspaje de la mucosa uterina por endo-metritis. Nada que notar. La enferma salió de alta.

6.ª Raspaje y cauterización del cuello del útero por tumor maligno de dicho órgano, inoperable por la histerectomía, por haber infiltración de los ligamentos anchos. La enferma se encuentra bien.

7.ª Abertura y drenaje de una parametritis supurada en la pared abdominal, al nivel de la espina ilíaca anterior y superior. La enferma sigue bien

8.ª Laparotomía exploradora.

Ema N., de 18 años de edad, de Curicó, soltera, sin famila, tuvo su primera regla á los 12 años, habiendo sido siempre dolorosa y abundante; nunca ha tenido suspensión de ella.

La salud anterior ha sido buena; dice que ha tenido dos ataques al hígado dolorosos; por lo demás, buena salud.

Nos cuenta la enferma que desde hace un año principió á notar un tumor en el vientre, lado derecho, duro, doloroso y que ha crecido lentamente. En el mes de marzo del presente año los dolores se hicieron más agudos, hasta que un día salió por la cicatriz umbilical una cierta cantidad de un líquido transparente; este derrame se hizo constante, y á los 15 días, más ó menos, después de la abertura, se fué transformando en pus, que lo pierde hasta el presente en pequeña cantidad.

Para el examen se cloroformó á la enferma y se introdujo un estilete por el ombligo, el que penetró solamente de 4 á 5 centímetros dirigiéndolo hacia atrás y abajo; por el tacto vaginal pudimos notar que el tumor principiaba por abajo, desde el estrecho superior de la pelvis hasta un poco por encima del ombligo; ocu-

paba toda la fosa ilíaca derecha y vacío del mismo lado; estaba colocado inmediatamente por encima de la columna vertebral y desbordaba un poco á la izquierda de ella; su superficie era lisa y sus contornos se percibían perfectamente sin movilidad; el útero estaba adherido al tumor por el fondo; no había fluctuación en el tumor.

Se diagnosticó que probablemente se trataba de un piosalpingitis de la trompa derecha.

Se dejó la enferma para ser operada por la laparotomía, operación que se llevó á efecto el día 19 de junio del modo siguiente:

Se hizo la incisión en la línea blanca y, una vez que se incindió hasta el peritoneo, se hizo dos punciones exploradoras, las que no dieron salida á ningún líquido; después se abrió el peritoneo, lo que puso el tumor á descubierto; pero vimos que éste estaba completamente adherido á la pared abdominal y al epiplón; se vió que era imposible extraerlo, por lo que hubo necesidad de renunciar á la extirpación, se suturó la herida y se dejó á la enferma en el mismo estado de antes.

Después de la operación, la herida ha cicatrizado perfectamente, dejando solamente la antigua fístula en el ombligo, la que da salida á un poco de pus.

Las temperaturas como asimismo el estado de la enferma, no han tenido nada de notable después de la operación.

9.ª Laparotomía por miomectomía.

Jesús A., de 52 años de edad, soltera, sin familia, tuvo su primera regla á los 14 años, era abundante y sentía grandes dolores á la cabeza y vómitos; rara vez ha tenido suspensión de ella.

No tiene antecedentes hereditarios. Su salud anterior, buena. Ha tenido una neumonia.

Dice la enferma que, desde hace tres años; su regla había aumentado tanto en cantidad como en días; enfermaba varias veces en el mes; á la vez notó un tumor en su vientre, el que ha ido creciendo lentamente.

En esta época, hace tres años, se hizo ver por el doctor Körner, el que diagnosticó fibro-miomas uterinos, y la sometió al tratamiento de la ergotina y aplicaciones de electricidad, tratamiento que ha continuado hasta el presente sin haber sentido ninguna mejoría. Viendo lo infructuoso del tratamiento, el doctor Körner creyó necesario operar la enferma, lo que ella aceptó; por esto ingresó á la clínica.

Debo notar que hace un mes que la enferma no se puede levantar de la cama, porque tuvo un ataque de peritonitis, la que la ha dejado bastante postrada.

En los primeros días del presente mes, se procedió á operar. La temperatura, antes de la operación, era de 36°2; respiraciones, 18; pulso, 90.

Las dimensiones del abdomen eran:

Circunferencia al nivel del ombligo	93	centímetros
Circunferencia al nivel de las espinas ilíacas anteriores y superiores.	95	»
Del pubis al ombligo.	21	»
Del ombligo al apéndice xifoides.	22	»

Después de haber preparado la enferma convenientemente, se cloroformó y se hizo una incisión del pubis al ombligo en la línea blanca, hasta dividir el peritoneo, yendo capa por capa. Una vez abierto el peritoneo, se nos presentó un tumor de color amarillo pálido, que ocupaba todo el vientre y estaba adherido á la pared, epiplón y algunas asas intestinales por gran número de bridas, las que se desprendían fácilmente con el dedo y daban poca sangre. Se creyó que estas adherencias eran de reciente formación; se trató de sacar el tumor del abdomen, pero no cabía por la herida, lo que hizo necesario un desbridamiento mayor de la herida hacia arriba, de 10 á 12 centímetros, por encima del ombligo; se extrajo el tumor perfectamente pediculado; pero en el pedículo había una vuelta completa y estaba implantado en la cara anterior del útero, lado derecho; extirpado éste, pudimos ver que había muchos más; se levantó la pelvis de la enferma por medio del plano inclinado y se pudo extraer otros tumores más pequeños, uno mayor que el puño, implantado en el fondo del útero, otro más pequeño, del tamaño de un puño, implantado en el lado izquierdo, y otros tres del tamaño de un huevo de gallina; los dos primeros pediculados y los otros sésiles, que fueron extraídos con todo el útero. Además de estos seis, había una gran cantidad de más pequeños en todo el cuerpo, algunos sub-serosos, otros intersticiales y otros sub-mucosos. Para extirpar el útero, se puso un tubo de cautchouc al nivel del cuello y se extirpó el órgano; después se cauterizó el orificio abdominal del canal cervical con ácido fénico puro y se dejó en ese sitio un algodón mojado con el mismo ácido; en seguida se pusieron dos suturas en el orificio y después se suturó el muñón por medio de dos planos de sutura con seda antiséptica;

y por último, se limpió el peritoneo y se cerró la herida abdominal. Curación antiséptica.

Después de la operación, temperatura de la enferma, 35°; respiraciones, 30; pulso, 76.

Peso de los tumores y útero, 4,400 gramos.

Dimensiones del tumor grande, circunferencia mayor, 61 centímetros; circunferencia menor, 55 centímetros. El tejido de este tumor estaba ligeramente degenerado, debido esto seguramente á la torsión, que hemos señalado antes, del pedículo.

En toda la operación (hasta dejar la enferma en su cama) se demoró dos horas.

PRIMER DÍA.—Á las 12 M. se le puso una inyección de éter alcanforado, porque el pulso era muy pequeño; la temperatura á esta hora era 36°

A las 2 P. M., 36°5

Á las 2½ P. M., dice la enferma que sufre de fatigas; ha vomitado varias veces; por lo demás, la enferma se encuentra bien; lengua húmeda; no hay meteorismo abdominal.

Temperatura, 36°5; pulso, 99; respiraciones, 27.

Á las 3. P. M. se le ha dado á la enferma agua albuminosa.

Á las 9 P. M. se le extrajo la orina, 200 gramos. Temperatura, 37°. Se le puso una inyección de morfina para que durmiese y quitarle dolor que sentía al vientre.

Á las 3 A. M., temperatura, 37°2.

SEGUNDO DÍA.—8 A. M. La enferma se encuentra bien; durmió muy poco á pesar de la morfina; ha tenido náuseas y vómitos cada vez que toma cualquier líquido; lengua húmeda, ligero dolor al vientre,

Temperatura, 37°; pulso, 92; respiraciones, 28.

Á las 10 A. M. se le extrajo 225 gramos de orina; se le ha dado dos veces champaña, lo que le provocó vómitos; sólo ha tomado agua albuminosa y no la ha vuelto.

Á las 12 M. Temperatura, 37°.

Á las 12¼ P. M. se le puso una lavativa de caldo con oporto.

Á las 12½ P. M. sigue bien; las fatigas han desaparecido, lo mismo el dolor al vientre.

Temperatura, 36°6; pulso, 84; respiraciones, 28.

La enferma sigue bien; á las 6 P. M., temperatura, 36°.

Á las 5 P. M. se le puso una segunda lavativa alimenticia.

Á las 6 P. M. obró una pequeña cantidad y orinó sola.

Á las 9 P. M. se le puso una inyección de morfina con atropina, la que la hizo dormir hasta las 3. A. M.

A las 5 A. M. se le puso una tercera lavativa alimenticia.

Á las 6 A. M., temperatura, 37°.

TERCER DÍA.—Á las 9 A. M. la enferma se encuentra perfectamente; las náuseas y el dolor al vientre han desaparecido por completo.

Temperatura, 37°; pulso, 80; respiraciones, 18.

Á las 10 A. M. se le puso un enema de 1,000 gramos de agua con glicerina; provocó dos deposiciones.

Á las 12 M. se le puso una lavativa alimenticia. Temperatura, 37°.

Á las 12½ P. M. se le dió dos cucharadas de caldo; no ha vomitado.

Á las 12½ P. M. la enferma está muy bien; sólo siente un pequeño dolor al estómago, debido seguramente á la persistencia de los vómitos debidos á la narcosis clorofórmica. Lengua húmeda, vientre ligeramente timpanizado.

Tempereratura, 37°; pulso, 84; respiraciones, 84.

Á las 6 P. M., una lavativa de caldo. Toda la tarde ha pasado perfectamente.

A las 8 P. M., temperatura, 37°. Ha orinado varias veces.

Á las 9 P. M. se le puso una inyección de morfina, la que la hizo dormir toda la noche.

CUARTO DÍA.—La enferma sigue bien; á las 7 A. M. se le dió un poco de caldo.

Á las 8 A. M., temperatura, 37°; pulso, 80; respiraciones, 16.

Á las 10 A. M. se le dió caldo; á los 11½ tomó té con leche.

Á las 12 M., temperatura, 37°.

Á la 1½ P. M. se le dió media taza de chuño.

Á las 2½ P. M., temperatura, 36°8; pulso, 88; respiraciones, 20.

Á las 6 P. M., temperatura, 37°.

DÍAS 5, 6, 7, 8 y 9.—La enferma ha seguido perfectamente sin temperatura; se le ha aumentado paulatinamente el alimento.

DÉCIMO DÍA.—La enferma está bien; se levantó el apósito, el que estaba completamente seco, hasta el polvo de yodoformo que se había puesto sobre la incisión; se quitaron los puntos de suturas; la herida había cicatrizado en toda su extensión. Se lavó ligeremente la herida para quitar el yodoformo y se puso una nueva curación.

Los demas días la enferma siguió muy bien. Se le dió el alta á los 22 días de haber sido operada.

El procedimiento de desinfección que se usa en la clínica para desinfectar los materiales en toda operación es el siguiente:

Preparación de la seda.—Se enrolla, si es posible, sólo la cantidad necesaria para cada operación, en una carretilla de vidrio lo más flojo posible; en seguida se hierve por espacio de una hora en una solución fenicada al 5 por ciento y se deja en solución nueva al mismo título, hasta que se necesita, cambiando la solución cada ocho días; en toda laparotomia se hierve el día antes de la operación.

Preparación del catgut.—Se enrolla, del mismo modo que la seda, el catgut; se coloca en éter sulfúrico por espacio de una hora; se seca y se deja en una solución de sublimado al 1 por mil, durante seis horas; se seca y se deja en esencia de enebro (hemos tenido que usar la esencia de bayas por no haber en el comercio la esencia de madera de enebro, que es la que se recomienda) durante ocho días; de ahí se saca y se pone en alcohol rectificado, con un décimo de la misma esencia. Antes de usarlo lo colocamos en agua esterilizada.

Preparación de los instrumentos.—Se hierven inmediatamente antes de cada operación en una solución de carbonato de soda al 1 por ciento, durante un cuarto á media hora; después se sacan y se ponen en agua esterilizada.

Preparación de los tubos de goma—Se hierven durante media hora en una solución de sublimado al 1 por mil; se sacan y se ponen en agua tibia á 35°, temperatura que se mantiene colocándola en una estufa durante 48 horas; se sacan y se hierven nuevamente en solución de sublimado al 1 por mil durante media hora y se guardan en solución fenicada al 5 por ciento, la que se debe cambiar cada ocho días. Antes de usarlos se ponen en agua caliente esterilizada.

Compresas-esponjas.—Se dobla la gasa en cuadros de ocho dobleces que tengan 35 centímetros por lado, unidas las hojas por medio de costura; después de haber sido lavadas, se hierven durante dos horas en sublimado al 1 por mil; se estrujan y se colocan en solución de ácido fénico al 5 por ciento, solución que se debe cambiar cada ocho ó quince días; antes de usarlas se lavan perfectamente en agua esterilizada caliente, para quitar el ácido fénico y se colocan en agua esterilizada. En todas estas maniobras, las manos de la persona que toca las compresas deben estar perfectamente desinfectadas, como si se tratase de una operación de importancia.

Preparación de las esponjas.—Se les quita perfectamente toda la tierra y arena que contengan, se colocan por tres días en agua tibia, en seguida se ponen durante 24 horas en una solución de permanganato de potasa al 1 por mil; se sacan y se ponen en la mezcla siguiente:

1.ª	Agua destilada.	600 gramos
	Ácido clohídrico.	48 »
2.ª	Agua destilada.	3,000 gramos
	Hiposulfito de soda	30 »

Se mezcla la primera solución con la segunda en el momento de usarlas. El tiempo que se deben mantener en esta solución varía mucho, y sólo se deben sacar una vez que las esponjas estén completamente blancas; y por esta causa se le da el nombre á esta solución de solución de blanqueo. El tiempo que están en este líquido se deben estar moviendo constantemente con un instrumento cualquiera previamente desinfectado.

Hecho esto, se lavan las esponjas en agua tibia hasta que desaparezca por completo el olor á cloro; operación bastante larga, porque demora á veces más de uno ó dos días; si no se les quita el cloro, las esponjas se rompen muy luego y quedan reblandecidas.

Una vez que están sin olor, se colocan en una solución de ácido fénico al 5 por ciento, que se cambia cada ocho días. Para que las esponjas estén en estado de usarlas, deben estar á lo ménos 15 días en la solución fénica. De aquí se sacan el día de la operación y se lavan en agua esterilizada para quitar el ácido fénico.

He querido dar el método de la desinfección de las esponjas nada más que por hacer un poco más completos estos ligeros apuntes, porque en la clínica no las usamos ya, como la mayor parte de los cirujanos, porque, por más cuidado que se tenga en la desinfección de ellas, nunca se puede estar completamente seguro de haber obtenido lo que se desea, y así nosotros hemos tenido dos casos de laparotomía en que hemos perdido nuestros enfermos por peritonitis, y la única causa posible de infección hemos creído que estaba en las esponjas; desde que empleamos las compresas-esponjas no hemos tenido infección.

Dr. ZEGERS P.
Ayudante

Julio, 1893.

CRÓNICA

Policlínica en Valparaíso.—La Municipalidad ha presentado al Intendente un proyecto sobre el establecimiento de una policlínica, cuyos detalles aun no conocemos.

¡Es esta la manera de interesarse por la salubridad pública!

Siempre que nos hemos ocupado de la higiene de la capital y de la atención que le prestan nuestros *ilustres*, hemos debido señalar al Municipio del vecino puerto como un ejemplo de laboriosidad y de verdadero interés por el bien de los demás.

Allá se examinan los líquidos (bebidas) y los productos alimenticios de toda especie y se ponen vallas al fraude y se castiga; aquí se envenena impunemente al pueblo en el bodegón de cada esquina, á la vista y paciencia de la autoridad; aquí las acequias se desbordan y corren por las calles días enteros como en su propio lecho, llevando á todas partes gérmenes de enfermedad y de contagio; aquí, en fin, se deja formarse y crecer en los suburbios los focos de todas las enfermedades epidémicas que nos azotan, y sin embargo en la Cámara se entonan himnos de alabanza á la Municipalidad.

En virtud del proyecto de policlínica de que hemos hablado, se reunieron el 25 de este mes, en casa del doctor Viancos, unos veinte médicos á fin de cambiar ideas sobre la mejor manera de cooperar con sus servicios al pensamiento de la autoridad. Después de deliberar sobre las distintas fases del proyecto de policlínica y sobre la conveniencia de que en el servicio de ella tuvieran cabida todos los médicos de Valparaíso que así lo quisieran, ajus-

tándose á los reglamentos del caso, se acordó pasar á la ilustre Municipalidad la siguiente nota:

«Ilustre Municipalidad: Impuestos del proyecto presentado á V. S. sobre la creación de una policlínica, los médicos que suscriben nos adherimos á los filantrópicos propósitos que contiene y nos permitimos pedir que sea modificado en el sentido de que V. S. deje resuelto que cualquier médico que desee atender algún servicio especial, tenga derecho para ofrecer su especialidad en la mencionada policlínica, en las mismas condiciones desarrolladas en el proyecto.

«Valparaíso, julio 25 de 1893.—*F. Arnao.—Luis Astaburuaga.—José D. Herrera.—J. Thiele.—E. Fraga.—E. Siredey B.—F. Carrasco.—Daniel Carvallo.—Rodolfo Gutiérrez.—J. E. Espic.—L. Figueroa.—D. Araya González.—E. Deformes.—B. Manterola.—D. Murúa P.—Pedro O'Ryan.—A. Castro C.—R. Viancos.—Carlos A. Gatica.—E. Donnay.—Rodolfo Serrano M.*»

***

Agua potable para Melipilla y Curicó.—El Senado, en sesión de 14 de julio, acordó aprobar un proyecto de ley, aprobado ya en la Cámara de Diputados, que suspende los efectos de la disposición del artículo 68 de la ley de 12 de septiembre de 1887, para que la Municipalidad de Melipilla pueda comprar una vertiente que existe en el fundo del Carmen, con el objeto de proveer de agua potable á la ciudad.

Así, poco á poco, se van cumpliendo las promesas que desde largos años viene haciendo el Gobierno: surtir de agua potable á todas las poblaciones de alguna importancia en la República.

La ciudad de Curicó tiene que demorar quizás hasta cuándo la instalación del servicio de agua potable, que ya estaba acordado y decretado por el Cobierno.

El Ministerio de Obras Públicas, en vista de los informes del caso, ha acordado desechar las propuestas presentadas para la terminación de los trabajos y pedir otras nuevas, en vista de que ellas excedían en mucho el valor del presupuesto formado al efecto.

Quiera la buena fortuna que cuanto antes estas dos ciudades, Melipilla y Curicó, se vean provistas de un buen servicio de agua

potable como las necesidades locales lo piden y como la higiene pública lo reclama.

***

NUEVAS PREPARACIONES DE LA DROGUERÍA ALEMANA Y BOTICA DE GREVE Y C.ª — Este afamado establecimiento de farmacia ha recibido últimamente los siguientes medicamentos:

Benzo-guayacol.
Trional.
Cápsulas tolú y guayacol.
Bromuro de estroncio.
Europhen.
Alumnol.

Asimismo son dignas de recomendación las preparaciones nuevas de la casa que se expresan:

Jarabe compuesto de hipofosfito, vino de quina y malta, elíxir, yoduro de calcio y jarabe de clorhidro fosfato de cal creosotado, jarabe clorhidro-fosfato de cal guayacolado, id. arseniado, id. arsenio-creosotado, id. arsenio guayacolado.

La cantidad de hipofosfito de estricnina que contiene el jarabe de hipofosfito compuesto, es de medio milígramo en una cucharadita.

Los jarabes clorhidro fosfato de cal creosotado y guayacolado contienen 0.2 de clorhidro fosfato de cal y 0.05 de creosota y guayacol, respectivamente, en una cucharada, y 0.25 de licor de Fowler los jarabes arseniados.

La seriedad en la dirección de la Droguería de Greve es garantía suficiente para que el público médico confíe en los preparados de la casa. Es por eso que hemos llamado la atención sobre ellos.

***

RECONCILIACIÓN PÓSTUMA. — PASTEUR Y PETER. — Por más de diez años, como se recordará, estableciόse una ruidosa competencia entre el doctor Peter y M. Pasteur. La lucha apasionó los ánimos; se formaron escuelas pastoristas y peteristas, y en sus ásperas discusiones se agotó el diccionario de la violencia y hasta de la injuria.

Muerto el doctor Peter, su adversario M. Pasteur, con grandeza propia de las almas superiores, puso fin á sus resentimientos ante la tumba del ilustre fallecido: acudió á rendir un tributo de dolor al cadáver, y acompañado de su esposa fué á dar el pésame á Madame Peter y á sus dos hijos.

¡Noble consecuencia de una noble vida!

***

EXHUMACIÓN DE RESTOS. — El Consejo de Higiene Pública, por seis votos contra uno, acordó, en sesión del 30 de junio, no acceder á la solicitud de exhumación para un cadáver sepultado desde diez días antes, á pesar de hallarse éste encerrado en una doble caja de madera y plomo. El Gobierno, á quien la solicitud fué naturalmente dirigida, hizo muy bien en consultar al Consejo sobre el caso de que se trata, puesto que no siempre se ha procedido en esto de las exhumaciones con arreglo á los preceptos de la higiene.

Sin entrar en apreciaciones sobre las razones que el Consejo de Higiene Pública tuvo para denegar la solicitud de que hablamos, creemos que hay disposiciones administrativas que impiden toda exhumación antes de un año.

Desde luego conviene recordar que por decreto de 24 de julio de 1883, se suspendió, en vista de una nota del administrador del Cementerio General de Santiago, toda exhumación en el Cementerio mientras la Facultad de Medicina no propusiera al Gobierno las medidas que debían adoptarse y las reglas á que habría de someterse la exhumación de los cadáveres en tanto que dicha exhumación no ofreciera inconvenientes.

Es del caso todavía agregar que el Gobierno, contestando una nota, consulta del intendente de Valparaíso, dictó con fecha 7 de agosto de 1883 el siguiente decreto:

«No se podrá hacer exhumaciones en los cementerios establecidos en la República, mientras no se dicte el decreto que reglamenta los procedimientos que sobre esta materia hayan de observarse. — Anótese y comuníquese. — SANTA MARÍA. — *J. M. Balmaceda.*»

No estamos seguros si se habrá dictado algún reglamento sobre exhumaciones después del informe que la Facultad de Medicina

presentó al Gobierno. Es útil, en todo caso, recordar las disposiciones que nuestro Código Penal establece al respecto.

El artículo 322 castiga con reclusión menor en su grado mínimo (de 61 á 540 días) y multa de cien á trescientos pesos al que exhumare ó transladare los restos humanos con infracción de los reglamentos y demás disposiciones de sanidad.

En consecuencia, si existe un reglamento, como creemos, no hay más que cumplirlo, aunque el Consejo de Higiene Pública hubiere acordado permitir la exhumación solicitada en el caso concreto de que nos hemos ocupado.

CONRADO RÍOS V.

Año XXI Agosto de 1893 Núm. 8

EDITORIAL

EL CÓLERA; PELIGROS DE SU INVASIÓN

Los telegramas que la prensa ha venido publicando en estos últimos días, revelan que la epidemia de cólera sigue adquiriendo desarrollo en los países europeos, y con esto, naturalmente, las probabilidades de que el flagelo nos invada aumentan.

En esta emergencia es deber primordial del Gobierno prepararse á la defensa, declarando desde luego infestados los puertos en que se tenga noticia oficial de haberse declarado algún caso de cólera; y como medida interna, la instalación rápida de las estaciones sanitarias y de los desinfectorios públicos.

Es curioso lo que ha pasado con las estufas de desinfección: se encargaron á Europa por telégrafo, llegaron hace algunos meses, y aun no prestan servicio alguno. Se dice que los planos y presupuestos formados por el Consejo Superior de Higiene y remitidos al Ministerio, no han sido aun informados por la Dirección de Obras Públicas.

No tenemos para qué averiguar en sus detalles la causa de tanta irregularidad; señalamos el hecho y eso basta.

Es sensible que, por una causa ó por otra, ande lo que más debiera interesarnos, la atención de la higiene pública, con pasos de tortuga.

El Consejo Superior de Higiene ha representado al Supremo Gobierno, con motivo de la invasión colerígena que se teme, la necesidad de habilitar la suprimida estación sanitaria de Punta Arenas, proveyéndola de una estufa fija de desinfección, del modelo de las destinadas para el desinfectorio de Santiago; y estimando todavía de capital importancia la instalación de este aparato, pide al Gobierno que se le compre en Europa á la brevedad posible.

Queremos creer que el Gobierno atenderá la indicación del Consejo; pero tememos mucho, con el ejemplo de lo ocurrido, que la nueva estufa venga á permanecer, como las existentes ya en el país, meses y meses sin prestar el menor servicio.

Entretanto, la estación sanitaria de Punta Arenas, ya que el Consejo cree de alta importancia proveerla de una estufa fija, no podrá establecerse como se pretende.

Es del caso recordar que el doctor Molinare, cumpliendo la comisión del Supremo Gobierno, de 9 de septiembre próximo pasado, para organizar y atender una estación sanitaria en Magallanes, transformó las ruinosas casas de Agua Fresca, en donde instaló el lazarato, en un edificio con comodidad para cincuenta personas, provisto de una botica bien surtida y con las estufas necesarias para la desinfección y para combatir el rigor del clima.

¿Por qué no aprovechar desde luego lo ya establecido? Es necesario no olvidar que el transporte é instalación de una estufa fija, amén de que hay que encargarla á Europa, cuesta grandes sacrificios y pérdida de tiempo.

El mismo doctor Molinare, en nota dirigida al Ministerio para darle cuenta de su mandato, insinuaba la idea de convertir la estación sanitaria de Agua Fresca en permanente, desde que, *con los útiles de menaje y de medicinas que posee* (tales eran sus propias palabras), *podía prestar durante muchos años todos los servicios que se deben exigir de un establecimiento de esa clase.*

El Ministro de Relaciones Exteriores de aquella época, señor Errázuriz, contestando al doctor Molinare en una nota llena de honrosos conceptos, decía en una parte:

«Con relación al informe mismo rendido por usted, me es muy grato asegurarle que sus importantes observaciones son debidamente apreciadas por este Departamento, y que desde luego toma en cuenta las que se refieren al establecimiento de una estación sanitaria permanente en el Estrecho.»

En nuestro concepto, si se quiere hacer algo práctico, es preciso aprovechar lo establecido, considerado como bueno y aceptado ya tácitamente por el Gobierno. La rehabilitación de la estación sanitaria de Agua Fresca se impone. La estufa fija que se pide vendrá después á completar y perfeccionar los útiles que posee ahora mismo aquella estación.

Que las ideas anteriormente expuestas merezcan ser consideradas, son nuestros deseos.

CONRADO RÍOS V.

COLABORACIÓN

ETIOLOGÍA

Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS

RELACIÓN DE DOS CASOS OPERADOS CON BUEN RESULTADO

Hipócrates, Galeno y Areteo habían observado sin duda el equinococo en el hombre; por lo menos en sus obras se encuentran algunos pasajes que no pueden referirse sino á esta enfermedad.

En el siglo XVI-XVII se publican muchas observaciones de quistes hidatídicos del hígado; pero se ignoraba tan en absoluto la naturaleza de la afección, que muchos prácticos, entre ellos Dodart, Moraud, pensaban que estos quistes eran sólo dilataciones linfáticas.

En 1767, estudiando Pallas las vesículas que se desarrollan en el hígado y pulmones de las ovejas, comprendió que se debían á seres organizados que tenían alguna relación con las tenias.

Pero con esto nada avanzaba el conocimiento del equinococo en el hombre, porque, aun cuando Gœze, Zeder, Rudolphi y Werner tuvieron oportunidad de observar algunos casos, no les prestaron la debida atención, y los datos recogidos por estos investigadores fueron muy incompletos.

Por primera vez, en 1821 aparece una buena descripción de esta afección en el hombre, en el tratado de los gusanos intesti-

nales de Bremser, y en el año siguiente Rendtorf describe un caso de equinococo desarrollado en el cerebro humano.

Pero aun en esta época ni se imaginaba que el equinococo constatado en el hidátide pudiera originar una tenia, ni se conocía la identidad del equinococo del hombre y de los animales.

Estas revelaciones se deben á los investigadores modernos.

En efecto, V. Siebold, en 1852, demostró experimentalmente la evolución ulterior del equinococo, alimentando á los perros con leche mezclada al contenido de los quistes hidatídicos, y observó en las autopsias que en el intestino de estos animales se encontraba una tenia que apellidó equinococus.

Van Beneden repitió más tarde las experiencias de V. Siebold, y llegó á la misma conclusión.

Faltaba determinar las relaciones de los quistes observados en el hombre con los que se presentan en los animales, y Nauneju, Krabbe y Finsen repitieron las experiencias anteriores, pero con el contenido de quistes desarrollados en el hombre, y constataron en el intestino de los perros sometidos á la experiencia la misma tenia descubierta por V. Siebold. Y con esto quedó determinada la identidad de los equinococos del hombre y de los animales.

Esta tenia tiene á lo más 5 milímetros de longitud y consta de tres ó cuatro segmentos.

La cabeza presenta una corona de 30-40 ganchos muy pequeños dispuestos en dos filas, y cuatro ventosas de 13 milímetros de diámetro. En el último segmento se encuentran los huevos en estado de madurez con los embriones.

Leuckart ha estudiado experimentalmente el desarrollo de estos embriones y ha establecido los hechos siguientes:

Al llegar los huevos al intestino de un animal adecuado al desarrollo del equinococus (rumiantes, cerdo y otros), pierden su envoltura, los embriones quedan en libertad, atraviesan las paredes intestinales y emigran á algún órgano de la economía. Una vez allí, se transforman en una esferita al principio sólida y que después se llena de un líquido claro. Esta vesícula, de paredes estratificadas, crece muy lentamente, y cuando ha adquirido el tamaño de una nuez, aparecen en la superficie interna de sus paredes y á veces en la externa, prominencias que más tarde se convierten en pequeñas vesículas, en el interior de las cuales se forman las cabezas de equinococus, que son las que originan en el intestino del perro la tenia de V. Siebold.

Se comprende, según lo que antecede, por qué la enfermedad es tan sumamente frecuente en aquellos países en que abunda el ganado lanar, particularmente si el hombre vive en malas condiciones higiénicas y en estrecha relación con los portadores de la tenia.

Sucede en estas condiciones que los excrementos del perro con los huevos de la tenia se mezclan al agua, á las hierbas, pastos, y por este intermedio llegan á los intestinos de las ovejas, cerdos, etc. Ahora bien, los hígados y pulmones de estos animales, infiltrados de quistes hidatídicos impropios para la alimentación del hombre, se destinan especialmente para alimentar á los perros. Sabemos que estos quistes contienen una enorme cantidad de cabecillas de equinococos, y cada una de éstas va á engendrar en el perro una tenia.

Y comienza de nuevo la serie y de este modo el número de los comprometidos aumenta indefinidamente.

Estos focos de infección constituyen un peligro constante para el hombre.

La enfermedad se desarrolla en él únicamente á expensas de los huevos de la tenia equinococos, y jamás la alimentación con hígados, pulmones, etc., que contienen quistes, puede engendrar la afección, como erróneamente se ha afirmado.

Inútil me parece comentar cómo los huevos contenidos en los excrementos del perro pueden llegar al estómago humano.

Baste recordar que en las legumbres que nos sirven de alimento se pueden encontrar los gérmenes de la enfermedad. Este modo de infección es muy frecuente en los pueblos que se alimentan casi exclusivamente de vegetales.

Por otra parte, la lengua del perro, encargada de la policía de la extremidad posterior del tubo digestivo, toca muchos objetos, utensilios de cocina, platos, etc., y por este medio pueden los huevos de la tenia llegar facilísimamente á los órganos digestivos del hombre. Este sería el modo de infección más frecuente entre las personas acomodadas.

Con respecto á la distribución geográfica de la enfermedad, se tienen solamente datos aproximados.

Se puede decir que existen tres grandes focos en los cuales la afección reina de una manera endémica: en Islandia, en Mecklenburgo y en Australia.

Islandia es la tierra clásica del equinococo. Las primeras apreciaciones que se hicieron sobre la frecuencia de la afección son

muy exageradas. Schleisner, por ejemplo, afirma que por lo menos la sexta parte de la población sufre de hidátides. Las observaciones posteriores de Finsen y Krabbe dan una proporción mucho menor de 2-3 por ciento, y últimamente Jonassen afirma que sólo es como 1.61.

En Mecklenburgo, durante 33 años (1851-1884) pudo comprobar Madelung 182 casos de equinococos en el hombre.

En Australia la enfermedad era desconocida y ha sido importada de Europa, y actualmente es bastante común, y en los puntos en que es más frecuente la proporción alcanza á 2.7 por 1,000.

También es común el equinococo en Egipto, Argelia y en Inglaterra. Es rara en Francia, en Suiza y casi desconocida en Noruega y Suecia.

En Estados Unidos, aunque es numeroso el ganado lanar, la enfermedad no ha sido observada en el hombre, que yo sepa, y Cooper Curtice asegura no haberla encontrado jamás en las ovejas.

En Buenos Aires, Wernicke estima en 30 por ciento el número de animales que padecen del equinococo. No sé si la enfermedad ha sido observada en el hombre.

Aquí en Santiago, en los exámenes practicados en la sección de microscopía del Instituto de Higiene, se ha encontrado con muchísima frecuencia el equinococo en hígados y pulmones de corderos.

Es singular que existiendo en Chile las condiciones abonadas para el desarrollo de la afección en el hombre, no se la haya observado sino rarísimas veces. No tengo noticia sino de tres casos encontrados por el doctor Oyarzún en las autopsias practicadas en la clase de anatomía patológica en el año pasado, y de dos casos operados por el doctor San Cristóbal, que relataré en seguida.

El primer caso fué observado el 7 de octubre del año pasado. Se trataba de un quiste hidatídico, del tamaño de la cabeza de un feto de término y que se había desarrollado en el tejido conjuntivo que separa al glúteo mayor del mediano. Establecido el diagnóstico mediante la punción exploradora, se procedió á hacer la enucleación del quiste, que se encontraba envuelto por una gruesa capa de tejido conjuntivo íntimamente adherida á los músculos inmediatos. He aquí la historia clínica:

Cipriana Valdivia, de 28 años, lavandera, llega á San Borja el 7 de octubre de 1892 con el diagnóstico de *sarcoma* de la nalga izquierda.

Dice la enferma que las únicas molestias que ha experimentado por su actual enfermedad, es un dolor insignificante en la nalga izquierda y alguna dificultad para andar. No recuerda cuánto tiempo hace que comenzó su enfermedad.

La mujer es de regular estatura, bien constituída, de musculatura bien desarrollada y de panículo adiposo abundante. Su estado general no ha sufrido alteración.

La nalga izquierda conserva su forma, pero es $\frac{1}{3}$ más voluminosa que la derecha; la cutis rubicunda, y al tacto la temperatura es más elevada en esta región.

La palpación da la sensación de renitencia y no es posible constatar la fluctuación. Diez días despues los síntomas inflamatorios habían desaparecido por completo y se pudo comprobar la existencia de un tumor bastante voluminoso, fijo y fluctuante.

La punción exploradora dió salida á un líquido claro, transparente, que no se coagulaba por el calor, y, aunque no se practicó el examen microscópico, el doctor San Cristóbal no vaciló en diagnosticar un quiste hidatídico, y decidió hacer la extirpación en seguida.

Se incindió la piel sobre el tumor, de arriba abajo y en la extensión de 12 centímetros; luego el tejido celular y el glúteo mayor, que no ofrecían nada anormal. Se llegó á la pared del quiste, formada de tejido conjuntivo en íntima conexión con los tejidos inmediatos. La enucleación fué por este motivo muy laboriosa. El hidátide tenía el tamaño de la cabeza de un feto de término y contenía una enorme cantidad de vesículas hijas y nietas.

La herida cicatrizó por primera intención al cabo de ocho días.

El segundo caso fué observado en este año. Se trata de un equinococo desarrollado en el hígado, que ocupaba casi toda la cavidad abdominal, de 5 litros y medio de capacidad y que en el último tiempo había entrado en descomposición. Damos en seguida la historia de la enferma:

Andrea Santibáñez, de 40 años, natural de San Fernando, vive en Santiago desde algunos años. Entra al hospital de San Borja, sala de Dolores, en los primeros días de marzo de este año. No da antecedentes mórbidos hereditarios ni personales.

Dice que la enfermedad actual empezó hace ocho meses con perturbaciones digestivas: abultamiento del vientre después de las comidas, desarrollo de gases y ligero dolor á la presión en el epigastrio. Al mismo tiempo notó que enflaquecía mucho, se

sentía sin fuerzas y con muy pocas disposiciones para el trabajo.

No sabe precisar cuánto tiempo después observó la aparición de un tumor en el lado derecho del abdomen, debajo del reborde costal, que crecía muy lentamente. Á fines de febrero cae á la cama con dolores muy grandes al abdomen, con vómitos que no le permitían tomar alimento, y constipación. Pocos días después entra al hospital, donde fué examinada por el doctor San Cristóbal el 6 de marzo de 1893.

Mujer de constitución débil, musculatura muy atrofiada; el panículo adiposo casi no existe. La cutis, de color terroso, apenas conserva alguna tensión y elasticidad. El enflaquecimiento es extremo. El pulso pequeño y frecuente (110-120 pulsaciones por minuto). Respiración frecuente. Temperatura 39°5.

La inspección revela el enorme aumento de volumen del abdomen y la dilatación de la parte inferior del tórax, sobre todo en el lado derecho.

Los límites superiores del hígado están dos dedos más elevados que normalmente en la región anterior y lateral del tórax. Hacia abajo la macidez hepática se continúa con la del tumor, que ocupa todo el lado derecho del abdomen y que se extiende á la izquierda hasta la prolongación de la línea mamilar. El tumor es resistente, elástico, fluctuante y completamente inmóvil: no sigue los movimientos respiratorios ni se disloca por cambios de posición.

En los demás órganos no se constató nada digno de mencionarse.

¿En qué órgano se ha desarrollado este tumor?

Según los conmemorativos, el tumor apareció en el hipocondrio derecho, al nivel del reborde costal y creció muy lentamente hacia abajo, lo que indicaría que el tumor se había desarrollado en el hígado. Hablan también en favor de un tumor de este órgano, la dilatación de la mitad inferior del tórax, la prominencia del epigastrio y la continuidad de la macidez hepática con la del tumor. El hecho de que éste no siga los movimientos respiratorios indicaría únicamente que estaba íntimamente adherido á la pared abdominal.

¿Cuál es la naturaleza de este tumor fluctuante? ¿Se trata de una dilatación de la vejiga biliar? de un absceso del hígado ó de un equinococo?

La dilatación de la vejiga biliar se reconoce por su forma alargada, su situación en la línea para-esternal derecha y porque jamás sobrepasa el borde del hígado. En este caso no hay nada semejante.

Difícil es el diagnóstico diferencial con un absceso del hígado, por las elevaciones de temperatura observadas últimamente; pero la anamnesis dice que el desarrollo del tumor ha sido muy lento y sin síntomas febriles.

No puede tratarse, pues, sino de un quiste hidatídico que por una causa imposible de precisar ha entrado en putrefacción, determinando los síntomas febriles que oscurecían algo el diagnóstico.

La punción exploradora dió salida á un líquido amarillo claro, de muy mal olor, en el que se encontraban vejigas y ganchos de equinococo, con lo cual quedó comprobado el diagnóstico.

El tratamiento debía llenar tres indicaciones: 1.ª, evacuar el quiste; 2.ª, desinfectar la cavidad; 3.ª, favorecer la unión de sus paredes. Se resolvió, para llenar estas indicaciones, abrir ampliamente el quiste, fijar la bolsa á la incisión abdominal, raspar su pared interna para privarla de la membrana fértil y practicar lavados antisépticos.

Incisión de 10 centímetros al nivel del borde externo del recto derecho del abdomen, comenzando á dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. El quiste se encontraba muy adherido á la pared del abdomen, y su abertura dió salida á 5 litros y medio de un líquido amarillo claro, de una fetidez insoportable, que contenía gran cantidad de vejigas de equinococos en diverso grado de desarrollo, algunas intactas, pero la mayoría en descomposición.

Las paredes del quiste se fijaron á la herida por dos puntos de sutura, á pesar de que la íntima adherencia casi hacía innecesario este proceder.

Se practica en seguida un lavado con solución fenicada al 3 por ciento y á la temperatura de 40°, y al mismo tiempo se hacía, con todas las precauciones debidas, un raspaje de las paredes con las uñas y cucharillas.

Considerando durante la operación las dificultades que habría para que cicatrizaran las paredes de esta enorme cavidad y tomando en cuenta que su estado de descomposición traía serios peligros para la enferma, que estaba en el último grado de miseria fisiológica, se intentó extraer el quiste y al efecto se empezó el desprendimiento en el ángulo inferior de la herida. La hemorragia era abundante, y cuando se había hecho el desprendimiento en la ex-

tensión de 10 centímetros, aparecen los intestinos y la enferma presenta síntomas de colapso. Como las inyecciones de cafeína no consiguieran levantar la energía del corazón y el pulso siempre permaneciera débil y muy frecuente, se inyectaron en la cavidad peritoneal dos litros de una solución de sal al 5 por ciento, á 40° c. Pocos momentos después los síntomas de colapso desaparecieron, aun cuando persistía la anestesia.

No se creyó conveniente continuar la extirpación del quiste y se terminó fijando la bolsa al ángulo inferior de la incisión después de dar salida al agua salada que quedaba en el peritoneo, y taponando la cavidad con gasa iodoformada.

Al día siguiente: temperatura, 36°5. Sólo ha vomitado dos veces.

Después de dos días se retiró la gasa y se vió salir un líquido mucoso de color verde, en el cual se comprobó, por el reactivo de Gmelin, la presencia de materia biliar. Se colocaron dos tubos de drenaje y se hizo un lavado con solución boricada al 4 por ciento, á la temperatura de 40° c. Estos lavados se practicaron mañana y tarde durante quince días. Pero como continuaba la secreción mucosa cargada de bilis, y la nutrición general de la enferma dejaba mucho que desear, se suspendieron los lavados boricados y se les reemplazó por lavados con bicarbonato de soda, á la temperatura de 45° c. Esta simple modificación dió resultados muy favorables.

Tres ó cuatro días después desapareció el derrame biliar, con mucha rapidez se vió disminuir la capacidad del quiste y que 40 días después de la operación apenas permitía entrar dos cucharadas de líquido.

La enferma fué dada de alta en los primeros días de mayo, en muy regular estado de nutrición y con una pequeña fístula de tres centímetros de profundidad en la parte superior de la herida. La palpación cuidadosa del abdomen no permitía reconocer ninguna dureza, y sólo á lo largo de la cicatriz había un engrosamiento, único resto de las paredes retraídas del enorme quiste.

Antes de abandonar esta historia, deseo llamar la atención sobre los buenos efectos que dió la inyección peritoneal de agua salada en el colapso que tuvo la enferma, ocasionado por la pérdida de sangre y por el cloroformo. Richardson ha propuesto para estos colapsos determinados por el cloroformo y otros anestésicos, las inyecciones intravenosas de agua salada, según la siguiente fórmula:

Natri chlorati.	1.8
Natri phosphorici.	0.9
Liq. ammonii caustici.	0.3
Aq. destill.	500.0

Alaba mucho los resultados obtenidos. Pero no siempre se encontrará el operador en condiciones de practicar estas inyecciones, y entonces una inyección peritoneal de agua salada producirá el efecto apetecido, si la debilidad del corazón no es extrema y la absorción es posible.

Algo debo decir también sobre la salida de bilis de la cavidad quística durante las dos primeras semanas que siguieron á la operación.

Este derrame de bilis se presenta casi siempre en los equinococos desarrollados en el espesor mismo del hígado, y determina tal decadencia de la nutrición, que puede por sí solo acasionar el término fatal, como lo prueban autopsias en las cuales no se constató otra causa de muerte.

La cantidad de bilis perdida de este modo puede llegar hasta 800 gramos diarios. ¿Cuál es la causa de estos derrames biliares? Landau cree que dependen de la rápida exfoliación de la cápsula de tejido conjuntivo que envuelve á la membrana quística, por lo cual la sustancia hepática quedaría formando la pared misma del quiste; y Küster agrega que esto se observa sobre todo cuando la desinfección de la cavidad no es perfecta.

Leisimk y Grenzmer los atribuyen á comunicaciones con los conductos biliares. Weichselmann practicó la autopsia en un caso en que se observó derrame de bilis y constató que en la cápsula conjuntiva que rodea á la membrana del quiste existía una red de conductos biliares. Esto resulta evidentemente de la atrofia de la sustancia hepática, determinada por la presión del contenido de la vesícula; los conductos biliares persisten, pero sus paredes no tienen probablemente células epiteliales, y de aquí resulta que cuando cesa la presión por la evacuación del contenido del quiste, la bilis se derrama libremente en la trama conjuntiva de la cápsula y de aquí pasa á la cavidad. Se ha recomendado, para evitar el derrame biliar, el taponamiento que, según König, casi nunca es posible hacerlo. Mucho más convendría provocar la formación rápida de un tejido de granulaciones, que impediría la salida de bilis. Estarían indicadas las inyecciones de nitrato de plata, de

tintura de iodo, de cloruro de zinc. La supuración, acelerando la exfoliación de la cápsula y provocando la formación de granulaciones, impediría la pérdida biliar en contra de lo que afirma Küster.

Esta es la opinión de Weichselmann y König.

Habla también en favor de esta opinión el sistema de tratamiento de Voigt, que aconseja el apósito antiséptico en los primeros días y después el uso de medios adecuados á favorecer la exfoliación y granulación (compresas calientes, etc.).

Por supuesto que conviene al mismo tiempo suprimir las grasas en la alimentación, para disminuir en lo posible la secreción biliar.

En el caso que acabamos de relatar, los lavados calientes con bicarbonato de soda, disolviendo la secreción mucosa que tapizaba las paredes del quiste, han favorecido, á no dudarlo, la formación del tejido de granulaciones, y de aquí la supresión del derrame biliar y la rápida retracción de las paredes quísticas. Tenemos, pues, razones para recomendar estos lavados calientes con bicarbonato de soda para casos análogos, es decir, cuando exista pérdida de bilis y secreción rica en mucina, que estorbe la formación del tejido conjuntivo embrionario.

No estará de más consignar aquí algunas nociones sobre la profilaxia y tratamiento de los equinococos en general.

De los datos patogénicos que damos al principio, se deducen las medidas profilácticas que convendría adoptar para impedir la generalización de la enfermedad entre los animales, disminuyendo de este modo las probabilidades de infección para el hombre, y para evitar que éste sea atacado por la enfermedad.

1.ª Habría que reducir el número de perros, que aquí en Chile es bastante elevado, y concluir con los perritos falderos, que son los más peligrosos por la intimidad en que viven con sus dueños y por las mal entendidas consideraciones con que se les trata. ¿Cuál de estos afortunados no recibe el alimento en los mismos platos en que se sirve á la mesa? De esta manera están expuestos á una infección, no sólo las personas de la casa, sino aun los inocentes invitados.

2.ª Se debe mantener alejados á los perros de las habitaciones del hombre y evitar la infección de los útiles de cocina, del servicio de comedor, etc.

3.ª Para impedir la propagación de la enfermedad entre los animales, se deben tomar todas las precauciones posibles, para evitar que los excrementos de los perros se mezclen al agua y á los alimentos de los animales en que se desarrolla el embrión (rumiantes, cerdos, etc.)

4.ª Y para preservar á los perros de contraer la tenia, no se les debe abandonar jamás las vísceras de chanchos, terneras y particularmente de ovejas, á menos que un examen cuidadoso haya revelado que esos órganos se encuentran indemnes.

Si se pusieran en práctica estas medidas precautorias, el clínico y el anátomo-patologista no tendrían ocasión de ver jamás un solo caso de equinococos.

El tratamiento médico de la enfermedad no tiene actualmente ninguna importancia.

No se ha comprobado que el mercurio, el ioduro de potasio, el ioduro de sodio detengan el crecimiento del quiste anulando la vitalidad del equinococo. Las aplicaciones de electricidad y del frío sobre el tumor, tampoco han dado resultados de consideración.

Los únicos medios terapéuticos que pueden conducir á feliz término, son los quirúrgicos.

La evacuación del quiste por la *punción* es el método más sencillo y ha dado buen resultado cuando el contenido del quiste es límpido y no contiene muchas vesículas de segunda y tercera generación, y mucho mejor si se trata del acéfalo-quiste de Laennec, que es estéril, y cuando sus paredes delgadas y elásticas se pueden adaptar fácilmente. Esta punción no tiene gravedad ninguna cuando el trócar no atraviesa algún órgano importante ó alguna cavidad serosa, el peritoneo principalmente. En este caso hay doble peligro: por una parte, las vesículas de segunda ó tercera generación, al quedar libres, originan nuevos quistes en diferentes órganos, y König ha observado desarrollarse una cantidad enorme de quistes en el mesenterio á consecuencia del derrame del hidátide en la cavidad peritoneal; y por otra parte, si el líquido quístico está en descomposición ó supuración, la consecuencia es la peritonitis mortal. Harley, en su estadística de los equinococos del hígado, consigna en 77 punciones 10 casos fatales. Boinet aconseja, para evitar el derrame en el peritoneo, comprimir fuertemente la pared abdominal contra el quiste en el sitio de la punción, y aplicar después de la operación un vendaje compresivo

durante veinticuatro horas por lo menos, y recomendar al enfermo el reposo más absoluto. Cuando el quiste ha contraído adherencia con la pared abdominal, la punción es completamente inofensiva.

Muchas veces hay que repetir las punciones, y algunos, como Jobert, Hilton, Owen Rees, prefieren no extraer de una vez todo el líquido quístico y evacuarlo por punciones sucesivas, persiguiendo así que los órganos dislocados vuelvan poco á poco á recobrar su situación primitiva.

Pero cuando el quiste contiene numerosas vejigas, hijas y nietas, la simple punción no da resultado alguno, y hay que recurrir á lavados antisépticos, ó mejor á inyecciones iodadas, que llenan doble objeto: matar las vejigas de nueva generación y provocar a formación de un tejido de granulaciones, que produce gradualmente la retracción y la unión de las paredes del quiste. El que no quiera recurrir á procedimientos radicales, puede hacer el drenaje de la cavidad introduciendo el tubo por un trócar grueso y practicar lavados antisépticos repetidas veces: de este modo hay probabilidades de que las vesículas de nueva generación sean eliminadas y se obtenga la curación.

Pero, á pesar de todo, estos métodos son insuficientes en la mayoría de los casos, y el cirujano se verá obligado á abrir ampliamente el quiste. Por supuesto que cuando el hidátide ha entrado en descomposición ó supuración, es peligroso entretenerse con los métodos antes mencionados y no decidirse desde luego por la incisión.

La incisión simple no tiene ninguna gravedad en los quistes de la cara, del cuello, de los miembros, de las paredes torácicas, y permite extraer todas las vesículas jóvenes y aun la membrana fértil, lo cual tiene capital importancia en los hidátides en putrefacción, pues se ha observado que ésta no cesa mientras no sean expulsadas todas las vesículas y hasta los últimos restos de la membrana granulosa. Para llegar á feliz resultado en la operación de los quistes ya citados, no hay más que proceder conforme á las reglas antisépticas. Pero cuando se trata de quistes desarrollados en los órganos abdominales, por ejemplo, hay que tomar algunas precauciones. Desde luego, conviene convencerse de la existencia ó falta de adherencias con la pared abdominal, para lo cual se puede, en los quistes del hígado, siguiendo el consejo de Budd,

marcar en la cutis los límites del tumor y de este órgano y examinar las excursiones que le imprimen los movimientos respiratorios y las dislocaciones que sufre por los cambios de posición. Esto último es aplicable también á quistes desarrollados en otros órganos de la cavidad abdominal. La exploración puede completarse observando, á ejemplo de Boinet, si la parte más prominente del tumor se mantiene fija ó no en las distintas posiciones del enfermo. Constatada la adherencia, se puede incindir sin inconveniente alguno. En caso contrario, la incisión es peligrosa por las consecuencias posibles ya señaladas. Por esta razón, en los procedimientos antiguos se procuraba primeramente la unión de las paredes quísticas á las paredes abdominales, y se empleaba, ya el método de los cáusticos de Récamier, ó el de la doble punción de Simón, ó la acupuntura de Trousseau, métodos que hoy día están abandonados, porque no conducen con seguridad al objeto apetecido. Así vemos en la estadística de Harley que el procedimiento de los cáusticos sólo dió resultado 6 veces en 23 casos.

Actualmente hay métodos operatorios que ponen á salvo el derrame del contenido quístico en la cavidad peritoneal. Lindemann incinde las paredes abdominales hasta llegar al quiste, sutura el peritoneo á la piel, atraviesa la pared conjuntiva del hidátide con dos hilos de catgut colocados paralelamente á los bordes de la herida y de un extremo á otro; por medio de ellos trae el quiste hacia afuera, comprime sobre él los bordes de la herida y lo incinde en la mitad del espacio comprendido entre los hilos y en toda la extensión de la incisión de la pared abdominal. Evacuado el quiste, sutura sus paredes á las del abdomen. Drenaje y apósito antiséptico. Todavía puede alejarse más el peligro de un derrame en el peritoneo si se extrae (antes de abrir el quiste), con la bomba de Dieulafoy, una parte de su contenido, como lo propone Landau.

Los cuidados posteriores se reducen á practicar lavados antisépticos para favorecer la eliminación de la membrana fértil é impedir la putrefacción Cuando ésta existe, ya es muy conveniente extraer en la misma operación, con los dedos ó con pinzas, toda la membrana granulosa si es posible, porque, como lo hemos dicho, la descomposición no cesará mientras queden vesículas ó restos de membrana.

Nos queda que hablar todavía de la *extirpación*, que hoy día

se practica raras veces. Habrá que recurrir á ella en los quistes de los huesos ó en los hidátides de paredes duras, rígidas, cartilaginosas ó que han sufrido la degeneración calcárea, porque en estos casos las paredes se adaptan difícilmente y, por otra parte, no se encuentran en condiciones adecuadas para el desarrollo del tejido de granulaciones.

Junio 4 de 1893

D. García Guerrero

ALGUNOS NUEVOS CONSIDERANDOS

SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA REDONDA DEL ESTÓMAGO

(Por el profesor I. Boas, de Berlín)

No obstante lo mucho que se ha dicho y escrito sobre el diagnóstico de la úlcera redonda del estómago (ya Cruveilhier había dado á esta enfermedad su posición nosológica, y ninguna enfermedad del estómago ha sido objeto de más estudio), siempre queda en pie la dificultad del diagnóstico en los casos en que no hay hemorragias. Y es únicamente sobre estas formas donde deseamos llamar la atención.

Frecuentemente el médico diagnostica un caso por un cuidadoso interrogatorio del enfermo ó por un conjunto de síntomas tan claro que no admite dudas ni por un momento.

En una larga serie de casos semejantes, las relaciones hechas por los pacientes hacían encontrar objetivamente los síntomas tan poco característicos que, aunque se debía pensar en úlceras redondas, no podía excluirse ninguna otra afección gástrica. En otros casos los síntomas hacen pensar indefinidamente en un dispéptico.

Ambas clases son á propósito para causar al clínico dificultades para el tratamiento: dieta y terapéutica son muy diferentes según se trate de úlcera, dispepsia nerviosa ó una forma de gastritis crónica. Von Leube (cuyos trabajos sobre el tratamiento de la úlcera redonda del estómago son reconocidos por todos los clí-

nicos) recomendó hace tiempo poner á los pacientes cuyo diagnóstico es dudoso, en tratamiento de prueba, haciendo después el diagnóstico de acuerdo con el efecto producido. Pero debe admitirse que esta forma de tratamiento como diagnóstico seguro es desventajosa en muchas ocasiones y se puede sin temor desecharla en todos los casos. No debemos entonces renunciar á nuestros esfuerzos para extender y adelantar nuestros actuales métodos de examen. Examinando estos métodos, debemos considerar en primer lugar los datos dados por el enfermo (que yo no desprecio), después su edad, su constitución y finalmente las condiciones especiales encontradas por el examen del estómago.

Los datos sacados del interrogatorio del enfermo son importantes, porque el paciente está seguro del tiempo en que ha sufrido de gastrorragia ú otro síntoma peculiar á la úlcera; aprendemos también algo concerniente al desarrollo, causa de la enfermedad y especialmente la forma peculiar de ella. Un interrogatorio cuidadoso nos ha conducido á veces al diagnóstico; en otros casos, sin embargo, no se saca nada. Las enfermedades del estómago son extremadamente variables; á veces presentan mucha gastralgia; lesiones localizadas; á veces dolor agudo después de las comidas, otras veces antes y cesa después, para reaparecer un corto tiempo después de las comidas. En algunos casos la intensidad del dolor está en relación directa con la calidad de los alimentos, siendo mayor después de la ingestión de sólidos, aunque en otros casos no es apreciable la diferencia. He visto también casos en los cuales una forma de gastralgias intermitentes simulaban neuralgias. Todos los clínicos conocen la predisposición de las jóvenes cloróticas para las formaciones ulcerosas; se presenta en la pubertad ó más adelante. Esta regla tiene, sin embargo, muchas excepciones, desde que las úlceras se presentan en las más variadas circunstancias. Puedo mencionar las úlceras gástricas y duodenales debidas á traumatismos ó quemaduras, las cuales se pueden producir experimentalmente. Las úlceras se han encontrado en muy diferentes edades, son frecuentes en mujeres que tienen trabajos duros y viven rodeadas de malas condiciones higiénicas, aunque no tengan clorosis ni ninguna otra enfermedad de la sangre. El diagnóstico se hace por el dolor localizado en el epigastrio y el examen del contenido estomacal.

De gran importancia es el hecho de que hasta hace poco tiempo no teníamos métodos para determinar la profundidad é intensidad del dolor causado por la presión. Dolor en el epigastrio y las regiones que lo rodean puede también presentarse en las gastritis crónicas, carcinoma, neurosis del estómago, atonía, peritonitis localizadas, colelitiasis, etc. ¿Quién intentaría decir en qué órgano tienen su origen? Cuando Ewald y yo mismo introdujimos el uso de examinar el contenido estomacal, se puso especial atención en la úlcera estomacal; Riegel y sus alumnos, X. Jaworski, Van den Velden, von Leube y otros encontraron frecuentemente ácido hidroclórico libre en el estómago en casos de úlcera (superacidez). Por un lado esta condición no es constante, por otro hay enfermedades del estómago, especialmente neurosis, que se acompañan de un aumento de H. Cl., de manera que solamente en algunos casos (y con todo, no en la mayoría) un diagnóstico significativo puede sacarse de este hecho. De mayor importancia es el examen cuando el diagnóstico fluctúa entre un cáncer y úlceras, y aun en el cáncer hay superacidez cuando las vegetaciones se han implantado sobre una úlcera antigua. Tenemos entonces, de acuerdo con lo anterior, una serie de útiles pero no positivos medios para diagnosticar la gastritis ulcerosa.

Por muchos años he prestado especial atención al carácter y naturaleza del dolor local causado por la presión. Al dolor causado por la presión de la región dorsal, que ya Cruveilhier había reconocido y llamado «punto raquídeo», se le ha dado prácticamente poca atención. He encontrado que este punto doloroso á la presión se puede observar frecuentemente, siendo tan constante como el de la región epigástrica, siendo tan rigorosamente circunscripto, que para el diagnóstico propuesto es de más valor que el de la región epigástrica.

El punto doloroso dorsal se encuentra al lado izquierdo y al nivel de la décima ó duodécima vértebra dorsal, rara vez más arriba ó abajo. El dolor es en general en la misma vértebra; en pocos casos el dolor se sitúa á ambos lados; en algunos he encontrado el dolor sólo en la región derecha.

Es un síntoma que da un gran valor al diagnóstico cuando se puede agregar á otros. Mi experiencia, que cuenta con un gran material, me ha convencido que con esta constancia no se presenta en ninguna otra enfermedad, especialmente del estómago. Pueden encontrarse superficies dolorosas en neurosis gástricas. En algunos casos el lado izquierdo de ningún modo es comprometido; además la localización del dolor no es fija; puede encontrar-

se, aunque raras veces, en cánceres del esófago, en la región dorsal ó cervical; pero esta superficie dolorosa no tiene un carácter especial y es debida á las metastasis en los ganglios ó á adherencias del tumor á los órganos colocados tras él.

Una superficie dolorosa importante y todavía no descripta, se encuentra en la colelitiasis, en la espalda, en la duodécima vértebra dorsal y un poco al lado derecho; se encuentra al tiempo del ataque ó pocos días, semanas y aun meses después, aunque no tan bien marcada en estos casos. En gran número de casos en que el diagnóstico fluctuaba entre úlcera y cálculos biliares, lo hice por el síntoma dicho, y la marcha de la enfermedad me lo ha confirmado.

Los casos de reumatismo muscular, exudaciones pleuríticas, caries vertebral, etc., más ó menos localizadas, el dolor que producen es bien conocido, y en general será difícil que se presenten en los casos cuyo diagnóstico consideramos aquí. Tanto como es de seguro en algunos casos, es de incierto en otros. Sobre la posición del punto doloroso en la región gástrica no pueden darse límites fijos, porque no hay que olvidar los grandes cambios á que está sujeta su posición.

He encontrado á menudo casos de úlceras con hemorragias en estómagos descendidos (gastraptosis).

La principal dificultad consiste en decidir si la superficie dolorosa depende ó no de una úlcera.

Cuando es intenso, se puede decir que es característico; aun siendo tocada ligeramente la superficie dolorosa, la cara del paciente demuestra un intenso dolor, que nunca he observado en otra enfermedad del estómago. Esto se encuentra solamente cuando la úlcera es muy superficial ó extensa.

Por muchos años he usado un instrumento, el cual es útil para explicar sensaciones en muchos casos. Este aparato, que he llamado «algesímetro» y lo he descripto por primera vez en la 2.ª edición de mi *Diagnóstico y terapéutica de las enfermedades del estómago*, está formado por un cilindro, dentro del cual hay un alambre en espiral; en éste se apoya un vástago que tiene en su extremidad un ensanchamiento que sirve para afirmarlo en la superficie que se quiere examinar. Al comprimir el cilindro, el espiral marca, por medio de una aguja en el cilindro, que está graduado, los kilogramos de fuerza que se emplean. En las condiciones normales, una presión de 6 ú 8 kilogramos puede soportarse sin molestias; en las patológicas, una de ½ á 1 kilogramo puede causar dolores. Muchas investigaciones me han demostrado que, entre las afecciones gástricas, el causado por las úlceras crónicas es el más fuerte. En casos de úlceras, una presión de 3 kilogramos es soportada difícilmente, mientras en casos de dispepsias, cáncer, gastritis nerviosas, etc., 5 ó 6 kilogramos se soportan bien. Naturalmente, si el cáncer es muy superficial, sirve de excepción á esta regla; pero en este caso se diagnostica por la inspección. En la espalda, en condiciones normales, con 10 kilogramos y aun más á veces no se produce dolor; en casos de úlceras, he observado que con 5, 4 y aun menos á veces, se produce frecuentemente dolor.

El algesímetro tiene además mucha importancia en el tratamiento. Podemos por medio de él determinar, semana por semana, los resultados de nuestra terapéutica y comparar las sensaciones con las obtenidas en un individuo, para saber con seguridad si la úlcera cura ó no. Como medida terapéutica debe de mencionarse el conocido tratamiento de Leube y Ziemssen. Consiste principalmente en el reposo en el lecho, aplicaciones calientes, administración de sales y agua de Carlsbad, y dieta muy restringida; tratamiento muy aplicado en Alemania y muy bien. Este tratamiento no previene las recaídas; en general tenemos que tratar una ó más úlceras, pero hay á veces una predisposición especial. No es posible en todos los casos hacer este tratamiento por mucho tiempo, y cuando se trata de personas de trabajo, son pocas las que se pueden quedar mucho tiempo en cama. En estos casos prescribo el nitrato de plata sistemáticamente por largo tiempo. Esto no es nuevo: ya se usaba en 1829 para las cardialgias, pero se daba siempre en píldoras, raras veces en solución. Las opiniones respecto á su poder curativo son muchas; pero pocos autores modernos han recomendado sus méritos como yo.

Para obtener resultados marcados, las dosis deben ser crecientes. Yo acostumbro principiar por una solución de 0.20 por 120, de la cual doy tres cucharadas diariamente. En la segunda semana 0.3×120, y si entonces no han desaparecido los principales síntomas, doy 0.4×120. En todo caso doy á tomar cuatro veces estas soluciones. Se disuelve en medio vaso de agua, y se toman en ayunas, haciendo gargarizar después con agua salada. Nunca lo

doy en otra forma. Siempre he tenido el cuidado de ir examinando diariamente con el algesímetro las regiones dolorosas, y me he convencido de su desaparición gradual.

Este tratamiento rara vez es sostenido como se debe, no es bien tolerado, y uno de sus primeros síntomas son las diarreas, tanto más desagradables cuanto que siempre existe constipación. Hay muchos casos de úlceras muy rebeldes, que concluyen con la paciencia del médico y del enfermo, sobre todo cuando, después de estar semanas en cama y con rigoroso tratamiento, siente los mismos dolores. Para estos casos empleo el tratamiento recomendado por Mac. Call, Ánderson y Donkin en Inglaterra hace años, que consiste en la absoluta abstinencia de alimentos durante un período de 10 á 14 días, alimentando al paciente por el recto.

Esto se consigue haciendo al paciente, con el aparato de Hegar, una inyección rectal de lo siguiente:

Leche.	250	gramos
Yemas de huevo.	2	
Cloruro de sodio. . . . . } Vino generoso, oporto, jerez, etc. }	aa. 1	cucharada

Se hace pasar lentamente al recto. Es notable cuán ligero hace desaparecer la sensación de hambre.

Este tratamiento los médicos ingleses lo practican por tres semanas; creo que 10 ó 14 días bastan. En todos mis casos el dolor espasmódico desapareció tan pronto como ponía al enfermo en tratamiento. Al interior no doy sino agua de Vichy ó de soda; creo que no es necesario dar medicamentos, aunque no hay oposición entre este método y el del nitrato de plata.

Para el alimento se principia con líquidos, espesándolos en seguida. No he tenido un solo caso de fiasco en mis enfermos, si bien es cierto que en algunos recidiva frecuentemente á consecuencia de excesos en la mesa. No quiero entrar aquí al tratamiento por el bismuto, opio, ó sus alcaloides, sobre todo morfina y codeína, que me parecen sólo paliativos; todos los cuales se encuentran analizados en mi *Diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades del estómago.*

CAUPOLICÁN PARDO C.

Leipzig, 1893, Thieme.

DE LA HIDROTERAPIA EN GINECOLOGÍA

POR EL DOCTOR JACOBS

(Archives de Tocologie et de Ginecologie, vol. XX, núm 3)

El agua, ó mejor dicho, la temperatura del agua, constituye un medio hemostático muy enérgico que podemos emplear bajo diversas formas:

1.ª INYECCIONES CALIENTES É IRRIGACIONES VAGINALES CONTINUAS.
2.ª INYECCIONES FRÍAS; HIELO; APLICACIONES FRÍAS EN EL BAJO VIENTRE.
3.ª TRATAMIENTO HIDROTERÁPICO: ENVOLTURAS HÚMEDAS, DUCHAS, BAÑOS.

1.ª INYECCIONES CALIENTES.—IRRIGACIONES CONTINUAS CALIENTES.—¿Qué es una inyección caliente? Teóricamente debería llamarse caliente toda inyección que pasa la temperatura del cuerpo en uno ó dos grados. En la práctica llamamos inyección caliente la que pasa de 35° c. y va á 40° y hasta 45° c. La inyección será tibia de 30° á 35° c.; fría, en grados menores á 16 y helada, á 0°.

Para que la inyección sea eficaz, la enferma debe de estar en decúbito dorsal, teniendo levantada un poco la pelvis por medio de un cojín.

La inyección debe de hacerse dos veces en el día: por la mañana y en la noche, cuando la mujer está en la cama.

Cuando se quiere retener rápidamente ciertas hemorragias tenaces, se da preferencia á la posición genu-pectoral. Las otras posiciones, sentada, en cuclillas ó de pie, no llenan absolutamente el objeto de la inyección, pues sólo lavan las paredes de la vagina. Este detalle tiene una importancia capital, y es debido á su falta de observación que es necesario atribuir los muy escasos resultados favorables obtenidos por medio de las inyecciones calientes.

El aparato que se emplea es el de Esmarch, ó un irrigador común de dos, tres ó cuatro litros de capacidad. El tubo de cautchouc debe tener dos metros de longitud, y la cánula debe de ser de vidrio, encorvada, provista de varios agujeros en su extremidad libre, y en la otra debe de llevar una llave que regule la salida del agua.

La salida del agua no debe de ser rápida, razón por la cual el depósito se colocará á menos de medio metro de altura sobre el nivel de la enferma; además, la llave servirá para medir la fuerza expulsiva del líquido.

La observancia de esta regla es *indispensable*, sobre todo al principio de la inyección, porque se ha visto sobrevenir accidentes de colapso ó de agotamiento nervioso ocasionados por una ducha vaginal demasiado fuerte y dependiente de contracciones espasmódicas uterinas ó de los anexos, ó todavía de un derrame sanguíneo intraperitoneal.

En fin, se evitará la entrada del aire en la vagina, teniendo cuidado de cerrar la llave antes que haya salido todo el líquido, observándose esta regla de preferencia en las afecciones puerperales.

Si las inyecciones son prescriptas con el objeto de detener una hemorragia, se las prescribirá cada dos horas, teniendo presente que se puede modificar su empleo según las personas y la naturaleza de la afección.

Si se quiere detener rápidamente la hemorragia, las inyecciones deben de prescribirse con frecuencia.

EFECTOS DE LA INYECCIÓN CALIENTE SOBRE LOS ÓRGANOS PELVIANOS. — *Útero.* — Las inyecciones calientes disminuyen el volumen del útero en todas sus dimensiones, sobre todo en el período puerperal. El efecto de la inyección será tanto más evidente cuanto la consistencia del órgano sea menor.

La sensibilidad mórbida del útero es de diferente origen. Unas veces la hará desaparecer el tratamiento, y en otros casos no tendrá ninguna acción. En los dolores espasmódicos, la sensibilidad es aumentada en las primeras inyeciones, pero el uso prolongado la disminuye. Durante el parto las inyecciones calientes disminuyen sensiblemente los dolores expulsivos.

Cuando la inflamación uterina está en principio, las inyecciones la disminuyen, la atenúan, lo mismo que los dolores. Si la inflamación es crónica, los efectos son menos evidentes; no obstante, la intensidad y la continuidad de los dolores son amortiguadas. Yo insisto sobre este punto: es necesario el concurso de la perseverancia de parte del médico y la paciencia de la enferma para llegar á obtener el resultado que se desea.

Los dolores neurálgicos pelvianos de las anémicas y de las obesas se calman rápidamente, ó por lo menos se hacen soportables. Es inútil en estos casos emplear las temperaturas demasiado elevadas.

El mismo resultado será obtenido en las ovaralgias y en las parametritis atrofiantes.

Secreciones. — Por lo general, las secreciones aumentan al principio, para disminuir al cabo de algunos días.

La inyección caliente no tiene ninguna acción sobre el flujo blenorrágico. La blenorragia exige un tratamiento curativo distinto al de la hidroterapia.

En fin, las inyecciones disminuyen la fetidez de las secreciones y su acción irritante.

Inflamación de los anexos. — Las inyecciones calientes empleadas al principio de una inflamación del tejido celular y del peritoneo pelviano, dan excelentes resultados. En estos casos las inyecciones serán frecuentes y de 40° á 42°. Empleadas tardíamente, no dan buenos resultados.

Si después de una operación hay temor del desarrollo de celulitis pelviana, de pelvi-peritonitis, la irrigación caliente será el mejor tratamiento profiláctico.

En la pelvi-peritonitis dependiente de la ruptura de un quiste del ovario, de una salpingitis, la irrigación caliente no da resultados favorables. Del mismo modo, su utilidad no tiene valor en la ovaritis crónica con adherencias y aumento de volumen del órgano.

En fin, la inyección caliente es muy recomendable en la iscu-

ria, la anuria, el tenesmo vesical, que acompañan tan á menudo á las afecciones uterinas y de los anexos. También ejercen una acción muy sensible en la defecación dolorosa y en la coceygodinia.

Las inyecciones calientes, especialmente las irrigaciones calientes continuas, ejercen una gran influencia en la temperatura del cuerpo en las afecciones puerperales: septisemia, flebitis sépticas, parametritis y pelvi-peritonitis puerperales, involución viciosa, metritis y endometritis puerperales. Las inyecciones continuas producen el descenso de la temperatura en uno ó varios grados. En estos casos hay que emplear en la irrigación líquidos antisépticos.

Inconvenientes y contra-indicaciones. — Las inyecciones calientes presentan los siguientes inconvenientes: provocan el reflujo de la sangre de la región pelviana en la circulación general y determinan á menudo aceleración de la respiración, ansiedad, opresión, palpitaciones cardíacas, sobre todo cuando se emplean las inyecciones calientes continuas á una temperatura muy elevada y durante largo tiempo. Estos fenómenos son precursores de una fuerte reacción ó indican que el corazón no está normal.

Pueden determinar dolores abdominales intensos, vómitos, colapso, en los casos en que hay derrame en el peritoneo, ó secreciones acumuladas en las trompas.

El empleo del agua caliente puede producir flictenas en el periné, exfoliación de una parte de la mucosa vaginal y un exantema pruriginoso parecido á la urticaria.

Estas manifestaciones no tienen gran importancia, pero deben significar al médico la suspensión del tratamiento y examinar con atención el estado del corazón.

En resumen, se deduce de esta ligera exposición que el agua caliente, usada en inyecciones, obra como hemostático, sedante, refrigerante y tónico.

2.ª INYECCIONES FRÍAS. — Las inyecciones frías, es decir, las inferiores á 16° c., son muy empleadas y dan en ciertos casos buenos resultados. Pueden disminuir ó detener las menorragias dependientes de reblandecimiento del útero, de sub-involución viciosa, de metritis crónica. En la endometritis fungosa, en las retroflexiones, las inyecciones de agua fría no dan resultado alguno. Lo mismo sucede en las degeneraciones malignas. El efecto de las inyecciones frías se observa después de dos á tres inyecciones al día de 16° á 0° c.

Se comprende que el efecto será mucho más marcado si se emplean las irrigaciones continuas frías. Por desgracia, la enferma no puede soportar este tratamiento. Se ve rápidamente sobrevenir un dolor pelviano atroz. Las enfermas palidecen, tiritan; el pulso se hace frecuente, pequeño, y la supresión del tratamiento se impone para impedir la manifestación de accidentes más graves.

He tenido ocasión de observar estos fenómenos consecutivos á inyecciones frías.

En los casos de inflamación aguda uterina, con hemorragia, las inyecciones frías determinan una agravación de la inflamación y no detienen la hemorragia.

El empleo prolongado de las inyecciones frías, prescriptas como toilette, produce ovaralgias, gastritis reflejas, coccigodinias, hemorroides, hastomos visuales reflejos, congestiones raquídeas. Todos estos fenómenos se explican por la anemia uterina y de los anexos, y la hiperemia de vecindad que provocan.

Por estas diferentes razones, tengo el hábito de proscribir completamente el agua fría en inyecciones.

Taponamiento vaginal con el hielo. — El taponamiento vaginal con el hielo constituye un excelente medio hemostático contra las hemorragias que se observan después de las practicadas en el cuello, la vejiga y el recto. Pero este medio no puede ser empleado con persistencia, por los dolores que provoca.

Vejiga de hielo. — *Aplicaciones frías.* — El hielo colocado en un saco de cautchouc ó las compresas empapadas en agua fría ó aciduladas con vinagre (partes iguales) aplicadas en el bajo vientre, disminuyen los dolores pelvianos y no impiden el uso de las inyecciones calientes, pues ellas secundan sus propiedades y deben ser prescriptas conjuntamente siempre que no existan contra-indicaciones.

Baños calientes. — Se puede recurrir á los baños calientes para obtener la isquemia de los órganos internos á una temperatura de 31°, 32°, 33° y 35° c.; pero es necesario que el corazón y los vasos estén sanos.

Durante el baño, se envolverá la cabeza con un lienzo mojado y se vigilará el pulso. El baño debe ser corto: cinco minutos.

En ciertos casos de hemorragias, el efecto de los baños es notable, sobre todo en las metritis crónicas complicadas de ataques agudos y en las puerperales.

3.ª TRATAMIENTO HIDROTERÁPICO. — Este tratamiento puede

ser instituído de dos maneras diferentes: bajo forma de envolturas por medio de lienzos mojados, ó bajo forma de duchas abdominales.

En los dos casos, la temperatura y la duración serán variables según los casos. Como regla general, conviene guiarse por las sensaciones experimentadas por la enferma. La duración del tratamiento varía entre seis semanas y tres meses. La mejor época es la primavera y el verano.

He aquí, con brevedad, las indicaciones de esta terapéutica:

Se la utilizará en las metrorragias debidas á la obesidad, en las metrorragias sin degeneraciones malignas asociadas á la plétora abdominal, á la atonía del intestino, y la constipación (duchas).

Las envolturas húmedas dan buenos resultados en las menorragias que acompañan á las retroposiciones del útero. Las duchas abdominales producen un gran alivio en los síntomas dolorosos de los fibromas uterinos sub-peritoneales voluminosos.

En fin, en la metritis crónica, la hidroterapia restablece la nutrición general, disminuye la disposición á las recidivas, á los ataques agudos, á las hemorragias.

No se debe instituir jamás el tratamiento hidroterápico en las enfermas que han tenido peritonitis.

Es necesario decir, por último, que en muchos casos este tratamiento no dará resultados durables, lo que obligará á repetirlo más de una vez.

M. G. B.

CORRESPONDENCIA EUROPEA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS AFECCIONES DE LOS ANEXOS

HISTERECTOMÍA VAGINAL Y LAPAROTOMÍA

La terapéutica de las enfermedades de los anexos es una de las cuestiones que en los últimos años haya preocupado más vivamente á los cirujanos. En efecto, aparte de las numerosas tesis, memorias originales, artículos y volúmenes que sobre la materia se han publicado, ha sido tema de muy interesantes comunicaciones y discusiones en el Congreso de Berlín de 1890, Sociedad de Cirugía de París, febrero de 1891, Congreso francés de 1891, id. de Bruselas, 1892, id. francés, 1893, y más recientemente en el Congreso de ginecologistas alemanes en Breslau, mayo de 1893.

Hemos seguido con marcado interés la marcha recorrida por la operación de Pean-Segond, y la hemos visto practicar por los más distinguidos cirujanos de París más de una centena de veces, para que podamos hoy día indicar á los colegas de esa nuestra impresión.

I

Pean ha descripto su procedimiento en el Congreso de Berlín (1890) y en diversas tesis de sus alumnos, así como en comunicacio-

nes á la Academia de Medicina; el procedimiento de Segond, que sólo difiere del anterior en pequeños detalles, está bastante bien expuesto en el tomo VIII del *Tratado de cirugía* de Duplay y Reclus. He aquí los principales tiempos de la operación: 1.º, descenso y disección del cuello; 2.º, hemostasis de los ligamentos anchos por medio de pinzas; 3.º, ablación del cuello; 4.º, despedazamiento ó desmenuzamiento (morcellement) del cuerpo del útero. Para ellos la extirpación de los anexos era una cosa relativamente secundaria, y ni la llevaban á cabo sino cuando espontáneamente se presentaban á la vulva; hoy día, como veremos más adelante, los buscan de propósito deliberado y los extirpan con la misma frecuencia que el útero.

Dos hechos principales hay que retener de este procedimiento cuyo resumen acabamos de exponer: hemostasis preventiva y secciones laterales del útero, de manera de formar dos valvas, una anterior y otra posterior.

Más tarde, Quenu puso en práctica el procedimiento que hoy lleva su nombre asociado al de Müller, que consiste en seccionar totalmente el útero en la línea media, de tal manera de tener una mitad izquierda y otra derecha, sobre las que se ejercen las tracciones y desmenuzamiento, como en el procedimiento de Pean-Segond.

II

PROCEDIMIENTO DE DOYEN (de Reims); HEMISECCIONES UTERINAS

La enferma es purgada antes de la operación. Aplicamos durante 48 horas un pesario Gariel con aire comprimido á fin de dilatar la vagina (esta recomendación no la hemos visto jamás en práctica por los cirujanos de París). La vulva es rapada; la vejiga evacuada por medio de una sonda y la cavidad vaginal lavada con jabón y sublimado. La enferma descansa sobre el dorso, las piernas levantadas, el operador y sus ayudantes sentados, los instrumentos á su alcance. El cuello es tomado lateralmente por dos pinzas de garfios que quedan allí hasta el fin de la operación.

Se practica entonces con el dedo el despegamiento de la vejiga, que los uréteres siguen de tal manera, que es imposible que sean lesionados, á menos que estén degenerados y cancerosos. Tiradas hacia abajo las dos pinzas del cuello y colocado un corto separador, que un ayudante mantiene por encima del pubis, se

seccion a de abajo á arriba la pared anterior del cuello; el fondo de saco perit oneal vesico-uterino, generalmente aparente bajo el separador, es abierto al primero ó segundo tijeretazo. La abertura es agrandada con las mismas tijeras entreabiertas, que obran así como instrumento romo, y el labio anterior de la serosa tomado por el separador

El útero es tomado á derecha é izquierda de los bordes de la sección longitudinal por otras dos nuevas pinzas de garfios, y tirado hacia abajo; un nuevo tijeretazo prolonga la sección y otras dos pinzas toman de nuevo el útero tan arriba como sea posible. Las dos pinzas inmediatamente subyacentes son quitadas para aplicar las más arriba. La sección es prolongada hasta el fondo del útero si hay necesidad para obtener su extracción.

Lo más á menudo, si la vulva no es demasiado estrecha y si el útero no está sino duplicado de volumen, la inversión progresiva se realiza sin dificultad y sin que haya necesidad de prolongar mucho la sección longitudinal.

Si se trata de un útero enorme, de fibromas múltiples, nuestro procedimiento, dice Doyen, no difiere en sus grandes rasgos.

Bajado el útero y los fondos de sacos anchamente abiertos, mantenido el cuello lateralmente por sus dos pinzas, se le incinde á lo largo de su cara anterior y se le toma más arriba de los bordes de la sección con dos nuevas pinzas. Entonces podemos elegir entre dos métodos: quitar fragmentos tan grandes como sea posible de cada lado de la sección longitudinal, ó, lo que es más rápido, seccionar el cuerpo del útero en V en su cara anterior, respetando las partes laterales del órgano.

Es necesario haber practicado esta operación para comprender sus ventajas. Apenas hay necesidad, en la mayor parte de los casos, de resecar dos ó tres fragmentos del tumor, y bajando sucesivamente, sea la V mediana, sean los colgajos laterales del útero, nos pasa á menudo extraer por completo y en poco tiempo un tumor muy voluminoso de 10 ó 12 centímetros de diámetro.

Operamos en muchos casos casi sin separador, y el índice derecho introducido por el fondo de saco anterior en el peritoneo nos sirve para guiar el tumor mientras lo hacemos descender por tracciones metódicas.

Cuatro ó cinco veces solamente nos ha sucedido, por imposibilidad material, tener que abandonar el fondo de saco anterior para atacar por el posterior un fibroma subperitoneal enclavado.

En estos casos practicamos siempre la sección mediana parcial del útero, de tal manera que en el momento en que aparece el fondo, este último se encuentra todavía unido al cuello sobre el cual han quedado fijas las dos pinzas de garfios.

Cuando el útero está fuera de la vulva no hemos hecho todavía ninguna hemostasis.

Desprendemos con los dedos, si hay necesidad, y tiramos hacia abajo los anexos alterados ó no con pinzas de anillos y aplicamos nuestras pinzas de dientes elásticos, comenzando, á menos de indicación contraria, por el ligamento ancho del lado izquierdo. Tomado este ligamento con la mano izquierda más allá de los anexos, introducimos una pinza casi verticalmente, una rama delante, la otra atrás, y la cerramos moderadamente, de manera de asegurarnos, por el contacto directo de sus extremidades con el índice izquierdo, al nivel del fondo de saco posterior, que nada se le escapa y que no ha tomado ningún órgano extraño.

La pinza es apretada entonces *ad máximum*; otra pinza delgada se aplica por debajo para mayor seguridad, y el ligamento ancho seccionado á algunos milímetros de ella. El otro ligamento ancho es tratado de igual manera. Si la gran pinza, lo que es raro, no ha podido ser aplicada por encima de los anexos, se coloca en seguida más allá del ovario y de la trompa una pinza más pequeña y se les reseca.

Se obtura ó tapona con una compresa esterilizada, teniendo cuidado de adaptar los colgajos peritoneales anterior y posterior.

La gran pinza se retira á las 48 horas: se desprende fácilmente gracias á la elasticidad de sus ramas; la más pequeña en la tarde ó al día siguiente en la mañana, así como la gasa, si parece que ha subido sensiblemente en el abdomen. La elasticidad de los ligamentos anchos, que ha sido puesta en juego durante la operación, se manifiesta en efecto poco á poco, y la gran ventaja de nuestro procedimiento de hemostasis definitiva consiste en que nuestras pinzas permanentes, cuya articulación corresponde al borde superior de los ligamentos anchos mientras que su extremidad viene á corresponder cubriéndose con él al nivel del peritoneo del fondo de saco de Douglas, no pueden en ningún caso venir á hacer eminencia en pleno peritoneo en medio de las asas intestinales. (Doyen, *Histerect. abdominal et vaginal*, 1893, página 83, et suivantes.)

III

INDICACIONES

Inútil parece repetir que no se debe pensar en una intervención quirúrgica sino cuando la ineficacia del tratamiento médico haya sido plenamente demostrada, haya realmente grave peligro en instituirlo, ó la lesión esté de tal manera avanzada que de antemano se conozca que no servirá sino para perder tiempo.

Resuelta la intervención ¿qué vía seguir? ¿abdominal ó vaginal? La condición primera, esencial, sine qua non de la histerectomía vaginal, es la *bilateralidad de la lesión;* si no hay, pues, esión doble de los anexos, salvo raros casos que mencionaremos más adelante, deberá recurrirse á la laparotomía transperitoneal ú operación de L. Tait.

La comprobación de la supuración no es de ninguna manera necesaria para que haya formal indicación de histerectomía vaginal. Por lo demás, aun los clínicos consumados se engañan á menudo en semejante diagnóstico; podríamos recordar más de un caso.

Si la anexitis es consecutiva á un epitelioma del cuello, fibroma uterino, quiste del ovario, etc., el tratamiento depende principalmente del de aquellas enfermedades. La histerectomía vaginal nos parece perfectamente aceptable en los dos primeros casos: extirpación total por carcinoma (salvo ligeras restricciones) y fibroma, siempre que la dimensión de estos últimos no pase del ombligo.

La intervención en los casos de quistes del ovario ó ligamento ancho en que hay al mismo tiempo inflamación del peritoneo y tejido celular pelviano, deberá ser la laparotomía. En estos casos somos en general partidarios de la práctica de Championnière, Martin y Zweifel, es decir, no poner drenaje de ninguna especie (véase nuestra comunicación precedente á la REVISTA MÉDICA). Si se le juzgara necesario, sustituiríamos al drenaje con gasa á lo Mikulicz, el drenaje abdómino-vaginal con tubos de cautchouc de Chaput: es uno de los pocos casos en que nos parece indicado.

Si comprobada la bilateralidad de la lesión se reconoce al mismo tiempo que la colección está compuesta de diversas cavidades y situada bastante alta en la cavidad abdominal, en vez de prac-

ticar la histerectomía vaginal *se hará la laparotomía.* Le ha sucedido al mismo Segond dejar colecciones sin abrir, y si bien es cierto que en general tienden á romperse por sí solas una vez extirpado el útero, puede también que, antes que dicha emergencia llegue, se haya cerrado ya la herida vaginal. Son estos casos bastante raros, es cierto, los que han necesitado una laparotomía secundaria.

Si la colección de los anexos fuera tuberculosa, consecutiva á una metritis reconocida bacilar, único caso diagnosticable, aunque la colección fuera unilateral deberá intervenirse por histerectomía vaginal.

En todos los demás casos de lesiones de los anexos nos parece la histerectomía vaginal superior á la laparotomía, y deberá ser la operación de elección.

IV

RESULTADOS DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL

A. Operatorios.—En una tesis reciente de la cual hemos utilizado numerosos datos, Mr. Lafourcade estudia detalladamente 138 casos de H. V.; la mortalidad ha sido de 8.66 por ciento, y se mantiene absolutamente la misma, incluyendo 253 casos más de Segond, Doyen, Jacobs, Rouffart y Acconci.

De las 17 defunciones que aquel trabajo registra, deberían eliminarse 5 en que la muerte es imputable á enfermedades intercurrentes y en que la operación no ha desempeñado ningún rol.

Por interesantes que sean ya estas cifras, es muy satisfactorio hacer notar (Segond, Congreso francés 1893) que, tomando estadísticas aisladas, la de Jacobs, por ejemplo, que tiene una sola muerte en 117 operaciones, se llega sin ningún esfuerzo á demostrar que la mortalidad es inferior a la de la laparotomía.

Como lo hace notar muy juiciosamente Championnière, hay en esta cuestión mucho de hábito operatorio. Los cirujanos acostumbrados á vencer toda clase de dificultades en la laparotomía, se comprende con cuánta dificultad comenzarán la práctica de la histerectomía vaginal.

En todo caso, creemos que, especialmente en nuestro país, donde las enfermas no se resuelven á una operación sino en períodos muy avanzados del mal, la H. V. encontrará á menudo numerosas indicaciones, y que nuestros ginecologistas estarán ya convencidos

de la superioridad que en tales casos particularmente posee sobre la laparotomía.

Sin dar á las estadísticas una importancia demasiado grande, Lafourcade pretende que si sus 138 histerectomizadas hubieran sido tratadas por laparotomía, la mortalidad habría alcanzado, *según todas probabilidades,* á 30 en vez de 17.

Haremos notar que esta manera de comparar un método con otro nos parece muy lógico. No basta, en efecto, saber el por ciento de mortalidad que da una operación y el por ciento menos que presenta la otra; hay necesidad de averiguar, en la medida de lo posible, cuántas de las enfermas que mueren por laparotomía habrían podido salvar operadas por H. V., y así se demostrará palmariamente la superioridad de la una sobre la otra.

B. Resultados lejanos.—Todos están acordes en reconocer que son excelentes; casi ninguna de las operadas sufre. Hay algunas que en el momento de sus reglas tienen todo el cortejo de síntomas que acompañan al flujo mensual ó catamenial, y es todo.

Los deseos venéreos no están ni abolidos, ni disminuídos, antes por el contrario, no son pocas las que han notado una exageración.

En determinadas circunstancias se ha podido notar la *recidiva de la supuración.* El hecho se explica ó por residuos patológicos que no han podido ser extraídos. ó porque colecciones situadas muy altas han podido escapar enteramente á la mano del cirujano. Hemos dicho ya que en este caso la laparotomía estaba indicada.

V

RESULTADOS DE LA LAPAROTOMÍA

A. Operatorios.—La laparotomía practicada por lesiones supuradas de los anexos es siempre una operación grave (Bouilly, Terrier.)

Su mortalidad es de 5 ó 6 por ciento cuando los sacos ó bolsas purulentos son pequeños y no adherentes ó poco adherentes. La estadística es bien diferente si se toman en globo todas las laparotomías por afecciones de los anexos: 6 por ciento Schauta; 3.77 á 2.43 por ciento Chrobak; 1.42 por ciento Zweifel; 2 á 2.5 por ciento Championnière y Pozzi.

Por el contrario, en los casos en que la colección purulenta es

muy adherente, difícilmente ó no enucleable, la mortalidad llega hasta 25 por ciento, y aumenta más todavía si se opera en un absceso agudo; si el pus es fétido y se ha derramado en el peritoneo, llega á la espantosa cifra de 50 por ciento (Lafourcade.)

B. Resultados lejanos.—Las piosalpingitis son el triunfo de la laparotomía (Bouilly.) Tal es la regla general, pero sufre numerosas excepciones. Es cierto que muy á menudo, después de la castración tubo-ovárica, el útero se retrae y no molesta; pero en otros casos da lugar á hemorragias mensuales ó casi constantes, acompañadas de *dolores* que llegan á hacer la vida sumamente difícil. Hemos visto á Bouilly y Championnière extraer no menos de 10 úteros á los cuales anteriormente se les había quitado por vía abdominal sus anexos. En tales casos se encuentran en el muñón de la trompa adherente al útero quistes serosos (L. Tait), empastamiento de dicho muñón (Terrillon) ó hemorragias en las falsas membranas que le rodean (Bouilly.)

Á más de los dolores, se han observado infecciones de origen uterino con formación de abscesos al nivel del fondo de saco de Douglas (Le Dentu, Bouilly.)

Los fenómenos que acompañan á las reglas son bastante acentuados: malestar, congestiones, accesos ó bocanadas de calor, sudores, hemorragias suplementarias, etc., etc.

La fístula consecutiva á drenaje, así como la eventración por idéntica causa y aun sin drenaje, se observan aún con las mejores suturas en pisos, sin contar que éstas requieren un tiempo considerable para ser bien hechas, á tal punto que hay quienes por semejante inconveniente las han abandonado. (Terrillon in tesis de Macquart-Moulin.)

VI

VENTAJAS É INCONVENIENTES DE LA H. V.

Estudio comparativo con la laparotomía

La H. V. es menos grave, cura mejor que la laparotomía y no deja cicatriz (Segond.)

A.—La primera aserción queda demostrada con las estadísticas citadas y consideraciones hechas al respecto.

B.—De 60 laparotomías hechas por Doyen por afecciones de los anexos, se ha visto obligado 10 veces á hacer una H. V. secundaria; Lafourcade cita en sus tesis 6 casos más, y nosotros hemos tenido ocasión de ver no menos de 10 en diferentes servicios. En cambio, es mucho más raro que haya que recurrir á la laparotomía después de haber practicado la H. V.; en la tesis ya tantas veces recordada, se citan sólo 3 casos.

C.—Nadie negará que es una ventaja curar sin tener una cicatriz abdominal, aunque ella reúna las condiciones más favorables que pueda dar la más ideal de las suturas en pisos. Hemos indicado los peligros á que aun en estas condiciones expone.

La H. V. permite un ancho y fácil drenaje; sabe respetar sistemáticamente las adherencias intestinales que la laparotomía muchas veces no puede ni debe dejar.

La laparotomía, en suma, se propone aislar y extirpar las colecciones purulentas; la histerectomía vaginal hace absolutamente lo mismo siempre que puede; en el caso contrario se contenta con abrir todas las colecciones que encuentra y establecer un ancho y natural drenaje. ¿Se ha hecho jamás algo mejor para los abscesos vulgares? ¿Puede en estas condiciones la laparotomía ser comparada ventajosamente con la operación de Pean-Segond?

Los casos de laparotomías consecutivos á la H. V. son debidos á que en otra época Pean se contentaba con la simple extirpación del útero sin preocuparse de los anexos, seguro de que éstos se atrofiarían y no darían lugar á nuevas inflamaciones; hemos dicho ya que su práctica es hoy día bien diferente, é insistimos en su ablación total ó ruptura y drenaje de todas las colecciones.

En el tomo VIII del *Tratado de cirugía* de Duplay y Reclus, Segond ha respondido como sigue á las objeciones que han hecho á la operación de Pean.

A.—Desde la primera incisión está fatalmente comprometida la fecundidad de la mujer (Pozzi.) Si se tiene presente la condición sine qua non de la H. V., se comprende lo poco fundado que es dicho argumento. Además, sin pretender que la incisión del fondo de saco posterior de la vagina sea un medio de exploración comparable á la laparotomía, permite reconocer la bilateralidad ó unilateralidad de la afección y da tiempo para detenerse oportunamente y cambiar por tanto de intervención.

B.—Es menos segura en sus consecuencias. Esta objeción, si pudo tener valor al principio de la práctica de la H. V., hoy está plenamente probado lo contrario.

C. — Dificultad del diagnóstico. Hemos repetido con Segond que la bilateralidad de la afección y su incurabilidad médica constituían sus principales indicaciones y no la supuración.

No acepta de ninguna manera que, para precisar aquel diagnóstico, se llegue hasta hacer una laparotomía exploradora, como algunos lo aconsejan ó toleran (Lafourcade). Esos casos no servirían sino para demostrar la superioridad de aquélla sobre la laparotomía.

RESUMEN

La H. V. es el tratamiento de elección en las ovaro-salpingitis bilaterales, enquistados, adherentes ó acompañados de retroflexión inmóvil; en los abscesos abiertos en órganos vecinos (recto, vagina, vejiga) y cuando la laparotomía ha fallado.

En todos los demás casos encuentra su indicación la operación de Lawson Tait.

El procedimiento de Pean-Segond puede ser aplicado en todos los casos. Cuando el útero está todavía bastante movible y cuando baja difícilmente, todos los procedimientos nos parecen buenos, pero el de Doyen es el que ofrece mayor facilidad y seguridad; cuando el útero no desciende absolutamente, se deberá hacer el desmenuzamiento.

Por último, en los casos muy complejos y difíciles que escapan un poco á la división anterior, se opera como se puede, á veces combinándolos todos.

L. Sierra M.

París, junio de 1893.

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO. — Influencia del ejercicio corporal sobre la digestión. — Duración de la incubación y del contagio de las enfermedades infecciosas. — Indicaciones y contra-indicaciones de los baños de mar en los niños. — Evacuación de los intestinos después de la sección abdominal. — El uso del ácido fénico en oftalmología. — Ipecacuana desemetizada.

Influencia del ejercicio corporal sobre la digestión. — Á menudo se consulta al médico sobre si conviene el ejercicio ó el reposo después de las comidas.

Se aconseja evitar el reposo completo y el sueño al salir de la mesa; pero se condenan también los ejercicios violentos durante la digestión, los cuales perturban la secreción del ácido clorhídrico y retardan la digestión.

Investigaciones hechas en hombres bien constituídos y sanos, prueban que el ejercicio moderado y el trabajo intenso disminuyen la acidez estomacal y hacen más lenta la peptonización; pero en cambio aumentan la motilidad del estómago. El resto de las funciones estomacales (digestión de las sustancias amiláceas, secreción de la pepsina, etc.) no son modificadas. Sin embargo, á veces un trabajo fatigoso ha retardado la digestión de los alimentos durante la primera hora.

En suma, *la digestión no sería una contra-indicación al ejercicio corporal*, con mayor razón si sigue á comidas poco abundantes.

En un individuo afectado de hyperacidez gástrica, las investigaciones de Spirig han demostrado que había ventaja en aconsejar al enfermo hiciera algún ejercicio después de las comidas con el objeto de disminuir la secreción del ácido clorhídrico.

(*Revue Médicale*, Louvain.)

***

DURACIÓN DE LA INCUBACIÓN Y DEL CONTAGIO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. — Es de grande importancia para la higiene pública conocer la duración de la incubación y del contagio de las enfermedades epidémicas, y los médicos son á menudo llamados á dar su opinión al respecto. Se concibe que esta duración no pueda siempre ser determinada con precisión y que ella oscile entre límites más ó menos largos.

He aquí las conclusiones de una relación hecha sobre esta materia en la Sociedad Clínica de Londres.

Difteria. — La incubación es, por término medio, de 4 días; es excepcional pase de 7. El contagio puede hacerse en todos los períodos de la enfermedad y largo tiempo aún después de la curación; no es posible fijar una fecha fija.

Fiebre tifoidea. — La incubación media es de 12 á 14 días; no es sino de ocho á nueve en ciertos casos y ataca excepcionalmente 24 días en otros. El contagio se hace durante toda la duración de la afección y hasta 15 días después de la curación.

Influenza. — La incubación es de 3 á 4 días. El contagio puede persistir 10 días después del principio de la enfermedad.

Rugeola. — La incubación es de 14 días por término medio. El contagio se opera no solamente durante el período de invasión, sino aun después de la convalecencia.

Paperas (Oreillons). — La incubación parece ser de dos á tres semanas. El contagio es muy activo durante los tres ó cuatro primeros días.

Rubeola. — La incubación es muy variable; parece ser, por término medio, de 18 días. El contagio puede operarse durante los 3 ó 4 días que preceden á la erupción y durante la evolución de ella; pero el contagio desaparece rápidamente.

Escarlatina. — La incubación varía entre 24 y 72 horas; el contagio persiste largo tiempo después de la curación.

Viruela. — La incubación es de 12 días; el contagio posible durante el primer período, lo es sobre todo en el período de supuración y hasta la completa desecación de las pústulas.

Varicela. — La incubación media es de 14 días; puede llegar hasta 20, y el contagio se hace sobre todo durante la erupción.

(R. M. L)

***

INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES DE LOS BAÑOS DE MAR EN LOS NIÑOS. — Los baños de mar, que producen efectos tan notables en ciertos niños, escribe el doctor J. Simon, son muy nocivos en otros, en los reumáticos y en los nerviosos, por ejemplo.

Desde luego no se debe dar baño de mar frío á los niños menores de dos años. Hay excepciones seguramente; pero, en general, son muy mal impresionados por el agua fría y, como las personas de edad, no reaccionan sino muy difícilmente.

Los baños de mar están también contra-indicados en los niños nerviosos, que sin cesar están en excitación, en los cuales la inteligencia está continuamente despierta, la sensibilidad exquisita y el sueño ligero. El baño de mar aumenta en ellos la excitación, suprime su sueño y los hace absolutamente insoportables.

Los epilépticos, los histéricos, los coreicos, son igualmente muy mal influenciados por los baños de mar. Se ve en ellos reaparecer crisis que desaparecen tan luego se les aleja de la orilla del mar.

Los baños de mar y aun el agua marítima son igualmente suficientes para producir fenómenos de excitación cerebral y medular en los niños atacados de exclerosis cerebral y de parálisis.

Los reumáticos, con ó sin lesiones cardíacas, los niños propensos á las torticolis, á los dolores llamados de crecimiento, no deben ser conducidos á las riberas del mar.

Las oftalmias agudas y crónicas, las enfermedades de las orejas, todas las afecciones cutáneas, constituyen una contra-indicación para los baños de mar, de la misma manera que lo son la tuberculosis pulmonar en evolución, la mayor parte de las enfermedades pulmonares y las nefritis.

Los baños de mar están para el doctor J. Simon indicados en ciertas formas de tuberculosis, especialmente en las adenopatías, las artritis y el mal de Pott.

La indicación de los baños de mar es sobre todo absoluta para los raquíticos, quienes se encuentran maravillosamente bien á las orillas del mar.

Es igualmente favorable mandar á las costas á los convalecientes de enfermedades graves, á los anémicos y á los cloróticos, por ejemplo.

Llegados á la costa, los niños pasarán 5 ó 6 días antes de em-

pezar los baños; el primer baño será muy corto, no deberá durar sino algunos segundos y, aun cuando se llegue á obtener la costumbre, los baños no tendrán una duración de más de 5 á 6 minutos.

(R. M. L.)

***

EVACUACIÓN DE LOS INTESTINOS DESPUÉS DE LA SECCIÓN ABDOMINAL.—El doctor W. H. Haskin, cirujano interno que ha sido del hospital de mujeres de Nueva York, dice que ha visto cuatro casos tratados con la inserción de un tubo, como de 4 pulgadas de diámetro, en el intestino durante la operación; de modo que su curso por el colon puede dirigirse por el cirujano.

Permite el escape de los gases que pueden acumularse en los intestinos después de la operación abdominal, y al cabo de treinta y seis horas inyecta por el tubo una enema. Asegura que el excremento pasa por el tubo, y, por tanto, no se necesita colocar al paciente en la bacineta. Más adelante se quita el tubo, porque las evacuaciones no ofrecen peligro. Desaprueba el uso de purgantes por la excesiva actividad que dan al canal intestinal.

(Pacific Medical Journal.)

***

EL USO DEL ÁCIDO FÉNICO EN OFTALMOLOGÍA.—Desde que el profesor Líster dijo que volvía á usar este ácido, reconociéndole una eficacia que no le igualan otros antisépticos, he afirmado de nuevo que en algunas enfermedades de los ojos no tiene reemplazante.

Por muchos años he publicado, sobre el uso de este ácido, en *Royal London Ophthalmic Hospital Report*, y últimamente en *American Journal of Ophthalmology*, mis observaciones. He usado en afecciones blenorrágicas. keratitis, conjuntivitis y, en general, en toda afección supurativa de los ojos, una solución de 1 × 20 ó 1 × 40. Á pesar de las excesivas y á veces justas alabanzas de los nuevos remedios, he continuado su uso. Puedo asegurar que con ningún remedio similar he obtenido efectos iguales.

(Herbert Burham M. D. F. R. C. S.)

***

IPECACUANA DESEMETIZADA.—Bajo este título describen los

doctores A. A. Kauthack y Caddy (en *The Practitioner)* una ipecacuana, á la que se le ha sacado la emetina, y cuentan su experiencia en la disentería. La han usado en 16 casos, en períodos de 3 á 5 días, y creen poder deducir que es mejor que todos los otros preparados, sobre todo en las formas agudas. Á propósito de esto el doctor Walsh, de Bengala, tiene un método que llama «Rational», que consiste en el uso de la emetina combinada con el mercurio.

(Medical Record.)

CONRADO RÍOS V.

REVISTA CLÍNICA

CLÍNICA DE ENFERMEDADES NERVIOSAS

DEL PROFESOR ORREGO LUCO

PARÁLISIS FACIAL É HISTERIA

En una de sus lecciones el doctor Orrego se ocupó de una enferma bien interesante por más de un concepto. La observación recogida por el alumno don Exequiel Rodríguez es digna de ser relatada, así como también algunas apreciaciones del mismo profesor sobre el caso en cuestión.

Se trata de Fidelicia S., de 30 años de edad, casada, que ha tenido un hijo y que se presentó á la clínica con una *parálisis facial é histeria.*

Antecedentes hereditarios.—La abuela ha tenido una parálisis facial y la madre y dos tíos son reumáticos.

Antecedentes personales.—Ha sufrido hace tres años ataques de reumatismo articular. Desde 8 á 10 años ha experimentado perturbaciones á la sensibilidad y que consistían en accesos de adormecimiento y dolor á lo largo de los miembros, hiperestesia en la región ovárica de ambos lados, mastodinia, perturbaciones en la motilidad que se traducían por contracturas dolorosas de los músculos de la pantorrilla y la cadera.

Ha sufrido, además, desde hace 5 años, ataques de histeria convulsiva, insomnio, pesadillas terroríficas, y al despertar se encontraba á veces en medio de movimientos.

Hace diez días notó, al levantarse, una sensación de frío y de

peso en el ojo izquierdo, y otra persona le hizo notar algunas horas después la desviación de la boca.

El examen de la enferma nos manifiesta la existencia de placas anestésicas en los brazos, muslos, parte anterior del tórax, macropsia del ojo derecho y pérdida del gusto en el lado derecho de la lengua.

La cara se presenta inmóvil en el lado derecho, el ojo abierto, el ángulo de la boca y la nariz desviados á la izquierda; las arrugas están borradas en el lado correspondiente de la frente, y la mejilla se presenta un poco saliente y edematosa; el surco nasolabial está borrado.

La enferma no puede silbar ni chupar, y experimenta las perturbaciones habituales de la masticación en las parálisis faciales.

El reflejo palpebral central está conservado (duerme con el ojo cerrado), lo mismo que los movimientos asociados.

La sensibilidad está conservada en la cara.

La contractibilidad eléctrica algo disminuída, lo que hace presumir desde luego que no demorará mucho tiempo la curación.

La lengua desvía su punto al lado derecho, la úvula hacia el lado izquierdo; el velo del paladar está flácido en el mismo lado. Hay conservación del reflejo faríngeo.

La enferma acusa, además, zumbidos de oídos y perturbaciones del gusto.

Tenemos, pues, al mismo tiempo los fenómenos de una parálisis periférica del facial, que puede localizarse al nivel del ganglio geniculado, y los fenómenos de un histerismo comprobado.

No se trata aquí de un caso de parálisis facial central histérica, sino de una parálisis facial periférica que se ha producido en una histérica como un proceso mórbido independiente de la gran neurosis.

En este caso podemos comprobar el rol etiológico de la predisposición nerviosa que Neumann ha hecho resaltar, y podemos comprobar también la existencia del dolor en ciertas parálisis faciales á que Testaz atribuye un valor pronóstico especial.

Las parálisis faciales dolorosas, dice el profesor Charcot (*Leçon du mardi* 7 I, pág. 360), han sido por primera vez tal vez estudiadas particularmente por el doctor Weber (*Boston Medical Journal*, 8 febr. 1878). Este autor ha hecho notar que los dolores en las parálisis faciales existen más ó menos en la mitad de los casos. Estos dolores, como hace notar Testaz (Th. de Paris, 1887),

fundándose en sus propias observaciones, tienen habitualmente su asiento en el conducto auditivo (del lado que está ó estará paralizado), detrás de la oreja sobre la apofosis mastoides, en el occiput, en las regiones temporal ó frontal, parcial ó general, porque á veces pueden afectar de golpe toda la mitad de la cara; algunas veces son muy vivos, otros apenas pronunciados. Con relación á la parálisis motriz, constituye casi siempre un prodromo. Puede suceder que precedan 8, 10 ó 12 días á la primera aparición de los fenómenos de orden motor.

Una vez desarrollados, persisten generalmente algunos días después de la aparición de la parálisis, pero no más de 2 ó 3 días, en general.

No podríamos decir ahora por qué hay parálisis con dolores y parálisis sin dolores, siendo ó apareciendo ser análogas.

Testaz cree haber encontrado un significado clínico particular á este síntoma dolor, y ese es el lado original de su trabajo. Según él, cuando el dolor no existe en la parálisis facial ó cuando es poco acentuado y de corta duración, el pronóstico sería favorable. Sería grave, al contrario, cada vez que el dolor fuera intenso y que constituyera un período prodrómico anterior á la parálisis facial y cuya duración puede variar de 2 á 8 días.

Así, el dolor en la parálisis facial no sería, bajo el punto de vista del pronóstico, cosa indiferente; se presentaría, por el contrario, cuando fuera intenso y de larga duración, un signo de muy mal augurio.

He aquí una aserción que por cierto merece ser anotada; la división pronóstica de las parálisis en dolorosas y no dolorosas vendría, si la proposición fuera justa, á sustituir hasta cierto punto á la que está fundada sobre la existencia ó no existencia de la reacción eléctrica de degeneración.

Desgraciadamente, nada menos probado hasta la fecha que el valor del signo indicado por M. Testaz, que, por lo demás, preciso es reconocerlo, se expresa sobre esto con gran reserva. Recientemente el doctor Bruhardt (de Berlín), en un artículo interesante, ha reunido una serie de hechos que no conducen á los mismos resultados á que ha llegado M. Testaz.

En la enferma presentada á la clínica, se encuentran los fenómenos dolorosos en el lado de la cara afectado.

Esos dolores están localizados, como observa Testaz, en la apofosis mastoides, en el punto infraorbitario y en el punto gingival

del maxilar superior; pero se llamó la atención al hecho, dice el profesor Orrego Luco, de que no habían sido premonitorios; se habían presentado á los ocho días después sin tener una gran acentuación, de modo que en esta circunstancia el dolor no se presentó con los caracteres á que Testaz atribuye un valor pronóstico desfavorable.

Este hecho está en armonía con los fenómenos de reacción eléctrica que colocan esta parálisis facial entre las de un pronóstico favorable y en los resultados ya obtenidos por el tratamiento, encontrándose la enferma en condiciones de una visible mejoría.

En el curso de la lección del doctor Orrego, hizo notar este profesor la rareza de las parálisis faciales en el histérico; constituyen, dijo, hechos tan excepcionales, que Charcot ha podido negar su existencia lo mismo que Todd, Hasse y otros.

El profesor Charcot ha tenido que volver sobre la opinión primitiva y aceptar que la parálisis facial puede ser una de las manifestaciones de la histeria.

El caso de que tratamos no podría, por cierto, colocarse entre las parálisis faciales de origen histérico, pues, ya lo hemos dicho, es parálisis periférica; de modo que aquí se trata de una *parálisis facial en una histérica*, y no de una parálisis facial de origen histérico.

Terminaremos traduciendo aquí la opinión del profesor Charcot á que se refería el doctor Orrego en su lección.

En 1856, en una lección sobre la parálisis histérica, Todd escribió así:

«La extensión de la parálisis á los miembros, aunque no haya indicios en la cara, es un argumento en favor de la naturaleza histérica de la afección; pues la parálisis histérica puede ocupar todo el tronco y las extremidades, pero muy rara vez, jamás tal vez, ocupar la cara.

«Así, la hemiplegía histérica no ataca la cara, en general, y tal vez nunca; tal es mi opinión, sostenida por Hasse, Althaus y muy recientemente por Wur Mitchel según sus observaciones personales. Yo he abrazado la misma causa y adoptado la misma fórmula. Así, en una lección publicada en la *Semana Médica* del 2 de febrero de 1887, yo decía: En la hemiplegía histérica no hay jamás parálisis del facial inferior como en la hemiplegía vulgar.»

Esto no quiere decir que una desviación de la cara, llamada

parálisis, no haya sido notada en diversas publicaciones en oposición con la fórmula de Todd.

Pero si se mira de cerca, se encuentran las más veces en estos casos los caracteres de una desviación espasmódica y no paralítica.

La lengua está las más veces desviada y enrollada sobre sí misma y el enfermo no puede sacarla fuera de la boca. Esto sucedió, por ejemplo, en el caso publicado por M. Strassmann bajo el título de hemiplegía facial en la histeria. En este enfermo la lengua estaba enrollada sobre sí misma y la punta fijada contra la bóveda palatina. Existía, por otra parte, cierto grado de trismo: los dientes estaban apretados y la cabeza en rotación izquierda.

¿Podrían encontrarse aquí los caracteres de una parálisis facial derecha? Yo diría, como en el caso de Sebreton, en que se decía que había hemiplegía de los miembros y parálisis total de la cara del lado correspondiente. Sometido al análisis, no se arribó á más.

Pues bien, señores, nuestra opinión era que las desviaciones de la cara que acompañan á la hemiplegía histérica, eran la consecuencia de un espasmo globo-labial unilateral, que ocupa ya el lado opuesto á la hemiplegía, ó ya el mismo lado que ella.

Este espasmo que acabamos de notar y que nos suministraba las explicaciones de las desviaciones faciales en la hemiplegía histérica, ha sido bien descripto en 1888 por N. M. Brissaud y Marie. Están perfectamente demostrados todos los caracteres, la tracción de la comisura, la torsión de la lengua, la extensión posible del dominio del facial superior, las sacudidas musculares que la acompañan, etc.

Recientemente, en 1888, en mis *Lecciones del Marte* (t. I, página 299) decía: mientras no se me demuestre que las parálisis faciales de los histéricos no son más que hemiespasmos, persistiré en mi negación, dispuesto sí á someterme siempre que la parálisis facial sea bien y debidamente demostrada.

Hoy veis que es preciso que me rinda. Lo hago sin vacilación y sin amarguras, porque me queda al menos la satisfacción de haber llevado la cuestión con entusiasmo, y de haber, con mi actitud decidida, provocado descubrimientos precisos sobre este punto de patología nerviosa.

Los resultados de estos descubrimientos, sin ser todavía bastante numerosos, vienen, sin embargo, recientemente á ser puestos en boga en diversas publicaciones y en particular en importantes comunicaciones hechas á la Societé Medicalle des Hopitaux en 1890 y 1891. Ellos establecen que si en la histeria la parálisis facial es un hecho excepcional, si es singular en sus manifestaciones, diferentes muchas veces por varios caracteres de los que hay en la hemiplegía orgánica, puede presentarse, sin embargo, y hacer más difícil el diagnóstico entre la hemiplegía capsular y la hemiplegía histérica.

Dr. R. Trincado del Villar
Ayudante

CRÓNICA

SUMARIO. – Casa de maternidad. – Personería jurídica de la Sociedad Médica. – Agua potable para Pisagua. – El cólera. – La beneficencia pública. – Casa de Orates. – Necrología, Charcot. – A nuestros lectores.

CASA DE MATERNIDAD. — Se ha concedido por el Congreso Nacional, con la sanción respectiva del Consejo de Estado, el 26 de agosto, la suma de diez mil pesos para atender al sostenimiento y demás gastos que demanden las enfermas que se atienden en la clínica de matronas.

***

PERSONERÍA JURÍDICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA. — Nos es grato poner en noticia de nuestros lectores que las gestiones iniciadas ante el Supremo Gobierno para obtener la personería jurídica de la Sociedad, que, antes de ahora, no sabemos por qué, no había sido solicitada, han producido los resultados que esperamos. Recientemente el Consejo de Estado ha prestado su acuerdo para conceder dicha personería, aprobando los estatutos por los que debe regirse y que no son sino los reformados en 1880, con algunas aclaraciones y modificaciones.

***

AGUA POTABLE PARA PISAGUA. — El 8 de agosto la Municipalidad de Pisagua acordó unánimemente solicitar del Supremo Gobierno la presentación al Soberano Congreso de un proyecto de ley declarando de utilidad pública las vertientes de agua que

hay en el fundo denominado «Quinña Bajo», como asimismo la concesión del uso de los terrenos fiscales por donde debe conducirse la cañería.

El Ejecutivo ha presentado ya al Senado el proyecto de ley pedido por la Municipalidad de Pisagua, en vista de que el dueño de «Quinña Bajo», en donde están las vertientes, no quiere aceptar oferta alguna de compra á pesar de habérsele ofrecido una suma más del doble de su valor.

Según se nos ha informado, la Dirección de Obras Públicas ha terminado hace poco los planos y presupuestos del caso.

La dotación de agua potable para un puerto como Pisagua reviste caracteres de gran importancia, puesto que no sólo ganará la higiene pública, sino que será también un medio de abaratar la vida en vista del excesivo precio que allí se cobra por el consumo de esta bebida.

***

EL CÓLERA. — El Gobierno ha pedido á Europa, por telégrafo, el número de estufas fijas y locomóviles que se cree necesario para defenderse de la invasión colerígena que cada día nos amenaza más con motivo de haber aparecido la epidemia en algunos buques surtos en las aguas del Brasil. Una estufa fija será destinada á la estación sanitaria de Magallanes.

Se han creado las estaciones sanitarias de Magallanes i Santa María; pero aún no se ha nombrado para ellas ninguna comisión médica que sepamos.

Se ha solicitado también del Congreso Nacional la suma 50,000 pesos para la adopción de medidas que tiendan á prevenir la penetración y propagación del cólera.

***

LA BENEFICENCIA PÚBLICA. — Ha sido presentado al Congreso el proyecto de ley sobre beneficencia pública de que hablábamos en el número anterior. Que le corran buenos vientos son nuestros deseos.

***

CASA DE ORATES. — El informe presentado al Consejo de Higiene Pública por los doctores don José Joaquín Aguirre y don

Octavio Maira, comisionados especialmente para visitarla, ha dejado en el público una tristísima impresión respecto á lo que aquello significa como casa de salud.

La Casa de Orates, de la que nos ocuparemos, con alguna detención en el número próximo, es un verdadero cementerio de vivos; es, para decirlo todo, una vergüenza para un país civilizado. No se concibe cómo se mantiene aquel establecimiento en las condiciones propias de un inmundo muladar. Es algo que subleva el espíritu imponerse de los detalles de aquella casa.

***

NECROLOGÍA. — CHARCOT.—Un cablegrama comunicó el 18 de de agosto la infausta noticia del fallecimiento de uno de los sabios más eminentes del siglo, el ilustre profesor Charcot.

Los funerales del jefe de la Salpetrière revistieron en París un brillo extraordinario á juzgar solamente por las noticias del cable. La Facultad de Medicina, los estudiantes en cuerpo, hombres de ciencias y de letras, representantes de academias científicas, etc., etc., tomaron parte en la solemne ceremonia.

La pérdida del profesor Charcot ha causado en el mundo médico profunda sensación. Hacer un bosquejo histórico de su vida y de sus obras sería para nosotros una tarea que llenaríamos gustosos. Pero en esta materia cedemos la pluma al profesor Orrego Luco que, más genuinamente que otro alguno, representa entre nosotros la especialidad á que Charcot dedicó toda su noble y fecunda vida.

En el próximo número daremos á luz el artículo del doctor Orrego Luco.

***

Á NUESTROS SUSCRIPTORES. — Por abundancia de material, dejamos para el próximo número las Revistas clínicas de Ginecología y de Enfermedades de la vista del doctor Cienfuegos.

CONRADO RÍOS

Año XXI Septiembre de 1893 Núm. 9

EDITORIAL

EL PROFESOR CHARCOT

Lo que caracteriza la grandeza de las obras de la naturaleza y del arte, es que conservan sus grandes cualidades desde cualquier punto de vista que se presenten delante de nosotros. Sólo es verdaderamente grande y bello lo que no se empequeñece cuando cambiamos nuestra situación al observarlo. Sólo es grande la personalidad que resiste á esa dura y exigente prueba.

Son pocos los nombres de los investigadores y sabios contemporáneos franceses, que escribiríamos al hacer la lista de los que pueden atravesar triunfantes esa prueba, y entre esos pocos nombres, que en su mayor parte han sido de médicos ilustres, tendríamos que escribir el de Charcot, al lado del de Cuvier, de Trousseau, de Velpeau, Dupuytren, Ricord y Claude Bernard.

Hay muchos otros que en un terreno limitado han podido brillar tal vez como ellos, pero al salir de ese terreno se oscurecen. Ha habido muchos cirujanos que en la sala de operaciones podían rivalizar en destreza con Velpeau; muchos médicos que al lado de un enfermo podían desplegar la misma sagacidad de observación que Trousseau; muchos experimentadores y hombres de ciencia que podían rivalizar con Cuvier y con Bernard; pero todos ellos sólo eran sabios, ó sólo eran cirujanos, ó sólo poseían esa parte mecánica del arte que reduce el artista á un operario.

Cuando Cuvier escribe, su pluma se levanta á la altura de los

grandes estilistas de su lengua; cuando Trousseau habla, ruedan sus frases amplias y sonoras con la misma majestad solemne con que se extienden las frases de Bossuet; cuando Ricord se defiende, escribe esas *Cartas sobre la Sífilis*, que en finura epigramática, en risueña ironía y en fuerza de lógica están al nivel de las famosas Cartas de Pascal. Esos grandes sabios eran también grandes artistas, grandes caracteres, grandes en la idea y en la acción, grandes siempre en el terreno á que sus poderosas facultades se aplicaban.

Charcot era hombre de esa raza.

Charcot nació á fines de 1825, en el seno de una humilde familia de provincia, en medio de la atmósfera más apropiada para dar desarrollo á sus fuerzas de trabajo y despertar con energía todas las aspiraciones de su espíritu.

Era tan modesta la situación de esa familia que, según dice Bourneville, Charcot le contó que siendo imposible á su padre hacer que sus tres hijos siguieran profesiones liberales, les dijo un día: «No puedo sufragar los estudios de todos Vds.; el que haya trabajado más á fines del año escolar continuará su profesión Otro será soldado y el otro será carrocero como yo». Así se hizo. Charcot salió mejor en sus exámenes.

Esos hogares á que da vida el trabajo incesante de los padres, que tocan á las comodidades de la fortuna y oscilan sobre un incierto porvenir, tienen siempre para un espíritu vigorosamente organizado, horizontes extraños en que brillan las más alentadoras y locas ambiciones.

Ahí se siente todo el poder de un hombre: todo es obra suya; es el resultado de su trabajo y su esfuerzo personal. Vienen de abajo, abriéndose lentamente el áspero camino de la vida. Si el esfuerzo que eleva á la familia, que la sostiene y le da vida, queda paralizado, todo se hunde, y el hogar hecho pedazos cae en la fría y dura oscuridad pasada. Pero, si un nuevo esfuerzo llega, si el hijo recoge la herencia del padre, hace suyo el camino recorrido, y principia la jornada hacia arriba desde el punto á que el esfuerzo del padre lo ha llevado; entonces ¿á dónde alcanzará? ¿qué vendrá á detenerlo en la carrera abierta á sus ambiciones juveniles?

Formado en ese hogar de trabajo, con la vista fija en esos fascinadores horizontes, el hijo y el nieto de esos carroceros de provincia, cuyo negocio prosperaba en París, aspira al desarrollo de su vida

en un nivel intelectual más elevado. Siente dentro de sí mismo la inquieta y sorda vibración de un sentimiento artístico y, dejánse llevar por esa primera manifestación de una vigorosa estructura intelectual, cree que su porvenir está en el arte, sueña con ser pintor, se entrega á ese estudio con ardor, hasta que siente que es otro el destino de su vida ó hasta que el calculador positivismo de su hogar lo arrastra á otro camino.

Por una ironía de la fortuna—acaso más aparente que real— al cambiar de rumbo en el camino de su vida, ese joven artista contemplador de la belleza, se entregó al estudio de las deformidades humanas. Pero hay un lazo secreto que liga esas grandezas y miserias; hay un modo de ser intelectual que se adapta sin esfuerzo al estudio de una ú otra de esas dos faces de la medalla humana, que hace que Herder y Schiller principien por ser médicos y que Ricord i Charcot principien por ser artistas.

De todos modos, estudiando el dibujo y la pintura había aprendido Charcot la observación, había adquirido una forma de expresión de que sacaría más tarde gran partido, y aprendido también á apreciar la ingenua sinceridad con que los grandes artistas siempre copian los detalles de la naturaleza humana en sus trabajos. Eso lo debía utilizar más tarde como médico, para hacernos ver que en los antiguos cuadros no se hallan solamente documentos que nos prueban, por ejemplo, la existencia de los fenómenos histéricos, sino también nos descubren síntomas que habían escapado á las observaciones de los médicos.

No podemos seguir á Charcot durante el curso de su vida de estudiante, que debemos suponer desordenada y laboriosa como la de todos los espíritus de tendencias originales acentuadas, refractarios siempre á un desarrollo metódico y trazado de antemano.

Sólo sabemos que en 1848 entró como interno en una sala de hospital, y que en 1853 se recibió de médico y entró como ayudante de una clínica, datos que por sí solos nos revelan que no marchó rápida y regularmente en sus estudios. Á eso podemos añadir que daba lecciones privadas para aliviar los gastos que su ocupación imponía á su familia.

En sus lecciones, en que Charcot se ha mostrado excepcionalmente parco en alusiones personales, sólo recordamos haber encontrado una que se refiere precisamente al período de su vida que tocamos.

Hablando en 1872 sobre las perturbaciones tróficas consecuti-

vas á las lesiones de los nervios, decía: «Allá por el año 1847, cuando yo me ensayaba, en el laboratorio de mi excelente maestro Martín Magrón, en un estudio, que mi sensibilidad respecto de los animales debía hacerme bien pronto abandonar, he podido comprobar por mí mismo la persistencia casi indefinida de la contractilidad eléctrica de los músculos correspondientes, después del arrancamiento del facial.»

Las palabras de Charcot que acabamos de citar, nos dejan entrever el camino ondeante que seguía su dirección intelectual y un rasgo tiernamente delicado de la exquisita sensibilidad de su carácter.

Era esa la época en que Claudio Bernard ejercía una poderosa y viva fascinación en los espíritus con trascendentales experiencias, que parecieron, por un momento, predestinadas á transformar las ciencias médicas. Charcot debió experimentar el deslumbramiento de ese genio y arrojarse en el nuevo camino abierto á los estudios. Todo eso era lógico, como era lógico también que en su camino se levantara, como una valla insalvable, la delicadeza de sentimientos, que en su reciente vida artística había cultivado con esmero.

Otra página de Charcot que nos permite proyectar alguna luz sobre su desarrollo intelectual, es la tesis que presentó en 1853 para graduarse de doctor en medicina. Era un estudio sobre la gota asténica primitiva, las nudosidades articulares y el reumatismo articular crónico. En esa Memoria, Charcot ya se revela con un espíritu original y poderoso, con un soberbio desdén por las opiniones que sólo tienen por base la tradición y la rutina; pero, sobre todo, lo que esa Memoria nos revela, es la tendencia anatomo-patológica que el autor ha seguido en sus estudios.

Era esa la época, más ó menos, en que los trabajos de un profesor alemán, ya muy conocido y prestigioso, de un lado del Rhin, comenzaban á llamar la atención en la ribera opuesta, y en que el nombre de Virchow principiaba á sonar como el de un gran reformador.

En sus estudios literarios, Charcot había adquirido el conocimiento del inglés y el alemán, y ese trabajo, destinado á apreciar en todos sus detalles el valor artístico de Shakespeare y de Gœthe, lo utilizó entonces para conocer los trabajos de Garrod y de Virchow, que sirvieron de base á su Memoria y trazaron un nuevo rumbo á sus estudios.

Tres años después, en 1856, Charcot entra como médico en la Oficina Central de los hospitales de París. Cuatro años más tarde, en 1860, se presenta como profesor agregado á la clase de anatomía patológica.

Han transcurrido siete años desde que se recibió de doctor y presentó la Memoria en que acentuaba sus tendencias anatomo-patológicas, y debemos presumir que esa nueva dirección de su espíritu se ha sostenido todavía, puesto que lo vemos aspirar á la enseñanza universitaria de ese ramo, nueva dirección en que aun persiste en 1872, en que fué nombrado profesor titular de aquella cátedra.

Pero, entretanto, un horizonte nuevo se ha ido abriendo lentamente al joven profesor. En 1862 había sido nombrado médico de la Salpetrière, y desde esa época las enfermedades nerviosas van poco á poco despertando el interés y absorbiendo la atención del profesor de anatomía. De tal modo que, por una curiosa coincidencia, precisamente el año 1872, en que fué nombrado profesor titular de anatomía patológica, es también el año en que aparecen sus primeras lecciones clínicas sobre las enfermedades del sistema nervioso, lecciones que han sido traducidas á todos los idiomas europeos y que uno de sus grandes émulos alemanes, Eulemburg, declara que hacen época en la ciencia.

Pero aun en esos años no era definitiva y clara la dirección de sus estudios.

Al inaugurar sus lecciones en 1872, decía Charcot:

«La afluencia hoy de un auditorio más numeroso que el ordinario, me parece una prueba convincente que no me he engañado al pensar hace cinco años que este gran *emporium* de las miserias humanas en que nos encontramos reunidos, podrá llegar á ser un día el asiento de una enseñanza teórica y clínica verdaderamente útil.

«Sin duda, señores, que el campo de observación que se nos abre, no abraza la patología entera; pero ¿acaso por eso no es bien vasto? Por una parte, nos permite estudiar las afecciones de la edad senil, que merecen que nos detengamos en ellas algún tiempo. *En segundo lugar*, entre las afecciones crónicas nos presenta reunidas en gran número y en condiciones especialmente favorables para el estudio, las enfermedades del sistema nervioso y locomotor, tan comunes y, por consiguiente, tan interesantes para el médico, enfermedades cuya patología sólo desde hace una vein-

tena de años ha principiado á desprenderse de la oscuridad profunda en que habían estado sumergidas.

«En cuanto á mí, señores, nunca he dudado que el hospicio de la Salpetrière llegará á ser para las enfermedades de los viejos y para muchas enfermedades crónicas un centro de instrucción incomparable... Cuando se agrupen los elementos de estudio y se organicen de modo que puedan servir para la investigación científica y la enseñanza clínica, no vacilo en decir que tendremos en París una institución que en su género no puede tener rival. Espero tener luego la fortuna de ver realizado ese plan en todas sus partes. Pero si circunstancias que nada hacen presagiar me llevasen á otro lugar, sería para mí una viva satisfacción ver á mis sucesores coronar el edificio cuyos cimientos sólo me habría sido posible construir.»

Hasta la llegada de Charcot á la Salpetrière, ese hospicio oscuro sólo había servido de asilo á las enfermedades crónicas de las mujeres: iban allí á refugiarse los enfermos reputados incurables y á aguardar tranquilos la hora en que la muerte viniera á poner término á sufrimientos que la ciencia, desesperada é impotente, abandonaba á su suerte.

En un rincón de aquel hospicio pasa Charcot cinco años de su vida, acumulando lenta i laboriosamente los elementos de la enseñanza que inaugura en 1867.

Son esos cinco años de un trabajo incesante en que las investigaciones se suceden unas á otras sin cesar, en que por todas partes encontramos las huellas de su pluma infatigable.

Lentamente el prestigio y el nombre de Charcot van abriéndose camino, en medio de las dificultades que rodean á los que buscan su elevación en el esfuerzo honrado, y se entregan sin vacilación y sin temor á la noble y alentadora convicción de que una justicia suprema domina los accidentes de la vida, impone al mérito y recompensa el sacrificio.

Lentamente van reconociendo los médicos franceses la superioridad del laborioso profesor; lentamente se van abriendo en su camino, unas tras otras, las puertas de los institutos oficiales. Transcurren más de veinte años desde el día en que se presenta como miembro de la Sociedad de Biología hasta el día en que se incorpora como miembro de la Academia de Ciencias de París.

Hay una resistencia sorda, inevitable y poderosa en su camino; tanto más fuerte cuanto mayor es el prestigio de los que enseñan

á su lado, y esa resistencia sólo puede caer hecha pedazos por la enérgica adhesión de las nuevas generaciones que se forman, por el éxito indiscutible que alcance personalmente en la clientela del hospital y la ciudad, y por el prestigio que le den los profesores extranjeros. Todo eso era lógico y fatal. Todo eso estaba en el fondo inalterable de la vida humana, y con todo eso debió contar Charcot al lanzarse en el camino que seguía.

Ya hemos dicho que Charcot era un espíritu profundamente original y vigoroso, que seguía caminos nuevos en la ciencia, abandonando con desdeñosa altanería los senderos de las tradiciones consagradas.

Las doctrinas más seductoras y brillantes, las teorías más prestigiosas y aceptadas; todo eso que se incrusta en el espíritu de una escuela, que forma la base de un modo de pensar, representa los esfuerzos de muchos años y de muchos hombres, que es la tradición, la gloria y el orgullo de una Universidad, que se defiende y se quiere como un viejo patrimonio; todo eso no vale nada para Charcot; se hunde en la historia de los viejos errores desde el día en que un hecho viene á descubrir el vacío de esas hipotéticas construcciones del espíritu.

Procediendo así, se va al encuentro del porvenir, pero indudablemente también se provoca la tenaz y rabiosa resistencia del pasado. Se dicen cosas nuevas, pero son cosas extrañas, que suenan como temerarias herejías á los oídos habituados á los dogmas oficiales.

Comprendemos el silencio con que oyó la Sociedad de Biología, como dice Bianchón, al hombre que hizo en 1877 la comunicación célebre en que reveló el método para el estudio de las localizaciones cerebrales. En esa comunicación, Charcot hace tabla rasa de las doctrinas oficialmente consagradas sobre las funciones del cerebro, doctrinas á que se ligaban los nombres venerados de Flourens y de Bernard, y ni siquiera, al volver la espalda á ese pasado que la escuela francesa miraba con orgullo, creyó necesario concederle los honores de una discusión. Tomó por base la idea opuesta, que se desprende de los estudios de Turner y Ferrier, dos médicos ingleses, y señala cuál es el camino que se debe seguir en clínica para aplicar al cerebro humano los resultados experimentales del cerebro de los otros animales.

Años más tarde, en esa comunicación célebre, uno de sus biógrafos verá una prueba evidente de su genio, pero entonces era

natural el silencio helado, era esa la manifestación más respetuosa y benévola del escándalo de las opiniones tradicionales que él hería.

Pero había algo más en la enseñanza de Charcot. En su resuelto empeño en llegar á la verdad, con rara elevación de espíritu supo sustraerse á la perturbadora atmósfera del amor propio nacional, utilizando todos los elementos de la ciencia, cualquiera que fuese la nacionalidad de que viniera.

Rara energía de carácter se necesitaba para comentar los estudios de los profesores alemanes en una cátedra francesa, cuando todavía humeaban los mortificantes escombros de la guerra, y Charcot tuvo esa noble entereza en el cumplimiento de sus deberes de maestro, haciendo justicia á la ciencia que cubría una bandera odiosa para sus sentimientos de patriota.

Esa enérgica y audaz afirmación de la verdad y de la justicia, en una época dominada por el vértigo rabioso del despecho, debía lógicamente despertar en contra suya agrias y mordaces resistencias

Pero era ese el camino que había que seguir y que tarde ó temprano llevaría al éxito final, á la consagración práctica de esa verdad consoladora que nos muestra á la fortuna inevitablemente atada al mérito, siguiéndolo como la sombra sigue al cuerpo:—detras, invisible, mientras llega á la cima; visible, delante, á sus pies, cuando ha llegado á la cumbre.

Si esas innovaciones de doctrina despertaban las peligrosas resistencias de la enseñanza consagrada, atraían, en cambio, á las generaciones nuevas, despertaban su fácil entusiasmo y le dejaban entrever nuevos caminos, todavía no explorados y que abrían delante de sus ojos un fascinador horizonte á su ambición.

Veían ilustrarse á los que seguían su enseñanza; los veían descubrir hechos nuevos; enfermedades nuevas; escribir sus nombres en las tablas inmortales de la ciencia. Era, pues, natural que una juventud brillante se agrupara al rededor de Charcot, que le llevara su entusiasmo por el trabajo, su fe ardiente en la persecución de lo desconocido, se asociara á su obra, lo cubriera de prestigio y sostuviera en su lucha.

Pero sería desconocer la naturaleza humana creer que sólo ese interés,—aun cuando sea la forma más noble del interés,—pudiera bastar para atraer al rededor de la cátedra de Charcot á la juventud médica de todos los países europeos.

El atractivo fascinador de la enseñanza de Charcot, era el resultado propio de un rasgo peculiar de esa enseñanza.

Charcot no era sólo un admirable expositor de los hechos conocidos, un clasificador de un método asombroso, un espíritu original y fecundo; era además, y era sobre todo, un observador que estaba constantemente haciendo ver á sus discípulos que, mirando con atención los hechos más conocidos, más vulgares, se encontraba en ellos rasgos nuevos; que no había necesidad de grandes estudios y grandes laboratorios para descubrir fenómenos de un interesante valor práctico; que bastaban la voluntad y una perseverante observación para dar en todos los problemas de la clínica graves lecciones á los más arrogantes depositarios de la ciencia.

La ciática, por ejemplo, era un hecho de observación vulgar y, sin embargo, no se había observado la esclorosis que acompaña á esa neuralgia, ni se había observado tampoco otro fenómeno, que no es excesivamente raro y que consiste en la atrofia aislada de un grupo muscular, siempre el mismo, de las extremidades inferiores.

Para enseñar todo eso, que en la práctica importa mucho conocer por el significado pronóstico que envuelve, no se necesitaban grandes laboratorios ni aparatos; bastaba tener método en el examen y levantar la ropa que cubría al enfermo.

Á cada paso encontramos en la práctica parálisis faciales y, sin embargo, ha sido Charcot el primero que ha venido á señalarnos un error de diagnóstico verdaderamente sorprendente, en que una inverosímil superficialidad de examen había hecho caer á todos los observadores anteriores. Charcot nos enseñó que un número considerable de esas pretendidas parálisis eran todo lo contrario, eran contracturas.

Y así, en el estudio de los hechos diarios, de la observación vulgar, iba Charcot á cada paso probando á sus discípulos que la ciencia no se cernía sobre ellos á una altura inaccesible, que sus conquistas no estaban reservadas solamente á los que podían disponer de grandes recursos, inmensos laboratorios y un tren suntuoso de auxiliares, sino que era el patrimonio de la inteligencia y el trabajo.

Empujado por esa serie de fuerzas que se van lentamente acumulando; sostenido por el brillo de sus descubrimientos y sus triunfos en la práctica; apoyado por sus discípulos que han llegado á ser maestros; aplaudido por los que de lejos lo observan con la

imparcialidad de la distancia, llega al fin Charcot á la cima á que aspiraba; llegan para él los días de la gratitud y de la gloria.

El reconocimiento oficial es el último que llega. Sólo en 1882 fué nombrado profesor de clínica de enfermedades nerviosas.

Ya en 1881 recuerda Daremberg, que en el Congreso internacional celebrado en Londres, en el Palacio de Cristal, entre las piezas de artificio, aparecieron las tres figuras de Pasteur, Virlov y Charcot.

El brillo de su enseñanza ya era irresistible; su prestigio ya era universal. «Á las lecciones que da Charcot regularmente dos veces por semana en la Salpetrière, asisten de 500 á 600 oyentes, dice Eulemburg en un artículo biográfico, entre los cuales se encuentra un número muy considerable de médicos de todos los países civilizados, á muchos de los cuales sólo lleva á París el exclusivo interés de seguir las clases de Charcot.»

Al inaugurar ese año sus lecciones clínicas decía Charcot:

«Ustedes saben, señores, cómo al fin nuestros votos se han realizado más allá de lo que esperábamos. Porque en este momento vengo en nombre de la Facultad de Medicina de París á continuar una enseñanza nacida, hace cerca de 17 años, de la iniciativa individual.

«Al inaugurar hoy, no sin una emoción real que confieso, la cátedra de clínica de las enfermedades del sistema nervioso, mis primeras palabras serán la expresión de mi gratitud para los que la han creado y me la han confiado. Doy las gracias á la Cámara *que ha tomado la iniciativa del proyecto;* al Ministro de Instrucción Pública, que lo ha acogido; á mis colegas de la Facultad, que, consultados sobre la oportunidad de la creación, han dado un veredicto favorable, haciéndome con eso una manifestación de estima que me conmueve profundamente.»

El antiguo hospicio de la Salpetrière se presentaba entónces transformado; todas las instalaciones modificadas; se había establecido la consulta exterior, un servicio de admisión temporal.

«Ahora poseemos, añadía Charcot, un museo anatomo-patológico que tiene adjunto un taller de amoldamiento y de fotografía; un laboratorio de anatomía y de fisiología patológica, bien arreglado y que contrasta singularmente con la sala estrecha y mal alumbrada, único refugio que hemos tenido á nuestra disposición, mis alumnos y yo, durante cerca de quince años y que llamábamos pomposamente *el laboratorio;* un gabinete de oftalmología, complemento obligado de un instituto neuro-patológico, el anfiteatro de enseñanza en que tengo el honor de recibirlos y que está provisto, como ustedes ven, de todos los aparatos modernos de demostración.

«Poseemos, en fin, un servicio ricamente dotado de todos los aparatos necesarios para la práctica del electro-diagnóstico y de la electro-terapia, y en que numerosos enfermos vienen tres veces por semana á recibir cuidados apropiados á su estado.

«Ustedes ven cuántos medios de estudio han sido liberalmente puestos en nuestras manos. Ahora nos toca utilizarlos. En cuanto á mí, aun cuando haya llegado á esa época de la vida en que el horizonte principia á limitarse, espero tener bastante fuerza y bastante fe para no flaquear en la tarea.»

No era posible, dentro de las formas discretas, dentro de las obligadas reticencias del lenguaje oficial, vengar ese abandono del pasado de una manera más hiriente. Brota una agria queja del paralelo, hecho al pasar, entre lo que había sido y lo que era entonces la instalación de la Salpetrière; hay un mudo reproche en ese recuerdo de ceremoniosa gratitud á la Facultad de Medicina, que no había tenido más que una intervención muy subalterna en la creación de aquella cátedra, que en realidad era el más sólido apoyo del prestigio médico de Francia.

Pero si el lenguaje de las ceremonias oficiales no permitía nombrar al hombre que había tenido en realidad la iniciativa, y con elocuente indignación había hecho sentir á sus colegas de la Cámara todo lo que había de triste y vergonzoso, en que los médicos extranjeros viniesen á aprender á conocer las enfermedades nerviosas en la escuela de la Salpetrière, y los médicos franceses tuvieran que ir al extranjero para aprender á conocer las glorias médicas de su patria; si las conveniencias impusieron á Charcot el silencio, no pesa sobre nosotros el deber de la misma reticencia. El que había comprendido á Charcot y en nombre de la Francia le había dado con prodigalidad los recursos necesarios para llevar adelante sus estudios; el que había convertido la obra aislada de un hombre en obra de una nación, y hecho que se confundieran los sacrificios de un profesor con los sacrificios de un pueblo, y hecho que la Francia colaborara con sus instrumentos, sus recursos, á la obra á que Charcot contribuía con su genio; el que había hecho aquella obra hábil de cálculo y justicia, de reparación y de gloria, fué Gambetta.

Es para nosotros un deber escribir el nombre de Gambetta al recordar el brillante engrandecimiento de la Salpetrière; pagar con un homenaje los servicios que el ha prestado á las ciencias médicas, y manifestar con nuestra gratitud la solidaridad que liga á todos los que viven consagrados al estudio de la ciencia y dispersos en toda la superficie de la tierra.

Cuando llegan los días del esplendor y de la gloria y el profesor se encuentra colocado en la cumbre de la ciencia y con un inmenso poder entre sus manos, llegan también para Charcot los días de la prueba reveladora que va á ponernos de relieve los pliegues más delicados y más íntimos de su personalidad moral. Mejor que la embriaguez del vino, nos descubre la embriaguez del éxito el fondo oscuro de un carácter. Vemos entonces cuál era el móvil que lo impulsaba á la lucha en realidad, cuál era el culto secreto á que llevaba sus sacrificios como ofrenda. La arrogancia del éxito no puede someterse á esas mortificaciones humillantes de toda hipocresía; la fortuna arranca todas las caretas.

La personalidad moral de Charcot, sometida á esa dura prueba, se eleva, se engrandece y se envuelve en una aureola de nobleza y simpatía.

Ya hemos dicho que estaba en el carácter peculiar de la enseñanza de Charcot manifestar á cada paso que los descubrimientos científicos no eran el privilegio de los grandes recursos y de las altas situaciones; que bastaba observar con atención, con sinceridad, con un espíritu tranquilo para descubrir rasgos nuevos aun en medio de los hechos más vulgares, y colaborar de una manera eficaz al desarrollo de la ciencia.

Aprovecha Charcot todas las oportunidades para difundir esta idea alentadora; no descuida ni siquiera los detalles incidentales y pequeños que de una manera indirecta la pueden acentuar.

Al hablar de la parálisis agitante, por ejemplo, conocida en la ciencia con el nombre de enfermedad de Párkinson, hará contrastar la serie de trabajos voluminosos consagrados á su estudio y las exiguas dimensiones del opúsculo en que el médico inglés, que ha dado su nombre á esa enfermedad, por primera vez la dió á conocer al mundo médico. Unas cuantas observaciones sumarias, un examen tranquilo de los hechos, unas cuantas páginas, he ahí todo, y eso basta; eso es la gloria, y será la inmortalidad.

Los que salen de esa enseñanza universitaria y se ven arrastrados, por las exigencias inexorables de la vida, al fondo de una provincia lejana, no se sentirán ya condenados á una esterilidad desesperante. Sobre el espíritu del médico de aldea no pesará ya la mano implacable del desaliento que sofocaba su ambición. El recuerdo de Párkinson brillará como una esperanza alentadora en el fondo de ese oscuro abandono. Esa idea profundamente impulsiva á que se ha atribuído el secreto de las grandes victorias napoleónicas; esa idea de que todos los soldados llevaban en su mochila el bastón de mariscal y que podían, con su esfuerzo, levantarse hasta las cimas más altas y ambiciosas, es también la idea que Charcot difunde, y hace vivir en torno suyo.

Pero él ha vivido esa vida oscura. Él sabe que esa alentadora convicción no basta; que hay horas de desaliento mortal en esa lucha, cuando los esfuerzos fatigosos, agotadores y aislados no encuentran ni siquiera una palabra de aliento, ni siquiera un eco de simpatía; cuando se siente que los resultados de tantos sacrificios y tanto esfuerzo están condenados á hundirse quién sabe hasta cuándo en el olvido, para aguardar tan sólo una reparación tardía y lejana.

Charcot había conocido las durezas de esas situaciones abrumadas. Había tenido que ganar su vida como médico y consagrar su tiempo al estudio; que asistir esa clientela diseminada, pobre y exigente, de un médico que principia y que trabaja durante casi todo el día en las salas de la Salpetrière, en medio de las dificultades y molestias materiales de la falta de laboratorio, de instrumentos, de auxiliares y hasta de alentadora simpatía. En esos largos días de lucha oscura y solitaria, en un rincón de aquel inmenso hospital, aprendió á estimar Charcot el valor moral, la eficacia inmensa de una palabra de aliento, y no olvidó esa lección cuando se encontró grande, poderoso, en medio del esplendor del éxito y la gloria.

Á cada paso lo vemos en sus lecciones citar trabajos de hombres desconocidos hasta entonces; poner sus méritos de relieve; elevarlos á la altura brillante de su cátedra y cubrirlos con su imponente autoridad.

Más aún, para poner de relieve el mérito, Charcot afronta situaciones difíciles, compromete su prestigio haciendo causa común con hombres y doctrinas á que el ridículo parecía incrustado.

Recordábamos en un artículo anterior, tratando de acentuar este generoso rasgo del carácter de Charcot, la historia del hipnotismo y de la metaloterapia.

«Bureq, decíamos, había publicado desde 1849 una serie de estudios sobre la acción de los metales que habían quedado relegados á la oscuridad y al olvido, hasta que el tenaz y mal afortunado experimentador, cerca de treinta años después de aquella fecha, encontró á Charcot en su camino. Charcot lo oyó, y prescindiendo de la atmósfera que condenaba á Bureq en nombre de preocupaciones tradicionales, sometió sus ideas á un criterio experimental. Vió lo que había en ellas de exacto y le prestó su apoyo.

«Más grave todavía fué la situación cuando se trató del hipnotismo, cuyos fenómenos habían sido, hacía ya muchos años, más de veinte años, estudiados en trabajos predestinados á la burla y el desdén. Charcot estudió los fenómenos, descubrió las leyes á que obedecía el hipnotismo y, arrostrando una situación comprometente, obligó al mundo científico á estudiar con atención los viejos trabajos relegados al desdén y á hacer justicia al mérito desconocido y oscuro.

«Todo un orden de hechos nuevos se descubría bruscamente, y junto con ellos un nuevo procedimiento terapéutico que colocaba al médico en condiciones de realizar y de explicar las más asombrosas leyendas de las curaciones milagrosas. Con la aparición del hipnotismo, el milagro perdió sus misterios y la ciencia penetró á alumbrar con su tea la región de lo maravilloso.

«No estamos tan lejos de esos tiempos para que podamos sentir nosotros mismos todo el coraje moral que es necesario para comprometer una situación en defensa de ideas que estaban aparentemente en la más chocante y abierta contradicción con las creencias que dominaban el mundo científico hace poco.»

Si Charcot ponía tan noble entereza para defender las pequeñas conquistas de hombres que le eran completamente extraños, se comprende todo el ardor que desplegaba para hacer que se hiciese justicia á sus discípulos.

«Á disposición de ellos, dice uno de sus biógrafos, se puso siempre todo entero, ayudándolos con su propia experiencia y con su ciencia, dejándolos aprovechar libremente de todos los recursos de su biblioteca, más rica, bajo el punto de vista de las enfermedades del sistema nervioso, que la de la Facultad; apoyándolos, en fin, con su alta autoridad en toda circunstancia, con una afabilidad y una gracia encantadoras.»

No podía hacer Charcot un uso más noble de la poderosa influencia que la fortuna había puesto entre sus manos, ni poner de relieve con más brillo la nobleza del objeto que en su larga lucha había perseguido, y la grandeza moral de su carácter.

Y elevándose á esa altura, se comprende que tras de sí no haya dejado solamente sus trabajos, sino algo más: una escuela en que se ha formado una legión de grandes profesores: Bouchard, Cornil, Strauss, Hayem, Debove, Jofroy, Ball, Pitres, Pierre Marie, etc, etc., todo lo que hay de más ilustre en la generación que ahora se levanta en el mundo médico de Francia.

Á su escuela, Charcot le ha dejado como herencia la pasión por el estudio serio, por los métodos rigurosos y científicos y el ejemplo de su fuerza enorme de trabajo.

Esa fuerza era asombrosa. Basta recordar que dirigía cuatro publicaciones médicas á un mismo tiempo: los *Archivos de Neurología*, la *Revista de Medicina*, los *Archivos de Patología Experimental* y la *Iconografía de la Salpetrière;* que preparaba esmeradamente sus lecciones, que forman un grueso volumen anual; trabajaba todos los días en el laboratorio; dirigía las clínicas de la Salpetrière, asistía una clientela enorme.

Á esta producción exorbitante, hay que añadir la lectura de las revistas científicas y de las obras nuevas, para poder seguir el rápido desarrollo de la ciencia, rectificar las ideas antiguas y someter las nuevas á un examen inmediato. Así todo se utiliza, nada se escapa á su ojo vigilante, *his ever watching eye*, como dice Buzzard.

Y todavía, dicen los periódicos de Europa, que ha tenido tiempo para dejar redactadas sus Memorias.

Esa labor inmensa ha sido singularmente fecunda y por todas partes deja hondas huellas en todos los dominios de las ciencias médicas. En sus primeros trabajos hizo la separación definitiva del reumatismo crónico, la gota y el reumatismo articular agudo.

Trazó las líneas fundamentales del estudio de las enfermedades del hígado, y echó las bases de la nueva concepción de los procesos tuberculosos.

Pero donde está su gran obra médica es en el estudio de las enfermedades nerviosas. La doctrina de las localizaciones cerebrales es obra suya; el método de investigación que él introdujo ha servido de base á todos los estudios que se han hecho. El estudio de las degeneraciones secundarias de la médula y de las localizaciones en el eje espinal, es obra suya. Sus estudios sobre el histérico

constituyen la página clínica más notable de este siglo. En ese grupo nosológico en que no se veía más que un caos confuso, en que un número enorme de observadores eminentes no encontraban más que contradicciones y un desorden desesperante, Charcot ha hecho ver que hay, por el contrario, una lógica absoluta dominando fenómenos sujetos á leyes de una regularidad muy acentuada, y que sus grandes accidentes se desenvuelven sobre un fondo común, lleno de rasgos que habían pasado desapercibidos por completo y que ahora nos asombra que no hayan sido apreciados en todo su valor. Podemos decir, dando su más rigorosa y literal acepción á las palabras, que la histeria, enfermedad común, mil veces observada por millares de observadores eminentes, ha sido creada por Charcot, y que él nos ha enseñado todo lo que hay de fundamental en ese estudio. Al lado de la histeria antigua, Charcot ha colocado la histeria traumática, enfermedad frecuente y que no había sido ni siquiera entrevista.

Creó también Charcot la esclerosis en placas, la esclerosis lateral amio-trófica; transformó el estudio de la tabes dorsal, haciendo de esa vieja enfermedad casi una enfermedad nueva. Dió su base anatómica á la parálisis infantil y á la atrofia muscular progresiva.

Al lado de estas grandes creaciones médicas, tendríamos que recorrer un número inmenso de pequeños puntos esclarecidos, de rectificaciones, de rasgos nuevos en la fisonomía de enfermedades ya muy conocidas, de procedimientos de diagnóstico y de métodos curativos, en los cuales se manifestaba singularmente ingenioso y fecundo.

Envuelto en la atmósfera de todo ese pasado de luchador victorioso, con el prestigio de sus inmensos y fecundos trabajos, rodeado de discípulos formados por él y que figuran entre los maestros de la ciencia médica de Francia, Charcot se eleva á la altura de una de las más grandes personalidades de este siglo.

«¡Qué silencio! dice uno de sus biógrafos, cuando, impenetrable, autoritario y dominador, el maestro con el perfil de un César romano, la frente desnudada, el ojo brillante con un fuego sombrío, el labio desdeñoso, se levantaba y tomaba la palabra en su clínica de la Salpetrière, que había sabido convertir en el punto de cita de las eminencias médicas del mundo entero y en que había sabido agrupar una legión de jóvenes sabios de que era inspirador! ¡Qué silencio! cuando su voz se levantaba en la Academia de Medicina o en el Instituto! En todas partes su opinión ó sus discursos eran esperados como debiendo dar la nota exacta, brillante, sonora basada sobre los mejores argumentos, rodeada de las imágenes más vivas y de las comparaciones más felices.

«Su palabra ardiente y con frecuencia vibrante, vigorosamente subrayada con un gesto que le era familiar, hacía autoridad en todos los recintos, en los Congresos sabios lo mismo que en las clínicas extranjeras que se complacía en visitar.»

Pero, á medida que avanza en esa marcha triunfal, el horizonte de su vida se estrecha; aparece el punto oscuro. Charcot, como casi todos los grandes luchadores y hombres de acción, como César, como Voltaire, como Napoleón, como Darwin, como todos los hombres de vida intensa en quienes la espada gasta la vaina, según la pintoresca expresión de La Bruyère, había sido de una salud vacilante, sin que se manifestara, sin embargo, el sufrimiento especial de ningún órgano. Tenía, pues, derecho para contar con esa larga vida, que es la compensación de las naturalezas enfermizas, de los pequeños sufrimientos que imponen los hábitos de una vida higiénica y en quienes el menor desvío se traduce por un inmediato malestar.

Tenía ya 67 años cuando, sin causas apreciables, sufrió el año pasado un ataque intenso de *angina péctoris*, que después de haber amenazado seriamente su vida durante algunos días, pasó dejando sólo las huellas de una grave advertencia que, por desgracia, ya este año se había borrado completamente de su espíritu, puesto que lo vemos hacer un viaje veraniego á una región montañosa, húmeda y fría. Sólo el olvido de la advertencia del año anterior, puede explicarnos que voluntariamente vaya á colocarse Charcot en las condiciones más desfavorables para los que sufren la enfermedad que él había padecido.

Á esas condiciones añadió la fatiga de excursiones en que la alegría y las distracciones ocultan el cansancio que experimenta el organismo.

El 15 de agosto recorría las márgenes pintorescas del lago de Settons, cerca de Chateau-Chinon. Se despidió alegremente de sus compañeros de excursión, los doctores Debove y Strauss, y escribió una carta llena de buen humor á su familia. Al día siguiente fué encontrado muerto en su cama.

«Mientras llegan detalles, dice el *Lancet*, que es el órgano más autorizado de la medicina inglesa, mientras llegan detalles del

triste acontecimiento que será profundamente deplorado por todo el mundo médico, y reservando para otra ocasión un estudio completo del gran clínico, sólo tenemos que recordar á nuestros lectores los títulos que tiene para ocupar una gran situación en la historia de la medicina. Fué, en primer lugar, un hombre de grandes conocimientos que no se limitaban al campo de su profesión. Eran muy extensos sus conocimientos de la literatura de su propio país y de las naciones extranjeras. Los que han frecuentado los Congresos Médicos en Inglaterra y el continente, saben la perfección con que poseía los idiomas extranjeros. Era grande como observador clínico y digno de ser colocado á la altura de maestros como Trousseau y Laenec. Era grande también como patólogo, y á este respecto puede decirse que no dejó que el progreso de los años disminuyese su vivo interés y su amor por la ciencia. Pero lo que es en realidad la piedra de toque de un pensamiento original, ningún hombre en la ciencia médica ha inspirado á sus discípulos mayor entusiasmo y respeto. Dan de esto testimonio las grandes audiencias que se reunían en su clínica de la Salpetrière y los volúmenes de sus inapreciales lecciones que debemos á la consagración de sus discípulos. Nuestros lectores recordarán la precisión científica y el poder verdaderamente maravilloso de pintar con palabras que caracterizan todos sus escritos, desde su primer trabajo sobre la neumonía crónica hasta sus últimos estudios sobre los abstractos problemas psicológicos, de que se ocupó principalmente en los últimos años. El profesor Charcot era un artista al mismo tiempo que un hombre de ciencia, y á él se debe en una parte muy grande la posición que ocupa la neurología en la ciencia actual. Su notable personalidad se echará de menos en el próximo Congreso de Roma.»

A. Orrego Luco

EL HOSPITAL MILITAR

El acaudalado caballero don Agustín Edwards, con la generosidad que lo distingue, ha erogado la suma de veinte y nueve mil pesos de los fondos sobrantes con que contribuyó á la revolución, con el objeto de que se construya un hospital militar. Algunas otras personas, según nuestras informaciones, han seguido el ejemplo del señor Edwards, y á la fecha hay en caja algo más de setenta mil pesos.

El establecimiento de un Hospital militar es una necesidad largo tiempo sentida y cuya satisfacción viene pidiéndose hace años con la tenacidad digna de todas las buenas causas. Los médicos militares y los directores del Servicio de Sanidad Militar, siempre que se ha presentado la ocasión, han representado al Gobierno, por notas ó verbalmente, la urgencia de un hospital destinado á curar los males de los beneméritos soldados de la patria.

Es del caso recordar aquí las propias palabras del jefe del Servicio Sanitario, doctor Ramón E. Vega, en la Memoria que sobre la Dirección de Sanidad militar pasó al Ministerio en 1892:

«Es incomprensible cómo no se ha establecido un hospital militar, por que son muchos los bienes que acarrearía para el ejército y para su mejor servicio. Desde luego el número de enfermos disminuiría notablemente, número que, como lo estableceré más adelante, es enorme; y, por lo que hace á los venéreos y otros contagiosos, se les aislaría y no volverían á su cuartel ni saldrían á la calle sino cuando estuviesen completamente curados y, por tanto, sin peligro de contagio para nadie. Se establecería en este

hospital el régimen disciplinario de los cuarteles y los enfermos estarían cómoda y seguramente atendidos. El personal del servicio sanitario se perfeccionaría y, en caso de guerra ó de epidemia, se dispondría de un cuerpo de cirujanos, practicantes y enfermeros, que no se puede improvisar en un día, completamente idóneos y competentes. El Estado, ganando el ejército, economizaría, pues los gastos de enfermería serían considerablemente menos y no habría que pagar las estadías de soldados en hospitales civiles. Por no estar aun terminadas las cuentas de inversión de la Intendencia General del Ejército, no indico á US. cifras cabales; pero sólo en los meses de noviembre y diciembre últimos se pagó al tesorero de los establecimientos de beneficencia, por estadías de individuos del Ejército en los hospitales de San Vicente de Paul y de San Francisco de Borja de Santiago, la cantidad de cincuenta y un mil doscientos sesenta y cuatro pesos cincuenta centavos ($ 51,264.50.)»

En la Memoria del mismo jefe, doctor Vega, correspondiente á 1893, se vuelve á insistir con nuevos y poderosos argumentos en la necesidad de construir á la brevedad posible el hospital militar de que nos ocupamos.

No se necesita hacer muchos comentarios; baste saber que no se concibe un buen servicio médico del ejército sin su correspondiente hospital atendido por médicos militares.

En Francia, los primeros hospitales del ejército fueron los que Sully, según los deseos de Enrique IV, organizó en 1597; sin embargo, puede decirse que, en realidad, los hospitales militares de guarnición no vinieron á ser instalados definitivamente sino en 1708, año en que, de una vez, fueron creados cincuenta y un hospitales militares en las ciudades fronterizas ó marítimas.

En Inglaterra, en Alemania, en Austria, en todos los países europeos, en fin, los hospitales militares existen perfectamente organizados desde largos años.

Nosotros, que nos preciamos, quizás con justicia, de tener un ejército que antes de mucho será ejemplo de las naciones del continente americano por sus adelantos, moralidad y disciplina, es preciso dotarlo de un servicio de Sanidad Militar que corresponda á su organización y á las esperanzas que en él se tienen cifradas.

No es éste el caso de ocuparnos de la deficiencia de nuestro servicio de Sanidad, ni de demostrar cómo es un hecho que los gobiernos han ido creando dificultades á su desarrollo en vez de

prestarle todo el apoyo que necesita y de que es acreedor. Actualmente (y esto solo bastará para demostrar la babilonia en que se encuentra el servicio sanitario) se rige por cuatro reglamentos distintos que corresponden á otros tantos decretos, y que son el de 10 de junio de 1889, el de 21 de abril de 1891, el de 30 de diciembre de 1892 y el de 31 del mismo mes y año; éste último bajo los números 155 hasta 178 inclusive del Reglamento de Servicio Interno de los Cuerpos.

No necesitamos contemplar los progresos que en Europa ha hecho el servicio sanitario del ejército; la República Argentina nos ofrece un alto ejemplo. Queremos sólo referirnos al Hospital Militar.

En 1880 se edificó en Buenos Aires el Hospital Militar de la Capital i se reorganizó y reglamentó el Cuerpo Médico de manera que respondiese á las múltiples necesidades del ejército.

En el mismo año se instalaron los hospitales militares de la frontera, dotándolos de toda clase de recursos.

El año 1888 hace época en los anales del Cuerpo de Sanidad argentino. Se habilitó un nuevo hospital y se dictó la ley de organización del Cuerpo de Sanidad del Ejército y Armada, con asimilaciones para sus miembros desde general de brigada hasta subteniente y desde comodoro hasta alférez de fragata respectivamente.

En la misma época se fundó un *Boletín de Sanidad Militar*, publicación mensual redactada por los médicos militares y que registra todos los hechos dignos de interés para la sanidad, consignando la clínica médica y quirúrgica del Hospital, etc., etc.

El Hospital Militar llamado de la Capital, autorizado por la ley de 12 de julio de 1884, está retirado del centro de la población y situado á 23 metros sobre el nivel del río de la Plata, y es, según el doctor Rómulo Cabral, cirujano de cuerpo del ejército argentino, un monumento grandioso de arquitectura moderna en que se ha combinado lo más perfecto conocido actualmente.

El frente solo del edificio es de 200 metros y la superficie del terreno encerrado dentro de la muralla de circunvalación, alcanza á 54,655 metros cuadrados.

Tiene ocho pabellones aislados: dos para oficiales y los otros seis para la tropa.

El servicio del Hospital está dividido en técnico, administrativo y militar, y un extenso reglamento lo rige, en el que todo está consultado, hasta los más mínimos detalles.

No se necesita, pues, mirar á Europa; en la nación vecina tenemos material de sobra que podemos aprovechar si se quiere dar al servicio sanitario del ejército toda la amplitud que debiera tener para llenar sus altos fines.

Terminamos por ahora, que ya habremos de volver sobre el mismo tema, haciendo votos porque el Congreso y el Ejecutivo contribuyan eficaz y seriamente á la realización del pensamiento desde tantos años acariciado de construir un Hospital Militar.

CONRADO RÍOS V.

COLABORACIÓN

LOS ABORTOS TUBARIOS

(Comunicación al Congreso Pan Americano de 1893)

En lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento de las preñeces y abortos tubarios, los obstétricos están muy distantes de ponerse de acuerdo, y juzgo que el conocimiento de dos casos más, allegados á la historia de esta extraña complicación, ha de tener su utilidad en los momentos actuales y por algún tiempo más aun, sobre todo si esos casos se presentan con algunos caracteres de comunidad.

Me parece conveniente recordar, aunque sea muy brevemente, la opinión de algunos distinguidos obstétricos y ginecólogos emitida en los dos últimos años sobre el diagnóstico de la preñez extra-uterina.

L. Tait, citado por W. Matlakowski, dice que, en conformidad á su experiencia, se cree autorizado á manifestar algún escepticismo en lo que concierne á la rectitud de un diagnóstico de esas gentes que hablan con tan gran desenfado de la posibilidad de hacer el diagnóstico exacto de las preñeces extra-uterinas ántes de la ruptura del quiste fetal y de obtener la curación por medio de la punción y del empleo de la electrolisis.

Banga, de Chicago, afirma que el diagnóstico es difícil en la mayor parte de los casos.

Pinard, que presenta numerosas dificultades y que la caduca falta en la mayor parte de las casos.

Croom, que este diagnóstico está rodeado de numerosas y frecuentes dificultades.

Matlakowski dice que es difícil.

Aveling, que es más fácil de lo que puede suponerse.

Veit y Werth, consideran que el diagnóstico de la preñez extra-uterina, y en esto de conformidad con A. Martin, que no existen las dificultades que se le atribuyen, dada la existencia de signos más seguros y mejor estudiados.

En verdad, los progresos realizados en materia de exploraciones ginecológicas, en el conocimiento de los órganos y de su funcionamiento, como en las condiciones anatómicas y fisiológicas que les imprime la gestación, nos ha permitido ensanchar el campo de nuestras investigaciones diagnósticas y afirmar con más exactitud los estados y modificaciones existentes. Débese á eso, indudablemente, el que las preñeces extra-uterinas sean hoy en día con tanta frecuencia observadas y descritas, puesto que no existe motivo especial que las hubiese hecho más numerosas.

Todo hombre de ciencia que haya tenido ó tenga alguna práctica en los últimos veinte años, en asuntos de obstetricia y ginecología, estará convencido á la vez que admirado de los perfeccionamientos realizados en los últimos tiempos sobre esta materia, y es él solo capaz de apreciar el inmenso vuelo que ha tomado este ramo tan importante de los conocimientos médicos. Los diagnósticos que ayer sorprendían ó eran imposibles, son ahora posibles y más fáciles.

Empero, no siempre se puede clarear toda situación y no pocos estados quedan en la penumbra incierta de la duda y de la ignorancia. El diagnóstico suele resistirse á la inquieta petulancia del profesionista; y la prudente reserva aconsejada desde los tiempos del viejo Hipócrates, llega á imponerse á despecho de todo. Vale más en muchos casos la desconfianza de los L. Tait que la soñadora seguridad de los Aveling; vale más la incertidumbre desconfiada del que duda que la impetuosa precipitación del doctrinarismo vanidoso.

Por lo que respecta al tratamiento, la divergencia se manifiesta siempre, no sólo en materia de elección de procedimientos, sino también en la intervención más ó menos rápida y más ó menos activa.

En la comunicación hecha al Congreso de Ginecología y Obstetricia de Bruselas habido en 1892, A. Martin dice que las preñeces ectópicas terminan en general por abortos tubarios, los cuales se verifican más comúnmente en los tres primeros meses. Sobre 55 casos por él observados, eso ha sucedido.

En el primer mes	15
En el segundo mes	13
En el tercer mes	11
En el cuarto mes	7
En el quinto mes	4
En el sexto mes	2
En el séptimo mes	1
En el octavo mes	2
En el noveno mes	1

Piensa Martin que el aborto tubario, que no es en definitiva más que la evacuación del huevo á través del *ostium abdominalis*, es frecuente; y que el endurecimiento de las trompas y los cólicos uterinos son debidos á irrupción de la sangre por el oviducto.

En la estadística que acompaña á su trabajo, se lee que sobre 585 casos en que se intervino, el 76.6 por ciento de las madres salvaron, sucumbiendo poco más del 23 por ciento. Reuniendo sus casos á la estadística de Schauta, resulta que sobre 265 casos abandonados á sí mismos, sólo el 36.9 por ciento de las madres salvaron, y fallecieron las demás.

En vista del resultado que arrojan sus estadísticas, no es extraña su decidida preferencia por la extirpación completa del huevo, de conformidad con Veit Werth, Pozzi, etc. Sólo sí que está contra la electricidad.

Veit es uno de los más decididos partidarios de la laparotomía y juzga que es indispensable practicarla como el más seguro procedimiento de hemostasis, aun durante los accidentes hemorrágicos.

Piccini, de Nápoles, que ha tenido la desgracia de observar algunos casos de muerte rápida por hemorragia, es convencido partidario de la intervención y de la laparotomía.

Werth es intervencionista y laparatomista.

Ott, de Petersburgo, es igualmente laparatomista.

Bauga, de Chicago, y Wathen, de Louisville, aconsejan la intervención, abriendo las paredes abdominales.

El profesor Pinard, juzgando la cuestión con un criterio desapasionado y frío. concilia todas las opiniones, proponiendo en todos los casos una prudente intervención (*An. de Ginecología*, 1892.)

El doctor A. Brothers, de Bellevue, es partidario de la electricidad.

La electricidad tiene sus decididos partidarios, como tiene también la morfina y la atrofina, que propusiera por primera vez Joulin con el objeto de producir la muerte del producto de la concepción en los primeros meses de la vida intra-uterina.

Para la mayoría de los partidarios de la intervención activa, ella debería llevarse á efecto durante los primeros tres meses, ya que durante ellos se produce la ruptura de las trompas y, en consecuencia, las hemorragias que ponen en peligro la vida de estas embarazadas.

Como he dicho, hay algunos que predican la extirpación en medio de los trastornos del aborto cuando la hemorragia está en toda su fuerza, como el medio más seguro de detenerla *in situ*.

Los dos casos que vamos á relatar en seguida, manifiestan que no siempre hay conveniencia en la intervención *a outrance* y que se puede esperar algo más de los esfuerzos de la naturaleza auxiliada durante los momentos de mayor angustia.

En ambos casos el diagnóstico de la preñez no pudo hacerse sino después de la ruptura del quiste; en ambos hubo la expulsión de una caduca uterina; y en ambos también la profunda perturbación de las fuerzas, y los lipotismos y síncopes repetidos hubieran hecho imposible toda tentativa de intervención gastrotómica. Á la sideración profundísima consecutiva á una abundante hemorragia, no habría sido cuerdo agregarle el *Shoc* de una laparotomía interventora.

En la primera de nuestras observaciones, los fenómenos de una oclusión intestinal fueron más dominantes que en la segunda; y á ello contribuyeron no sólo los antecedentes de pereza intestinal, de desórdenes gástricos, de falta de evacuaciones, sino que también el dolor de los hipocondrios, sitios bien distantes del punto en donde la lesión verdadera existía. De todos modos, estos fenómenos de oclusión intestinal, tienen su explicación en el debilitamiento general, en la compresión de los intestinos por la sangre

á medio coagular, en la inmovilidad de las pacientes y en la estitiquez habitual de nuestras mujeres que hacen poco ejercicio á pie.

La formación en ambos casos de un hematocele, que evolucionaron con toda felicidad, viene en apoyo de las doctrinas sustentadas hoy en día por la mayor parte de los ginecólogos, de que los hematoceles son en su mayor parte debidos en su origen á un aborto tubario. (Samml. Klinich. Vosträgen, 15, 1891.)

OBSERVACIÓN PRIMERA

ABORTO TUBARIO EN EL SEGUNDO MES DE LA GESTACIÓN; GRAVÍSIMA HEMORRAGIA; FENÓMENOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL; HEMATOCELE CONSECUTIVO; CURACIÓN.

La señora N. de N., de veintiséis años, es de una naturaleza pobre; desde algunos años atrás de salud delicada, á pesar de vivir en los mejores medios ambientes y de comodidad en atención á la holgada situación de fortuna de su familia. Anémica, se casó á los dieciocho años próximamente y se hizo embarazada. Á su debido tiempo tuvo su parto, el cual no se señaló por particularidad alguna. Habiendo mejorado algo de su anemia, y deseando vivamente la crianza de su hijita, la llevó á efecto, tomando todas las medidas y cuidados del caso, haciendo ejercicios y siguiendo una vida higiénica. La niña está viva y la madre ha mejorado de salud, á tal punto que yo, que soy el médico habitual, no la veo sino por ocasión.

No tiene sufrimientos propiamente uterinos, pero suele retardarse en sus menstruaciones. Desea un nuevo embarazo, pero éste no parece haber llegado hasta ahora.

El 22 de septiembre de 1892, soy llamado con extraordinaria urgencia de casa de la señora N. de N., por tratarse de un ataque gravísimo sobrevenido súbitamente. En efecto, la pobre joven estaba en una postración profunda, con el vientre meteorizado, las extremidades frías y el pulso casi imperceptible.

Me cuentan que á mediados de agosto la menstruación no había aparecido, sin más novedad que la pereza ordinaria del vientre. Esta suspensión, como la del mes siguiente, no llamó mucho la atención, por cuanto en ella no habían sido extrañas estas perturbaciones, como lo he dicho.

El 15 de septiembre, fecha en la cual podía esperar la reaparición menstrual, sintió dolor en el bajo vientre, complicándose en la noche con tendencia á retención urinaria.

El 16, sin consulta médica y en atención á su pereza intestinal y á los fenómenos habidos, toma un purgante de aceite de castor. Como en los demás días, su alimentación es muy cuidada y no come sino lo más sano. Cierto malestar indefinido en el bajo vientre se deja sentir siempre, pero es muy ligero. El 19 sale á la calle y regresa luego porque no se siente bien. El 20 y 21 mejor, pero no se encuentra buena; hay algo insignificante que la molesta y que parece tener relación con los órganos colocados en la pequeña pelvis. No ha consultado á ningun facultativo.

El 22, antes de la hora en que tenía costumbre de levantarse y al tomar un vaso que contenía una solución de polvos de Setditz de Hockin, siente un vivo y agudo dolor al *hipocondrio derecho*, que momentos después se cambia al *hipocondrio izquierdo*, sobreviniendo inmediatamente un colapsus de apariencia mortal, acompañado de extremada frialdad, ojeras azules, desfiguramiento general, fatigas continuadas, inmovilidad y pesadez de todo el cuerpo, abultamiento del estómago y del abdomen, respiración silenciosa, desaparición del pulso, síncopes; se la ponen sinapismos en el vientre y extremidades superiores; frotaciones calientes abdominales. La enferma se halla en gran postración física y moral; comprende que se puede esperar un desenlace fatal.

Se la practican dos inyecciones de cafeína para reanimarla, se la da café y un poco de coñac. Como se insiste en la idea de un cólico, se llama mucho la atención de los facultativos á su antigua y habitual pereza intestinal, se la suministran purgantes y se practican lavados del estómago é irrigaciones del intestino, las cuales determinan después de dos días una que otra evacuación.

La reacción principia lentamente, el calor se difunde y con él las fuerzas comienzan á recobrarse.

El 25 es expulsada una membrana que, conocida por mí, resulta ser la mucosa íntegra del útero; y durante unos cuantos días sobreviene una secreción vaginal amarillenta, de mal olor, acompañada de malestar en el bajo vientre, de dolores en el sacro y coxis.

La situación se despejaba entonces y la luz principia á hacerse para precisar el diagnóstico. Un reconocimiento vaginal, acompañado de la palpación bimanual, manifestó todos los síntomas de

enorme derrame sanguíneo en el Douglas. El aborto tubario estaba, por decirlo así, á la vista, mediante la existencia de un hematocele que siguió su evolución normal.

El día 8 de octubre volvió á aparecer la menstruación, más definida en sus síntomas y en su marcha, siendo su duración la acostumbrada. En esta ocasión fueron expulsados algunos pequeños coágulos sanguíneos y otros pequeños trozos de membrana del nido uterino.

Las menstruaciones sucesivas no se han señalado por ningún fenómeno particular, y á la fecha, 25 de julio de 1893, la antigua paciente se encuentra en un estado satisfactorio de salud, siendo sus menstruaciones más regulares y constantes que antes del aborto tubario.

Séame permitido llamar la atención en este caso á que la postración profunda y el estado alarmantemente grave de la paciente durante la hemorragia por ruptura de la trompa, hacía extemporánea é imposible toda intervención quirúrgica durante el primer día del accidente. Los estimulantes y las inyecciones de cafeína sólo pudieron mantener y levantarnos las fuerzas y evitarnos un desenlace fatal en los primeros momentos. Una laparotomía habría estado contraindicada; es probable que la paciente no habría sobrevivido y habría muerto durante la operación. Las lipotimias frecuentes que la enferma experimentaba y el desaparecimiento del pulso, contraindicaban toda idea de intervención operatoria.

OBSERVACIÓN SEGUNDA

ABORTO TUBARIO EN UNA MULTÍPARA; POSTRACIÓN CONSIDERABLE; CURACIÓN OBTENIDA POR LA EXPECTACIÓN

N. N. de S., de 32 años de edad, de temperamento linfático, de constitución débil, cloro-anémica, vientre de ordinario perezoso y dispéptica, ha tenido tres hijos y un aborto. En uno de sus partos tuvo una hemorragia abundante por inercia uterina.

Ha tenido sus reglas el 20 de julio de 1892. En agosto no menstruó, y lo atribuye á su estado de debilidad: no experimenta ningún síntoma que la haga suponer un embarazo.

El 5 de septiembre come en el lunch algunos alimentos indigestos, y en la noche tiene una indigestión que se manifiesta por

un movimiento diarreico abundante. Siente retortijones en la región umbilical, abultamiento de vientre y sensibilidad á la presión. Á esto sobreviene después meteorismo y dolores cólicos fuertes. Toma un ricino, y se siente mejorada.

Más adelante experimenta de nuevo dolores abdominales, retortijones, alteraciones digestivas; tiene indigestiones frecuentes y un malestar que no sabe definir, concluyendo por fijarse los dolores en los lomos. La idea de un embarazo no le asaltaba, porque no tiene ninguno de los signos que en los anteriores había advertido su estado. Las grandes palpitaciones cardíacas que en todas sus preñeces la habían molestado, palpitaciones tan precipitadas y violentas que la hacían decir que su corazón estaba loco, no habían aparecido ni se habían dejado sentir.

Por eso se limitaba la paciente á tener algún cuidado en su alimentación y á tomar algunos laxantes suaves para combatir sus malas digestiones y su molesto meteorismo.

La persistencia de este estado llega por fin á inquietarla, y tuvo que consultar á su médico, el doctor Manzor, el cual nos hizo el honor de pedirnos nuestra opinión. Como todo ese conjunto de síntomas revelara un estado de sufrimientos que pudieran tener relación con un estado uterino, la propusimos un reconocimiento ginecológico.

El examen apenas si pudo hacerse de un modo imperfecto. La sensibilidad del vientre y cierta indocilidad de la paciente, nos impidió hacer el tacto bimanual, de modo que no pudimos imponernos del tamaño exacto del útero y comprobar el estado de los anexos. El simple tacto vaginal nos permitió únicamente cerciorarnos de un aumento uterino y nada más.

El 16 de septiembre sobrevenía un aumento mayor en los dolores lumbares y también de los abdominales, acompañados de un ligero derrame sanguíneo.

El 17 por la mañana expulsó una membrana gruesa, triangular, la cual se comprobó ser la caduca ó sea la membrana interna del útero.

Por la noche, como á las 7, sobrevinieron lipotimias repetidas y un gran síncope. La enferma, dice el doctor Manzor, experimentó un frío de muerte; su semblante se puso como la cera; perdió totalmente las fuerzas y el conocimiento; sólo se podía comprobar la vida por muy escasos y debilísimos latidos del corazón que una auscultación atenta revelaba.

Hubo entonces que poner la cabeza en gran declive, friccionar el cuerpo, fustigar el rostro, poner sinapismos, hacer inyecciones de cafeína, rodearla de botellas calientes y envolverla en franelas calentadas, para que el pulso volviera á percibirse.

La reacción fué consiguiéndose con gran lentitud y merced á un régimen bien severo.

Por el examen vaginal y la palpación bimanual, pudo comprobarse más adelante la presencia de un hematocele retro-uterino, con el crujido de los coágulos de reciente formación.

Veintitantos días después de los accidentes descritos, ó sea del aborto tubario, sobrevino una pérdida sanguínea vaginal, que fué tomada como menstruación un poco adelantada.

La paciente fué poco á poco ganando en su mejoría y el hematocele reduciéndose.

En la actualidad (julio de 1893), la señora de S. se encuentra buena y goza de los beneficios de una regular salud.

Dr. A. Murillo

HIDROCEFALIA

Entre las causas de distocia fetal se coloca, como una de las que imposibilitan el parto, la hidrocefalia. Las causas de esta complicación no están bien averiguadas: se han atribuído, entre otras, á los casamientos consanguíneos (Charpentier), á la sífilis, trabajos excesivos durante el embarazo, el cretinismo, diversas enfermedades de la madre, como endometritis y del feto, etc.

En cuanto á su frecuencia, damos á continuación los datos estadísticos de algunos autores:

Merrimam	1 × 900
Mad. Lachapelle	1 × 1.500
Lever	1 × 1.600
Auvard	1 × 2.000
Macdonald	1 × 3.000
Kucher	1 × 4.000

En la Maternidad de Santiago, el término medio, según el profesor Murillo, es de 1 × 2.000. Esto es, en un período de 18 años existiendo algunos años en que no se han presentado casos.

Diagnóstico.—Durante el embarazo es muy difícil hacerlo. Sin embargo, hay casos en los cuales, por el exceso de volumen de la cabeza, se ha podido diagnosticar un hidrocéfalo. En el último mes y durante el trabajo, cuando el cuello está dilatado, es posible hacerlo con seguridad.

Si la presentación es cefálica, se podrá á veces, por el tacto vaginal, reconocer las suturas óseas muy separadas, depresibles; para esto será necesario introducir toda la mano. En los casos que ésta

es la última en salir, será la palpación abdominal la que principalmente ayudará al diagnóstico.

El pronóstico respecto del feto, es muy grave, y siempre está en relación directa con el volumen de la cabeza. En los casos poco acentuados y que no tienen otra complicación, como hidroamnios, hidrorraquis, espina bifida, labio leporino, suelen vivir y desarrollarse.

Pero en los casos en que por el volumen de la cabeza dificultan el parto, el pronóstico es fatal casi siempre. En estas circunstancias, Chasinat, D'Ouvier i d'Herggott, han intervenido en 28, 17 y 21 casos respectivamente y siempre con resultado fatal. Charpentier ha tenido un caso que sobrevivió 5½ meses.

Sin intervención, los resultados son más favorables; de una estadística de 60 casos, 41 han muerto antes ó durante el parto; de los 19 restantes, han sobrevivido 4 meses, 11; 1 año, 5; 2 años, 2; 4 años, 1. Es seguro que se ha tratado de casos de hidrocefalia poco desarrollada.

Las presentaciones son, con relación á la de vértice en los partos normales 12/20, en hidrocefalia, no más de 12/20. Para la madre, el pronóstico no es tan desfavorable, y depende en gran parte de la conducta del médico. La causa que con mayor frecuencia produce la muerte en ellas es la ruptura del útero.

Las dimensiones del hidrocéfalo varían mucho: se cita como el mayor de los casos conocidos el de Meckel, en el que el diámetro biparietal tenía 43 centímetros. En la Maternidad de Santiago he tenido ocasión de observar el siguiente, que es interesante por más de una circunstancia:

C. M., 25 años, entró el 15 de agosto á ocupar la cama número 34. Antecedentes: reglada desde los 12 años, con toda regularidad, las últimas en noviembre pasado. Ha tenido dos partos anteriormente, el último hace 2½ años, de término, vivos (han muerto después sus hijos.)

Tuvo la viruela á los 10 años, neumonía á los 14. Hace 2 años ha sentido dolores, se le ha caído el pelo, tiene manchas cobrizas en el cuerpo, y ha sido tratada en un hospital por esto, pero no sabe dar más datos. En este embarazo no ha tenido complicación ninguna. El 8 principiaron los dolores, que fueron aumentando en intensidad; el 9 en la noche se rompió el amnios, con lo que disminuyeron un poco; pero volvieron de nuevo, siendo atendida

por una matrona que, creyendo necesaria una operación, la mandó el 15 á la Maternidad.

Aquí se le encontró dilatación completa del cuello; por entre los labios de la vulva se presentaba un tumor blanco formado por el cuero cabelludo; no se encontró sutura ni hueso. Aumentaron las contracciones, y en media hora el parto terminó sin mayores dificultades. No hubo necesidad de ninguna maniobra; no se produjeron desgarraduras. Feto de sexo femenino, muerto; pesaba 4,420 gramos, en perfecto estado de conservación. La cabeza enorme, completamente deformada; el diámetro, que llamaremos oxípito-frontal, aunque en realidad el oxipital estaba rechazado hacia abajo, tenía 53 centímetros de largo; el biparietal no pasaba de 18, siendo muy depresible todo el cráneo. Había una separación en la sutura oxípito-parietal de 0.23 centímetros; entre los parietales 0.14.

En la autopsia, que sólo se pudo hacer 3 días después, por haber tenido que guardarla para la clase de obstetricia, se encontró un derrame sanguíneo que ocupaba todo el pericráneo y los huesos de una consistencia blanda cartilaginosa, como pergamino. La cavidad craneana encierra una cantidad de líquido amarillento, que se encuentra entre las meníngeas, por fuera y dentro del cerebro, comprimiendo su masa de tal modo que en los ventrículos laterales tiene un espesor de 304 milímetros. La cantidad de líquido no se pudo medir, pero subía de 3 litros.

Es indudable que lo largo del parto se debía á esta dificultad tan grande para efectuarse y que el poder de las contracciones uterinas modificó la forma de la cabeza, como lo demuestra el hematoma, y pudo terminarse el parto como en uno normal. La mujer siguió perfectamente y salió el 23 de alta.

Santiago, agosto de 1893.

CAUPOLICÁN PARDO CORREA

CORRESPONDENCIA NACIONAL

INFLUENZA TIFOÍDEA, DIGITAL Y PULMONÍA, ANTIPIRINA

Sea por el clima de esta localidad, sea por las condiciones atmosféricas reinantes, la influenza ha tomado en esta tercera epidemia un carácter pulmonar é intestinal. El germen que produce la influenza se ha mostrado ahora con propiedades tan sépticas y virulentas, que en muchas personas uno ó más órganos del cuerpo han perdido su resistencia orgánica y se han dejado invadir por microbios que en el estado normal de salud permanecen inofensivos. Así el pneumococus, el streptococus, el staphylococus, el gonococus, el bacterium coli común, que constantemente pululan en la cutis, en las fosas nasales, en la cavidad bucal, en la intestinal y vaginal, han coexistido con el agente infectante de la influenza y han adquirido propiedades virulentas más ó menos intensas, según la edad y el temperamento de cada individuo.

De este modo he visto seis casos de asociación microbiana, el bacillus de Eberth con el microbio de la influenza y aun con el streptococus, formando una verdadera *strepto-tyfoid-septicemia.*

En todos los enfermos de influenza tifoídea se notaban los mismos síntomas de la fiebre tifoídea común, pero mucho más atenuados. La epistaxis, la cefalalgia, la sensibilidad en la fosa ilíaca derecha, en el bazo y en el hígado; las náuseas y vómitos, las evacuaciones fétidas, el meteorismo y parálisis intestinal, la fiebre de 39½ á 40°, los labios y lengua secos y fuliginosos y el delirio

dulce con un estupor suave, acompañaban á una bronco-pneumonía ó á una congestión pulmonar intensa. Cinco ví á los diez días de enfermedad, es decir, dos días antes de morir. El sexto sanó á las tres semanas, gracias á la antisepsia intestinal rigurosa y á los estimulantes difusivos y afusiones tibias y revulsivos pulmonares. Fenómeno digno de notarse era el que presentaba la orina, que no estaba con los caracteres de la verdadera tifoídea, sino más bien límpida. Cuando se trataba de una infección intestinal suave con malestar y síntomas gastro-hepáticos, he dado con muy buenos resultados una poción con láudano, cloroformo y alcanfor, seguido de un evacuante.

En cuanto á las pulmonías, ninguna ha sido fibrinosa ó clásica, sino focos de bronco-pneumonía que se sucedían de la base al vértice, con una expectoración muco-purulenta (streptococus), y no fibrinosa y enmohecida. No hay el escalofrío ni el dolor de costado característicos de la pulmonía vulgar ó de diplococus encapsulados. Pasan nueve días, doce días, y la curva térmica no presenta la defervecencia peculiar, porque un nuevo foco congestivo entretiene la duración de la bronco-pneumonía. El pulso es generalmente lento y pequeño, debido á la inercia del pneumogástrico y plexo cardíaco. De ahí nace la indicación de la digital, pero sólo en *ciertos* enfermos y desde el principio, como lo ha demostrado admirablemente Huchard. Como la digital ó la digitalina es un medicamento de acción paralizante y muy peligroso, hay que examinar muy bien el estado del corazón antes de administrarla. Así, en la enfermedad de Corrigan y en las miocarditis segmentarias y otras degeneraciones cardíacas es temible y aun mortal. Muchos médicos, llevados de un entusiasmo del momento, caen en este error terapeútico fatal. Como en la práctica médica sólo hay pneumónicos y no pulmonías, se debe poner especial atención en el estado del corazón y de salud general de cada individuo, antes de combatir un síntoma de una infección generalizada á todo el cuerpo humano. Los microbios mismos desaparecen ante las sustancias tóxicas que producen y que ocasionan la muerte del enfermo. Tampoco deben usarse los vejigatorios como en la pulmonía común, sino revulsivos que no debilitan, como el yodo en solución concentrada. Igual aplicación tienen las inyecciones hipodérmicas de éter, de alcanfor, de estricnina y de cafeína.

Existen, además, algunos estados morbosos del riñón, del hígado,

del estómago, del bulbo y de compresión del pneumogástrico, que contraindican el empleo de la digital.

La antipirina, que la moda ha llevado á los salones de las duquesas con jaqueca, de las neuróticas con dolores, de las fiebres de los pneumónicos, de los tísicos, reumáticos, tíficos, etc., etc., tiene contraindicaciones formales. Hay afecciones cardíacas é idiosincracias que no pueden tolerarla, so pena de escalofríos, sudores, vértigos, lipotimias y síncopes á veces mortales.

El cálomel, el tanino, el yodo y el ácido fénico, la precipitan y suelen formar una combinación tóxica. El salicilato de soda y el cloral, forman una mezcla oleaginosa. Por otra parte, la antipirina aumenta la solubilidad de la quinina y de la cafeína. Es necesario prescribirla en dosis pequeñas cuando se sospecha la más ligera contraindicación, tal como se hace con la cocaína y todos los en *ina*.

DOCTOR SANTIAGO DEL CAMPO
Socio corresponsal

Iquique, septiembre de 1893.

REVISTA CLÍNICA

CLÍNICA GINECOLÓGICA DEL DOCTOR KÖRNER

Resumen del Movimiento habido en la sala del Carmen del Hospital de San Borja durante los meses de Julio y Agosto

JULIO

Existencia anterior.	37
Entradas.	46
TOTAL.	83
Altas.	45
Fallecidas	0
Existencia el 1.º de agosto.	38

OPERACIONES

1.ª Extirpación de un sarcoma de la piel colocado en la mama izquierda. Curación en quince días sin temperatura alta.

2.ª Raspaje del cuello del útero por tumor maligno de dicho órgano, muy avanzado para poder hacer la histerectomía vaginal. La enferma, de edad de 34 años y que ha tenido un solo hijo, dice que hace seis meses tuvo metrorragia, primer síntoma sentido por ella.

3.ª Abertura de un quiste del lado izquierdo por el fondo del saco posterior de la vagina; enferma de 30 años. La historia de esta enferma no tiene gran importancia. La operación se hizo del modo siguiente: desinfección completa de los órganos genitales; abertura del fondo de la vagina; atracción del tumor á la incisión y vaciamiento del quiste, que era del tamaño del puño, más ó menos. Se puso un punto de sutura entre la pared del quiste y la incisión vaginal, y un tubo de drenaje y se hicieron lavados dentro del saco con solución fenicada. Este lavado se repitió día de por medio. La enferma ha seguido perfectamente y pronto se la dará de alta.

4.ª Histerectomía vaginal por tumor maligno del cuello del útero. Mujer de 40 años de edad, ha tenido un solo hijo, hace dos años. La enferma se encontraba mal. Se extirpó el útero. El tumor estaba circunscrito al cuello, todo el útero estaba adherido por su cara posterior á los órganos vecinos, adherencias simplemente inflamatorias. La enferma está perfectamente; en los primeros días la temperatura subió hasta 38°5, temperatura que pasó después de haberle hecho algunos lavados vaginales. El tumor, examinado al microscopio, resultó ser un sarcoma.

5.ª Extirpación de un lipoma del tamaño de un huevo de pava, situado en la parte posterior del cuello. Enferma de 25 años de edad y que notó el tumor hace 5 años. Curación completa por primera intención á los diez días de operada.

6.ª Abertura y raspaje de un panadizo del pulgar derecho. Alta.

7.ª Raspaje de un trayecto fistuloso de una mama. Alta.

8.ª Dilatación exploradora de la uretra en una enferma que padecia cistitis crónica. Se la ha sometido á los lavados vesicales con ácido bórico, nitrato de plata, creolina y ácido fénico é inyecciones de aceite yodoformado, sin obtener ninguna mejoría. Hecha la exploración, sólo se encontró los signos de una cistitis crónica. Se le ha seguido practicando lavados con agua fenicada al $\frac{1}{4}$ y $\frac{1}{2}$ por ciento. Está en curación.

AGOSTO

Existencia anterior.	39
Entradas.	34
TOTAL.	73

Altas.	35
Fallecidas.	2
Existencia el 1.º de septiembre.	36

OPERACIONES

1.ª Histerectomía vaginal por fibro-miomas múltiples. Mujer de 42 años de edad, ha tenido dos hijos.

La enferma nos dijo que desde hace algún tiempo siente dolores á las caderas, que ha tenido menorragias, y desde hace un mes, más ó menos, pérdidas vaginales de mal olor. El examen bimanual nos mostró un útero grande y con desigualdades; por el histerómetro pudimos constatar desigualdades muy marcadas de la mucosa y resblandecimiento de ella en algunas partes. Por los signos dados por el histerómetro, como asimismo por el flujo, se creyó que existiese un tumor maligno de la cavidad del útero; por esto se hizo la histerectomía. En la operación no hubo nada de particular; lo único, gran dificultad para extraer el útero, á pesar de no haber adherencias. Extraído el útero, lo abrimos y pudimos ver que en su interior sólo había, en la cara posterior de la cavidad, un fibro-mioma submucoso ulcerado. Examinada la mucosa al microscopio, nos cercioramos que no había nada de maligno en sus tejidos. La enferma tuvo temperatura de 38°5; dos días después siguió perfectamente, y en pocos días más se la dará de alta.

2.ª Extirpación por destrozamiento de un fibroma-sarcoma insertado en la parte posterior del fondo del útero.

Enferma de 52 años de edad, ha tenido 12 hijos, ningún aborto; hace nueve años que sufre de dolores de caderas y menorragias que se han ido acentuando más y más y que son casi constantes al presente.

El examen de la enferma nos manifestó la existencia de un tumor grande dentro de la cavidad uterina, al que se le sacó un pedacito para ser examinado al microscopio. Este examen solo dió los signos de un fibro-mioma típico; se procedió á extraer el tumor, que creíamos era un fibro-mioma submocoso, por destrozamiento; muy luego, durante la operación, se pudo ver había habido error de diagnóstico. La decorticación fué difícil, cosa que jamás sucede en los verdaderos fibro-miomas. Se extrajo la mayor

cantidad que se pudo de él (400 gramos en peso) i se taponó la cavidad con gasa yodoformada.

Desde el día siguiente la temperatura principió á subir, y llegó el tercer día á 40° con todos los signos de una infección intensa. Se hicieron lavados intra-uterinos con creolina, dos y tres veces al día, pero no hubo nada que combatiera eficazmente la infección. La enferma murió á los nueve días después de haber sido operada.

El examen microscópico de los trozos del tumor nos dió en algunos los caracteres de un simple fibro-mioma y en otros, sobre todo los que estaban cerca de la implantación, los de un fibromosarcoma.

3.ª Raspaje del útero por endometritis. La enferma está perfectamente; se le dará luego de alta.

4.ª Colporrafia anterior y posterior, perineorrafia y amputación del cuello del útero, por prolapsus del útero é hipertrofia del cuello. La enferma está perfectamente; no ha tenido temperatura alta; no se han quitado todavía los puntos de sutura.

5.ª Perineorrafia por desgarro de la horquilla: procedimiento de Lawson-Tait. La enferma está perfectamente; hace seis días que fué operada.

La otra enferma, que murió en el presente mes, fué una muchacha de 16 años de edad, víctima de una miositis del psoas ilíaco y de los ganglios mesentérico. Era tuberculosa. Esta enferma llegó á la clínica en el mes de diciembre del año próximo pasado, con un absceso de la fosa ilíaca izquierda, el que se abrió y drenó al exterior, y del que se dió cuenta oportunamente en la REVISTA. Posteriormente, en el mes de junio, se hizo un raspaje del trayecto fistuloso y se taponó con gasa yodoformada; la supuración disminuyó poco después de este raspaje, para agravarse después á pesar del tratamiento muy variado que se empleó (inyecciones con líquidos caústicos, glicerina yodoformada, todos los antisépticos, etc., etc.), hasta matar la enferma en los primeros días del mes de agosto.

En la autopsia encontramos que en el lado izquierdo, en vez de músculo había un cordón fibroso y en su interior un trayecto fistuloso que se dirigía hacia la columna vertebral, pasando por delante de la 3.ª i 4.ª vértebra lumbar, siendo este trayecto muy pequeño. En el lado derecho estaba todo el músculo psoas é ilíaco completamente destruído por la supuración; la fosa ilíaca interna

de este lado estaba completamente denudada de su periostio y en gran parte necrosada; las vértebras estaban sanas. En el pulmón izquierdo, en el vértice, había induración y las dos pleuras de este pulmón estaban completamente adheridas. En los demás órganos no encontramos nada de particular.

La enferma nunca sintió dolor ni nada de particular en el lado derecho, asiento principal de la enfermedad.

R. ZEGERS
Ayudante

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DEL PROFESOR CIENFUEGOS

Contamos con la promesa formal de los ayudantes del profesor de oculística, doctor Cienfuegos, para dar á luz mensualmente una revista del movimiento de enfermos y de las operaciones que se ejecuten en dicha clínica.

Por hoy damos la revista del mes de julio, que nos ha sido enviada por el señor Carlos A. Salas, ayudante del señor Cienfuegos. Á él nuestros agradecimientos.

SALA DE SAN VICENTE

MOVIMIENTO HABIDO EN EL MES DE JULIO

Existencia el 1.º de junio.	23
Enfermos nuevos.	7
TOTAL.	30

Dados de alta.	6
Quedan existentes.	24
TOTAL.	30

EN LA DISPENSARIA

CURACIONES

Hombres.	311
Mujeres.	840
Niños.	999
TOTAL.	2,150
Enfermos nuevos.	167

OPERACIONES

Día 1.º—*Primera.*—Abertura á bisturí de un gran absceso del párpado inferior derecho.

Salió bastante cantidad de pus. Se hizo lavados en el interior de la cavidad con ácido bórico, sirviéndose de la Pera de Wecker. Se colocó un vendaje antiséptico. Después de algunas curaciones el enfermo mejoró bien.

Día 3.—*Segunda.*—Excisión de pterijions múltiples en el ojo izquierdo, según el método de Arlt. Se colocaron cuatro suturas. Cocaína y vendaje.

Este enfermo es portador de un gran número de pterijions en ambos ojos y que avanzan bastante hasta cubrir casi el centro de la córnea. La visión está muy dificultada, sobre todo en el ojo izquierdo.

El enfermo quedó muy bien. La córnea se aclaró lo suficiente para ver sin trabajo á las personas. Pronto se operará el otro ojo.

Tercera.—Abertura con el bisturí de un gran chalacion del párpado inferior izquierdo. Este chalacion se había convertido ya en un absceso.

Día 10.—*Cuarta.*—Escarificaciones en varios puntos de la conjuntiva por quemosis intensa, consecutiva á un flegmón de la órbita. Hielo constante, cálomel, etc. El enfermo se mejoró completamente.

Quinta.—Abertura á bisturí de un absceso del párpado superior, izquierdo, producido por una caída de á caballo. Salió poco pus. Había ligera exoftalmia. Se dió de alta enteramente sano.

Día 13.—*Sexta.*—Extracción de pedazos de plomo que habían penetrado por un accidente casual en ambos ojos. Se extrajo del izquierdo un pedazo bastante grande, sin profundizar, como del tamaño de una moneda de diez centavos, aparte de una infinidad de partículas de plomo muy divididas, situadas en diferentes puntos de la conjuntiva y de la córnea. Del ojo derecho se extrajeron también una gran cantidad de pedacitos implantados en distintas partes. Se empleó bastante cocaína, pues el dolor era casi insoportable. Bien libre ya ambos ojos de toda partícula de plomo, se pudo notar que sólo había *erosiones* en la superficie corneal y en especial en la córnea izquierda. Después de 8 días de curación, se le dió de alta completamente restablecido.

Séptima.—Simblefaron anterior, ojo derecho. Sección con la tijera de una brida carnosa inferior. Se colocaron dos suturas.

Octava.—La misma operación en otro enfermo en el ojo izquierdo.

Novena.—Abertura de un absceso del saco (dacriocistitis supurada) con debridación del conducto lagrimal inferior correspondiente.

Este enfermo ha sido operado anteriormente por la misma causa en el otro ojo. Está en curación. Se le hace el catetirismo del canal nasal con sondas de Bowman número 3.

Décima.—Debridación del conducto lagrimal inferior izquierdo.

Día 14.—*Undécima.*—Resección de la conjuntiva hipertrofiada de un individuo que padece de ectropion en ambos ojos. Este enfermo ha sido operado varias veces en la clínica en esta misma forma para poder hacer después el acortamiento del párpado inferior, por la excisión de un colgajo triangular, cuya base esté constituída

por el borde palpebral (método de Kuhnt). El enfermo está en curación.

Día 17.—*Duodécima.*—Extirpación de un pequeño tumor de la caruncula izquierda en un niño de seis años (encanthis maligno?) El examen histológico demostró ser un sarcoma pigmentado.

Décimatercia.—Extracción de partículas de hierro implantadas en la córnea derecha y que comprometieron sólo el epitelio (erosión.)

Décimacuarta.—Id. id. id. id.

Día 18.—*Décimaquinta.*—Estafiloma total de la córnea, ojo derecho. Se hizo la excisión del estafiloma con suturas consecutivas, pasando los hilos á través de la conjuntiva, previamente desprendida de la esclerótica, en cierta extensión. (Wecker). Se pusieron cinco suturas. Cuchillo de De Graefe. El enfermo está muy bien. Se le han hecho lavados con sublimado al 1/5000. Luego se le dará de alta.

Día 25.—*Décimasexta.*—Debridación del conducto lacrimal inferior izquierdo. Obturación casi completa del punto lacrimal correspondiente

Décimaséptima.—Id. por dacriocistitis supurada. En curación.

Décimaoctava.—Sección de una hernia traumática del iris, ojo izquierdo, con las pinzas-tijeras de Wecker. El enfermo, que es un niño de 9 á 10 años, no veía nada antes de la operación. Al poco tiempo después ve bastante con el ojo enfermo. Se le hacen instilaciones de eserina. Está muy bien y continúa curándose.

Décimanona.—Cauterización con el lápiz de nitrato de plata de dos escrecencias papilomatosas situadas en el borde libre del párpado superior derecho. La enferma no ha vuelto á presentarse á la dispensaría después de haberse curado tres veces. Estaba muy bien.

Vigésima.—Abertura de un pequeño chalacion en el párpado superior derecho. Lavados antisépticos en la cavidad con la Pera de Wecker.

Día 27.—*Vigésimaprima.*—Injerto de conjuntiva de conejo en un enfermo que padece de xeroftalmia total. Se sacó toda la conjuntiva del ojo derecho del conejo y se trasplantó al ojo enfermo en su parte inferior. Se cubrió con ella el párpado inferior. Se hizo el fondo de saco, y en la parte bulbar se llegó hasta el limbo

mismo. Se emplearon 13 pequeñas suturas con seda fina, y una grande, para formar el fondo de saco conjuntival, semejante á la que usa Snellen para la operación del ectropion.

Se hizo la anestesia local con cocaína y se colocó un vendaje compresivo. La operación ha sido coronada por el éxito más brillante. Esta interesante operación hecha por primera vez en Chile, la describiremos separadamente con todos sus detalles en alguno de los números próximos de esta REVISTA.

CARLOS A. SALAS
Ayudante

Santiago, julio de 1893.

CRÓNICA

SUMARIO.—Necrología, el doctor Belisario Espic.—Postergación de un Congreso Médico.—Congreso Médico Internacional de Roma.—La viruela.—Á nuestros suscriptores.

NECROLOGÍA.—EL DOCTOR BELISARIO ESPIC.—Hace cerca de un mes—no lo sabíamos—falleció en Valparaíso el doctor Espic, víctima de una enfermedad contraída en el ejercicio de su profesión.

Médico de una Sociedad de Beneficencia para socorrer a los enfermos menesterosos, el doctor Espic, que tenía como primordial deber atender los llamados que le hacían los pobres, sin arredrarle ni los malos caminos, ni las noches lluviosas, contrajo en una de esas visitas, después de la media noche, un violento resfrío, que fué el principio del desarrollo de una tuberculosis pulmonar, mal latente que le aquejaba desde algún tiempo atrás.

El doctor Espic muere á los 33 años, bastante joven aún.

Su conducta como estudiante primero, i despues como médico trabajador y caritativo, le acarrearon multitud de afectos, rodeado de los cuales ha bajado á la tumba.

***

POSTERGACIÓN DE UN CONGRESO MÉDICO.—El Congreso Médico internacional de Roma que debía reunirse en aquella ciudad el 24 de septiembre próximo pasado, ha sido postergado para el mes de abril de 1894, con motivo de la actual epidemia de cólera.

Como se sabe, la Sociedad Médica se ha hecho representar en dicho Congreso por el socio corresponsal doctor Germán Greve.

El Consejo Superior de Higiene Pública será á su vez representado por el doctor Alejandro del Río.

***

CONGRESO MÉDICO INTERNACIONAL DE ROMA.—Hemos recibido del doctor Maragliano, Secretario General del Congreso Médico Internacional de Roma, que habrá de reunirse en aquella ciudad en abril del año próximo la comunicación que insertamos, por si ella pudiera interesar á nuestros colegas:

«Mui señor mío: En nombre de toda la comisión organizadora, ruego á V. y á todos los miembros de esa benemérita institución, de honrar con su presencia el XI Congreso Médico Internacional que se inaugurará en Roma el 24 de septiembre próximo venidero.

«Le adjunto algunas copias del programa, que le ruego distribuir no solamente entre los socios, sino también á todos los médicos con quienes pueda ponerse en relación.

«Su honorable persona y todos aquellos que deseen tomar parte en el Congreso obtendrán todos los documentos de viaje necesarios, solicitándolos en el Consulado italiano de esa ciudad ó á uno de los encargados indicados en el programa.

En la esperanza de que V. aceptará bondadosamente la invitación, le anticipamos las más sentidas gracias.—Profesor *E. Maragliano*, Secretario General.»

Esta nota ha venido acompañada con el siguiente anexo:

XI CONGRESO MÉDICO INTERNACIONAL EN ROMA, 24 DE SEPTIEMBRE — 1.° DE OCTUBRE DE 1893

Inauguración del Congreso

El XI Congreso Médico Internacional cuya reunión en Roma fué deliberada por el X Congreso que se reunió en Berlín en 1890, será solemnemente inaugurado á la presencia de S. M. el Rey de Italia el 24 de septiembre p. v. y durará hasta el 1.° de octubre.

Elenco de las secciones

Las 19 secciones entre las cuales se ha establecido dividir los trabajos del Congreso son las siguientes:

SECCIONES		SECCIONES	
I.	Anatomía	XI.	Otología
II.	Physiología	XII.	Ophtalmología
III.	Pathología general y Anatomía pathológica	XIII.	Odontología
IV.	Pharmacología	XIV.	Medicina y Cirugía Militar
V.	Medicina interna	XV.	Higiene
VI.	Pediatria	XVI.	Ingeniería de Sanidad
VII.	Psiquiatria, Neurología y Anthoropología criminal	XVII.	Dermatología y Syphilografía
VIII.	Cirugía y Ortopedia	XVIII.	Medicina legal
IX.	Obstetricia y Ginecología	XIX.	Hydrología y Climatología
X.	Laryngología		

Para noticias ó informes, los señores congresistas tendrán la bondad de dirigirse á la Secretaría General del Congreso en Roma (Italia).

Se admiten al XI Congreso Médico Internacional

1.º Las personas tituladas en medicina.
2.º Las personas tituladas en otras ciencias.
3.º Aquellos que tengan interés por los trabajos del Congreso.

En esta categoría quedan incluídas las señoras de los congresistas y miembros adultos de las respectivas familias.

Cuota de admisión

La cuota de admisión es de *L.* italianas *Veinticinco.*

Con esta cuota, los señores congresistas, además de las rebajas en las tarifas de transporte y de las prerrogativas establecidas en el billete de congresista para paseos, festejos, visitas á museos é

institutos, etc. etc., tendrán también derecho á la adquisición de *Las actas del XI Congreso Médico Internacional,* que, como las del pasado X Congreso, constituirán una rica colección en cinco grandes volúmenes.

Las señoras de los congresistas y miembros adultos de las respectivas familias que deseen ser admitidos al Congreso, deben inscribirse y proveerse de la respectiva tarjeta de reconocimiento.

Para inscribirse deben dirigirse á uno de los señores siguientes encargados por la comisión central:

D. Elías Prof. Rodríguez. — *Caracas.*
D. Ramón Prof. García González. — *S. Salvador* (Salvador).
D. R. Prof. Lavista. — *México*
D. Exequiel Dott. Muñoz. — *Quito.*
D. Manuel Prof. Barros Borgoño *Santiago* (Chile).

Señores:

Agente diplomático de S. M. el Rey de Italia. — *La Paz.*
» » » » » — *Guatemala.*
» » » » » — *Bogotá.*
» » » » » — *Habana.*
» » » » » — *Port-au-Prince.*
» » » » » — *Tegucigalpa.*
» » » » » — *Lima.*

De mano de estos señores recibirán los billetes de reconocimiento que les pone en derecho de gozar de las reducciones en los precios de pasage.

Llegados á Roma tendrán que presentarse á la secretaría general de la cual recibirán los documentos necesarios para asistir á festejos, etc., etc., y pagarán 10 francos por el derecho de inscripción.

Los miembros de las familias de los congresistas que no hayan llenado esta formalidad no gozarán de reducción alguna.

Idiomas oficiales del Congreso

En todas las sesiones, los idiomas oficiales del Congreso serán el italiano, el francés, el alemán y el inglés. Será concedida la

facultad de servirse de cualquier otro idioma, por breves momentos y en el caso que alguno de los presentes asuma el encargo de traducir inmediatamente á uno de los idiomas oficiales mencionados.

Tesis y comunicaciones

Las comunicaciones que deban hacerse al Congreso, deben ser anunciadas á la *Secretaría General del XI Congreso Médico Internacional, Roma.*

De cada comunicación débese de antemano consignar un extracto; las conclusiones serán impresas y repartidas á los congresistas, bajo cuidado de la Presidencia.

El tiempo designado para cada comunicación es de *quince* minutos.

Los oradores que tomen parte en las discusiones, tendrán derecho de palabra una sola vez y por el espacio de tiempo de *cinco* minutos.

Serán concedidos al autor de la comunicación, una vez que haya terminado la discusión, solamente *diez* minutos para responder en conjunto á las objeciones promovidas.

Es facultad de la Presidencia, por la importancia del argumento, después de haber oído el parecer favorable de la sección, acordar á los autores de las comunicaciones, bajo forma escepcional, un espacio de tiempo mayor al ya dispensado.

Conferencias en las sesiones plenarias

En cada Nación se ha rogado á una notabilidad médica, de tener la bondad de dar en ocasión del Congreso una conferencia de interés general sobre alguno de los tantos temas vitales, que esperan hoy todavía una solución en el vasto campo de la medicina.

Los profesores invitados á dar dichas conferencias son los señores: Virchow (Alemania). — Nothnagel (Austria). — Brouardel (Francia). — Foster (Inglaterra). — Pachoutine (Rusia). — Stokvis (Holanda). — Babes (Romania). — Jacobi (Norte-América). — Laache (Suecia). — Bizzozero (Italia). — S. Ramón y Cayal (España).

Exposición Internacional de Medicina y de Higiene

En ocasión del XI Congreso Médico Internacional tendrá lugar en Roma una Exposición de Medicina é Higiene en la cual figurará cuanto pueda interesar en el campo de la práctica á todos los médicos y especialistas. La comisión formada con dicho objeto puede ya contar con el concurso de los principales industriales del mundo.

Fiestas

Una comisión especial provee á la organización de una serie de festejos oficiales de manera que los señores congresistas tengan como agradablemente pasar el tiempo en las horas libres de los trabajos del Congreso.

Desde ahora se ha establecido que el día 23 de septiembre será la primera reunión de los señores congresistas en las salas de la Exposición. El 24 siguiente será la inauguración del Congreso en presencia de S. M. el rey de Italia, y también la de la Exposición Internacional de Medicina y de Higiene.

Se proyectan paseos á Pompeya y al Vesubio, fiestas, recibimientos y banquetes.

Distinciones especiales

Ha sido formada una comisión especial para preparar los distintivos que serán consignados á los congresistas al acto de su presentación en la Secretaría en Roma.

Hoteles

Los hoteles de primer y segundo orden que abundan en la capital, asegurarán á los miembros del Congreso mansión que corresponda á todos sus deseos.

Instrucciones para el viaje de Centro-América, Antillas y costas del Pacífico á Italia

A los congresistas que de Centro-América, de las Antillas y de la costa americana del Pacífico vengan á Roma, les será con-

veniente servirse de la línea trasatlántica (antes López & C.) de Barcelona, que acuerda la reducción del 30 por ciento sobre los siguientes precios de pasage de primera clase:

De Puerto-Rico	á	Santander. . . .	Frs. 701.75	
» Habana	»	»	» 701.75	
» Vera Cruz	»	»		
» La Guayra	»	»		
» Puerto-Cabello	»	»	» 852.—	
» Sabanilla	»	»		
» Cartagena	»	»		
» Colón	»	»		

Los señores congresistas obtendrán la reducción ya dicha presentándose á los agentes de aquella compañía en los diferentes puertos enunciados, con la tarjeta de viaje.

Conviene á los señores congresistas, servirse de aquellos vapores de la Compañía trasatlántica que salen:

De Puerto-Rico el 15 de agosto y llegan á Santander el 27 de agosto de 1893.

De Habana el 10 de agosto y llegan á Santander el 27 de agosto de 1893.

Llegando á Santander los señores congresistas podrán proseguir viaje directamente para Génova con los vapores de la misma compañía ó con los ferrocarriles españoles y franceses que acuerdan la reducción del 50 por ciento.

En el caso que los señores congresistas prefieran el viaje por tierra, tendrán, para obtener el rebajo sobre los precios de transporte, que presentar á los oficiales de ferrocarriles españoles interesados la tarjeta de viaje. Á la primera estación francesa que toquen tendrán además que presentarla aquí unida *lettre d'invitation*, de antemano, debidamente copiada. Con dicha formalidad obtendrán un billete con precio reducido á la mitad desde el punto de partida hasta el confin italiano.

De Génova ó de la estación de frontera los viajeros podrán proseguir por dos vías:

1.° En viaje directo, ida y vuelta de Génova á Roma.

2.° En viaje circular que les permitirá visitar las ciudades y principales puntos científicos italianos.

En el primer caso el viajero, presentando su tarjeta de viaje y

su billete de reconocimiento en la estación de Génova, mediante el pago de Li. 71.15 recibirá:

1.° Un billete de pasage para Roma de primera clase en sustitución del primer cupón de su billete de viaje.

2.° El segundo cupón de dicho billete de reconocimiento que le servirá para el regreso á Génova.

Combinando de este modo el viaje, se obtiene la ventaja de una reducción de 50 por ciento sobre los precios fijados por la tarifa general de ferrocarriles.

Las instrucciones necesarias para este viaje se encuentran sobre el tercer cupón del billete de reconocimiento que conservará el viajero para su conocimiento y propio uso.

En el viaje directo, entre Génova y Roma, el viajero podrá permanecer en dos puntos importantes de Italia, valiéndose del derecho que le concede su billete de viaje: «La *Spezia*,» el primer puerto militar italiano con su muy afamado arsenal marítimo, y «*Pisa*,» centro de estudios universitarios de primera categoría, é interesante por sus edificios históricos y de gran valor artístico. (V. instrucciones especiales).

Si el congresista prefiere hacer un viaje circular, podrá obtenerlo en la estación Génova, presentando su tarjeta de viaje, con los siguientes itinerarios y precios sobre los cuales se hace la reducción del 20 por ciento.

Viaje XX.—Génova, Pisa, Liorna, ROMA, Florencia, Boloña, Venecia, Verona, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 155.10.

Viaje XXII.—Génova, Pisa, Liorna, ROMA, NÁPOLES, Roma, Florencia, Boloña, Padua, Venecia, Verona, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 195.25.

Viaje XXIII.—Génova, Pisa, Florencia, Pisa, Liorna, ROMA, Ancona, Boloña, Ferrara, Pádova, Venecia, Verona, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 170.70.

Viaje XII.—Génova, Pisa, Florencia, Pisa, Liorna, ROMA, NÁPOLES, Foggia, Ancona, Boloña, Ferrara, Pádova, Venecia, Verona, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 208.25.

Viaje XXVII.—Génova, Pisa, Florencia, Pisa, Liorna, ROMA, Foliño, Ancona, Boloña, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 153.70.

Viaje XXIX.—Génova, Pisa, Florencia, Pisa, Liorna, ROMA, NÁPOLES, Foggia, Boloña, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 191.20.

Viaje XXX.—Génova, Pisa, Liorna, ROMA, Florencia, Boloña, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 137.50.

Viaje XXXII.—Génova, Pisa, Florencia, Pisa, Liorna, ROMA, NÁPOLES, PALERMO, Catania, Mesina, NÁPOLES, Foggia, Ancona, Boloña, Ferrara, Padua, Venecia, Verona, Milán, Turín, Génova. Precio: fcs. 322.10.

***

LA VIRUELA.—La extensión de la epidemia va restringiéndose y los caracteres con que se presenta son también menos graves, á juzgar por las estadísticas que se presentan.

Y ya que hablamos de esto, bueno es hacer notar que el Consejo Superior de Higiene Pública se ha ocupado de la formación de una estadística general y lo más exacta posible de la marcha y desarrollo de la viruela en toda la República. La laudable idea del Consejo, aunque no produzca por el momento los resultados prácticos que de ella se esperan, es digna de los más entusiastas aplausos.

***

Á NUESTROS SUSCRIPTORES.—Volvemos á rogar á nuestros suscriptores que cualquiera irregularidad que noten en el servicio de la REVISTA, se sirvan comunicarla *por escrito* al secretario de la Comisión editora que suscribe. Tenemos el mayor interés y el mejor deseo en remediar inmediatamente la menor irregularidad que se nos denuncie.

CONRADO RÍOS V.

Año XXI Octubre de 1893 Núm. 10

EDITORIAL

OBRA DE HUMANIDAD Y DE VERDADERO PATRIOTISMO

Por la prensa política hemos sabido que en Valparaíso se ha colocado en estos últimos días LA PRIMERA PIEDRA DE UNA GRANDE OBRA de humanidad y de verdadero patriotismo, que ojalá veamos pronto realizada en toda su amplitud, y de cuyo nacimiento quiere la REVISTA MÉDICA tener el honor de dejar constancia en sus páginas.

Don Vicente Santa Cruz y don Marcelo A. Mena han firmado una escritura de promesa de compra-venta de la conocida «Quinta de Mena» situada en el cerro de la Florida de aquel puerto y que se destina á establecimiento central de los servicios que tomará á su cargo la Sociedad Protectora de la Infancia, allí fundada desde hace algunos años.

Esa propiedad se transformará en un hermoso Hospital de Niños, que correrá á cargo de un médico que resida en el establecimiento y que se ocupe exclusivamente de todo lo que se refiera á la salud é higiene de los niños.

El propósito de la Sociedad abarca además la idea de abrir tres dispensarios, uno en el centro y otro en cada extremo de la ciudad; y llegar por este medio, no sólo á hacer el servicio médico de la población, sino también á darse cuenta cabal y en todo momento del estado sanitario, de la irrupción de epidemias y poder

conjurar éstas en su origen, mediante el aislamiento y la desinfección.

Así también podrán conocerse, en cuanto la ciencia lo permite, las causas de las enfermedades infecciosas que se presenten en determinados barrios de la ciudad y, con el auxilio de la autoridad, llegar á extirparlas ó á atenuar sus efectos.

Desde luego, la Sociedad abrirá un *dispensario para dar alimentación á las madres que crían á sus hijos y á los niños que languidecen por falta de alimentación conveniente.*

Nada más laudable, como se ve, que los propósitos de la Sociedad Protectora de la Infancia de Valparaíso.

Salvar la vida á esos miles de tiernas criaturas que perecen año tras año en el seno de nuestras dos principales ciudades, no en holocausto á las leyes que rigen la evolución de la especie humana, sino fría y desdeñosamente inmoladas por la ignorancia de unos y el egoísmo y la indolencia de otros, he aquí una obra verdaderamente meritoria y laudable, digna de los más entusiastas aplausos de los que podemos comprender y valorizar su alcance, y de eterna recordación y de íntima gratitud de parte de ese pobre pueblo que va á recibir directamente sus beneficios.

No sientan bien los elogios en las páginas de esta REVISTA, llamadas más á censurar que á elogiar; pero, como no podemos menos que reconocer que la obra emprendida por el señor Santa Cruz es una obra de grande, de incalculable trascendencia para el bienestar de nuestras clases proletarias y para el porvenir de nuestra población, nos creemos por esta vez obligados á separarnos de nuestra línea habitual de conducta, para prodigarle á él y á todos sus entusiastas cooperadores nuestros más sinceros aplausos y nuestras más ardientes felicitaciones por esta obra insigne que inician, de humanidad, de filantropía y de verdadero patriotismo.

Sabido es que la mortalidad de los niños alcanza en Santiago y en Valparaíso proporciones aterradoras, que nadie podría prever y que no encuentran explicación alguna en las condiciones climatéricas ó telúricas excepcionalmente benignas de nuestro país. Por lo cual se hace necesario suponer que hay entre los hábitos y costumbres de nuestro pueblo algunos vicios ó resabios de gran trascendencia, perjudiciales para la salud de los niños, á los cuales hay que atribuir la excesiva mortalidad de éstos.

Á descubrir esos vicios y resabios y á combatirlos y curarlos

de raiz, tiende la obra emprendida por la Sociedad Protectora de la Infancia de Valparaíso.

Será ésta, por consiguiente, no sólo una obra de salubridad pública, sino también, por la fuerza necesaria de las cosas, una obra de educación, de ilustración y de moralización de las masas, en una palabra, una obra de humanidad, de filantropía y de patriotismo, llamada á producir muchos mayores bienes de los que sus propios fundadores tienen en mira.

Agréguese á esto la consideración de que es ésta la primera obra que se emprende con un pie semejante en todo el país y la primera también en su género que se debe pura y exclusivamente á la iniciativa individual.

Con razón la celebra, pues, la REVISTA MÉDICA como un fausto acontecimiento digno de los mayores encomios, y que ojalá encontrara pronto entusiastas imitadores en Santiago, puertas abiertas en todos los hogares pudientes y en todas partes decidida cooperación.

Quieran aceptar sus beneméritos promotores nuestra sincera felicitación y nuestros aplausos, los votos que hacemos porque consigan ver realizada en toda la amplitud que desean su bellísima obra, y el ofrecimiento que desde luego les hacemos para ayudarles desde estas páginas en la medida de nuestras fuerzas.

R. DÁVILA BOZA

COLABORACIÓN

MÉTODO DEL PLANO INCLINADO PARA COMBATIR LOS VÓMITOS INCOERCIBLES

Sucede con más ó menos regularidad que el médico práctico, durante el ejercicio de su profesión, tiene que luchar, tanto en su clientela privada como en el servicio hospitalario, con gravísimos accidentes que se desarrollan en enfermos debilitados, de temperamento nervioso y que han sufrido terribles conmociones, grandes operaciones ó extensos traumatismos. Las armas de que puede disponer en estos casos para combatirlos, son á veces impotentes, y el enfermo, no pudiendo resistir, concluye al fin por perecer.

Esos gravísimos accidentes son los vómitos incoercibles, colapso, hipo, etc., que, cuando se observan en enfermos cuyo organismo sea incapaz de resistir, son de mal augurio, y el médico, no teniendo á su alcance una gran riqueza de medios de detención, al verse impotente para contrarrestar el mal, llega á veces á desesperar de la medicina.

Voy á relatar en pocas palabras un caso de esta clase, asistido por mí, el cual salvó, como luego podrá notarse, debido en gran parte al uso que hice del método del plano inclinado, método sencillo y excelente, al alcance de todo el mundo, ideado por el distinguido cirujano chileno doctor R. Charlín, al cual me creo en el deber de felicitar por este motivo. Bien sé que en los hospitales y por algunos médicos es practicado en casos parecidos. Sobre todo, llena su mejor indicación cuando esos síntomas provienen por una anemia cerebral.

He sabido que dentro de poco el referido doctor hará una publicación sobre los éxitos alcanzados por este medio. Yo, mientras tanto, me anticipo, con su autorización, para poner en conocimiento de los lectores de la REVISTA, del siguiente caso que habla con gran elocuencia de su bondad.

El joven señor E. V., de 18 años de edad, en un incendio ocurrido en la calle del Dieciocho, recibió extensísimas quemaduras, quedando libre solamente el tronco y algunos trozos de cutis sana en los miembros. Al observar las grandes dimensiones de la cutis comprometida, la opinión de los colegas que lo vieron fué que sería casi imposible resistiera á un traumatismo tan extenso, y, como era de esperar, se desarrolló horas después un lúgubre cuadro: colapso casi completo, oscurecimiento de la visión, pulso incontable. Con los medicamentos aconsejados en estos casos, se pudo detener en parte siquiera que flaqueara el corazón. Durante tres días me tocó luchar sin descanso á fin de salvar al enfermo. Además del colapso, se presentaron al segundo vómitos incoercibles, náuseas, hipo, síncopes, etc. Agoté los medios destinados para combatir estos terribles síntomas, y me veía ya á brazos cruzados cuando me ocurrió la idea de usar el medio que había visto practicar al doctor Charlín en casos parecidos.

El enfermo seguía con los vómitos repetidos y los síncopes; en uno de ellos la familia lo consideró perdido; entonces hice quitar por completo las almohadas, y bajo las patas de los piés del catre hice colocar ladrillos de tal modo que el enfermo quedó en un plano inclinado, teniendo la cabeza á un nivel más bajo que las extremidades inferiores. El efecto *fué inmediato:* los vómitos y los síncopes desaparecieron como por encanto; el enfermo protestó en los primeros momentos, pues creía que de ese modo lo iban á matar, que no podría resistir; pero cuando luego se convenció de su bondad, sonreía con los que estaban á su lado y creyó cobrar nueva vida.

Desde ese instante no volvimos á presenciar un cuadro tan desesperante como el que durante tres días fué nuestra constante preocupación. Fué alimentándose bien; las curaciones se siguieron practicando con regularidad, y ya el enfermo se halla casi del todo restablecido.

Este sencillo y eficaz medio terapéutico, cuando es usado en casos como el anterior, produce efectos prontos, inmediatos. El enfermo colocado en esa posición, permite que la irrigación cere-

bral, causa de los vómitos, se haga normalmente y éstos sean detenidos de una manera eficaz, así como los síncopes.

He creído un deber consignar el caso anterior, á fin de dejar demostrado prácticamente ese método fácil y sencillo en esos casos gravísimos, y agradecer al distinguido facultativo que tuvo la feliz idea de ponerlo en práctica por primera vez.

Últimamente se está usando en los hospitales de París, según las indicaciones del referido doctor, con resultados bastante satisfactorios.

Pero no solamente ese método puede ser aplicado para combatir esos síntomas pertinaces, rebeldes á todo tratamiento, sino que se podría utilizar para *prevenir los vómitos*, como sucedió en una enferma que me tocó asistir en unión del profesor Puelma Tupper.

La señora M. C. de S., de edad avanzada, paralítica, fué atacada durante los primeros meses del presente año, de una tenaz i grave disentería. Agotamos los medicamentos aconsejados. La ipeca y el opio lo dimos hasta la dosis que nos permitía el estado de extenuación de la enferma, la que, además de su nueva afección aguda, era cardíaca. Creímos que la salvación de la enferma estaba en administrarla dosis macizas de ipeca, pero temíamos los accidentes que este medicamento produjera, y así se lo hicimos saber á la familia. A fin de salvar nuestra responsabilidad, pedimos consejos á un antiguo y respetado doctor, y con su anuencia convinimos darle por cuatro días dos gramos de polvos de ipeca cada vez. Inmediatamente que tomaba el medicamento, la hacía colocar en posición horizontal, sin almohadas y con las patas del catre levantadas, es decir, en un plano inclinado, teniendo la cabeza más baja. Felizmente no sobrevino accidente alguno, ni aun náuseas, nada que perturbara la acción del medicamento, la que se hizo con energía, pues en poco tiempo estuvo restablecida por completo.

Me he atrevido á consignar el caso anterior solamente para que sirva de muestra y sea utilizado ese sencillo medio terapéutico en circunstancias parecidas. Contra nuestras previsiones, la señora resistió sin accidente alguno, y atribuye en gran parte la inocuidad de la ipeca á la posición á que estuvo expuesta la enferma durante dos horas, previniendo con ello una anemia cerebral, un síncope ú otros accidentes graves.

DR. C. MANDIOLA

Santiago de Chile, agosto de 1893

CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE DRESDE DE 1893

(11 de marzo á 15 de abril)

Los gobiernos del Imperio Alemán, de Austria-Hungría, de Bélgica, de Dinamarca, de España, de Francia, de la Gran Bretaña, de Grecia, de Italia, del Luxemburgo, del Montenegro, de los Países Bajos, de Portugal, de Rumania, de Rusia, de Servia, de Suecia y Noruega, de Suiza y de la Turquía, representados por delegados debidamente autorizados, se constituyeron en conferencia en los salones de recepción del Ministerio de Relaciones Exteriores de Dresde, el 11 de marzo de 1893, á las 2 P. M., para ponerse de acuerdo sobre el cuestionario anexo á las comunicaciones que el gobierno imperial y real de Austria-Hungría había dirigido á los estados europeos sobre las medidas profilácticas que deberían adoptarse contra la invasión del cólera y su propagación.

La mayor parte de estos países, comprendiendo la grave importancia de las cuestiones que debían tratarse en dicha conferencia, asociaron á sus ministros diplomáticos un delegado técnico que llevara la voz de la ciencia, para que de este modo se realizara una convención digna de los altos intereses que cada uno de ellos representaba y de los progresos realizados en materia de higiene pública internacional.

En un mes de un trabajo ordenado y metódico, en el cual las subcomisiones celebraron no pocas é interesantísimas sesiones, se pudo arribar á conclusiones de la mayor importancia, las cuales se encuentran consignadas en la *Convención* celebrada el 15 de abril de 1893, y la cual fué firmada desde el primer momento

por diez de las potencias representadas, á saber: la Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo, Montenegro, Países Bajos, Rusia y Suiza. Varios de los delegados manifestaron en la sesion de clausura, que no se encontraban autorizados para firmar dicha convención sino *ad referéndum*, pero que se complacían en manifestar (como lo dijo el de Inglaterra) el espíritu progresista que entrañaban las disposiciones adoptadas, y que esperaban que sus respectivos gobiernos se adherirían más adelante á las disposiciones adoptadas en la Conferencia.

Esta Convención, que deberá durar cinco años desde la fecha de su ratificación y que será renovada también cada cinco años, salvo el respectivo desahucio con seis meses de anticipación, se refiere á las disposiciones siguientes:

I *Á lo que concierne á la profilaxia internacional aplicable á los viajeros y á las mercaderías.*

II. *Á lo que se relaciona con el régimen sanitario de la embocadura del Danubio (Boca de Sulina).*

Como á nosotros no puede importunar lo que á la navegación del Danubio se refiere, nos bastará dar á conocer el texto del primer protocolo.

Para los que están al corriente de los progresos que ha ido realizando la higiene internacional, es interesante, bajo el punto de vista estrictamente científico, el examen de las proposiciones consignadas en la nueva Convención de Dresde, porque manifiesta la marcha ascendente de la higiene y el espíritu levantado que la preside.

Esta Convención viene también en ayuda de nuestras autoridades y de nuestros Consejos de Higiene, ya que se teme una nueva invasión colérica y ya que se tiene que adoptar medidas de precaución para evitar los perjuicos que un estado epidémico produce.

Ellas resolverán el modo y forma en que pueden ser aprovechados los diversos artículos de que consta el primero de los anexos de la Convención, dado nuestro escaso adelantamiento en materia de higiene y las condiciones especiales de un país apartado, de escasa población y de pobres recursos.

Por lo que á nosotros respecta, creemos cumplir con un deber dando á conocer á los lectores de esta REVISTA las disposiciones adoptadas por la última conferencia internacional sobre el cólera.

ANEXOS Á LA CONVENCIÓN

Anexo I

TÍTULO PRIMERO

Medidas destinadas para poner al corriente del estado de una epidemia de cólera á los gobiernos signatarios de la Convención, así como de los medios empleados para evitar su propagación y su importación en los países indemnes.—Notificación y comunicaciones ulteriores.

El gobierno del país contaminado debe notificar á los diversos gobiernos la existencia de un foco colérico. Esta medida es esencial.

No tendrá valor real sino cuando el gobierno mismo hable de casos verdaderos de cólera, y no de casos dudosos habidos en su territorio. Excusado sería recomendar á los gobiernos la declaración obligatoria de los casos de cólera por los médicos.

El objeto de la notificación será la existencia de un foco colérico, el lugar donde se ha formado, la fecha en que principió, el número de casos comprobados clínicamente y de las defunciones. Los casos que hayan quedado aislados no serán objeto de notificación.

La notificación será hecha á las agencias diplomáticas ó consulares en la capital del país contaminado. Para los países que no estén representados, la notificación se hará directamente por telégrafo á los gobiernos extranjeros.

Esta primera notificación será seguida de comunicaciones ulteriores enviadas de una manera regular, á fin de tener á los gobiernos al corriente de la marcha de la epidemia. Estas comunicaciones se harán por lo menos una vez por semana.

Las reseñas sobre el principio y sobre la marcha de la enfermedad, deberán ser tan completas como sea posible Indicarán particularmente las medidas tomadas para combatir la extensión de la epidemia. Deberán precisar las medidas profilácticas adoptadas relativamente á la inspección sanitaria ó á la visita médica, al aislamiento, á la desinfección y á las medidas prescritas bajo el punto de vista de la partida de los navíos y de la exportación de los objetos susceptibles.

Se entiende que los países limítrofes se reservan hacer arreglos

especiales con el objeto de organizar servicios de informaciones directas entre los jefes de las administraciones de las fronteras.

El gobierno de cada estado podrá publicar inmediatamente las medidas que crea conveniente pescribir respecto de la procedencia de un país ó de una circunscripción territorial contaminada.

Comunicará en seguida esta publicación al agente diplomático ó consular del país contaminado, residente en su capital. Á falta de agencia diplomática ó consular en la capital, la comunicación se hará directamente al gobierno del país interesado.

Estará igualmente facultado para hacer conocer por las mismas vías el retiro de estas medidas ó las modificaciones que en ellas se introdujeran.

TÍTULO II

Condiciones en las cuales una circunscripción territorial debe ser considerada como contaminada ó sana

Será considerada como contaminada toda circunscripción territorial donde se compruebe oficialmente la existencia de un foco de cólera.

No se considerará como contaminada una circunscripción en la cual haya existido un foco de cólera, pero donde después de oficial comprobación no ha habido ni defunción ni caso nuevo de cólera después de cinco días, á condición de que se haya practicado la desinfección necesaria.

Las medidas preventivas serán aplicadas al territorio contaminado, desde el momento en que el principio de la epidemia haya sido comprobado oficialmente.

Estas medidas cesarán de ser aplicadas cuando se haya comprobado que la circunscripción ha vuelto á su indemnidad.

Estas medidas no serán aplicadas cuando en una circunscripción sólo se han presentado casos aislados, sin formar foco.

TÍTULO III

Necesidad de limitar á las circunscripciones territoriales contaminadas, las medidas destinadas á impedir la propagación de la epidemia.

Para restringir las medidas á las únicas regiones contaminadas, el gobierno no debe aplicarlas sino á las procedencias de las circunscripciones contaminadas.

Pero esta restricción limitada á la circunscripción contaminada, no deberá aceptarse sino bajo la formal condición de que el gobierno del país contaminado tome las medidas necesarias para impedir la exportación de los objetos susceptibles procedentes de la circunscripción contaminada.

Cuando una circunscripción se encuentra contaminada, no se debe tomar ninguna medida restrictiva contra las procedencias de esta circunscripción, siempre estas procedencias han salido cinco días por lo menos antes del principio de la epidemia.

TÍTULO IV

Mercaderías ú objetos susceptibles considerados bajo el punto de vista de la prohibición de importación ó de tránsito y de la desinfección.

I

Importación y tránsito

Los únicos objetos ó mercaderías susceptibles cuya entrada puede prohibirse, son:

1.° La ropa que se usa exteriormente, y la que lleva el individuo puesta, como también su equipaje (effets à usage); la ropa de cama que haya sido usada.

Cuando estos objetos se transportan como bagaje ó, á causa de un cambio de domicilio (effets d'installation), deben someterse á un régimen especial; y

2.° Los trapos viejos.

No deben ser prohibidos: *a)* los trapos comprimidos por fuerza hidráulica y transportados como mercadería al por mayor en bultos ensunchados y que lleven marcas y números que indiquen su origen y aceptados por la autoridad del país adonde están destinados; *b)* los desperdicios que provienen de talleres de hilados, de tejidos, de confección ó de blanqueo; las lanas artificiales (Kunstwolle, Shoddy) y los recortes de papel nuevo.

El tránsito de las mercaderías ú objetos susceptibles, embalados de tal modo que no puedan ser manipulados durante el trayecto, no debe prohibirse.

Asimismo, cuando las mercaderías ú objetos susceptibles se transportan de tal modo que durante el trayecto no puedan estar en contacto con objetos contaminados, su tránsito á través de una

circunscripción territorial contaminada no debe ser obstáculo para su entrada en el país á que se destinan.

No se prohibirá la entrada á las mercaderías ú objetos susceptibles, si se demuestra á la autoridad del país donde se destinan que han sido enviadas cinco días, por lo menos, antes del comienzo de la epidemia.

No es admisible que las mercaderías sean sometidas á cuarentena en las fronteras terrestres. La prohibición pura y simple ó la desinfección son las únicas medidas que pueden tomarse.

II

Desinfección

Bagajes. — La desinfección será obligatoria para la ropa sucia, los trajes usados y ropa en general que haga parte del equipaje, como también del mobiliario (effets d'installation) que provengan de una circunscripción territorial declarada contaminada y que la autoridad sanitaria local considerara como contaminados.

Mercaderías. — La desinfección no se aplicará más que á las mercaderías ú objetos que la autoridad sanitaria local considere como contaminados ó aquellos cuya importación pueda prohibirse.

Incumbe á la autoridad del país á que se destinan, determinar el modo y el lugar donde debe efectuarse la desinfección.

La desinfección debe hacerse de modo que se deterioren los objetos lo menos posible.

Incumbe á cada estado reglamentar la cuestión relativa al pago eventual de los daños y perjuicios resultantes de una desinfección.

Las cartas y correspondencias, impresos, libros, diarios, documentos, etc., (no comprendidos los paquetes postales) no serán sometidos á ninguna restricción ni desinfección.

TÍTULO V

Medidas que deben tomarse en las fronteras terrestres. Servicio de los caminos de hierro. Viajeros

Los wagones destinados al transporte de los viajeros, de la posta y de equipajes, no pueden ser detenidos en las fronteras.

Si alguno de estos wagones se encontrare contaminado, se le desprenderá del resto del tren para desinfectarlo, sea en la frontera, sea en la estación más próxima á ella cuando esto fuera posible.

Lo mismo se hará con los wagones de mercaderías.

No se establecerán más cuarentenas terrestres.

Sólo podrá detenerse á los enfermos coléricos ó á las personas atacadas por accidentes coleriformes.

Conviene que se someta á los viajeros, bajo el punto de vista de su salud, á una supervigilancia por parte del personal de los caminos de hierro.

La intervención médica se limitará á una visita de los viajeros y á los cuidados necesarios á los enfermos.

Si hay visita médica, se combinará cuando sea posible con la visita de la aduana, de manera que los viajeros sean retenidos el menor tiempo posible.

Cuando los viajeros procedentes de un lugar contaminado hayan llegado á su destino, será muy útil someterlos á una vigilancia de cinco días, que debe contarse desde la fecha de su salida.

Las medidas concernientes al paso por las fronteras, del personal de los caminos de hierro y de la posta, son de la incumbencia de las administraciones interesadas. Estas medidas se tratará de combinarlas de modo que no perturben el servicio regular.

Los gobiernos se reservan el derecho de tomar medidas particulares respecto de cierta categoría de personas, principalmente:

A. — De los bohemios y de los vagabundos;

B. — De los emigrantes y de las personas que atraviesan las fronteras en caravanas.

TÍTULO VI

Régimen especial de las zonas fronterizas

La reglamentación del tráfico por las fronteras y de las cuestiones inherentes á este tráfico, como también la adopción de medidas excepcionales de supervigilancia, deben someterse á arreglos especiales entre los estados limítrofes.

TÍTULO VII

Vías fluviales, ríos, canales, lagos

Se debe confiar á los gobiernos de los estados ribereños el cuidado de estipular por arreglos especiales el régimen sanitario de las vías fluviales.

Se recomiendan los reglamentos alemanes dictados en 1892, cuya aplicación ha dado buenos resultados.

TÍTULO VIII

Parte marítima.—Medidas que deben tomarse en los puertos

Se considera como *infectado* el buque que lleva cólera á bordo ó que haya presentado casos nuevos de cólera en los siete últimos días.

Se considera como *sospechoso* el buque á bordo del cual ha habido casos de cólera en el momento de la partida ó durante la travesía, pero ningún caso nuevo en los siete últimos días.

Se considera como *indemne*, aun cuando venga de un puerto contaminado, el buque que no ha tenido ni defunciones ni casos de cólera á bordo, sea antes de la partida, sea durante la travesía, sea en el momento de la llegada.

Los navíos infectados deben someterse al siguiente régimen:

1.° Se desembarcará y aislará inmediatamente á los enfermos; y

2.° Si es posible, debe hacerse desembarcar igualmente á las otras personas para someterlas á una observación cuya duración variará según el estado sanitario del buque y según las fechas del último caso, sin que pueda pasar de cinco días;

3.° La ropa sucia y de uso personal, y los objetos del equipaje y de los pasajeros, que según la autoridad sanitaria del puerto sean considerados como contaminados, se desinfectarán, como también el buque ó solamente la parte de éste que se encuentre contaminada.

Los navíos sospechosos deben someterse á las siguientes medidas:

1.ª Visita médica;

2.ª Desinfección: la ropa sucia y de uso personal, y los objetos del equipaje y de los pasajeros que según la autoridad sanitaria local se consideren contaminados, se desinfectarán;

3.ª Evacuación del agua de la cala y sustitución de agua potable de buena calidad á la que se encuentra á bordo.

Se recomienda someter á una supervigilancia, bajo el punto de vista del estado de salud, al equipaje y á los pasajeros durante cinco días, á contar de la fecha de llegada del buque.

Se recomienda igualmente impedir que desembarque el equipaje, salvo por motivos de servicio.

Los buques indemnes entrarán inmediatamente en libre plática, cualquiera que sea la naturaleza de su patente.

El único régimen que á este respecto puede prescribir la autoridad del puerto de arribada, consiste en las medidas aplicables á los buques sospechosos (visita médica, desinfección, evacuación del agua de la cala y sustitución de agua potable de buena calidad á la que se encuentra á bordo).

Se recomienda someter á una supervigilancia, bajo el punto de vista del estado de salud, á los pasajeros y al equipaje durante cinco días, á contar de la fecha de partida del buque del puerto contaminado.

Se recomienda igualmente impedir el desembarco del equipaje, salvo por motivos de servicio.

La autoridad competente del puerto de llegada tendrá siempre derecho para reclamar un certificado que atestigüe que no ha habido ningún caso de cólera á bordo desde el punto de partida.

La autoridad competente del puerto tomará en cuenta, para la aplicación de estas medidas, la presencia de un médico y de un aparato de desinfección (estufa) á bordo de los buques de las tres categorías ya mencionadas.

Medidas especiales pueden ser prescritas respecto á los buques desaseados, principalmente buques de emigrantes ó todo buque que esté en malas condiciones higiénicas.

Las mercaderías que llegan por mar deben ser tratadas lo mismo que las transportadas por tierra, bajo el punto de vista de la desinfección y de las prohibiciones de importación, de tránsito y de cuarentena (véase tit. IV).

Todo navío que no quiera someterse á las obligaciones impuestas por la autoridad del puerto, estará libre para volver a tomar la mar.

Estará autorizado para desembarcar sus mercaderías después de haber tomado las precauciones necesarias, á saber:

1.ª Aislamiento del buque, del equipaje y de los pasajeros;

2.ª Evacuación del agua de la cala, después desinfección;

3.ª Sustitución de una buena agua potable á la que existía á bordo.

Se podrá permitir el desembarque de los pasajeros cuando éstos lo pidan y se sometan á las medidas prescritas por la autoridad local.

Cada país debe habilitar por lo menos uno de sus puertos del

litoral de cada uno de sus mares, con un servicio y los útiles necesarios para recibir un buque, cualquiera que sea su estado sanitario.

Los buques del cabotaje serán objeto de un régimen especial que se establecerá de común acuerdo entre los países interesados.

CONDE CH. DÖNHOFF
Presidente

Borm de Triesen. — *Max Slavic.* — *Henry Allizé.* — *Conde N. Szécsen.* — *Conde E. D'Arco Valley*, secretarios

Tal es la parte mas importante de la Convención que hemos querido dar á conocer.

DR. A. MURILLO

1.º de septiembre de 1893.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE LA SINFISEOTOMÍA

Interesantísima discusión tuvo lugar en el seno de la *Societé Obstétricale de France* el 7 de abril último sobre el tema de esta operación obstétrica que, aunque ideada en Francia hace más de un siglo, no ha sido llevada al terreno de la práctica propiamente tal sino en los últimos años, por la escuela italiana y principalmente por Morisani; y ha sido sólo recientemente introducida en Francia por Pinard.

He aquí un breve resumen de la discusión habida:

Para Pinard y sus discípulos, la *sinfiseotomía* es una operación de elección á que debe recurrirse en la generalidad de los casos de distocia por estrechez de la pelvis, sea para diferir el parto prematuro el mayor tiempo posible cuando la estrechez no baja de 9 centímetros, sea para evitar la embriotomía, la cefalotripsia ó la baciotripsia cuando la estrechez es demasiado grande para permitir el parto sin una de estas operaciones. El forceps sería, ó es en estos casos, un pésimo instrumento, que más de una vez ha fracturado los huezos del cráneo del feto y que siempre compromete la vida del niño mucho más de lo que la *sinfiseotomía* compromete la vida de la madre. La versión es una operación de necesidad, que sólo debe practicarse en las presentaciones de tronco y en la que no se obtiene éxito favorable sino por excepción.

Para Bar, Budin y otros, al contrario, la *sinfiseotomía* debe ser una operación de necesidad, á la cual no se debe recurrir sino cuando no ha sido posible practicar el parto prematuro por una ú otra razón, cuando nada se puede esperar del forceps ni de la versión por lo excesivo de la estrechez ó por otra circunstancia

accidental, y cuando la vida del niño no está tan comprometida todavía que valga la pena, por salvarla, de hacer correr peligros á la de la madre, y que la embriotomía, la cefalotripsia ó la baciotripsia no se impongan como el recurso de preferencia que haya que tocar.

Ambas opiniones contrincantes exhibieron estadísticas y consideraciones favorables á sus respectivas tesis; pero la discusión se agotó sin que llegaran á ponerse acordes, si bien entre los concurrentes pareció dominar la opinión adversa de Bar y de Budin

Á pesar de todo, la sinfiseotomía parece conquistada ya definitivamente para la práctica obstétrica universal. Nos parece por esto conveniente dar un corto resumen de su historia.

Ideada en Francia por Juan René Sigault, á la sazón estudiante, y propuesta en 1768 á la Academia de París, fué rechazada por esta corporación; por lo cual su inventor tuvo que esperar hasta graduarse para ejecutarla, lo que hizo por primera vez en 1777.

Al principio despertó ella algún entusiasmo; pero pronto cayó en olvido, y en Francia nadie volvió á hablar jamás de ella por más de un siglo.

Se conservó, sin embargo, en Italia, en donde se dice haber sido practicada un centenar de veces desde 1777 hasta 1860, con pérdida de 31 madres y de 65 niños.

Pero también en Italia iba tal vez á extinguirse para siempre, cuando la hizo revivir el doctor Octavio Morisani, de Nápoles, en 1866, no sólo salvándola del olvido en que yacía, sino infundiéndole al mismo tiempo nueva vida con dotarla de mayores probabilidades de buen éxito final.

Gracias, en efecto, exclusivamente á los esfuerzos y constantes empeños de este cirujano y de sus discípulos, la sinfiseotomía ha alcanzado al fin, después de muchos años de ensayos y de pruebas, el grado de perfección en que hoy se encuentra y ha conseguido conquistar el terreno que hoy posee en el campo de la práctica diaria. Ha sido, sin embargo, un cirujano francés quien ha venido á darla á conocer y á vulgarizarla fuera de Italia, y á darle la gran boga universal en que actualmente se halla.

Durante más de veinte años, efectivamente, y no obstante su ejecución frecuentísima y sus constantes felicísimos resultados dentro de la ciudad de Nápoles, la sinfiseotomía se mantuvo estrictamente confinada dentro del reino de Italia, sin que nadie tuviera de ella noticia en el extranjero. Nosotros, por lo menos, no

la hemos visto nunca recordada en ninguna de las numerosísimas publicaciones médicas francesas, inglesas, españolas y portuguesas, de Europa, de Norte, de Centro ó de Sud-América, que tenemos costumbre de recorrer, ni siquiera incidentalmente.

Durante esos veinticinco años, sin embargo, se la ejecutaba no menos de unas ciento siete veces en Italia; en la sola ciudad de Nápoles se la practicó once veces en el solo año de 1891.

Pero esta última serie de casos era ya demasiado notable para que pudiera pasar desapercibida y quedar ignorada para el mundo científico. Un discípulo de Morisani, el doctor Spinelli, la dió á conocer al profesor Pinard, de París, el cual se interesó vivamente por la nueva operación y la practicó por primera vez en Francia, después de más de un siglo de olvido, en febrero del año próximo pasado.

Desde este momento puede decirse con propiedad que data el verdadero renacimiento de la sinfiseotomía para la práctica obstétrica universal.

Conocida, en efecto, desde este momento en París, no tardó la sinfiseotomía en ganarse el favor público en esta ciudad y en vulgarizarse en los demás países de Europa y en algunos de América; de tal manera que en la corriente del solo año de 1892 fué ejecutada veintitrés veces en París; tal vez otras cinco veces en en el resto de la Francia; no menos de quince veces entre Alemania, Austria, Rusia, Inglaterra, Irlanda, Norte-América y el Brasil, y otras quince ó veinte en Italia.

Posteriormente, es decir, en los meses corridos del presente año, de que ya hemos recibido noticias auténticas, ó sea hasta mediados de mayo, la sinfiseotomía ha seguido ganando terrenos tanto en Francia como en el resto de Europa y en América.

En suma, la sinfiseotomía ha sido practicada ya, desde 1777 hasta nuestros días, algo como unas 300 veces, más bien más que menos, en las siguientes series:

Desde 1777 hasta 1860, unas 100 veces;

Desde 1866 hasta 1886, 51 veces;

En 1886 se practicó una sola vez en todo el mundo;

Desde 1886 hasta 1891, 55 veces, de las cuales 11 fueron practicadas en 1891 en la sola ciudad de Nápoles;

En 1892, 66 veces, de las cuales no menos de 30 han sido practicadas en Francia, y de éstas, 23 en París, en su mayor parte por Pinard;

Y el resto, hasta enterar ó sobrepasar las 300, en la corriente del presente año, en Italia, Francia, Alemania, Austria, Inglaterra, Rusia, Irlanda, Norte-América y el Brasil.

Como era de suponerlo, los resultados obtenidos han sido variables con las diversas etapas por que ha pasado la sinfiseotomía, y con la mayor ó menor experiencia de los operadores. Y así, en tanto que de las 100 operadas desde 1777 hasta 1860, murieron 31, es decir, 31 por ciento; de las 122 operadas desde 1886 hasta 1892, sólo murieron 12, ó sea un 10 por ciento; y mientras que de estas 122 operadas desde 1886 hasta 1892, de las 44 pertenecientes á Italia sólo murieron 2; de las 61 pertenecientes á Francia y otros países de Europa, murieron 7; y de las 17 pertenecientes á Estados Unidos, murieron 3; lo que da una mortalidad relativa ó proporcional de 4.5 por ciento, de 11.4 por ciento y de 17.6 por ciento, respectivamente, para Italia, Francia y el resto de Europa y los Estados Unidos de Norte-América.

La proporción de los niños perdidos es también, poco más ó menos, de 10 por ciento. Pero con relación á ellos, la estadística ha mejorado en proporción harto más considerable que con relación á las madres, desde los primeros tiempos de la sinfiseotomía hasta nuestras días. Bástenos recordar en corroboración, que, en tanto que de las 100 sinfiseotomías practicadas desde 1777 hasta 1860, se perdieron 66 niños, esto es, 65 por ciento; de 20 operaciones efectuadas por Pinard y sus discípulos, desde febrero de 1892 hasta el presente año, sólo se han perdido 2 niños, ó sea justamente 10 por ciento. Conviene observar, sin embargo, que para en adelante parece que hay mucho que esperar todavía en beneficio de las madres, y no tanto, sino al contrario, muy poco en beneficio de los hijos.

Pero, como quiera que sea, tanto con relación á las madres como con relación á los hijos, la sinfiseotomía es una operación de resultados muchísimo más favorables que cualquiera de las otras grandes operaciones obstétricas; y eso aun sin tomar en cuenta ese oprobio repugnante de nuestro arte, del asesinato del niño en el seno mismo que lo concibió.

Por lo demas, la sinfiseotomía no acarrea ninguna consecuencia desagradable para la mujer. En algunas de las operadas se ha observado que la sínfisis ha quedado un tanto movible, hasta mucho tiempo después de efectuada la operación; pero eso no

imponía á las enfermas ninguna molestia, ni aun para la marcha, y parece, por otra parte, que no es difícil evitarlo.

En cuanto al procedimiento operatorio, he aquí, en resumen, como lo encontramos expuesto en un artículo de H. I. Garrigues, de Nueva York, en el *Medical Record* del 20 de mayo último.

Al presente hay dos métodos operatorios, el subcutáneo de Morisani, y el descubierto, de Pinard.

Morisani hace una incisión longitudinal de 3 á 4 centímetros á lo largo de la línea media, terminando á cosa de un centímetro por encima de la sínfisis. En seguida corta profundamente á uno y otro lado los músculos piramidales, de manera á abrirle paso al dedo índice para introducirse por debajo del borde inferior de la articulación. Á lo largo del dedo desliza entonces un bisturí curvo fuerte, bisturí ó *falcetta* de Galbiati, y corta de atrás y de abajo hacia adelante y hacia arriba. Mientras tanto, la uretra se mantiene desviada á la derecha por medio de un catéter metálico. Efectuado el parto, se sutura la herida y se la cubre con un apósito antiséptico, y se envuelve la pelvis en un vendaje inamovible.

El método descubierto, de Pinard, consiste en hacer una incisión longitudinal enfrente de la sínfisis, bastante extendida hacia arriba, para permitir fácil acceso á la articulación, y hacia abajo, para poder llegar hasta la vulva, entre el labio mayor y el menor, sea por debajo de la raiz del clítoris, sea desviándose á la izquierda de este órgano.

Sucede á veces que la sínfisis está osificada. En tal caso habrá que servirse de una sierra de cadena.

El método subcutáneo es más sencillo, sin duda, pero tiene el inconveniente de que, en caso de hemorragia, dificulta su cohibición.

La vejiga puede hallarse tan comprimida entre la cabeza y la sínfisis, que no pueda ser fácilmente reconocida, y en tal caso corre el peligro de ser herida. Y tanto ella como la vagina pueden también encajarse entre los extremos de los pubis si no se tiene la precaución de echarla hacia atrás al tiempo de cerrar la pelvis.

Después de haber incindido la sínfisis, Morisani, ó deja á la naturaleza la expulsión del niño, ó aplica el forceps, según el caso. Los nuevos operadores prefieren terminar el parto inmediatamente. Garrigues opta por este último procedimiento, apelando al forceps si la cabeza se encaja en la pelvis, y recurriendo á la versión cuan-

do la cabeza se mantenga movible por encima del estrecho superior. Cree también que la placenta debe ser extraída antes de cerrar la herida, si no se presenta espontáneamente.

Para cerrar la herida, algunos hacen la sutura metálica de los extremos óseos separados; pero parece que lo único que se necesita es poner las suturas bastante profundas para comprender un espesor de tejidos que no baje de unos doce milímetros, teniendo cuidado de hacer presión sobre los trocánteres al tiempo de apretar las suturas y de mantener, entretanto, las piernas extendidas ó colgando á uno y otro lado del operador.

Para contener la aproximación de los extremos óseos, debe colocarse al rededor de la pelvis un vendaje adhesivo de goma elástica. La herida debe ser curada antisépticamente todos los días. La enferma debe guardar el decúbito supino, con las piernas extendidas y las rodillas atadas juntas, durante tres semanas.

Como lo hemos hecho notar al principio, el acuerdo sobre las indicaciones que la sinfiseotomía viene á llenar no es perfecto todavía; pero, de una manera general, podemos decir que está indicada en las estrecheces pelvianas, menores de 9 centímetros; en los casos de tumores pelvianos, en las presentaciones de cara mento-posteriores, en que no puede hacerse la rotación hacia adelante, y en los casos de estrechez absoluta de la pelvis, en que el niño está muerto, para facilitar la craniotomía ó la embriotomía.

Como contraindicación, no encontramos citada más que la anquilosis de alguna de las articulaciones sacro-ilíacas.

Garrigues termina su artículo con las siguientes consideraciones:

Con la resurrección de la sinfiseotomía han cambiado las indicaciones de casi todas las medidas que se acostumbraban para obviar una obstrucción que impide el nacimiento de un niño. Gran razón para que todo práctico se posesione desde luego de todo lo referente á la nueva operación, aunque él personalmente no esté dispuesto á practicarla.

Antes que todo, deben borrarse de la lista de las operaciones obstétricas tanto la muerte directa del feto en el claustro materno, como el abandono del trabajo á los solos esfuerzos de la naturaleza en aquellas circunstancias en que éstos han de ser fatalmente impotentes, siempre que en su lugar pueda hacerse la sinfiseotomía.

Debe abolirse también el parto prematuro provocado, que da

una mortalidad de 5 por ciento para las madres y de más de 43 por ciento para los niños.

La operación Cesárea, que aun en las manos de un Leopold produce una mortalidad de 8 por ciento para las madres, y que en las manos del común de los operadores ha dado una de cerca de 26 por ciento, y de 8 por ciento para los niños, debe quedar limitada á aquellos casos en que el diámetro conjugado mida menos de 7 centímetros.

La sinfiseotomía parece aun llamada á suplantar la operación de Porro en mayor extensión; pues que la experiencia ha mostrado que puede ser ejecutada con buen éxito cuando la mujer ha pasado en trabajo muchos días, casos en que la operación de Porro da la temible mortalidad de 57 por ciento.

El forceps y la versión deben ceder también un vasto campo á la sinfiseotomía; porque cuando son empleados con un diámetro conjugado menor de 8½ centímetros, dan una gran mortalidad, tanto para las madres como para los niños, ú ocasionan la distocia en los últimos.

La sinfiseotomía ha sido practicada dos veces en una mujer en varias ocasiones, sin ninguna dificultad y con tan buen éxito en la segunda operación como en la primera.

Esta circunstancia constituye un buen argumento en contra de la sutura metálica, la cual estorbaría seriamente una segunda operación.

En todo lo anterior hemos considerado el caso de una cabeza normal con una pelvis estrecha; pero es evidente que una pelvis normal con un niño deforme ó demasiado grande ofrece la misma desproporción mecánica y requiere las mismas medidas.

No es probable que la nueva operación se practique tan luego entre nosotros, tanto porque aquí no son frecuentes los casos que parecen requerirla, como porque somos felizmente un tanto reacios para las novedades de alguna entidad. Conviene, sin embargo, recordar que, á pesar de todo, la sinfiseotomía no es una opeción tan sencilla ni tan inocente, que se citan algunos casos de muerte que le son á ella sola imputables, y otros de rotura de la uretra, de la vejiga y de la pared anterior de la vagina, y que no siempre ha salvado la vida del niño, no obstante el riesgo que ha hecho correr á la de la madre.

R. Dávila Boza

Agosto 10 de 1893.

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO. – Incompatibilidades de la antifebrina. – El reflejo nasal en el síncope clorofórmico. – Allochiria sensorial. – Amnesia retroanterógrada en la histeria, los traumatismos cerebrales y el alcoholismo crónico. – Peligros de la cocaina aplicada á los mamelones de las nodrizas. – Tratamiento de la constipación habitual. – Sulfato de quinina en el tratamiento de las heridas. – Medio de disimular la amargura de la quinina. – Cloruro de calcio contra la neumonía. – Esencia de trementina en la epistaxis.

INCOMPATIBILIDADES DE LA ANTIFEBRINA. — Muchas drogas precipitan á la antifebrina de una solución acuosa, y destruyen, por consiguiente, sus efectos terapéuticos. Las principales son las siguientes:

El ácido carbónico, el tanino, el yodo, el calomelano, el sublimado corrosivo.

Muchas otras la descomponen cuando se las mezcla con ella en el mortero. Las principales son el calomelano, el cloral, el bicarbonato de soda, el salicilato de soda, las soluciones de quinina y de cafeína, y el beta-naftol.

El calomelano forma con la antifebrina una sustancia venenosa. *(Gazette des Hopitaux.)*

***

EL REFLEJO NASAL EN EL SÍNCOPE CLOROFÓRMICO. — En la sesión de la *Académie de Médicine* de París del 11 de julio último, expuso A. GUERIN que desde largo tiempo atrás ha reconocido que las inhalaciones de cloroformo por la nariz son mucho más peligrosas que las inhalaciones por la boca. La irritación de

la pituitaria puede provocar, en efecto, por acción refleja, un síncope mortal en el principio de la anestesia.

LABORDE comprueba el hecho por una experiencia azás convincente.

Aplica sobre el tórax de un conejo traqueotomizado un aparato que inscriba los latidos del corazón.

Si entonces se hace respirar cloroformo por la cánula traqueal, no se modifican los latidos cardíacos.

Y al contrario, se hacen débiles, lentos é irregulares cuando se hace respirar el cloroformo por la nariz.

Cuando la anestesia es ya profunda, la acción sobre el corazón es mucho menos marcada que al principio de la cloroformización.

LE FORT ha observado, hace largos años, un hecho clínico desgraciado que demuestra muy bien el papel del reflejo nasal en la muerte clorofórmica. Un niño de diez años á quien se iba á operar de una sindretibia, respiraba muy lentamente el cloroformo. Se le ordena respirar un poco más fuerte. En lugar de una inspiración por la boca, hace él entonces una muy larga y muy intensa inspiración por la nariz. Inmediatamente cae como herido del rayo; y no pudieron reanimarlo ni la insuflación boca á boca, ni la respiración artificial, ni la traqueotomía. Fué un caso verdadero de muerte por el corazón. Esta excitación del reflejo nasal es sobre todo peligrosa al principio de la cloroformización.

(Le Progrès Medical, 15 juillet, 1893.)

***

ALLOCHIRIA SENSORIAL. — En una monografía publicada en el número de noviembre último de la *Revue de Médecine* de París, llega F. J. Bosc á las conclusiones siguientes:

I. Hay *allochiria* siempre que el enfermo yerra acerca del lado del cuerpo que recibe la impresión, es decir, siempre que refiere á un lado una sensación que parte del otro lado del cuerpo.

La *allochiria* puede referirse á todas las especies de sensibilidad.

II. *allochiria* es un simple fenómeno que puede acompañar á las perturbaciones de la sensibilidad ordinariamente unilaterales ó que por lo menos son más pronunciadas en un lado que en el otro. No es propiamente un síntoma; no depende directamente de la lesión, sino de una distribución tal de ésta que hay desviación en el camino de las sensaciones.

III. Muchas son las causas que pueden producir la *allochiria*. Se la puede encontrar:

1.º En los neuróticos puros (los histéricos). Es *sugerida* ó *espontánea: allochiria* de recepción simple.

2.º En los enfermos afectados de lesiones orgánicas:

a) cerebrales: allochiria de *recepción* con lesiones.

b) medulares: allochiria de *transmisión pura.*

IV. Estas divisiones mismas son ficticias. Para una misma *allochiria*, en efecto, la causa de la desviación sensorial puede ser indiferentemente de origen medular ó cerebral. En el primer caso, la desviación se efectúa de un lado de la médula al otro lado; en el segundo caso, la desviación se efectúa directamente de un hemisferio cerebral al otro hemisferio. Pero, cualquiera que sea el sitio de la lesión, el resultado final es el mismo: percepción de estas sensaciones desviadas, no por el hemisferio á que están normalmente destinadas, sino por el hemisferio opuesto.

V. Para comprender esta desviación de las sensaciones de un lado al otro de la médula ó de los hemisferios, es necesario que haya medios de comunicación entre las partes simétricas de la médula y del cerebro.

Estos medios de comunicación, aunque insuficientemente demostrados anatómicamente, son confirmados, para la médula, por observaciones y experiencias diversas; para el cerebro, está demostrado que el cuerpo calloso reúne los centros corticales simétricos de los dos hemisferios.

VI. Es necesario distinguir la *allochiria* verdadera, ó sea por desviación de las sensaciones, de la *allochiria* falsa, ó sea por transmisión insuficiente y unívoca de las sensaciones al cerebro.

VII. Se puede producir por sugestión una *allochiria* típica, para todas las especies de sensibilidad, con localización exacta, y no se puede explicarla más que por la transferencia del estado dinámico particular de un hemisferio al otro.

***

AMNESIA RETROANTERÓGRADA EN LA HISTERIA, LOS TRAUMATISMOS CEREBRALES Y EL ALCOHOLISMO CRÓNICO. — He aquí las conclusiones a que llega A. Fouques en una monografía inserta en la *Revue de Médecine* del 10 de noviembre de 1892:

1.ª Existe una forma clínica de amnesia, que puede reconocer

orígenes diversos, caracterizada por los siguientes rasgos comunes: aislada, es decir, independiente de toda otra perturbación cerebral; general, es decir, que comprende todas las especies de recuerdos; temporal, es decir, limitada á un determinado lapso de tiempo, ó sea incluída entre dos períodos de memoria normal, de principio brusco ó rápido; que comprende exclusivamente los recuerdos recientes, anteriores ó posteriores al principio del mal, pero que respeta los recuerdos antiguos; y determinada, en fin, por la pérdida de la facultad de evocación.

2.ª Esta amnesia puede ser de origen histérico, de origen traumático y de origen alcohólico, con algunos rasgos particulares para cada una de estas especies.

3.ª Esta amnesia se cura generalmente de una manera completa, después de un período más ó menos largo; su curación es lenta ó rápida según la causa determinante. Puede, sin embargo, quedar en la memoria una laguna temporal ó definitiva.

***

PELIGROS DE LA COCAÍNA APLICADA Á LOS MAMELONES DE LAS NODRIZAS. — La cocaína, aplicada en pomada ó en solución acuosa al $\frac{1}{50}$, á los pezones de las nodrizas durante la lactación, tiene los inconvenientes de suprimir, por una parte, la erección del mamelón, y por otra, secar en pocos días la secresión de leche, lo que es más grave.

La supresión de la secreción láctea es pasajera y cede á la supresión del uso de la cocaína; pero es útil que el médico esté prevenido y sepa á qué se expone prescribiendo á las nodrizas unciones con pomadas ó soluciones de cocaína, con el fin de calmar los dolores agudos que provocan generalmente las grietas del mamelón.

(Couc. Méd.)

***

TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACIÓN HABITUAL (Por M. Flatau). — El tratamiento médico de la constipación habitual no da, en general, resultados muy favorables; por lo cual se ha recurrido en estos últimos tiempos á tratamientos mecánicos, como el masaje, la gimnástica, la electroterapia. Estos procedimientos mismos escollan á veces ó llegan á ser insuficientes, por lo cual

creo deber señalar un procedimiento que me ha dado buenos resultados en una serie de casos semejantes.

Hago insuflar ó repartir en el recto una pequeña cantidad (narigada) de ácido bórico en polvo. Al principio hago hacer la operación cada dos días y después á intervalos más alejados: he obtenido por este método notables curaciones en casos antiguos, inútilmente tratados por los agentes mecánicos.

(Medecine Moderne.)

***

SULFATO DE QUININA EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS.— Alfoldi ha observado que las heridas infecciosas, sin ninguna tendencia á la cicatrización, tratadas con una solución al centésimo de sulfato de quinina, se detergen rápidamente y curan más fácilmente que tratadas con sublimado ó yodoformo. Las heridas no infecciosas curan con maravillosa rapidez mediante el sulfato de quinina.

(Therap. Meu. in Rep. Ph.)

***

MEDIO DE DISIMULAR LA AMARGURA DE LA QUININA.— Para remediar los inconvenientes que presenta ordinariamente en la práctica el sabor de la quinina, el doctor Hugo Eugel recomienda la preparación siguiente:

Sulfato de quinina.....	1 parte
Clorhidrato de amoníaco.....	1 »
Regaliz pulv.....	4 »

Mézclense íntimamente las dos últimas sustancias previamente reducidas á polvo fino, incorpórese la sal quínica y hágase un electuario con un poco de jarabe ó miel.

***

CLORURO DE CALCIO CONTRA LA NEUMONÍA.— Un médico militar de las Indias inglesas, el doctor Crombie, dice haber obtenido excelentes resultados en 32 casos de neumonía franca, con

la administración del cloruro de calcio á dosis de 0.30 á 1 gramo, repetida cada 4 horas.

Bajo la influencia de este tratamiento, ha observado un descenso de la temperatura que, al cabo de 2 á 3 días, llegaba definitivamente á la cifra normal.

En cuanto á la acción de este medicamento sobre los síntomas locales, ha variado según el período de la enfermedad en que se ha instituído el tratamiento.

En los enfermos tratados desde el primer período, los extertores subcrepitantes y la macidez á la percusión han desaparecido poco á poco, sin que llegara á producirse el soplo bronquico. Cuando el tratamiento ha comenzado en el período en que el soplo está establecido, éste ha disminuído poco á poco, lo mismo que la macidez, y no se han producido los extertores de vuelta.

M. Crombie cree que el cloruro de calcio obra neutralizando la toxina de la neumonía.

(Bul. Prof.)

***

ESENCIA DE TREMENTINA EN LA EPISTAXIS— En un caso de epistaxis rebelde al tratamiento por el hielo, la ergotina, la digital, etc., y que duró ocho días, Ernyei (Pest. Pr.) se sirvió con éxito de tapones impregnados con esencia de trementina: la hemorragia cesó en algunos minutos.

(Med. New.)

A. H.

REVISTAS CLÍNICAS

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DEL PROFESOR CIENFUEGOS

MOVIMIENTO DE ENFERMOS HABIDO EN EL MES DE AGOSTO DE 1893

SALA DE SAN VICENTE DE PAUL

Existencia anterior	24
Entrados	11
TOTAL	35
Altas	13
Quedan existentes	22
TOTAL	35

DISPENSARÍA

Curaciones

Hombres	327
Mujeres	982
Niños	1,194
TOTAL	2,503
Enfermos nuevos	176
Operaciones	23

RESUMEN DE LAS OPERACIONES

1.ª Extirpación de un pequeño tumor de la conjuntiva izquierda, desarrollado en la parte externa y superior de la conjuntiva

ocular. Probablemente un sarcoma pigmentado (melano-sarcoma). El examen histológico comprobó la existencia de un gran número de células embrionarias. El enfermo, que es una persona de 20 años de edad, hacía tres años que era portador del tumor. Anestesia local con cocaína. Se colocó un solo punto de sutura, y la herida curó por primera intención.

2.ª Operación de un ectropión del párpado inferior derecho. Se escindió una «bandeleta cutánea horizontal», paralelamente al párpado enfermo, y se colocaron dos puntos de sutura. El enfermo quedó bastante aliviado.

3.ª Operación del ectropión en el párpado inferior izquierdo. Se hizo por el mismo método.

4.ª Extracción de la catarata O. D. Procedimiento á colgajo corneal con iridectomía. Cuchillo de De Cræfe. Esta catarata tenía una consistencia blanda, semifluida (catarata lechosa.) En esta operación se extrajo toda la catarata, hasta el núcleo mismo, lo que no sucede sino pocas veces en esta variedad. Databa de cinco años.

5.ª Iridectomía por glaucoma primitivo O. D. Se escindió un gran trozo de iris. El coloboma se extendió hasta el mismo borde ciliar del iris. (Cuchillo de De Græfe.)

6.ª Iridectomía O. D. Insicion corneal, con el cuchillo lanceolar recto para catarata y sinequias posteriores total.

7.ª Extracción de un cuerpo extraño implantado en la parte superior y externa de la córnea derecha. (Partículas de hierro.)

8.ª Iridectomía O. D. Este enfermo había sido operado anteriormente de catarata. El objeto de esta operación es procurar dar alguna movilidad á la pupila. Se empleó el cuchillo de De Græfe.

9.ª Operación del ectropión en el párpado inferior derecho. Se practicó la operación de Kuhnt. (Ectropión senil.) Tres suturas.

10. Escisión de varios pterijions (internos y externos) que cubrían enteramente casi tada la córnea derecha. Este mismo enfermo había sido operado en la clínica de pterijions múltiples en el otro ojo. Su visión estaba bastante comprometida, hasta el extremo que sólo notaba el movimiento de los dedos á muy corta distancia. Ambas córneas estaban alteradas (keratitis pannosa.) Después de la operación el enfermo empezó á recobrar progresivamente la agudeza visual, y las córneas empezaron á regenerarse de un modo bien sensible, hasta el punto de aclararse lo

suficiente para permitir una V = $\frac{3}{5}$. En este enfermo aparecieron los pterijions desde la edad de 15 años. Se le dió el alta en un estado bastante satisfactorio y apto para el trabajo.

11. Iridectomía O. D. por glaucoma crónico. (Cuchillo de De Græfe.)

12. Cicatriz viciosa del borde libre del párpado superior derecho. Extirpación de una porción de la cicatriz y refrescamiento de los bordes de la herida. Dos suturas. Después de dos curaciones se dió de alta.

13. Operación del ectropión, párpado inferior izquierdo, por el método que hemos descrito ya otras veces. (Escisión de una bandeleta cutánea horizontal.)

14. Extracción de la catarata O. I. Procedimiento á colgajo escleral con iridectomía. (Cuchillo de De Græfe.) El cristalino opacificado enteramente salió con facilidad. La catarata databa de seis años.

15. Ectropión del párpado inferior izquierdo. Se siguió el procedimiento de Kuhnt. Este mismo enfermo había sido operado de otro ectropión en el párpado inferior derecho. Los ectropions de que era poseedor este individuo, eran enormes. La conjuntiva palpebral, constantemente expuesta á las influencias exteriores, se había hipertrofiado considerablemente, haciendo aun más pronunciada la inversión de los párpados. Después de repetidas resecciones de esta conjuntiva hipertrofiada, hechas con tijeras curvas, la aplicación de la operación de Kuhnt ha producido los más bellos resultados. Se le dará el alta una vez que el enfermo se haya operado de un pterijión y de un chalación que lleva, respectivamente, el uno en el O. D. i el otro en el O. I.

16. Transplantación del suelo ciliar por el procedimiento de Jæsche-Arlt (párpado superior izquierdo), en el enfermo en el cual se hizo el injerto de conjuntiva de conejo. Se colocaron tres puntos de sutura. Cuchillo de doble filo. Toda la conjuntiva que se ve en este enfermo, es la que se injertó del conejo. La visión ha aumentado un poco, pero la córnea, después de haberse aclarado un tanto, tiene tendencia nuevamente á atrofiarse. Está en curación.

17. Extracción de la catarata O. I. Procedimiento á colgajo corneal con iridectomía. (Cuchillo de De Græfe.) Se extrajo el cristalino con facilidad, á pesar de existir sinequias posteriores. La cápsula se extrajo igualmente en totalidad.

18. Estafiloma total de la córnea izquierda. Se practicó la escisión del estafiloma con suturas consecutivas, pasando los hilos á través de la conjuntiva previamente incindida y desprendida en cierta extensión de la esclerótica. (Procedimiento de Wecker.) Se colocaron cinco suturas á través del borde libre de la conjuntiva. Está en curación.

19. Extirpación de un pólipo pequeño desarrollado en la conjuntiva palpebral superior izquierda. Databa desde hacía seis meses. Este mismo enfermo se operó de un chalación del párpado superior derecho: abertura con el bisturí y vaciamiento con la cucharilla de Daviel. Se fué enteramente sano.

20. Colocación de nuevas suturas en el enfermo operado de estafiloma de la córnea. Después de dos días de la primera operación, este enfermo sufrió un intenso resfriado: tuvo bastante tos y estornudos frecuentes; á causa de esto las suturas se desprendieron. Á pesar de este accidente, no ha habido complicación en el ojo operado. En curación.

21. Extracción de un gran chalación del párpado inferior izquierdo. Incisión con el bisturí y vaciamiento con la cucharilla.

22. Debridación del conducto lagrimal inferior izquierdo. Oclusión casi completa del punto lagrimal correspondiente.

23. Extracción de un cuerpo extraño implantado casi en el centro de la córnea derecha. Ha comprometido sólo el epitelio corneal.

CARLOS A. SALAS
Ayudante

CLÍNICA GINECOLÓGICA DEL DOCTOR KÓRNER

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE EN LA SALA DEL CARMEN DEL HOSPITAL DE SAN BORJA

Existencia anterior	36
Entradas	27
TOTAL	63
Altas	35
Fallecidas	0
Existencia el 1 ° de octubre	28

OPERACIONES

1.ª Raspaje del útero por endometritis. La enferma salió de alta.

2.ª Histerafexia vaginal por retroflexión móvil del útero.

En esta enferma se procedió del modo siguiente: una vez cloroformada, se abrió longitudinalmente la vagina; en el fondo del saco anterior de la vagina se desprendió la vejiga; se repuso el útero, se pasaron dos puntos de sutura que tomaban los dos lábios de la herida en su extremo superior y en el centro la cara anterior del útero, estos puntos son los que fijan al útero en su nueva posición; anteflexión exagerada. Después se suturó el resto de la herida. La enferma ha seguido bien, pero la parte inferior de la herida se abrió después de haber quitado las suturas inferiores; el útero se mantiene en anteversión.

3.ª Resección del recto por tumor maligno. Esta es una enferma

de cincuenta años, de nacionalidad chilena. Se resecó este órgano en una extensión de diez centímetros, sin haber tenido necesidad de utilizar la vía sacra. La operación fué un poco laboriosa para desprender el recto de la vagina, porque estaba bastante adherida en esa parte.

La enferma ha seguido perfectamente sin haber tenido elevación de la temperatura; está casi completamente sana, pero sí con incontinencia de las materias fecales, porque los esfínteres se tuvieron que extirpar. El examen microscópico del tumor demostró ser un cáncer.

4.ª Raspaje del cuello del útero por tumor maligno de dicho órgano y cauterización con el termocauterio.

Aquí se trataba de una enferma de 65 años de edad, que ha tenido 13 hijos, el último hace 23 años; 12 años sin reglas. Dice la enferma que lo único que ha sentido es una incomodidad y peso al obrar desde hace mes y medio, sin haber tenido pérdidas de ninguna especie ni hemorragias; sin embargo, estaban los ganglios de la pequeña pelvis infectados ya, y por consiguiente no se hizo la laparotomía.

La enferma sigue regular.

5.ª Amputación del seno izquierdo y extirpación de los ganglios de la axila del mismo lado, aunque no se notaba infarto por tumor maligno de dicho órgano.

La enferma se encuentra perfectamente: no ha tenido fiebre, y esperamos que la herida cicatrizará por primera intención; hace muy pocos días que fué operada.

El examen microscópico del tumor nos manifestó que era un scirro.

Esta misma enferma fué operada en el mes de agosto.

6.ª Extirpación de un pólipo fibroso del tamaño de una castaña implantado en el cuello del útero.

7.ª Laparotomía por quiste desmoide de los dos ovarios. La historia de esta operada es la siguiente:

Rosa S., de 42 años, matrona, casada, de Santiago, ha tenido tres hijos y un aborto; el último de los embarazos lo tuvo hace seis años. Tuvo su primera regla á los 13 años de edad; una sola vez se suspendió después durante un año, y desde entónces se estableció definitivamente; ésta era al principio muy abundante y regular, sin dolores; desde hace diez años su regla ha sido muy escasa y así la tiene hasta el presente.

Después del primer parto tuvo una fiebre puerperal.

Después que tuvo su último hijo, hace seis años, notó la enferma un pequeño tumor del tamaño de una nuez en el lado derecho, y durante el embarazo sintió dolores al ovario derecho. Todo este último tiempo ha tenido frecuentes indigestiones, la última hace quince días.

El crecimiento del tumor ha sido muy lento. No ha padecido de otras enfermedades.

El examen vaginal de la enferma nos dió á conocer que el útero estaba en su situación normal, pero el vientre estaba ocupado por un gran tumor fluctuante que parecía tomar su origen en el lado derecho del útero (ligamento ancho ú ovario derecho); el examen bajo la acción del cloroformo no reveló nada de nuevo.

Las dimensiones del vientre eran las siguientes:

Desde el pubis al ombligo	17	cm.
Del ombligo al apéndice sixfoides	21	»
Circunferencia al nivel de las espinas ilíacas anteriores y superiores	104	»
Circunferencia al nivel del ombligo	108	»

Se diagnosticó por la marcha del tumor, sitio, fluctuación y zona de desmoides y timpanismo del vientre, un quiste del ovario derecho. Se dejó la enferma para ser operada el 11 de septiembre.

El día indicado se procedió á la operación después de haber preparado á la enferma convenientemente.

La temperatura de la enferma antes de la operación era 36°; pulso 80, respiraciones 22.

La operación demoró 40 minutos; en ésta no hubo nada que anotar, fuera de algunas pequeñas adherencias que tenía el tumor grande al peritoneo y órganos vecinos.

El tumor mayor no estaba implantado en el lado derecho, como nos había hecho pensar el examen, sino en el lado izquierdo; en el lado derecho el ovario estaba ocupado por un tumorcito de la misma naturaleza que el grande, por lo que fué también extirpado.

El quiste derecho era un quiste desmoide cuyo interior estaba ocupado por un líquido seroso y gran cantidad de grasa que muy luego se solidificó al enfriarse, más un mechón de pelos; y en el interior de él había resto de huesos en que estaban implantados cuatro dientes (incisivos).

El tumor del lado derecho tenía ocupada toda su pequeña cavidad con una especie de grasa sólida.

Después de la operación, temperatura 34°6, pulso 80, respiraciones 32.

Á las 11 A. M. se le puso una inyección de medio centígramo de morfina, porque sentía mucho dolor al vientre.

Á las 12 M. Temperatura, 36°5.

Á las 3 P. M. Temperatura, 37°, pulso 120, respiraciones 26. Á esta hora se le puso una nueva inyección de morfina por la misma causa, y hielo al vientre.

Á las 9 ½ se le extrajo la orina, 200 gramos.

Á las 10 P. M. Temperatura 37°2. Á las 11 ½ P. M. inyección de morfina que la hizo dormir hasta las 4 A. M.

Á las 6 A. M. Temperatura, 37°1.

Segundo día.—Á las 8 A. M. Temperatura 37°5. Pulsación 100. Respiración 24.

La enferma se encuentra bien, aunque se queja de dolores de caderas; desde las 9 P. M. ha principiado á perder un poco de sangre por la vagina.

Á las 9 A. M. se le sacó la orina, 150 gramos.

Á las 12 M. se le hizo una inyección de morfina, un centigramo, por el dolor al vientre.

Á las 2 ½ P. M. la enferma está más tranquila; la morfina la hizo dormir dos horas; han cesado los vómitos. Temperatura 37°6. Pulsación 124. Respiración 24.

Á las 9 P. M. se le puso un supositorio con opio. Temperatura 37°5.

Durmió toda la noche y orinó sola.

Tercer día.—Á las 8 ½ A. M. La enferma está muy bien: ya ha desaparecido el dolor. Temperatura 37°4. Pulsación 92. Respiración 20.

Á las 3 P. M. Temperatura 37°3. Pulsación 96. Respiración 22. Se le dió una cucharada de magnesia fluida, por los gases intestinales.

Día cuarto.—La enferma pasó regular noche sin morfina; ha expelido gases intestinales por el recto y orinó sola.

Á las 8 A. M. Temperatura 37°5. Pulsación 100. Respiración 20. Se le ha dado un poco de caldo.

Á la 1 P. M. Se le puso una lavativa de agua con glicerina; le hizo hacer dos deposiciones abundantes.

Á las 3 P. M. Temperatura 37°6. Pulsaciones 86. Respiración 18. Está muy bien.

Día quinto.—Á las 9 A. M. Temperatura 37°. Pulsación 100. Respiración 22.

Á las 3 P. M. Temperatura 37°7. Pulsación 104. Respiración 22. La enferma tuvo tos en la noche.

Día sexto.—Á las 9 A. M. Temperatura 37°3. Pulsación 100. Respiración 22.

Día séptimo.—Sigue perfectamente: ha aumentado el alimento, se le dió una presa de ave.

Día noveno.—Se levantó el apósito: había algunos puntos de sutura supurados, sobre todo los inferiores; se quitaron las suturas después de lavar la herida y se colocó un nuevo apósito.

Día décimo.—Se le hizo una segunda curación; hay siempre pus.

Los días siguientes se ha curado á la enferma día por medio, ha seguido bien y se espera que en pocos días más estará completamente sana.

Las dimensiones del vientre después de operada son:

Desde el pubis al ombligo	17	cm.
Del ombligo al apéndice sixfoides	20	»
Circunferencia al nivel de las espinas ilíacas anteriores y superiores	92	»
Circunferencia al nivel del ombligo	88	»

En el presente mes se han presentado á la clínica dos enfermas con recidivas de tumor maligno después de haberse hecho la histerectomía vaginal. Una de ellas fué operada en marzo del presente año y de la que dimos cuenta en el número de la REVISTA correspondiente al mes de abril. La enferma salió de alta entonces i la creímos completamente sana. La otra fué operada en el mes de abril del presente año, y dimos cuenta de la operación en el número de la REVISTA correspondiente al mes de mayo y junio. En esta enferma, cuando se operó, ya había una infiltración del ligamento ancho izquierdo. Se dió de alta en el mes de mayo.

ZEGERS P.
Ayudante de la clínica

CLÍNICA DE ENFERMEDADES NERVIOSAS

Entre los enfermos llegados á la clínica en las últimas semanas del mes pasado, merecen alguna atención, entre otros casos, uno de histero-neurastenia y otro de enfermedad de Parkinson (observaciones recogidas por el alumno Francisco Lázaro Guerra), y un otro caso de *neuralgia ciática* aguda y muy dolorosa, que curó en menos de veinte días con sólo aplicaciones diarias de corriente continua descendente de 2 á 4 miliampères sostenida por 10 minutos.

En este último caso quisimos poner á prueba la eficacia del tratamiento eléctrico únicamente, ya que teníamos un enfermo que no había recibido tratamiento médico alguno y que lo podíamos observar desde el primer momento.

El buen resultado de este tratamiento no se hizo esperar, pues á los 18 días del comienzo de la enfermedad, el enfermo quedó completamente curado y en ejercicio de sus ocupaciones habituales, que había tenido que suspender por tan dolorosa afección.

La observación de este caso y muchos otros semejantes nos autoriza para hacer desde luego juicio cabal sobre la importancia de las aplicaciones de corriente continua en toda neuralgia, y para sostener que difícilmente habrá neuralgia esencial que resista al tratamiento de las aplicaciones de corriente continua en forma conveniente.

Recordamos también el caso de un viejecito, francés, que vino á la clínica en el mes de agosto del año pasado á consultar sobre una neuralgia á la cara que había resistido por dos años al tratamiento médico y hasta la resección del nervio doloroso que le habían hecho los médicos en Valparaíso. Era una neuralgia tan tenaz y dolorosa que, desesperado ya de curar, el enfermo había estado tentado en repetidas ocasiones de concluir con su vida disparándose un balazo.

Se trataba de una neuralgia del trigemino limitada sobre todo á la rama suborbitaria.

El doctor Orrego le indicó las aplicaciones de corriente continua de débil intensidad (2 miliampères por cinco minutos) y le dió seguridades de su pronta mejoría. En efecto, bastaron sólo seis aplicaciones en la forma indicada, para que el enfermo curara completamente.

Después volvió este caballero repetidas veces á la clínica, pero sólo para darnos los agradecimientos por tan fácil y eficaz tratamiento. No hemos sabido que haya tenido recidivas; probablemente no las habrá tenido, porque en tal caso habría vuelto seguramente.

HISTERO-NEURASTENIA

Isolina C., de 18 años de edad, casada, natural de Valparaíso.

Antecedentes hereditarios. — Su madre padecía de hemicránea, dos hermanos muertos de pneumonía gripal.

Antecedentes personales. — Ha tenido un aborto y dos hijos de término.

Se queja desde hace cinco años de una cefalea frontal constante, con sensación de calor y de peso; el resto de la cabeza no lo siente. Este estado le impide conciliar el sueño, cosa que llega á hacerlo en las primeras horas de la mañana para despertar en seguida con la misma cefalea. Tiene fastidio por la luz, vértigos; de vez en cuando siente la impresion de un soplo en los oídos; tiene un decaimiento completo de las fuerzas, un miedo constante, temor de atravesar las calles; no sale nunca sola; tiene que arrimarse á la pared cuando anda, se cansa muy pronto; tiene miedo á los tumultos; se lava frecuentemente las manos por temor de tenerlas desaseadas (miedo y duda); algunas veces quiere decir algo y no puede porque cree que la sujetan; tiene frecuentes ensueños, y al despertar le parece estar con su madre y hermanos muertos (alusinaciones hipnagógicas).

De vez en cuando le viene un dolor al epigastrio, que no es muy frecuente, pero que es muy intenso para llegar á producirle insomnio; este dolor tiene la particularidad de presentarse únicamente cuando cesa la cefalea, y cesa cuando esta última vuelve á aparecer. Ha tenido también irregularidades menstruales.

Hace 10 meses que la enferma tuvo un ataque que coincidió con la muerte de su madre. Este ataque se repitió tres veces durante el primer mes, dos durante el segundo y una sola vez durante el tercero, y á la fecha hace tres meses que no tiene ningún ataque.

En el *ataque* la enferma siente una sensación de frío que empieza por las extremidades inferiores y que, ascendiendo, le toma todo el cuerpo; igual cosa pasa con los miembros superiores: llegado el enfriamiento al tronco, le sobrevienen palpitaciones dolorosas al corazón; en ese momento siente una angustia y una gran opresión al pecho y garganta, que apenas le permite respirar. En este instante ve todos los objetos empañados y siente una sensación de vértigo que la obliga á echarse á la cama. La palpitación y opresión al pecho se continúan todavía por unos cinco minutos, momento en que la enferma siente una necesidad imperiosa de llorar; con estos llantos y sollozos termina el ataque. Nunca ha tenido pérdida del conocimiento.

Con estos antecedentes pasamos á investigar los estigmas del histérico y encontramos ovaralgia del lado derecho, anosmia completa, fotofobia, micropsia doble, movimientos de lateralidad limitada en ambos ojos, ligero estravismo externo del ojo derecho, pérdida del gusto en ambos lados, reflejo faríngeo del lado derecho abolido, disminución de la percepción de los sonidos (á 30 centímetros ya no siente el tic-tac del reloj), pérdida completa de la sensibilidad dolorosa en los dos miembros superiores hasta el hombro, disminución en la espalda y pecho, lado izquierdo, conservada en las mismas regiones lado derecho y abolida completamente en la cabeza, cuello y cara. En los miembros inferiores la sensibilidad también está abolida, exceptuando algunas placas sensibles.

Diagnóstico. — Histero-neurastenia.

Tratamiento. — Electricidad bajo la forma de corriente continua descendente en la columna vertebral y al interior valeriana y hierro.

ENFERMEDAD DE PARKINSON-HEMILATERAL

Inés R., de setenta años de edad, viuda, natural de Santiago, lavandera.

Antecedentes hereditarios. — Padre y madre tuberculosos. Su padre padecía de dolores neurálgicos á la cara. Dos hijos muertos de meningitis. Una niñita asmática.

Antecedentes personales. — Es asmática desde la edad de 12 años y ha padecido de hemicránea desde hace cinco años. Más ó menos desde este tiempo padece de la afección que la ha traído á la clínica y que pasamos á describir:

Una mañana, al levantarse, notó un temblor en la mano izquierda, temblor que se propagó rápidamente á todo el miembro, acompañándose de una sensación de adormecimiento y de hormigueo. Dos meses después apareció el mismo fenómeno en el pié izquierdo, propagándose con la misma rapidez á todo el miembro y acompañándose de las mismas sensaciones que anotamos, en el miembro superior del mismo lado.

Examinando á la enferma, lo primero que llama la atención son las arrugas transversales de la frente, que denotan una contracción del músculo frontal (músculo del asombro), unida á una contracción del músculo supercílico (músculo de la atención). Las facciones están inmóviles, la fisonomía denota tristeza, los párpados menos movibles que lo normal, las pupilas igualmente dilatadas.

En la estación de pié, la cabeza queda inclinada sobre el pecho, el tórax hacia adelante, las piernas ligeramente dobladas y el cuerpo inclinado sobre el lado derecho. El antebrazo está doblado sobre el brazo y el biceps rígido (actitud de flexión.)

En las extremidades del lado izquierdo hay un temblor constante de oscilaciones rápidas y pequeñas que desaparecen cuando la enferma duerme y aun al ejecutar movimientos voluntarios. La mano inclinada sobre el borde cubital, ejecuta los movimientos del que fabrica una píldora. El temblor se propaga á la cabeza, hay rigidez de los músculos de la nuca. Al andar, se nota una tendencia á la propulsión. La palabra es lenta, monótona, la voz apagada. La lengua presenta un temblor fibrilar.

Hemos constatado, además, la ausencia de los reflejos palatinales y una ligera constipación.

La enferma tiene, además, una sensación de calor en el lado enfermo y aumento de la transpiración en ese lado.

Con todo lo anteriormente descrito, el *diagnóstico* de enfermedad de Parkinson se impuso, y la enferma fué sometida al siguiente tratamiento: aplicaciones de corriente continua descendente, y además inyecciones de hyosciamina de $\frac{1}{4}$ de miligramo, dos veces por semana.

NEURALGIA CIÁTICA

Carlos O., de 22 años de edad, de buena salud anterior. Hace 25 días á la fecha, después de haberse recogido muy tarde en una noche fría y húmeda y poco abrigado, sintió un dolor á la pierna

izquierda, dolor que fué aumentando en intensidad y avanzando hasta el pie, de manera que, al siguiente día, ya no pudo andar sino auxiliado de un bastón. Dos días después le era absolutamente imposible andar, por lo que resolvió ir á la clínica á consultarnos sobre su dolorosa enfermedad.

Una vez examinado, nos costó poco saber que se trataba de una *neuralgia del ciático*, neuralgia á frígore seguramente, por los antecedentes que le acompañaban.

Era un dolor agudo, con sensación de quemadura en algunos puntos, que se exacerbaba por momentos y que, empezando en el punto glúteo á su salida de la cavidad pelviana, se extendía hacia abajo hasta la planta del pie, siguiendo la dirección del nervio. Dolores que se hacían insoportables con la marcha y en cualquier movimiento brusco de la pierna.

Buscados los puntos dolorosos comunes á esta neuralgia, encontramos el *punto glúteo*, punto de emergencia del nervio; el *punto peroniano*, por debajo de la cabeza del peroneo y el *maleolar externo*. En todos estos puntos el dolor era mayor y le exasperaban por la presión.

No había duda alguna, se trataba de una *neurálgia ciática simple, á frígore*. Le indicamos las aplicaciones de corriente continua descendentes, de 2 á 4 miliampères, sostenida por 10 minutos: polo positivo en la región glútea, á su salida de la pelvis, punto que se encuentra en la mitad de la línea que une el isquión al trocanter mayor; polo negativo en el *punto trocanteriano*.

Ese mismo día se le hizo la primera aplicación, y en la misma forma se le continuaron haciendo una vez todas las tardes por espacio de 15 días. No se le dió medicación interna alguna ni tampoco unturas calmantes. Quisimos probar los efectos sólo de la electricidad.

Los beneficios de estas aplicaciones los experimentó el enfermo desde el primer momento: durante la aplicación le calmaba el dolor casi completamente.

Estas mejorías, que al principio eran de pocos minutos, fueron acostumbrándose día á día, de manera tal, que 18 días después de empezado el tratamiento, el enfermo quedó de alta completamente curado.

DR. R. TRINCADO DEL VILLAR
Ayudante de clínica

CRÓNICA

SUMARIO. – Sociedad Médica: establecimiento de un consultorio. – Decano de la Facultad de Medicina. – Clase de Terapéutica y Materia Médica. – Boletín de Sanidad Militar i Naval. – Botica del Indio: preparaciones nuevas. – Necrología: el doctor Rojas Osandón.

SOCIEDAD MÉDICA. — ESTABLECIMIENTO DE UN CONSULTORIO. — Es ya un hecho que el Gobierno accederá á la solicitud presentada por la Sociedad Médica pidiendo el usufructo de cierta extensión de terreno en las márgenes del Mapocho con el objeto de construir un local que sirva para instalar un consultorio permanente y gratuito.

El Ejecutivo ha pasado al Senado el correspondiente proyecto de ley con fecha 16 de octubre, i por las informaciones que se tienen es seguro que aquel alto Cuerpo lo aceptará sin vacilaciones.

Entretanto, he aquí dicho proyecto de lei con el mensaje respectivo:

«Conciudadanos del Senado y de la Cámara de Diputados:

«La Sociedad Médica de Santiago sostuvo durante algún tiempo un consultorio gratuito, que se vió obligada á cerrar á causa de la escasez de recursos con que contaba.

«Últimamente ha elevado al Ministerio del Interior una solicitud para que se le concedan mil quinientos metros cuadrados de los terrenos que se han formado con la canalización del Mapocho, á fin de instalar nuevamente un consultorio permanente y gratuito, que sería costeado por la Sociedad y servido por especialidades en los distintos ramos de la medicina.

«Las ocho dispensarías que existen en Santiago no bastan para

auxiliar al gran número de enfermos que acuden á ellas. Muchos de éstos que pueden atenderse en sus casas, se ven obligados por tal motivo á recurrir á los hospitales con perjuicio de las personas que verdaderamente necesitan de estos establecimientos.

«El consultorio que trata de fundar la Sociedad Médica vendrá, pues, á satisfacer una necesidad que se hace sentir con urgencia, y es justo hacerle la concesión que solicita.

«En virtud de estas consideraciones, someto á vuestra aprobación, de acuerdo con el Consejo de Estado, el siguiente

PROYECTO DE LEY:

«ARTÍCULO ÚNICO. — De los terrenos formados con la canalización del Mapocho, se concede á la Sociedad Médica de Chile el usufructo de mil quinientos metros cuadrados, en el lugar que designe el Ministerio del Interior, para que establezca un consultorio público gratuito.

«Santiago, 16 de octubre de 1893. — JORGE MONTT. — *Pedro Montt.*»

***

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA. — En primer lugar de la terna respectiva fué presentado al Gobierno el doctor don Manuel Barros Borgoño. El señor Barros ha sido de nuevo reelegido para un otro período legal.

***

CLASE DE TERAPÉUTICA Y MATERIA MÉDICA. — El profesor de este ramo ha dado los pasos necesarios á fin de conseguir los elementos pecuniarios suficientes para establecer su clase en las condiciones de experimental, y desde luego el Senado ha elevado la partida destinada á gastos en medicinas y útiles que aparecía en el informe la Comision Mixta de Presupuestos.

***

BOLETÍN DE SANIDAD MILITAR Y NAVAL. — El entusiasta jefe del servicio sanitario del ejército, doctor Ramón E. Vega, ha pasado al señor general, jefe de Estado Mayor, la nota que insertamos y que su sola lectura revela la importancia de lo que en ella se contiene:

«Nótase en los países vecinos y en los de Europa un gran movimiento sanitario militar y naval que hace contraste con la apatía aparente de nosotros.

«Hoy que, en los ejércitos de todas las naciones civilizadas, el servicio sanitario tiene autonomía propia, los cirujanos que lo sirven, al verse desprendidos de las trabas que los sujetaban y al considerar que sus esfuerzos no son ya perdidos, se sienten estimulados por efecto de la mayor responsabilidad que sobre ellos pesa, por esta mayor libertad de acción, y alentados para el trabajo. Se hacen los más serios estudios, no sólo en lo que respecta á la atención y evacuación de heridos de los campos de batalla, sino sobre la higiene y demás de los cuerpos de Ejército, mediante lo cual disminuyen las epidemias y toda otra causa de mortalidad, invalideces y achaques, tanto en campaña como en la paz.

«En nuestro país no faltan elementos ni competencia para entrar en este movimiento general. Pero para ello es de necesidad que los cirujanos (oficiales) de sanidad militar y naval tengamos una *Revista* que recoja, esparza y haga fructíferos los trabajos y estudios de los de otras naciones y de los propios nuestros.

«Una publicación mensual á la que pudiera llamarse *Revista de Sanidad Militar y Naval de Chile*, es no sólo de necesidad para el objeto indicado, sino también de conveniencia; se canjearía con los periódicos de su clase de todo el mundo, lo que con mayor facilidad nos tendría al corriente de los progresos propuestos ó alcanzados en otros países en nuestro ramo; habría un lazo más de unión entre los cirujanos navales y los nuestros en la preparación del trabajo y en la acción, y aunados propenderíamos, dentro de nuestra esfera, al adelantamiento del Ejército y de la Armada nacionales.

«Me he puesto al habla con el cirujano jefe de la Armada quien, entusiasta, se ofrece á secundarme y á prestarme su valioso concurso y el de sus subordinados.

«La publicación de esta *Revista* no costaría más de ciento cincuenta pesos ($ 150) mensuales, gasto que quedaría suficientemente compensado con el progreso realizado, la difusión á todos nuestros cirujanos de los conocimientos útiles y el canje de las revistas y boletines congéneres á que me he referido.

«Confiado en la buena disposición que siempre ha encontrado esta Dirección en VS. y de parte del Ministerio de Guerra, me atrevo á esperar que ha de consultarse en el Presupuesto el ítem correspondiente á mi objeto.

«Esta publicación podrá aparecer el 7 de enero próximo.

«Saluda á VS.:

RAMÓN E. VEGA

***

BOTICA DEL INDIO.—PREPARACIONES NUEVAS.—La acreditada botica del señor O. Jahnke, situada en la calle de las Delicias, número 157, ha recibido últimamente una gran cantidad de preparaciones dignas de llamar la atención del cuerpo médico.

Entre las principales merecen señalarse las siguientes:

Chocolate de peptonato de hierro y manganeso, en cajas de 5 planchas con 9 divisiones (dosis) cada una.

Cada dosis contiene:

Hierro.....	0.05	gramos
Manganeso.....	0.005	»
Peptona.....	0.25	»

Chocolate de peptonato de hierro y manganeso con cal, que contiene, además de la fórmula anterior:

Fosfato de cal.....	0.25	gramos
Carbonato de id.....	0.25	»

Estas preparaciones tienen la ventaja siguiente sobre los licores: ser tomadas con gusto por las señoras y niños, por ser muy agradables; no atacan la dentadura, estimulan el apetito, son de fácil digestión, etc.

Alumnol, magnífico antiséptico que tiene la gran ventaja de redisolver la albúmina que al principio coagula. Véase *El Progreso Médico* y *Boletín de Medicina*.

Benzosol, ó Benzoilguayacol: se usa como el carbonato de guayacol.

Hemol, *Hemogallol*, } magníficas preparaciones de hierro, á dosis de 20 á 40 centigramos.

Tiol, rival del Ictiol, teniendo la ventaja de ser inodoro. (En pomadas, linimentos, etc.)

Microcidina, antiséptico tan poderoso como el sublimado corrosivo, sin ser tan tóxico.

Fenato de cocaína, soluble en aceites y grasas.

Borobenzoato de amonio; es muy superior al benzoato de sodio ó amonio.

Salicilato de quinina y antipirina.

Clorhidrato de hidrastinina, alcaloídeo del Hidrastis canadensis.

Bromuro de estroncio.

Ioduro id. id.

Agua mineral de Roncegno; é

Id. id. id. Levico.

Aguas arsénico-ferruginosas se usan á la dosis de 2-3 cucharadas al día, mezcladas con agua ó vino.

Además, ha recibido la botica del Indio un gran surtido de alcaloídeos comprimidos para inyecciones hipodérmicas

***

NECROLOGÍA. — EL DOCTOR ROJAS OSANDÓN. — Tenemos el sentimiento de comunicar á nuestros lectores la desaparición casi repentina del doctor cuyo nombre estampamos al frente de estas líneas.

Belisario Rojas Osandón había fijado desde que recibió el título do médico, su residencia en Taltal, y allí la muerte le ha sorprendido en medio de las tareas habituales de su profesión.

Carácter franco é inteligente, espíritu abierto á todo aquello que algo bueno pudiera significar, tales eran las cualidades sobresalientes de nuestro infortunado compañero.

El pueblo de Taltal honró dignamente los restos del que fué su médico abnegado y el amigo de todos, grandes y pequeños, pobres y ricos.

Nosotros, que seguimos con él los cursos de medicina y pudimos apreciar sus méritos de cerca, dejamos constancia en estas líneas del pesar que la infausta noticia de esta muerte nos ha producido.

CONRADO RÍOS V.

Año XXI Noviembre de 1893 Núm. 11

EDITORIAL

HERMOSO PROYECTO DE LA SOCIEDAD MÉDICA

Pende de la consideración del Senado un proyecto de ley presentado por el Ejecutivo por el cual se cede á la SOCIEDAD MÉDICA un lote de los terrenos de la ribera del Mapocho, para que la Sociedad establezca allí un consultorio público costeado por ella misma y servido por especialidades en los distintos ramos de la medicina.

Como en la forma descarnada en que este proyecto de ley ha debido ser presentado no habrá podido expresarse con toda claridad y exactitud el pensamiento que desea realizar la SOCIEDAD MÉDICA en beneficio del público, creemos conveniente manifestarlo aquí siquiera en sus líneas generales, para que nuestros legisladores se penetren de su altísima importancia y quieran favorecerlo con su aprobación á la mayor brevedad posible.

Para nadie es un misterio que hay en nuestra capital, como en todas las grandes ciudades, centenares, millares de enfermos que carecen de recursos para llamar un médico y comprar sus medicinas, y que no pueden tampoco acudir á los dispensarios ú hospitales públicos á causa de su categoría social.

Sabido es también que llenan las camas de los hospitales centenares de enfermos que podrían muy bien medicinarse en sus casas si se les suministrara médico y medicinas gratuitas, en tanto

que son despedidos día á día de las puertas de los mismos hospitales multitud de enfermos que realmente necesitan con urgencia un lecho en el hospital.

Y todo el mundo está al cabo de que los *dispensarios* existentes, sobre ser insuficientes para el gran número de enfermos que á ellos acuden, no pueden prestar realmente servicio, por su naturaleza misma de oficinas de despacho de medicamentos á gran número de personas á la vez y con toda prontitud, sino para aquellas enfermedades de diagnóstico fácil, más comunes y vulgares y que no requieren un tratamiento muy complicado.

Podemos recordar todavía aquellas enfermedades que requieren cierta destreza especial para su curación, como la membrana, por ejemplo, y aquellas otras que suelen presentarse bruscamente y que atendidas desde el primer momento ceden fácilmente y se agravan, al contrario, considerablemente cuando se pierden las primeras horas para entablar el tratamiento.

Todas estas clases de enfermos, que, como se ve, son muy numerosos, carecen actualmente de todo recurso médico, y son muchos, muchísimos los que se salvarían con seguridad y que, sin embargo, tienen que sucumbir á causa de esta falta de asistencia, y son muchísimos más los que por esta misma causa contraen largas y penosas enfermedades, de las que se habrían visto exentos si hubieran sido asistidos desde el primer momento. Y entre éstos y entre los fallecidos que han podido salvarse ¡cuántos padres y madres de familia, cuántos miembros utilísimos para la sociedad, cuántos hijos amantísimos de su patria!

Pues bien, esta sentida y lamentable necesidad es la que se propone satisfacer la SOCIEDAD MÉDICA, estableciendo un *Consultorio* médico gratuito, una verdadera policlínica con todos los servicios necesarios, y que funcione diariamente durante un largo número de horas.

Esta policlínica estará dividida en las distintas secciones ó especialidades en que se encuentra clasificada entre nosotros la medicina, para el servicio ó direccion de las cuales se cuenta desde luego con el compromiso formal de algunas de nuestras primeras notabilidades profesionales y con el concurso entusiasta y decidido de numerosos médicos jóvenes ó estudiantes de medicina de los últimos cursos.

Abierta la policlínica, tendrá pues, el público de Santiago un consultorio médico gratuito adonde acudir en busca de tratamiento adecuado para sus enfermedades, cualesquiera que éstas sean, á la hora que mejor le acomode ó que la urgencia del caso requiera, y con la seguridad de ser atendido con todos los recursos que la ciencia posee en su estado actual. Fácilmente se comprende cuánta es la magnitud de semejante beneficio.

No se nos pasa por la mente que el Soberano Congreso no atienda favorablemente la solicitud de la SOCIEDAD MÉDICA para que se le conceda un lote de terreno en un lugar más ó menos central para establecer su policlínica. Sin esta concesión del Soberano Congreso, la Sociedad se vería obligada, á causa del alto precio que ha adquirido la propiedad urbana en Santiago, á ubicar su policlínica en un lugar apartado del centro; con lo cual se reducirían en gran proporción los beneficios que esta institución está llamada á producir.

Pero no basta que la concesión se nos haga al fin. Es necesario que se nos haga pronto, en las actuales sesiones del Congreso. El actual Directorio de la Sociedad se ha empeñado con toda decisión y entusiasmo en su empresa, y ha dado ya todos los pasos necesarios para su inmediata realización; pero no puede responder de que traigan igual entusiasmo y decisión los Directorios que le sucedan en los años venideros, y necesita forzosamente, por esto, dejarles la obra siquiera en cimientos, es decir, siquiera á medio concluir el edificio ó casa que para el efecto se propone construir en el terreno que solicita.

¡Ojalá que nuestros legisladores se penetren de la verdad de cuanto dejamos expuesto, de lo benéfico de la obra que emprendemos, y de la importancia vital que tiene la pronta resolución que ellos den á la solicitud nuestra.

R. DÁVILA BOZA

COLABORACIÓN

ANESTESIA POR EL BICLORURO DE METILENO

COMPARADA CON LA ANESTESIA OBTENIDA POR EL CLOROFORMO SOLO Y ASOCIADO Á LAS INYECCIONES ATROPOMÓRFICAS.

Ha preocupado siempre al cirujano el deseo de encontrar un anestésico que á una inocuidad absoluta reúna rapidez y facilidad en la narcosis y ausencia, tan completa como sea posible, de accidentes después de su uso.

Muchos han sido los agentes empleados; pero de todos ellos sólo el cloroformo es hasta hoy el de uso corriente, por no presentar ninguno de los inconvenientes en el grado que ha hecho repudiar á las demás sustancias; bien que en verdad tiene los defectos de todos ellos, aunque en grado mucho menor que cada uno.

Necesariamente, esta preocupación debía existir en nuestra Escuela Médica: ya el año 89 el doctor Barros Borgoño ensayaba en su clínica el uso de las inyecciones atropomórficas en la cloroformización y recomendaba á sus alumnos tomaran observaciones sobre los resultados que se obtuvieran. Efectivamente, estas experiencias sirvieron de tema al señor Luis Goldsak para su memoria de licenciado. Continuóse el uso de las inyecciones, pero buscando siempre algo mejor, por lo que el doctor Barros resolvió ensayar el bicloruro de Metileno, comparándolo con el cloroformo. Por instigación suya, emprendimos la observación de todos los casos en que se empleó la anestesia, comparando el resultado obtenido con cada agente. El resultado de este estudio

seguido sin interrupción desde abril de 1890 hasta hoy mismo, es lo que motiva el presente trabajo.

Antes de entrar á tratar de nuestro tema, expondremos brevemente la historia i farmacología del bicloruro de Metileno.

El bicloruro de Metileno, C H^2 Cl^2, fué descubierto por el químico Regnault en 1840; lo introdujo Simpson en la práctica quirúrgica y más tarde, en 1867, Richardson vulgarizó su uso como anestésico.

La primera anestesia practicada con esta sustancia, fué hecha por Richardson en 1867, en un caso de ovariotomía practicada por Spencer Wells. El sueño fué bueno y la operación, que duró 35 minutos, se ejecutó sin el menor dolor.

El bicloruro de Metileno se origina por acción del cloro sobre el gas de los pantanos ó por acción del hidrógeno naciente sobre el cloroformo.

Tiene un peso específico de 1.346. Se descompone fácilmente como el cloroformo al exponerlo al aire y á la luz, y necesita para su conservación de una cierta cantidad de alcohol absoluto.

Es un líquido incoloro ó ligeramente verdoso, de olor clorofórmico agradable, no irritante, sabor picante y acre, casi insoluble en el agua, disolviéndose en el alcohol y en el éter; hierve de 40° á 41; arde con una llama verde.

Se evapora con gran facilidad, y por esta razón sus vapores se difunden fácilmente en el pulmón, y su eliminación es muy rápida, por lo que su acción es muy poco duradera. Sus vapores, poco irritantes, son inflamables, y es por esto peligroso.

El sueño no va precedido de dolor de cabeza ni de sensación de presión. El despertar es repentino y completo. Una dracma basta para producir el sueño; generalmente precede á la narcosis un estadío de excitación cuya duración depende de la manera de aplicarlo.

Los vómitos no son raros, pero menos frecuentes que con el cloroformo y el éter.

En todas las narcosis por el bicloruro de Metileno las pupilas se mantienen corto tiempo estrechas.

Marshall observó movimientos atípicos en los ojos, extravismo. Según las investigaciones de Richardson en animales, esta sustancia es menos peligrosa que el cloroformo. La irritabilidad muscular desaparece más tarde. La respiración y circulación se

suspenden casi al mismo tiempo. Á veces la respiración se suspende un poco antes.

Según Fourdes y Hepp, las inyecciones de bicloruro de Metileno hechas en las arterias provocan la rigidez muscular instantáneamente. Las autopsias no han revelado nada. La sustancia se administra en el aparato de Yunker.

Algunos cirujanos ingleses usan este anestésico con frecuencia: B. Rendle, Marshall, Hird Gangee.

Spencer Wells, hasta 1872 había practicado esta anestesia en más de 350 casos, sin tener accidente alguno.

Según Nussbaum, tiene los mismos inconvenientes que el cloroformo, es decir, excitación, contracción muscular, malestar, náuseas. Como inconvenientes señala su alto precio y lo inflamable de sus vapores.

Miall preconiza, apoyado en 100 observaciones, la narcosis por el bicloruro de Metileno. Por término medio pudo obtener insensibilidad en 3 minutos y 20 segundos, y nunca usó más de 3 y medio dracmas. Vómitos observó en 42 casos y náuseas en 6. En 4 casos no se observó nada en el pulso, en 9 aceleración y en 23 retardos. La respiración siempre acelerada; en 5 casos hubo peligro de apnea, y con la intervención rápida se consiguió disipar el accidente.

Gaine se manifiesta convencido de la espléndida acción del bicloruro de Metileno.

Hegar y Kaltembach, que han usado el bicloruro con el aparato de Yunker en varias operaciones ginecológicas, lo consideran menos seguro que el cloroformo. Observaron accidentes asfícticos y despertar rápido, inesperado, en medio de la narcosis; sin embargo, los vómitos fueron menos frecuentes y las molestias después de la operación, insignificantes.

Dawson tuvo buena narcosis en 31 casos, y lo considera menos peligroso que el cloroformo.

Kocher ha usado 30 veces el bicloruro de Metileno en ovariohisterotomías, y en ningún caso vió colapsos, que él atribuye no al anestésico, sino al cuidado con que practicó las operaciones. Observó vómitos, pero menos frecuentes que con el cloroformo.

Barnes y Taylor hablan de varios casos de accidentes producidos por el bicloruro de Metileno.

En la estadística de Kappeler se mencionan 9 casos de muerte.

El bicloruro de Metileno es, pues, un anestésico poderoso y que

presenta mucha semejanza con el cloroformo, sobre todo por lo que respecta á su acción tóxica sobre el hombre.

Hasta hoy día su uso no es general:

Se han publicado 9 casos de muerte en el *Lancet* hasta 1875.

Olshausen ha observado fenómenos asfícticos con el bicloruro de Metileno, que atribuía á algunas gotas que habían sido aspiradas y caídas en la laringe (1).

Según las investigaciones de Panhof practicadas bajo la dirección de Filehne, la acción del bicloruro de Metileno sobre la pupila depende de la excitación ó depresión central; al paso que la estrechez y la dilatación en el momento de la muerte se debe considerar como un fenómeno asfíctico.

La aceleración de los latidos cardíacos es debida á la acción sobre el vago.

El aumento primitivo de la presión sanguínea no depende de la contracción del corazón y de su número; se debe á la contracción vascular, dependiente del centro vaso-motor, pues la sección del simpático no produce la estrechez de los vasos de la oreja del mismo lado.

La depresión sanguínea secundaria depende de la depresión del centro vaso-motor y el cambio final de aumento y diminución es fenómeno asfíctico.

Panhof explica este accidente del bicloruro de Metileno y la acción que ejerce sobre la respiración por una modificación especial de la sangre; pero no se puede establecer con seguridad si el bicloruro tiene ó no una acción específica sobre el centro vaso-motor. Panhof niega la opinión de Drogda que atribuye la acción anestésica del bicloruro de Metileno á una contracción de las arterias del cerebro.

Regnault y Villegean, de sus experiencias en los animales de sangre caliente y en las ranas, deducen que el bicloruro es impropio para la anestesia, porque no produce la relajación musculas, sino un estado de contractura que alterna con contracturas crónicas ó ataques epileptiformes ó coreicos.

Spencer Wells dice que el preparado químicamente puro produce por su rápida evaporación una masa parecida á la espumilla de nieve, que obstruye los tubos del aparato de inhalación, obser-

(1) PANHOF W. Uber der physiologischen Wirkungen des Methylen bichlorid. Dissertat Erlangen.

vación confirmada por Bardeleben, quien, por lo demás, prefiere el cloroformo, aseverando que la narcosis por el bicloruro de Metileno se establece muy lentamente y tampoco dura mucho, produciendo á menudo náuseas y vómitos aun antes de la anestesia.

La poca estabilidad y la dificultad de obtenerlo puro hacen que se emplee poco el bicloruro de Metileno como anestésico.

En las experiencias de Metzemberg se usó una preparación claramente impura, de olor á ajos y que produjo mucho ptialismo.

Algunos autores han observado en los últimos años que el bicloruro de Metileno del comercio no es un producto puro.

Según las experiencias de Eichholz y Geuther (1887), el bicloruro de Metileno inglés es una mezcla de una parte de alcohol metílico y tres y media de cloroformo; mientras que el de fábrica alemana lo es de una parte de alcohol metílico y cuatro de cloroformo.

Las observaciones de Eichholz y Geuther en que el bicloruro de Metileno puro produce en los animales una narcosis tan rápida como profunda y que no tiene ninguna acción deletérea sobre el corazón, han sido confirmadas por Metzemberg en experiencias efectuadas en el Instituto fisiológico de Berlín.

En las inhalaciones más prolongadas no se produjo jamás parálisis cardíaca, y las perturbaciones respiratorias junto con la caída de la presión vascular que está en conexión con aquélla, fueron fácilmente vencidas por la respiración artificial.

Metzemberg sólo encontró como obstáculo movimientos natatorios, observados ya por Regnault y Villegean (1884) y que no fueron vencidas ni mezclando el bicloruro de Metileno con alcohol, ni previa inyección de morfina. Este fenómeno no se observa jamás en las inhalaciones de cloroformo.

Paso en seguida á ocuparme de las observaciones personales que he practicado en la Clínica Quirúrgica del profesor Barros Borgoño, durante los años 90, 91 y los meses transcurridos del presente año, y algunas tomadas en la clínica ginecológica del doctor Mœrike.

He recogido además algunas observaciones de enfermos anestasiados con cloroformo solo y con inyecciones previas atropomórficas, lo que permitirá poner más en relieve las ventajas de la anestesia por el bicloruro de Metileno.

He reunido todas las observaciones en número de 90 en 3 cuadros de 30 observaciones cada uno, en los cuales se puede ver de un golpe de vista la diferencia que existe entre ellos.

Dichos cuadros pueden verse al fin de este trabajo.

Principiaré por las

Observaciones hechas con el cloroformo solo

En 30 casos observados, de los cuales 20 eran mujeres y 10 hombres, se nos han presentado, como términos medios, los siguientes: edad máxima, 52 años; mínima, 12 años; y media, 32 años.

La tolerancia ha sido bien establecida en 10 casos, y los 20 restantes no han tolerado bien el anestésico: unos porque rechazaban el aparato inhalador, otros porque han presentado tos y dificultad respiratoria al principio, y otros por presentar náuseas y vómitos.

PERÍODO DE EXCITACIÓN

Las manifestaciones de la inteligencia y de la motilidad en este período, han consistido en delirio intranquilo con movimientos exagerados, en que algunos han llegado a saltar del lecho operatorio, en otros un delirio tranquilo profesional y solamente 6 han quedado con sus facultades intelectuales intactas.

Como fenómenos de la motilidad, hemos notado contracturas enérgicas de los miembros, y solamente 2 han quedado inmóviles. En otros, estas contracturas ó movimientos musculares han llegado hasta la contractura tetánica.

La respiración se ha mantenido entre 27 respiraciones por minuto como máximum y 19 como mínimum; el pulso ha fluctuado entre 85 y 75 latidos, y la temperatura ha subido hasta 38° 5 y ha descendido á 37°; de modo que se ha mantenido algunas décimas sobre la temperatura normal.

La pupila se mantuvo siempre dilatada sin excepción.

Secreciones.— Por lo que respecta á las secreciones, nada hemos tenido que observar en este período, salvo 2 individuos que tuvieron abundante espectoración bronquial.

Accidentes.— Los accidentes del período de excitación han consistido en dificultad respiratoria para 13, en vómitos para 5; uno presentó escalofríos y 13 no tuvieron accidente alguno.

La duración de este período ha sido de 30 minutos como máximum y 0 como mínimum, es decir, el enfermo no pasó por el período de excitación, de modo que tendremos como término medio el tiempo de 13 minutos.

La mayor cantidad gastada de anestésico en este período, fué de 40 gramos, la mínima de 8 gramos, lo que nos da la cantidad media de 19 gramos de medicamento.

PERÍODO DE DEPRESIÓN

En este período, como fenómeno intelectual, los anestesiados han permanecido en un sueño tranquilo, á excepción de 11 en que fué interrumpido por palabras incoherentes y otras manifestaciones peculiares á cada enfermo.

La motilidad no ha sido muy alterada: los enfermos han pasado á la resolución completa, á excepción de 5.

La respiración ha oscilado entre 19 y 14 respiraciones por minuto, el pulso entre 65 y 70 y la temperatura entre 37° y 37°8.

De las secreciones sólo tengo que agregar que los enfermos han presentado exagerada la bronquial 1, y 4 la salival.

Entre los accidentes de este período, hemos tenido el vómito en 12 de ellos, dificultad respiratoria en 2, uno con asfixia, al que hubo que hacerle la respiración artificial, y un último que murió en medio de contracciones tetánicas; los demás no tuvieron accidente alguno.

La cantidad de anestésico empleado ha llegado en su mayor escala á la cifra de 60 gramos y en la menor á 18; lo que nos da una cifra media de 28 gramos.

La duración de la operación ha tenido como máximum 57 minutos y como mínimum 10 minutos.

PERÍODO DE VUELTA

Los enfermos han vuelto al estado normal á las 6 horas el que demoró más, y el menos á los 4 minutos.

Los accidentes del período de vuelta han consistido en vómitos rebeldes, de los que solamente 6 han sido exceptuados.

La relación del accidente ocurrido en la anestesia con el cloroformo, es la siguiente:

Cornelio Catalán, de 35 años, casado, de San Fernando, carpintero, de hábitos alcohólicos y sin antecedentes personales ni de familia.

Diagnóstico. — Herida de bala en el brazo derecho.

Se comienzan las inhalaciones á las 3.25 minutos, y lo primero que se nota es que el enfermo experimenta tos y rechaza el aparato inhalador Á las 3.30 principia la excitación con delirio agudo, presentándose poco después contracciones musculares enérgicas. Á las 3.32 la excitación se calma y se procede á la investigación de la bala. La respiración, pulso y temperatura fueron los siguientes: 25-80-38°. Pupila contraída. El enfermo está tranquilo; pero á las 3.35 principia el enfermo á respirar mal y contraerse enérgicamente, hasta llegar á la contracción tetánica, representando su cuerpo un verdadero arco. Se suspende la operación y el anestésico, y se procede con toda actividad á practicar la respiración artificial por todos los medios conocidos, sin conseguir volverlo á la vida. Á las 3.50 se constató la muerte.

Á nuestro juicio, el accidente que cargamos á la cuenta del cloroformo, ha sido debido á causas de muy diverso origen: se trataba de un recluta de hábitos alcohólicos y en pésimas condiciones por el cansancio, las emociones consiguientes á su brusco cambio de vida, la mala alimentación, y casi llegamos á creer en una grave infección de su herida por la aparición de fenómenos tetánicos, cuya explicación no es fácil hallar en la acción del anestésico.

Observaciones con cloroformo, previa inyección atropomórfica

En 30 observaciones de anestesia que hemos tenido ocasión de hacer con inhalaciones de cloroformo é inyecciones de atropina y morfina, todas en hombres, hemos apuntado los términos medios siguientes: la edad máxima ha sido de 60 años, la mínima de 18 años y la media de 31 años.

Las inhalaciones han sido bien toleradas en 14 de los casos, y en 16 lo han sido mal: ya unos porque rechazaban el medicamento inhalado; ya otros porque tenían accesos de tos repetidos y dificultad respiratoria.

PERÍODO DE EXCITACIÓN

Las alteraciones de la inteligencia se han manifestado por el delirio en todos los casos; delirio igual al que hemos apuntado al

describir la anestesia por el cloroformo solo. Lo mismo tenemos que decir de la motilidad, salvo que no hemos notado las contracciones tetánicas observadas con el cloroformo.

Los movimientos respiratorios se han mantenido en la cifra de 30 respiraciones por minuto como máximum y de 19 como mínimum.

El pulso ha fluctuado entre 90 y 79 latidos en el mismo tiempo.

La temperatura ha oscilado entre 37°9 y 37°3.

La pupila se ha mantenido dilatada en todos los casos.

En 14 hemos tenido aumento en las secreciones: 7 en la lacrimal y 7 en la salival.

En los restantes no ha habido modificación alguna. Los accidentes de este período han consistido en dificultad respiratoria en 13 casos, y es de notar, desde luego, la ausencia de vómitos, accidente ocurrido con el cloroformo.

La duración máxima del período de excitación ha alcanzado á 23 minutos; la mínima ha descendido á 1, quedando, como término medio de duración, 11 minutos. La cantidad gastada de anestésico en este período ha llegado á 20 gramos como máximum, la mínima á 7; lo que nos da una cantidad media de 12 gramos.

PERÍODO DE DEPRESIÓN

Los enfermos en este período han tenido profundo sueño, á excepción de 7 que han experimentado un delirio ligero. En cuanto á la motilidad, 23 han quedado en resolución completa, y los demás han presentado ligeros movimientos.

La respiración se ha mantenido entre 19 y 16 respiraciones por minuto. El pulso entre 75 y 67 latidos en el mismo tiempo, y la temperatura, de 37° á 37°6.

La pupila contraída en todos los casos.

Las secreciones en 15 casos han sido exageradas; en 4 ha habido sudores; en 6 aumento de la secreción salival; en 5 de la lacrimal y uno tuvo desarrollo exagerado de gases.

Entre los accidentes observados durante la anestesia profunda, hemos notado que 14 solamente no han presentado accidente alguno; 8 han tenido vómitos; 1 tos persistente; 6 han tenido dificultad respiratoria, y los otros 2 restantes, uno espectoró sangre

y el otro tuvo síntomas de asfixia, que sólo cedieron mediante la respiración artificial.

La cantidad total de medicamento usada en estas anestesias, fué de 45 gramos la máxima, de 18 gramos la mínima, quedando 32 gramos como término medio.

La operación que más demoró llegó á 74 minutos, la que menos 4 minutos, dando por duración media de las operaciones 28 minutos.

PERÍODO DE VUELTA

El enfermo que más ha demorado en volver á su estado normal, tardó 10 horas, y el que menos 5 minutos.

Los accidentes de este período han consistido en vómitos que se han presentado en 16 de ellos; uno perdió el apetito y otro tuvo además dolores de estómago. Los otros dos no tuvieron accidente alguno.

Observaciones con el bicloruro de Metileno

Hemos recogido 30 observaciones, las que se ven en uno de los cuadros adjuntos.

Como puede verse, la edad de los individuos ha variado entre los 18 y 70 años. Casi todos han tolerado bien las inhalaciones y sólo en tres casos hubo ligeros accesos de tos.

PERÍODO DE EXCITACIÓN

En 5 casos faltaron por completo los fenómenos de excitación cerebral; en los 25 restantes hubo ligero delirio.

Durante este primer período se observaron en casi todos los individuos (25) algunas contracciones musculares, y en 9 de éstos hubo contracciones tan enérgicas que era difícil sujetar al enfermo.

La respiración fué normal, salvo en los 9 casos ya nombrados, en que la violenta contractura de los músculos torácicos suspendió la respiración por algunos momentos.

El número de respiraciones por minuto ha variado entre 18 y 26. En la mayoría de las observaciones, como puede verse en el cuadro, ha sido apenas acelerada. El pulso regular, lleno, y el nú-

mero de pulsaciones oscilando entre 70 y 80. Estas oscilaciones insignificantes del pulso y de la respiración, depende más bien que del bicloruro de Metileno, del temor que tienen los enfermos en estos momentos. La temperatura, en este primer período, ha sido de 37°5 la mínima y 37°9 la máxima; jamás ha descendido de la normal. La pupila sólo en un caso estuvo contraída, en todos los demás se observa la dilatación pupilar.

Secreciones.— En 3 casos solamente se presentó una hipersecreción lacrimal, en otros 7 ptialismo y en uno sudor abundante.

En este período no hemos tenido ningún accidente, á no ser los vómitos que se observaron en el número 4, la tos violenta que tuvo el número 2 y la hemorragia del número 11 (1).

La duración del período de exitación ha sido de 11 minutos por término medio. En 2 individuos duró 35 minutos, y en el número 6 no hubo fenómeno alguno de excitación.

La cantidad de sustancia empleada para obtener la anestesia, ha sido de 13 gramos, término medio; la menor cantidad usada ha sido de 7 gramos y la mayor 30 gramos.

PERÍODO DE DEPRESIÓN

En el período de anestesia el sueño fué tranquilo, y sólo en 8 individuos se observaron ligeros movimientos en los miembros.

La respiración se mantuvo entre 16 y 20 respiraciones por minuto; el pulso entre 65 y 78, y la temperatura entre 37° y 37°8. Como se ve, en este período la respiración y el pulso sufre un ligero retardo y la temperatura un descenso también insignificante. La pupila contraída, excepto en el número 6 y el número 10, en que se observó la dilatación pupilar durante toda la anestesia.

De las secreciones, la salival ha sido exagerada en dos casos y lo ha sido una vez la sudoral.

Entre los accidentes, uno hemos tenido fatal, el número 11, que murió durante este período.

La duración de la operación ha sido, por término medio, de 19 minutos.

(1) Véase el cuadro respectivo.

La cantidad total de anestésico empleado ha sido de 19 gramos como término medio: máximum 42 gramos, mínimum 8 gramos.

PERÍODO DE VUELTA

Casi todos los enfermos han despertado inmediatamente después de la narcosis; sólo el número 7 demoró 30 minutos en despertar completamente.

Después de la narcosis se observó náuseas en 3 casos con vómitos insignificantes y en otros se observó tos.

Los enfermos se sienten muy bien después de la anestesia por el bicloruro de Metileno.

Creo de alguna importancia hacer una relación detallada del enfermo número 11, que murió durante la narcosis por el bicloruro de Metileno.

José Ignacio Tapia, de 23 años de edad, de Curicó, y cuya ocupación era la de mozo de hotel, de hábitos alcohólicos y sin antecedentes personales ni de familia.

Diagnóstico, Leitiasis.—Se comenzó á las 2.54, y tolera bien el bicloruro de Metileno. Se manifiestan algunos movimientos enérgicos á las 2.54 y medio minutos. Á las 2.55 se nota hipersecreción lacrimal. Se principia á operar á las 2.58.

La respiración, pulso y temperatura fueron respectivamente de 26, 78 y 37°5. La pupila estaba dilatada. En este período hubo hemorragia considerable por la herida durante la operación.

La cantidad de anestésico empleado durante el período de excitación fué de 30 gramos para una duración de 4 y medio minutos. Á las 5.58 cayó en resolución completa. La respiración, pulso y temperatura fueron respectivamente de 16, 70 y 37°3 en este período.

La pupila se contrajo. Se suspendió el bicloruro á las 3.08 porque respira mal el enfermo; se le luxa la mandíbula y se le hacen algunas excitaciones.

La anestesia continúa muy bien y se sigue operando. Se comienza de nuevo la administración del bicloruro á las 3.10 minutos.

Á las 3.20 se presenta de nuevo dificultad para respirar; el pulso se hace cada vez más lento, y la cara se vuelve cianótica. Inmediatamente se suspende la operación y se practica la respiración artificial por todos los medios aconsejados en estos casos

supremos; pero todo fué inútil: no se consiguió ningún resultado favorable; el pulso desapareció por completo y la asfixia fué absoluta. El enfermo muere a las 4.12 minutos.

Se consumieron 42 gramos de bicloruro de Metileno en toda la operación, y ésta duró 30 minutos.

AUTOPSIA

Cerebro. — Anemia.

Corazón. — Cavidades izquierdas con escasa cantidad de sangre; cavidades derechas dilatadas por la sangre.

Pulmón. — Hiperemiado.

La hipertrofia del lado izquierdo de la cara se debía á proliferación del tejido conjuntivo del dermis y del grasoso subcutáneo.

Una serie de circunstancias especiales produjeron, á nuestro parecer, este desgraciado accidente; causas que, si en nada habrían influído aisladas, creemos que en conjunto han entrado por mucho. Así, la necesidad de operar al enfermo medio sentado, la numerosa concurrencia, el haber sido forzoso emplear una gran cantidad de anestésico en el primer momento, la abundante hemorragia en el primer período, son causas que han influído poderosamente, á nuestro juicio, en el síncope mortal que arrebató al enfermo, á pesar del cuidado extremo con que era llevada la operación.

Del estudio de los cuadros que al final pueden verse, resulta que el bicloruro de Metileno es mejor tolerado por los enfermos que las inhalaciones de cloroformo solo y con inyecciones previas atropomórficas.

El período de excitación es menos tumultuoso (hasta el punto de permitir operar en este período) que en el cloroformo; pero un poco más que con las inhalaciones con inyección previa de atropina y morfina.

La motilidad es también menos alterada con el bicloruro que con los otros anestésicos.

Los accidentes del período de excitación son casi nulos en la narcosis por el bicloruro de Metileno, mientras que con frecuencia se nota con el cloroformo y con las inyecciones atropomórficas, dificultades respiratorias hasta producir síntomas asfícticos y además vómitos muy molestos.

La duración del período de excitacion con la anestesia por el

bicloruro es casi tan larga como la producida por el cloroformo. Con las inyecciones es más corta.

La cantidad de anestésico consumido en este período, es menor con el bicloruro que con el cloroformo, pero más que lo consumido con las inyecciones.

En el período de depresión se observa con el bicloruro de Metileno un sueño poco tranquilo, el cual es perturbado por ligeros movimientos durante toda su duración. Aquí también, como con las inhalaciones de cloroformo, se ha notado un accidente mortal, pero mediante circunstancias especiales, como ya lo he dicho más arriba.

Con el cloroformo se han observado accidentes asfícticos, vómitos y uno muerto en contracción tetánica, á pesar de haberse hecho la anestesia con todas las precauciones posibles. Y con las inhalaciones clorofórmicas con inyecciones de atropina y morfina se observan igualmente accidentes asfícticos, vómitos, etc

La cantidad de anestésico consumido en toda la operación, es menor con el bicloruro de Metileno que con los otros anestésicos en estudio.

Con el bicloruro el despertar es muy rápido y á veces tan pronto como se suspende el anestésico.

Además, no quedan los enfermos bajo la influencia del medicamento, ni se observa malestar; tampoco se observa vómitos, ó sólo excepcionalmente.

Con el cloroformo solo ó adicionado de las inyecciones, los enfermos quedan bajo la acción del anestésico días enteros y acompañándose de vómitos tan pertinaces á veces que constituyen una verdadera complicación para el enfermo.

Conclusiones

1.ª El bicloruro de Metileno es mejor tolerado que los otros anestésicos en estudio;

2.ª El bicloruro de Metileno da lugar á una excitación menos tumultuosa que con los otros agentes, de tal manera que se puede operar en este período;

3.ª Con el bicloruro de Metileno no se presentan accidentes en el período de excitación;

4.ª El bicloruro tampoco da lugar á accidentes en el período de depresión;

5.ª La cantidad de bicloruro de Metileno consumido en toda la operación, es menor que la consumida con la anestesia clorofórmica y sus inyecciones;

6.ª El despertar es rápido y á veces tan pronto como se suspende el bicloruro de Metileno;

7.ª Los enfermos no quedan bajo la influencia del bicloruro, ni se produce malestar con este anestésico. No sucede esto con el cloroformo i sus inyecciones;

8.ª No se producen vómitos después de la narcosis por bicloruro de Metileno.

JORGE CÁCERES M

JRO DE

A CLÍNICA

ODO DE VUELTA

Duración de la excitación	Cantidad de anestésico en este período	Inte	Duración de la operación	Despertó	Accidentes
utos	Gramos		linutos		
..	10	Sueño t	37	Á los 4 minutos...	Vomitó 1 vez.
..	15	"	7	" 2 " ...	Nada.
nc	15	"	25	" 1 " ...	"
...	18	"	23	" 1 " ...	"
...	8	"	5	" 1 " ...	Vomitó 1 vez.
..	10	"	10	" 0 " ...	Nada.
... ½	15	"	25	" 30 " ...	"
....	20	"	30	" 2 " ...	"
....	20	"	35	" 10 " ...	"
....	8	"	10	" 3 " ...	Vomitó 4 veces.
....½	30	"	—		
....½	10	"	10	Á los 0 minutos...	Nada.
....	15	"	10	" 0 " ...	"
.....	20	"	70	" 4 " ...	"
.....	10	"	20	" 10 " ...	"
.....	7	"	30	" 2 " ...	"
.....	8	"	6	" 3 " ...	Tos.
.....	12	"	13	" 0 " ...	Nada.
.....	10	"	20	" 0 " ...	"
.....	13	"	20	" 0 " ...	"
.....	10	"	6	" 0 " ...	"
.....	8	"	10	" 0 " ...	"
.....	13	"	27	" 4 " ...	"
.....	12	"	10	" 0 " ...	"
.....	15	"	15	" 0 " ...	"
.....	11	"	12	" 0 " ...	"
.....	13	"	30	" 0 " ...	"
.....	12	"	20	" 0 " ...	"
.....	10	"	15	" 0 " ...	"
.....	12	"	18	" 0 " ...	"

BICLORURO DE METILENO

OBSERVACIONES HECHAS EN LA CLÍNICA DEL PROFESOR BARROS BORGOÑO

PERÍODO DE EXCITACIÓN

Número de observaciones	Nombres	Edad	Sexo	Tolerancia	Diagnóstico	Inteligencia	Motilidad	Respiración	Pulso	Temperatura	Pupila	Secreción	Accidentes	Duración de la excitación	Cantidad de anestésico en este período
		Años												Minutos	Gramos
1	Ángel Custodio Ruz.	28	M.	Bien	Osteo mielitis del húmer[o]	Delirio...	Nada.....	20	80	37°8	Dilatada.	Sudoral y salival...	Nada.....	13	10
2	José S. Bahamondes.	40	"	"	Cáncer del recto.....	" ...	"	19	79	37°6	"	Salival.....	Tos.....	15	15
3	Martín Carrasco.....	33	"	"	Fractura conminuta.....	" ...	Ligeros movimient[o].	18	75	37°5	"	Nada.....	Extravismo externo	18	15
4	Adolfo Maldonado...	35	"	"	Testículo tuberculoso...	" ...	" "	19	77	37°6	"	"	Vómitos.....	35	18
5	Manuel J. Pérez.....	23	"	"	Fractura de la pierna....	" ...	" "	21	78	37°7	"	Salival.....	Nada.....	35	8
6	Tránsito S. Ureta....	42	"	"	Ost. per. del maxilar inf.	Nada....	Nada.....	20	77	37°8	"	Nada.....	"	0	10
7	José Álvarez.....	22	"	"	Fractura de la mano....	Delirio...	"	18	75	37°9	"	"	"	1½	15
8	Juan Arce.....	40	"	"	Absceso hepático.....	" ...	Ligeros movimient[o].	22	78	37°8	"	"	"	21	20
9	Antonio Jiménez.....	25	"	"	Tuberculosis.....	" ...	Contrac. enérgica....	25	77	37°5	"	Lacrimal	"	4	20
10	Bernardino Muñoz...	48	"	"	"	" ...	" ...	23	77	37°9	"	Nada.....	"	1	8
11	José Ignacio Tapia...	23	"	"	Leontiasis.....	" ...	Ligeros movimient[o].	26	78	37°5	"	Lacrimal.	Hemorragia	30	30
12	Tránsito S. Ureta....	42	"	"	Ost. per. del maxilar inf.	Nada....	Nada.....	25	79	37°9	"	Nada.....	Nada.....	13½	10
13	Adolfo Tosis.....	27	"	"	Hemorroides.....	"	Contrac. enérgica. .	26	80	37°6	"	"	"	15	15
14	Antonio Bravo.....	24	"	"	Hernia inguinal.....	"	" "	22	79	37°9	"	Salival.....	"	25	20
15	Fermín Negrete.....	52	"	"	Fístula del recto.....	"	" "	20	74	37°7	"	"	"	8	10
16	Jerónimo Sepúlveda.	29	"	Mal	Aneurisma femoral.....	Delirio...	" "	25	79	37°	"	"	"	5	7
17	Pablo Muñoz.....	41	"	Bien	Absceso hepático.....	" ...	" "	20	70	37°	Contraíd[a]	"	"	10	8
18	José L. Vergara.....	18	"	Mal	Tuberculosis.....	" ...	" "	24	75	37°5	Dilatada.	Lacrimal.	"	7	12
19	Tránsito S. Ureta....	42	"	Bien	Ost. per. del maxilar inf.	" ...	" "	23	76	37°8	"	Nada.....	"	11	10
20	José del C. Rojas....	70	"	"	Absceso del tórax.....	" ...	" "	21	76	37°8	"	"	"	12	13
21	Cornelio Canales.....	48	"	Mal	Cuerpo extraño.....	" ...	" "	23	77	37°7	"	"	"	6	10
22	José del C. Torres....	28	"	Bien	Absceso de la nalga.....	" ...	" "	20	78	37°1	"	"	"	8	8
23	F. R. Maldonado.....	34	"	"	Epitelioma del labio inf.	" ...	" "	22	80	37°5	"	"	"	10	13
24	Juan Pozo.....	23	"	"	Tuberculosis.....	" ...	" "	21	79	37°7	"	"	"	8	12
25	José Olguín.....	20	"	"	"	" ...	" "	23	75	37°6	"	"	"	10	15
26	Manuel E. Naranjo....	18	"	"	Osteitis.....	" ...	" "	22	78	37°7	"	"	"	9	11
27	Manuel Hernández...	33	"	"	Epitelioma del pene....	" ...	" "	20	77	37°	"	"	"	15	13
28	Serafín Benavides....	48	"	"	Úlcera crónica.....	" ...	" "	21	76	37°3	"	"	"	12	12
29	Encarnación Uribe...	40	"	"	Osteitis.....	" ...	" "	24	77	37°5	"	"	"	8	10
30	Juan Castro.....	60	"	"	Cáncer del hígado.....	" ...	" "	20	75	37°				9	12

PERÍOD

Inteligencia	Motilidad
Sueño tranquilo....	Resol. completa..
" " ...	" incompleta
" " ...	" completa..
" " ...	" "
" " ...	" incompleta
" " ...	" completa...
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	Ligeros movimient[o].
" " ...	"
" " ...	Resol. completa....
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" "
" " ...	" incompleta.
" " ...	" "
" " ...	" "

BICLORURO DE METILENO

AS EN LA CLÍNICA DEL PROFESOR BARROS BORGOÑO

PERÍODO DE DEPRESIÓN

Accidentes	Duración de la excitación	Cantidad de anestésico en este período	Inteligencia	Motilidad	Respiración	Pulso	Temperatura	Pupila	Secreción	Accidentes	Anestésico consumido en toda la operación
	Minutos	Gramos									Gramos
Nada.....	13	10	Sueño tranquilo....	Resol. completa..	18	73	37°5	Contraída...	Nada.....	Nada.....	20
Tos.....	15	15	" " ...	" " ...	17	69	37°	" ...	Salival.....	"	22
Extravismo externo	18	15	" " ...	" incompleta.	17	67	37°3	" ...	Sudoral...	"	23
Vómitos.....	35	18	" " ...	" completa...	18	69	37°8	" ...	Nada.....	"	28
Nada.....	35	8	" " ...	" " ...	17	69	37°	" ...	"	"	12
"	0	10	" " ...	" " ...	18	70	37°5	Dilatada	"	"	20
"	1½	15	" " ...	" incompleta.	17	68	37°3	Contraída...	"	"	18
"	21	20	" " ...	" completa...	18	70	37°6	" ...	"	"	28
"	4	20	" " ...	" " ...	19	71	37°7	" ...	"	"	30
"	1	8	" " ...	" " ...	18	72	37°5	Dilatada....	"	"	13
Hemorragia	4½	30	" " ...	Ligeros movimient[o].	16	70	37°3	Contraída...	"	Murió	42
Nada.....	13½	10	" " ...	" "	17	68	37°2	" ...	"	Nada.....	12
"	15	15	" " ...	" "	18	78	37°	" ...	"	"	15
"	25	20	" " ...	Resol. completa....	20	70	37°5	Dilatada....	"	"	40
"	8	10	" " ...	" " ...	17	65	37°	Contraída...	"	"	16
"	5	7	" " ...	" " ...	16	68	37°3	" ...	Salival.....	"	20
"	10	8	" " ...	" " ...	17	69	37°2	" ...	Nada.....	"	8
"	7	12	" " ...	" " ...	18	70	37°4	" ...	"	"	15
"	11	10	" " ...	" " ...	17	70	37°	" ...	"	"	15
"	12	13	" " ...	" " ...	18	70	37°4	" ...	"	"	16
"	6	10	" " ...	" " ...	17	70	37°5	" ...	"	"	10
"	8	8	" " ...	" " ...	17	69	37°5	" ...	"	"	16
"	10	13	" " ...	" " ...	19	69	37°4	" ...	"	"	28
"	8	12	" " ...	" " ...	17	70	37°	" ...	"	"	15
"	10	15	" " ...	" " ...	18	70	37°3	" ...	"	"	18
"	9	11	" " ...	" " ...	19	68	37°2	" ...	"	"	22
"	15	13	" " ...	" " ...	17	69	37°	" ...	"	"	17
"	12	12	" " ...	" incompleta.	18	68	37°4	" ...	"	"	13
"	8	10	" " ...	" "	16	68	37°	" ...	"	"	20
"	9	12	" " ...	" "	19	70	37°3	" ...	"	"	19

PERÍODO DE VUELTA

Operación	Duración de la operación	Despertó	Acidentes
	Minutos		
Amputación.....	37	A los 4 minutos...	Vomitó 1 vez.
Examen.....	7	" 2 " ...	Nada.
Amputación.....	25	" 1 " ...	"
Castración.....	23	" 1 " ...	"
Reducción de fractura...	5	" 1 " ...	Vomitó 1 vez.
Raspaje.....	10	" 0 " ...	Nada.
Desarticulación.....	25	" 30 " ...	"
Abertura de absceso...	30	" 2 " ...	"
Estracción de secuestro.	35	" 10 " ...	"
Operación de fístula	10	" 3 " ...	Vomitó 4 veces.
Extirpación de tumor. ...	—	—	—
Raspaje.....	10	A los 0 minutos...	Nada.
Extirpación de hemorr...	10	" 0 " ...	"
Operación de hernia....	70	" 4 " ...	"
" fístula.....	20	" 10 " ...	"
Ligadura de la ilíaca	30	" 2 " ...	"
Abertura de absceso.....	6	" 3 " ...	Tos.
Raspaje.....	13	" 0 " ...	Nada.
"	20	" 0 " ...	"
Abertura de absceso.....	20	" 0 " ...	"
Extrac. de cuerp. extrañ.	6	" 0 " ...	"
Abertura de absceso.....	10	" 0 " ...	"
Extirpación de tumor....	27	" 4 " ...	"
Raspaje.....	10	" 0 " ...	"
"	15	" 0 " ...	"
"	12	" 0 " ...	"
Amputación del pene....	30	" 0 " ...	"
Injerto de Tierch.....	20	" 0 " ...	"
Raspaje.....	15	" 0 " ...	"
Examen.....	18	" 0 " ...	"

CLOROFORMO CON INYECCIONES PREVIAS ES PREVIAS ATROPOMÓRFICAS

OBSERVACIONES HECHAS EN LA CLÍNICA DEL PROFESO ICA DEL PROFESOR BARROS BORGOÑO

PERÍODO DE EXCITACIÓN

Números de observaciones	Nombres	Edad	Sexo	Tolerancia	Diagnóstico	Inteligencia	Motilidad	Respiración	Pulso	Temperatura	Pupila	Secreción	Accidentes	Duración de la excitación	Cantidad de anestésico en este período
		Años												Minutos	Gramos
1	Luis Vergara	18	M.	Bien	Tuberculosis	Delirio	Contrac. enérgica	23	85	37°9	Dilatada	Lacrimal	Dificultad para resp.	4	8
2	Escolástico Torres	49	"	"	Estrechez uretral	"	Nada	20	80	37°6	"	Nada	Nada	5	10
3	Bernardino Muñoz	48	"	Mal	Fístula del recto	"	"	21	80	37°5	"	Salival	"	6	8
4	Evaristo Mella	30	"	Bien	Osteo periostitis	"	"	19	82	37°6	"	"	Dificultad para resp.	5	10
5	Juan M. Ibáñez	60	"	Mal	Epitelioma del labio inf.	"	Ligeros movimient°.	20	80	37°8	"	Nada	" "	3	12
6	José Vargas	50	"	Bien	Hernia	"	Contrac. enérgica	25	85	37°9	"	"	Nada	3	20
7	Jorge Zapata	18	"	Mal	Rigidez articular	"	" "	28	90	37°7	"	"	"	8	15
8	José M. Álvarez	38	"	Bien	Empiema	"	Ligeros movimient°.	24	87	37°8	"	Lacrimal	"	2	15
9	Belisario Miranda	27	"	"	Hernia	"	" "	20	80	37°5	"	"	"	10	15
10	Adolfo Maldonado	35	"	"	Tuberculosis	"	" "	21	79	37°3	"	Nada	"	12	20
11	Pedro José Roco	53	"	Mal	"	"	" "	28	86	37°7	"	"	"	1	12
12	José T. Tapia	23	"	"	Tumor de la región tem.	"	" "	30	80	37°5	"	"	Dificultad para resp.	4	15
13	Santiago Quirós	20	"	"	Infarto ganglionar	"	Contrac. enérgica	25	83	37°9	"	"	" "	10	20
14	José S. Vargas	30	"	"	Tuberculosis	"	" "	20	80	37°6	"	Lacrimal	Nada	8	15
15	Luis Jara	28	"	"	Osteo mielitis	"	" "	21	81	37°7	"	"	"	10	12
16	Vicente Ruiz	25	"	"	Fractura conminuta	"	" "	29	80	37°8	"	"	"	15	7
17	Juan Rojas	20	"	"	Hemorroides	"	" "	28	85	37°9	"	"	"	20	12
18	Atanasio Quirós	45	"	Bien	Epitelioma del labio inf.	"	" "	22	80	37°8	"	Salival	"	8	8
19	Víctor Gutiérrez	38	"	"	Osteitis	"	Ligeros movimient°.	21	87	37°7	"	"	"	12	11
20	Manuel Chaparro	27	"	"	Herida á bala	"	" "	23	86	37°5	"	"	"	10	7
21	Julio Ramírez	20	"	"	Tuberculosis	"	" "	20	85	37°7	"	"	"	18	14
22	Darío Carrasco	19	"	"	"	"	Contrac. enérgica	26	80	37°8	"	Nada	Dificultad para resp.	16	10
23	Alberto Aguilera	28	"	"	Cálculos vesicales	"	Ligeros movimient°.	25	80	37°9	"	"	"	15	9
24	Luis Sanz	33	"	"	Tuberculosis	"	" "	24	88	37°8	"	"	"	20	18
25	Álvaro Peña	30	"	Mal	Hemorroides	"	" "	23	82	37°7	"	"	"	22	20
26	Santos Lira	28	"	"	Absceso hepático	"	" "	22	80	37°5	"	"	"	23	14
27	Francisco Soto	29	"	"	" del muslo	"	Contrac. enérgica	26	79	37°9	"	"	"	10	18
28	Nonato Núñez	23	"	"	Tuberculosis	"	" "	27	79	37°6	"	"	Nada	13	9
29	Nicolás Miranda	22	"	"	"	"	" "	25	80	37°5	"	"	Dificultad para resp.	18	10
30	Agustín Arriagada	26	"	"	"	"	" "	26	79	37°7	"	Salival	" "	17	8

PERÍODO

Inteligencia	Motilidad
Sueño tranquilo	Resol. completa
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" intranquilo.	" "
" "	" completa
" "	" "
" tranquilo	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "
" intranquilo.	" incompleta.
" "	" "
" "	" completa
" tranquilo	" "
" "	" "
" "	" "
" "	" "

PERÍODO DE DEPRESIÓN

Inteligencia	Motilidad	Respiración	Pulso	Temperatura	Pupila	Secreción	Accidentes	Anestésico consumido en toda la operación
								Gramos
ueño tranquilo	Resol. completa	17	09	37°4	Contraída	Nada	Nada	25
" "	" "	18	67	37°5	"	"	Sint°. asfícticos	45
" "	" "	16	67	37°2	"	Salival	Dif. para respirar.	30
" "	" "	17	68	37°3	"	"	Tos	40
" "	" "	18	70	37°6	"	Lacrinal	Nada	40
" "	" incompleta.	16	68	37°2	"	"	"	35
" "	" "	18	72	37°5	"	Nada	"	40
" "	" "	17	73	37°2	"	Sudoral	Vomts. y hemopt.	30
" intranquilo.	" "	19	70	37°5	"	"	" "	35
" "	" completa	18	75	37°6	"	Gases	" "	35
" "	" "	16	68	37°4	"	Nada	" "	25
" tranquilo	" "	17	69	37°	"	Sudoral	" "	25
" "	" "	18	72	37°	"	"	Nada	30
" "	" "	17	70	37°	"	Salival	"	20
" "	" "	16	69	37°3	"	"	"	18
" "	" "	17	68	37°1	"	"	"	30
" "	" "	16	69	37°4	"	Lacrinal	"	35
" "	" "	17	68	37°	"	"	Vómitos	23
" "	" "	18	69	37°4	"	Nada	"	25
" "	" "	17	68	37°	"	"	"	30
" "	" "	18	69	37°	"	"	Dif. para respirar	40
" "	" "	16	70	37°5	"	"	" "	28
" intranquilo.	" incompleta.	17	70	37°4	"	"	" "	35
" "	" "	16	70	37°	"	"	" "	40
" "	" "	19	67	37°3	"	"	"	42
" "	" completa	17	70	37°	"	"	Nada	27
" tranquilo	" "	16	68	37°4	"	"	"	40
" "	" "	18	70	37°5	"	"	"	38
" "	" "	19	68	37°3	"	Salival	"	29
" "	" "	17	70	37°	"	Nada	"	30

PERÍODO DE VUELTA

Operación	Duración de la operación	Despertó	Accidentes
	Minutos		
Raspaje	16	Á la ½ hora	Vomitó durante 2 días.
Uretrotomía interna	4	" " "	Nada.
Abertura de fístula	16	" 1 "	Vomitó durante 1½ día.
Raspaje	17	" 1½ "	" " 2 días.
Extirpación de tumor	20	" 2 "	Perdió apetito.
Operación de hernia	60	" 3 "	" " y dol. d°estóm.
Vencer una rigidez	2	" 6 "	Vomitó durante ½ día.
Resección de costilla	25	" 2 "	" " 2 días.
Operación de hernia	74	" 1 "	" " 2 "
Castración	26	" 1½ "	" " 1½ día.
Raspaje	4	" ½ "	Nada.
Extirpación de tumor	52	" 3 "	Vomitó durante 2 días.
" de ganglio	29	Á los 25 minutos	" " "
Raspaje	25	Á las 4 horas	" " 1
"	30	" 6 "	" " ½
Amputación	50	" 10 "	Nada
Extirpación de hemorr	20	" 2 "	"
" de tumor	35	Á los 35 minutos	"
Raspaje	20	" 38 "	"
Extracción de bala	40	" 5 "	Vomitó durante 8 horas.
Raspaje	25	" 40 "	Nada.
"	28	" 10 "	Vomitó durante 4 horas.
Exploración vesical	25	Á las 2 horas	" " ½ día.
Raspaje	20	Á la 1 hora	" " 1 "
Extirpación de hemorr	30	" 7 "	" " ½ "
Abertura de absceso	35	" 1 "	Nada.
" "	30	" 3 "	"
Raspaje	25	Á los 20 minutos	"
"	29	" 15 "	"
"	30	" 10 "	"

CLOROFORMLOROFORMO

OBSERVACIONES EN LA CLÍNICA DEL PROFESOR E EN LA CLÍNICA DEL PROFESOR BARROS BORGOÑO

PERÍODO DE EXCITACIÓN

Número de observaciones	Nombres	Edad	Sexo	Tolerancia	Diagnóstico	Inteligencia	Motilidad	Respiración	Pulso	Temperatura	Pupila	Secreción	Accidentes	Duración de la excitación	Cantidad de anestésico en este período
		Años												Minutos	Gramos
1	Armando Flores	12	M.	Bien	Tuberculosis	Delirio	Contrac. muscular.	25	80	38°	Dilatada.	Nada.	Dificultad para resp.	2	8
2	Pedro Aguirre	22	"	"	Fractura del cráneo	"	"	23	78	37°8	"	Expectr. abundante	Nada	10	15
3	Leonor Donoso	40	F.	Mal	Tumor ovárico	"	enérgica	24	79	37°7	"	Nada.	"	15	25
4	Rosario Guzmán	25	"	Bien	Embarazo extra-uterino.	"	Nada	26	85	38°	"	"	Dificultad para resp.	10	20
5	Amelia Cabrera	28	"	"	Quiste ovárico	"	"	23	84	37°5	"	"	Nada	20	30
6	Elena Cavieres	40	"	Mal	Cistitis	"	Contrac. enérgica	20	80	37°9	"	"	Dificultad para resp.	15	20
7	Agustina Muñoz	50	"	Bien	Prolapso vaginal	"	"	20	79	37°8	"	"	Dif. resp. y vómitos.	12	40
8	Salustiana Lagos	50	"	Mal	Cáncer uterino	"	"	22	78	38°1	"	"	"	15	40
9	Demetria Hernández	39	"	Bien	Pólipo uterino	"	"	25	82	38°3	"	"	Vómitos	20	35
10	Ignacia Pizarro	50	"	Mal	Cáncer uterino	"	"	21	80	37°7	"	"	Nada	30	35
11	Pedro Catalán	20	M.	"	Úlcera crónica	"	"	23	85	37°8	"	"	Escalofríos	10	25
12	Carmen Caviedes	50	F.	Bien	Tumor ovárico	Nada	"	22	80	38°1	"	"	Nada	8	15
13	Marcolín Núñez	20	M.	"	Fístula ilíaca	Delirio	"	19	75	37°6	"	"	"	20	18
14	Encarnación Muñoz	52	F.	Mal	Tumor de la uretra	Nada	Ligeros movimient.	19	79	37°9	"	"	Vómitos	12	15
15	Domitila Cáceres	26	"	"	Fibromioma uterino	"	"	25	80	38°	"	"	Nada	8	12
16	Concepción Cristi	43	"	Bien	Tumor uretral	"	"	24	79	38°3	"	"	Vómitos	11	15
17	Rosario Rodríguez	38	"	"	Quiste ovárico	"	"	27	78	37°9	"	"	Dif. respiratoria	0	15
18	Virginia Alfaro	32	"	Mal	Cáncer uterino	Delirio	"	24	77	38°2	"	"	"	9	25
19	Mercedes Alegría	25	"	"	Endometritis	"	"	25	79	38°5	"	"	" resp. y vómitos.	18	7
20	Cornelio Catalán	35	M.	"	Herida de bala	"	Contrac. tetánica	25	80	38°	"	"	Dificult. respirator.	10	15
21	Juan Tapia	22	"	"	Tuberculosis	"	Ligeros movimient.	23	78	37°8	"	Expectl. abundante	Nada	10	8
22	Rosario Contreras	29	"	"	Fractura conminuta	"	Contrac. enérgica.	22	77	37°7	"	Nada.	"	12	10
23	Juan Carrasco	30	"	"	Tuberculosis	"	Ligeros movimient.	21	78	37°5	"	"	Dif. respiratoria	15	18
24	Benito García	40	"	"	Úlcera crónica	"	"	20	79	37°	"	"	Nada	17	20
25	Dolores Silva	25	F.	"	Endometritis	"	Contrac. enérgica	24	78	37°9	"	"	"	16	15
26	Juana Manzor	20	"	"	Tumor abdominal	"	"	20	77	37°6	"	"	"	30	25
27	Petronila Muñoz	25	"	"	Tuberculosis	"	"	19	78	37°8	"	"	" incompleta	18	10
28	Josefa Jara	30	"	"	Embarazo extra-uterino	"	"	21	79	37°9	"	"	Dif. respiratoria	15	10
29	Ignacia Toro	33	"	"	Endometritis	Nada	Ligeros movimient.	20	78	37°8	"	"	"	20	10
30	Juan Soto	38	M.	"	Tuberculosis	Delirio	Contrac. enérgica	19	78	37°7	"	"	"	13	10

PERÍOD

Inteligencia	Motilidad	Accidentes	Duración de la excitación	Cantidad de anestésico en este período
			Minutos	Gramos
Sueño	intranquilo	Resol. incomplet	Dificultad para resp.	2	8
"	"	"	nte Nada	10	15
"	"	completa	"	15	25
"	tranquilo	"	Dificultad para resp.	10	20
"	intranquilo	"	Nada	20	30
"	tranquilo	"	Dificultad para resp.	15	20
"	"	"	Dif. resp. y vómitos.	12	40
"	intranquilo	"	"	15	40
"	"	"	Vómitos	20	35
"	"	"	Nada	30	35
"	tranquilo	"	Escalofríos	10	25
"	"	"	Nada	8	15
"	intranquilo	"	"	20	18
"	tranquilo	"	Vómitos	12	15
"	"	"	Nada	8	12
"	"	"	Vómitos	11	15
"	"	"	Dif. respiratoria	0	15
"	"	"	"	9	25
"	"	"	" resp. y vómitos.	7	18
"	intranquilo	Contrac. tetánica	Dificult. respirator.	10	15
"	tranquilo	Resol. completa	nte Nada	10	8
"	"	"	"	12	10
"	intranquilo	"	Dif. respiratoria	15	18
"	tranquilo	"	Nada	17	20
"	"	"	"	16	15
"	"	"	"	30	25
"	"	"	incompleta	18	10
"	"	"	"	15	10
"	"	"	Dif. respiratoria	20	15
"	"	"	"	13	10
"	"	"	"	10	14

PERÍODO DE DEPRESIÓN

Inteligencia	Motilidad	Respiración	Pulso	Temperatura	Pupila	Secreción	Accidentes	Anestésico consumido en toda la operación
								Gramos
Sueño	intranquilo	Resol. incompleta	14	70	37°4	Contraída	Salival.	Vómitos	25
"	"	"	17	68	37°3	"	Nada	Nada	20
"	"	completa	16	67	37°3	"	Bronquial.	"	30
"	tranquilo	"	15	68	37°3	"	Nada	"	20
"	intranquilo	"	17	67	37°3	"	"	Vómitos	30
"	tranquilo	"	17	68	37°3	Dilatada	"	"	20
"	"	"	17	67	37°8	Contraída	"	"	60
"	intranquilo	"	17	69	37°3	"	"	Nada	60
"	"	"	18	68	37°	"	"	"	40
"	"	"	18	69	37°3	"	"	Vómitos	40
"	tranquilo	"	17	67	37°4	"	"	"	30
"	"	"	16	65	37°3	"	"	"	20
"	intranquilo	"	18	68	37°4	"	"	"	25
"	tranquilo	"	17	69	37°3	"	"	Nada	20
"	"	"	17	69	37°3	"	"	Vómitos	20
"	"	"	18	67	37°5	"	"	Nada	20
"	"	"	17	68	37°4	"	"	"	25
"	"	"	18	68	37°	"	"	"	40
"	"	"	19	69	37°5	"	"	"	35
"	intranquilo	Contrac. tetánica	14	70	37°	"	"	Murió	
"	tranquilo	Resol. completa	17	68	37°3	"	"	Nada	20
"	"	"	16	70	37°	"	"	Vómitos	19
"	intranquilo	"	19	70	37°8	"	"	Nada	25
"	tranquilo	"	16	68	37°	"	"	Vómitos	35
"	"	"	17	69	37°2	"	"	Dif. respiratoria	40
"	"	"	16	70	37°1	"	"	Sint. asfícticos	40
"	"	incompleta	17	69	37°2	"	Salival.	Nada	18
"	"	"	14	68	37°	"	"	"	20
"	"	completa	18	70	37°	"	"	Dif. respiratoria	25
"	intranquilo	"	17	70	37°5	"	Nada	Vómitos	35

PERÍODO DE VUELTA

Operación	Duración de la operación	Despertó	Accidentes
	Minutos		
Raspaje	20	Á los 40 minutos	Vómito durante 2 días.
Estracción de esquirlas	17	" 35 "	" " 1 día.
Examen de tumor	10	" 60 "	" " 3 "
Laparotomía	20	Á las 2 horas	" " 2 horas.
Examen	15	" 3 "	" " 1 "
Exploración vesical	10	" 2 "	" " 2 días
Corporrafia posterior	51	" 1 "	" " 1½ "
Extirpacion de tumor	45	" 4 "	" " 1 "
" de un pólipo	38	" 3 "	" " 2 "
" del útero	45	" 6 "	" " 4 "
Injerto de Tiersch	12	" 2 "	" " 4 "
Examen	10	" 4 "	No vomitó.
"	10	Á los 30 minutos	" "
"	10	" 20 "	Vomitó durante 1 día.
"	10	" 40 "	" " 12 horas
Extirpacion de tumor	12	" 30 "	" " 2 "
Examen	10	" 25 "	" " 8 "
"	57	Á las 6 horas	" " 2 días.
Raspaje	17	Á los 30 minutos	" " 1 día.
Extracción de bala			
Raspaje	17	" 35 "	" " 1 "
Amputación	30	" 14 "	" " ½ "
Raspaje	28	" 37 "	" " 14 horas.
Injerto de Tiersch	30	" 4 "	No vomitó.
Raspaje	45	" 10 "	Vomitó durante 2 horas.
Examen	25	Á las 2 horas	" " 10 "
Raspaje	20	Á los 30 minutos	No vomitó.
Examen	18	" 10 "	" "
Raspaje	30	" 20 "	" "
"	17	Á la 1 hora	Vomitó durante 1 hora.

UN CASO DE HIPNOTISMO EN EL PARTO

N. N., de 20 años, sin antecedentes morbosos, sufre desde 1890 de anemia (clorosis) y, á pesar de haber observado un tratamiento que hemos creído muy á propósito, esta enfermedad se ha mantenido casi estacionaria después de haber alcanzado algún desarrollo, pues nuestra enferma padece continuamente ataques de histeria que toman las más variadas formas: ya se presentan por el recuerdo de su familia á quien ha abandonado, manifestándose por convulsiones tónicas y clónicas y por verdaderos accesos de desesperación en que maldice á sus padres y á ella misma, terminándose por llantos prolongados; ya se producen por decepciones ó disgustos con el objeto de su amor, y entonces la forma del ataque es francamente libidinosa, terminándose, después de una locuacidad sorprendente, por manifestaciones lúbricas en que predominan los movimientos de la pelvis. En este momento el cuadro que se observa es bastante singular, si se toma en cuenta el carácter tranquilo y apacible de la enferma.

Además, se notan irregularidades en su menstruación (amenorrea, dismenorrea), como asimismo en las funciones digestivas (anorexia, extreñimiento.)

Se comprenderá por lo expuesto que la anemia de que hemos hecho mérito ha dejado huellas difíciles de borrar.

En este estado concibe. Su embarazo llega á término después de mil vicisitudes, que no mencionamos por no encontrarlas de importancia y por ser en estas enfermas muy frecuentes y semejantes.

Debíamos asistir el parto. Examinamos con detenimiento á la enferma y nos convencimos de que el feto se presentaba de vér-

tice, en posición o. i. i. a. y, por consiguiente, tomando en cuenta las dimensiones normales de la pelvis, el alumbramiento sería fácil.

La paciente está sobresaltada y muy nerviosa. Un temor la aflige: cree que se morirá: que este es un castigo por sus faltas. Nos suplica que, para morir tranquila y sin dolores, le apliquemos cloroformo; á lo que accedemos después de alguna resistencia de nuestra parte.

Para el efecto, preparamos á su presencia los aparatos necesarios, y, atentos á los progresos del parto, que avanza con cierta rapidez, le anunciamos, cuando la cabeza del feto se encontraba en la excavación pelviana, que vamos á aplicarle el cloroformo; le acercamos inmediatamente á la cara la mascarilla empapada, no en cloroformo, sino en espíritu de vino común, y le decimos en voz alta y con energía, para pausada y reposadamente: «Aspire el cloroformo. Cierre los ojos. Duérmase.»

Súbitamente, sin proferir una palabra, haciendo sólo algunas manifestaciones de aquiescencia y tras ligeros movimientos convulsivos de los brazos, la enferma se queda en breves instantes profundamente dormida.

Mientras tanto las contracciones uterinas continúan su marcha, y el parto se termina con toda felicidad. Una vez arrojada la placenta, despertamos á la enferma, que se encontraba fatigada y sin darse cuenta de lo que le pasaba en el primer momento.

Este es uno de los casos en que se comprueba la influencia moral que ejerce el médico respecto de sus pacientes, y que puede aprovecharse cuando las condiciones del enfermo lo permitan, ó no sea posible aplicarle el cloroformo.

Invitamos, pues, á nuestros colegas á ensayar este engañoso procedimiento de anestesia en los casos semejantes al que hemos contemplado y que se presentan con cierta frecuencia.

DR. LUIS UGARTE VALENZUELA

Santiago, agosto del 93.

CORRESPONDENCIA EUROPEA

DIFERENCIAS QUÍMICAS ENTRE LA LECHE DE MUJER Y LA DE VACA Y MANERA DE IGUALARLAS (1)

POR EL PROFESOR, DOCTOR F. SOXHLET

(TRADUCCIÓN)

En mi comunicación sobre «un procedimiento mejorado para la esterilización de la leche» (2) he manifestado que con la esterilización no se ha hecho todo lo que es necesario para dar á la leche de vaca los caracteres que posee el alimento natural del niño, la leche materna. Aun cuando se logre suprimir las diferencias principales, siempre restan cualidades *químicas* que también, en lo posible, es necesario tratar de quitar.

Las principales diferencias de este último orden son las siguientes:

1) Diferente coagulación de la caseina de la leche de mujer y de vaca.

2) Diverso contenido en sales.

3) Diferencia respecto al contenido absoluto en sustancias químicas y á las proporciones relativas de algunas de las sustancias entre sí.

(1) Comunicación hecha en la Sociedad de Médicos de München el 11 de enero de 1893.

(2) Münchnermed. Wochenschrift, 1891, números 19 y 20.

Á la primera de las diferencias indicadas se ha atribuído hasta hoy gran importancia práctica, porque la menor digestibilidad de la caseina de la leche de vaca se ha relacionado á su manera de cuajarse. La leche de vaca se cuaja, por la agregación de ácidos ó de cuajo, en compactos cuágulos, como la leche de mujer. En la alimentación de los niños, como sólo ahora lo sabemos positivamente, debe considerarse únicamente la coagulación de la leche por el cuajo, proceso que difiere del obtenido por la sola acción de los ácidos. Así los experimentos hechos con ácido clorhídrico o clorhidropéptico no tienen significación alguna respecto á los procesos químicos que se verifican en la alimentación del niño.

Las diferencias de coagulación de las caseinas de mujer y de vaca, por sí solas, no bastan para dar lugar á creer en diferencias químicas, es decir, en especies distintas. La dureza y densidad de los coágulos de caseina formados por el cuajo del estómago depende esencialmente de las condiciones siguientes:

a) De la concentración de la solución de caseina,

b) Del contenido en sales calcáreas solubles y

c) De la acidez de la solución.

En la leche de vaca estos tres factores obran de una manera marcadamente desfavorable respecto á la coagulación. La leche de vaca tiene casi el doble de caseina, seis veces tanta cal y más ó menos, tres veces más acidez que la leche de mujer (3). No es extraño que aquí se forme un coágulo apretado, como cuero, mientras que en el otro caso, la coagulación se hace en forma de copos finos y esponjosos. Por la agregación de agua y neutralización, puede la leche de vaca coagular como la de mujer; una igualdad absoluta no se puede alcanzar porque no hay posibilidad de disminuir las sales de cal. La dilución aislada suministra desde luego un buen medio para procurarse esta igualdad, método practicado hace ya bastante tiempo y con éxito. La agregación de alcalí, hasta obtener la acidez de la leche de mujer, sería un medio de mucha importancia. Desgraciadamente, leche de vaca así neutralizada no se deja esterilizar sin experimentar cambios muy profundos: el azúcar de leche es destruido y ésta toma un color moreno oscuro y adquiere sabor á quemado. Por lo demás iguales alteraciones presenta por la esterilización y aun sin agregación de sustancia extraña alguna, la leche de mujer.

(3) La leche de mujer reacciona alcalino solamente con el papel de tornasol y no con la solución de Phenolphtalein y contiene por lo tanto, como la leche de vaca, fosfatos ácidos, pero solamente una tercera parte de la cantidad de esta última.

Si se quiere neutralizar la leche de vaca debe hacerse, pues, después de la esterilización y agregando á cada 100 gramos de leche (sin tomar en cuenta la dilución) 0,1 de bicarbonato de soda. En los casos en que se observe una coagulación en grumos densos se puede pensar ya en que el estómago secreta más cantidad de ácidos, ya en que este órgano separa más sales de cal; entonces puede ser útil corregir la acidez: sin motivos forzosos, no debe, sin embargo, intervenirse, pues toda complicación aumenta los peligros de infecciones.

Mientras más agua se agregue á la leche tanto más pequeños y delineados serán los grumos ó coágulos. Pero, la adición de agua tiene sus límites. Si se agrega mucha agua, el volumen total se hace considerable y proporcionalmente disminuye la cantidad de sustancias alimenticias: en estas condiciones, el objeto que se persigue en definitiva, el aumento de peso del niño, no se consigue. Un mayor consumo de agua aumenta la desagregación de las albuminas y el desdoblamiento de las grasas, circunstancias que contribuyen á disminuir el peso del niño. Además la secreción de orina aumenta y esto inquieta al niño y altera su salud. El inconveniente principal de una dilusión demasiado fuerte consiste en la escasa cantidad de sustancias alimenticias administradas. El siguiente cálculo prueba esta afirmación: si un niño de 8 á 9 semanas consume diariamente segun *E. Pfeiffer* (1) 900 gramos de leche materna y que un niño alimentado artificialmente recibe esta misma cantidad de una mezcla de 1 parte de leche por 3 partes de agua, el primero consume 20.6 gramos de albumina mientras que el segundo sólo 8.0 gramos. Tomando en considera-

(1) Jahrbuch für Kinderheilkunde 20, 1883. Las cantidades de leche materna que el niño toma, término medio, diariamente son:

Durante el	1.er	mes.	338 gramos
»	2.°	»	806 »
»	3.°	»	911 »
»	4.°	»	972 »
»	5.°	»	996 »
»	6.°	»	1023 »
»	7.°	»	1051 »

ción la cantidad total de sustancias alimenticias, el primero recibirá 113 gramos y el segundo 29 gramos. Considerando, pues, sólo la albumina, los 900 gramos de leche artificial corresponden á 350 gramos de leche materna; haciendo el mismo cálculo con referencia á la cantidad total de sustancias alimenticias los referidos 900 gramos equivalen solamente á 230 gramos de leche materna. Así, un niño debería tomar de leche artificial, mirando sólo la albumina, 2,250 gramos y considerando el conjunto de sustancias, 3,600 gramos en lugar de los 900 gramos de leche materna! Esta desproporción es realmente muy notable y las mismas pobres víctimas lo expresan demasiado claro. Por más que el agua se esterilice, jamás llegará á convertirse en leche materna; aumentará el número de pañales húmedos pero no el peso del cuerpo.

La leche cocida coagula por la acción del cuajo en grumos muy finos, pero para ello requiere gran cantidad de fermento. Mientras más dure la cocción, mientras más alto grado alcance la temperatura, tanto más notable será este fenómeno. Pero sería erroneo querer deducir de esto que la leche cocida ó esterilizada tiene una digestibilidad más facil ó bien querer asegurar lo contrario, como lo ha hecho el químico americano *Leeds* (1), porque la leche cocida es regenerada en el estómago, con respecto á la acción del cuajo, en leche no cocida. Por la cocción se hacen insolubles sales calcáreas solubles que son necesarias para la acción del cuajo; por agregación de una cantidad minimal de ácido ó más probablemente de sales calcáreas solubles que secreta el estómago, la cantidad primitiva de sales calcáreas solubles se restablece ó aun más aumenta. Por esto, la leche cocida coagula en el estómago, con frecuencia, en grumos más duros que la leche no cocida fuera del estómago. En los experimentos artificiales de digestión fuera del estómago es necesario contar siempre con esta regeneración de la leche cocida; si se procede de otra manera se llegará á resultados erróneos.

La agregación de sustancias mucilaginosas como ser mucílago de cebada, de avena, inf. de Arrowroot ó de otras féculas, caldo de patas de ternera, etc., no obran en el fenómeno de la coagulación por el cuajo de una manera distinta á la del agua. Los datos que se refieren á una influencia favorable de estos mucílagos sobre la

(1) A. R. Leeds. *The American Journal of the Medical Sciences*, 1891, pág. 560.

coagulación han sido sacados de experimentos hechos con ácidos y sin tomar en cuenta el verdadero proceso digestivo que se verifica en el estómago del niño. Por lo que respecta al valor alimenticio de estas decocciones, puede decirse que es casi nulo, pues, por regla general se trata de soluciones de fécula al 1 por ciento más ó menos

Á pesar de esto, en muchos casos pueden ser de verdadera utilidad estas decocciones, aun cuando la explicación de su acción no sea clara. Antiguos resultados experimentales no pueden olvidarse por simples consideraciones teóricas.

Los cambios de cualidades sustanciales y de valor nutritivo juegan también, para la estimación del valor de las harinas destinadas á la alimentación de los niños, cierto rol, pues apesar de la tostión el almidón experimenta escasos cambios. Cocidas con mucha cantidad de agua, dan una masa densa que presenta el aspecto de ser muy nutritiva. Si á esta masa se agrega una pequeña cantidad de estracto de Malta, toma el aspecto de un caldillo muy líquido que contra su apariencia tiene en realidad más sustancias nutritivas, porque el engrudo ha sido transformado en azúcar. Un gran beneficio han producido los cocimientos mucilaginosos y otros alimentos infantiles, porque han obligado la cocción y preparación antes de cada comida, cuyas ventajas obtenemos hoy día simplemente por medio de la esterilización.

La diferencia entre la leche de mujer y de vaca consiste esencialmente en que esta última contiene 2-3 veces tantas cenizas, 4 veces tanto ácido fosfórico y 6 veces tanta cal más que la primera. Como se vé, en la leche de vaca hay gran exceso de fosfato de cal que ha de servir para la formación de los huesos y que, si no es aprovechado, sale en los escrementos jabones de cal. En ambas variedades de leche la cal disuelta, que tanto rol juega en la coagulación de la caseina, se presenta sobre todo bajo forma de citrato de cal. Un aumento de la sal de cal sería no solo inútil sino aun perjudicial porque la dureza de los coágulos de caseina aumentaría. Las sales de cal de la leche obran en este sentido de una manera muy distinta á las combinaciones alcalinas de soda ó potasa.

Hay que atribuir gran importancia tanto al diverso contenido en sustancias alimenticias de ambas especies de leche, como á la proporción relativa en que éstas se encuentran, porque la acción de un alimento depende esencialmente del contenido absoluto en

sustancias nutritivas y de las proporciones relativas de éstas. Cuando en ambos sentidos existe, como en la leche de mujer y de vaca, una diferencia tan grande de allí naturalmente se derivan diversos poderes nutritivos. Esta enorme diferencia necesita, desde luego, ser igualada antes de entrar en puntos más de detalle. Segun König, datos tomados de 793 análisis de leche de vaca y de 107 análisis de leche de mujer, el contenido en por ciento en ambas leches es el siguiente:

	Agua	Sustancias albumoideas	Grasa	Azúcar de leche	Cenizas
Leche de mujer. .	87,41	2,29	3,78	6,21	0,31
» de vaca. . .	87,17	3,55	3,69	4,88	0,71
La leche de vaca tiene, pues, de más ó de menos. . . .	−0,24	+1,26	−0,09	−1,33	+0,40

Según *Hammarsten* (Physiol. Chem. 1891) más nuevos y exactos análisis dan para la leche de mujer, término medio, 2,01 por ciento albumina, 3,52 por ciento grasa y 5,91 por ciento de azúcar de leche, números algo más bajos que los de König; la proporción relativa de las diversas sustancias, en todo caso, es exactamente igual. Agregando á la leche de vaca una cantidad de solución de azúcar de leche al 6 por ciento igual á la mitad de su volumen, se logra una mezcla que tiene tanta albumina y azúcar como la leche de mujer, pero 1,32 por ciento menos de grasa. ¿Cómo obtener el contenido normal en grasa de la leche de mujer? *Biedert* ha indicado agregar nata de leche. Yo he dado á conocer (1) que en lugar de la leche de ordinario cargada de microorganismos se puede emplear las últimas porciones de leche que se obtiene al ordeñar una vaca. Pero en ambos casos sérias dificultades se presentan. Desde luego, no hay medio de poder saber el contenido en grasa y por consiguiente la cantidad precisa que haya que emplearse. En la leche de una vaca alimentada normalmente, poseemos un alimento de constante y conocida composición y sabemos, por consiguiente, cuántas sustancias alimenticias encierra; considerando el otro caso, como se vé, no se dispone de esta ventaja.

(1) Münchener med. Wochenschrift, 1886, núm. 16.

Por lo demás, una leche sobrecargada de grasa no se deja esterilizar sin que la grasa se liquide y más tarde, no emulsionándose, sea un inconveniente para una perfecta reabsorción. Para fines prácticos debe, pues, buscarse medios que aunque no sean tan exactos, sean, por lo menos, suficientemente seguros para reemplazar la cantidad de grasa que falta. La grasa de la alimentación obra como cuerpo de ahorro respecto á las albuminas y produce calor ó fuerza y se almacena como cuerpo graso. Todas estas funciones pueden también ser desempeñadas por los hidratos de carbono; aquí el azúcar de leche. Según las investigaciones de *Rubner*, 243 partes de azúcar de leche son isodinámicas á 100 partes de grasa, de manera pues que la grasa que nos falta, 1.32 por ciento, puede ser reemplazada sin inconvenientes por 3.19 por ciento de azúcar de leche.

Por agregación á la leche de vaca de una parte igual á la mitad de su volumen, de una solución de 12, 3 por ciento de azúcar de leche, se obtiene una mezcla que contiene las mismas cantidades de sustancias alimenticias que la leche de mujer, con la sóla diferencia que el $\frac{1}{3}$ de grasa que faltaba ha sido reemplazado por la cantidad de azúcar de leche que representa su valor alimenticio.

	LECHE DE MUJER	Leche de vaca más la mitad de su volumen de solución de azúcar de leche al 12.3 %
Agua	87.41 %	85.30 %
Tinturas albuminosas	2.29 »	2.37 »
Grasa	3.78 »	2.46 »
Grasa reemplazada por azúcar de leche	.....	1.32 »
Azúcar de leche como equivalente de la grasa que falta	.....	3.19 »
Contenido normal de azúcar de leche	6.21 »	3.25 »
Azúcar de leche como complemento del menor contenido normal	.....	2.96 »
Cantidad total de azúcar de leche	.....	9.40 »
Cenizas	0.31 »	0.47 »

Exactamente en los mismos racionales fundamentos se apoya «Instrucción por los doctores Heubner (Director del Hospital de niños de Leipzig» y Hofmann (Director del Instituto de Higiene

de Leipzig.) Estos autores recomiendan para niños de 1-9 meses, una mezcla compuesta de una parte de leche de vaca y de una parte de una solución de azúcar de leche que contenga 60 gramos por litro. Tanto esta solución como la más arriba indicada, tienen la misma composición, solamente la última es más diluída. La dilución Heubner-Hofmann contiene: 90.57% agua, 1.78% albúmina, 1.8% grasa, 5.44% azúcar de leche y 0.36 % de cenizas.

Esta «Instrucción» posee las siguientes ventajas:

1) Se apoya sólo en conocidos hechos fisiológicos y químicos.

2) Evita agregaciones de naturaleza extraña, y sin requerir mezclas complicadas da á la leche de vaca lo que principalmente le falta. Toma en consideración la conveniente dilución de la leche para favorecer la coagulación de la caseína en forma deseable, evitando, al mismo tiempo, los inconvenientes de una dilución excesiva. En verdad el contenido de agua es algo considerable, pero las proporciones relativas de algunas sustancias nutritivas es término medio, como en la leche de mujer. Por lo demás, este mayor contenido de agua es no solo necesario para la debida coagulación de la caseína, sino también para dar á la solución de azúcar la contracción normal.

Heubner y Hofmann rompen con la tradición de administrar diluciones diversas con relación á la edad del niño. Ellos recomiendan para niños de 1-9 meses, de ordinario, sólo la dilución apuntada y permiten sólo bajo prescripción médica, en niños robustos de más de 9 meses, el empleo de leche pura no diluída. Para niños muy débiles ó convalescientes recomiendan una mezcla de una parte de leche de vaca por dos partes de una solución de azúcar de leche que contenga 45 gramos por litro.

Estos autores, recomendando para el mayor número de casos, sólo *una fórmula* simplifican de esta manera extraordinariamente el problema y hacen muy elemental su empleo en la práctica.

Vale la pena ahora averiguar si el empleo del azúcar de leche es el único medio racional ó si sería posible encontrar otro mejor ó más barato.

La leche de todos los mamíferos contiene, al lado de pequeñas cantidades de sustancias semejantes, como hidrato de carbono, sólo azúcar de leche. El azúcar no está contenido en la sangre de los animales productores de leche, sino que es el producto del

funcionamiento de las glándulas mamarias. Fuera de la leche (y de la orina en los casos de supresión de la secreción láctea) no se ha encontrado este cuerpo ni en el reino animal ni en el vegetal. Esta sustacia es el *único* hidrato de carbono de que se sirven *todos* los mamíferos recién nacidos. Esta es la seña más clara y absoluta de que buscar otro medio que supla la pequeña cantidad de azúcar de leche de la leche de vaca, es casi sin esperanzas. Hoy no se puede ya sostener que el almidón sea un sustituto apropiado del azúcar de leche; solamente sus productos transformables en solubles, la dextrina y después las variedades de azúcar pueden tener interés y los primeros, tanto bajo el punto de vista químico como fisiológico, están más distantes que las variedades de azúcar que debemos considerar: azúcar de caña, azúcar uva y maltosa.

El hombre adulto que vive de una alimentación mezclada consume como principal hidrato de carbono, los feculentos, que por la acción de los fermentos digestivos son transformados en su mayor parte en maltosa y en cantidad menor en dextrina. Por consiguiente es la maltosa, indirectamente, el principal componente nutritivo para el mayor número de adultos. Sabido como es que el niño de teta posee sólo en pequeño grado la facultad de transformar la fécula en azúcar, podría ahorrársele este trabajo, transformando la fécula, por medio de la agregación del extracto de malta, en maltosa y dextrina y suministrar de esta manera la cantidad normal proporcional de carburos de hidrógeno del adulto, en una forma que haga posible la reabsorción directa. Efectivamente la sopa de Liebig (harina de trigo con estracto de malta) y algunas preparaciones análogas han dado buenos resultados como agregado á la leche de vaca.

Apesar de todo, existen tan capitales diferencias entre el azúcar de leche y las otras variedades de azúcar, que no se puede considerar ni la maltosa, ni el azúcar de uva, ni de caña, como reemplazantes completos del azúcar de leche. Entre todos estos azúcares, el de leche ocupa un lugar excepcional considerando su origen, sus cualidades y sobre todo también su comportamiento *sui generis* en el organismo, acción, esta última, sobre la que no se ha insistido lo suficiente. La inmutación de la naturaleza, procedimiento que en casos semejantes no engaña, no ha sido argumento de suficiente valor, pues en la práctica, se da menos importancia al agregado de azúcar de leche que al de preparacio-

nes de fécula y harinas lacteadas. Queremos, por lo tanto, enumerar aquí las principales diferencias químicas i fisiológicas entre el azúcar de leche y las demás variedades, queremos establecer su ireemplazabilidad y por fin demostrar que someter al niño á la alimentación exclusiva de este hidrato de carbono, es un procedimiento muy bien fundado.

1) El azúcar de leche es junto con la vafinosa que aquí no debemos tomar en consideración, la única variedad de azúcar que calentada con ácido nítrico produce ácido mucico (cerca de 4 por ciento), en las mismas condiciones las demás variedades dan ácido sacárico.

2) Los azúcares de caña, de uva, y la maltosa, en presencia del fermento alcohólico común, en alcohol y ácido carbónico, mientras que el azúcar de leche no cambia. Esta variedad es, en general, mucho más resistente que las otras á los procesos de la fermentación.

3) Su sabor es tres veces menor que el del azúcar de caña y se puede, por lo tanto, agregar á los alimentos tres veces más azúcar de leche sin producir un sabor hostigoso. Respecto á su acción como condimento dulce puede decirse que más bien tiene el carácter de un verdadero alimento y que puede usarse de esta cualidad, tanto que su acción laxante no lo impida.

4) Según las investigaciones de Lusk, Abbot y Otto, en el Instituto de Voigt (1) el azúcar de leche *no* es transformado en glicógena como el azúcar de uva, de caña, de frutas y la maltosa. De ésto y de su comportamiento en los diabéticos deduce F. Voigt (2) que el azúcar de leche es quemado más fácilmente en el organismo. Según Bischoff y Voigt, Abbot Hofmeister y Worm-Müller, el azúcar de leche pasa con más facilidad á la secreción urinaria, probablemente, según C. von Voigt, porque no es transformado directamente en glicógena y de esta manera no se almacena.

Los siguientes datos se relacionan á los trabajos del fisiólogo P. Albertoni (3) quien solamente los ha publicado hace dos años. Estos estudios son de un interés especial para poder formarse una

(1) Zeitchrift für Biologie, 28, 242.
(2) Zeitchrift für Biologie, 28, 353.
(3) Sul contegno e sull' azione degli zuccari nell' organismo, I comunicazione, 1888, II comunicazione, 1889, III comunicazione, 1892.—Bologna.

idea del puesto especial del azúcar de leche y también de su comportamiento en el organismo.

5) La maltosa y el azúcar de caña son reabsorbidos más rápidamente que las otras variedades; el azúcar de leche no hace excepción: de los primeros es reabsorbido en una hora de un 70-80% y del segundo según la concentración de la solución de un 20-40%.

6) La acumulación de las variedades de azúcar de rápida reabsorción, es decir, de los azúcares de caña, uva y de la maltosa, producen alteraciones de las funciones del aparato circulatorio que permiten hasta la desaparición del exceso de azúcar. La presión sanguínea aumenta, los vasos se dilatan y la frecuencia del pulso aumenta hasta doblarse. El azúcar de leche tiene una acción muy especial sobre el aparato circulatorio; aunque aumenta la presión, la frecuencia del pulso disminuye. El aumento de la presión es debido á la irritación directa de los azúcares sobre el corazón y los vasos; la diminución de la frecuencia del pulso (por el azúcar de leche) debe atribuirse á una acción específica sobre el aparato moderador de los movimientos del corazón.

Albertoni considera las variedades de azúcar no como un alimento y condimento en el sentido común de la palabra, sino como un irritante específico para la regularización de la circulación. El dice: «El corazón no sólo funciona por la acción de las influencias propias, naturales, sino también por la acción de medios irritantes, que lo estimulan para el trabajo.» Considerado desde este punto de vista, no es pues indiferente reemplazar el azúcar de leche por alguna de las otras variedades, puesto que por su reabsorción más lenta y por su combustibilidad más fácil, no se almacena; además su acción irritante presenta caracteres muy especiales.

7) Mientras todas las otras variedades de azúcar son reabsorbidas completamente en el estómago, el de leche se encuentra aún en el intestino delgado. Un cierto tiempo después de suministrar una solución de azúcar de leche, se encuentra en el estómago é intestino una cantidad de líquido mayor que la suministrada; en el intestino se observa más bilis y más mucus que de ordinario. Esto explica la acción laxante de esta sustancia y la acción purgante que la leche ejerce en ciertas personas. De paso sea anotado que Traube (1) ha recomendado el azúcar de leche como un purgante suave, pero seguro á la dosis, para adultos, de 9-16

(1) Centralblat f. med. Wissenschaft, 1881, 431.

gramos en medio litro de leche y que, según observaciones de Albertoni, 20 gramos de esta misma sustancia disueltos en una pequeña cantidad de agua caliente, producen en la mayoría de los casos una acción purgante. Esta acción específica del azúcar de leche, le da una importancia especial como agregado de la leche de vaca. La consistencia dura de las materias fecales en los niños alimentados artificialmente, lo mismo que la poca digestibilidad de la leche de vaca, deberán atribuirse, en muchos casos, á la pequeña proporción de azúcar de leche de la alimentación. Hay que tomar en cuenta que la acción purgante de esta sustancia no sólo depende de la cantidad sino también de la concentración; soluciones muy diluídas lo mismo que la leche de vaca poco concentrada no producen este efecto. A este respecto, la fórmula de Heubner-Hofmann quizás sea la mejor, por cuanto hace igualar el contenido de azúcar de leche de la mezcla de leche de vaca y agua, al de la leche materna.

8). De especial interés son, finalmente, las nuevas investigaciones de Albertoni sobre la llamada acción *chemotáctica* del azúcar de leche. W. Pfeiffer (1) ha hecho notar que ciertos organismos móviles como los bacterios, flagelados, volvocíneos, esporas de helechos, etc., son atraídos ó repelidos por la acción irritante de ciertas sustancias. Si se llena un tubo capilar, cerrado por un extremo, con una solución de peptona al 1 por ciento ó de extracto de carne, sustancias que sirven para atraer organismos, y se coloca en agua donde se encuentren algunos de los organismos ya citados, se observa que éstos se dirigen apresuradamente hácia la abertura del tubo y se acumulan en su interior. Algo análogo es el comportamiento de los glóbulos blancos; se introducen con rapidez en un tubo capilar que contenga sustancias atractoras colocado bajo la piel. El profesor H. Buchner (2) ha demostrado que para los leucocitos son las proteínas de bacterios, las caseinas vegetales y los albuminatos las que ejercen una acción irritante atractora más poderosa. En este sentido ha experimentado Albertoni con distintas clases de azúcar, depositando tubos capilares que contenian una solución de esta sustancia al 5 por ciento debajo de la piel y retirándolo después de 24 horas para ser examinados.

(1) Untersuchungen aus den bot. Inst. Tübrugen, I. 363, II 582.
(2) Berliner Klin. Wochensclirft, 1890, núm. 47.

Á continuación enumeraré solamente las experiencias hechas en animales en lactancia, especialmente en gatos jóvenes.

Azúcar de uva: los glóbulos blancos son irritables (sensibili); azúcar de caña: los glóbulos blancos muy poco irritables (pochissimo sensibili); azúcar de leche: los mismos elementos son extraordinariamente irritables (sensibilissimi)! La acción chemoctática de los glóbulos blancos la explica Albertoni diciendo que su poder atractivo los hace capaces para el transporte de las sustancias digeridas y transformadas, hasta el interior de los tejidos, en contacto con los elementos anatómicos, lo mismo que los glóbulos rojos llevan el oxígeno. Á esto hay que agregar que segun Pfeiffer la acción de atracción de un irritante no siempre es de conveniencia, porque se observa que ciertos venenos son atractores y que, por otro lado, sustancias nutritivas para los bacterios, como la glicerina, por ejemplo, no tienen esta acción.

El hecho de que el azúcar de leche tenga sobre los leucocitos de los recién nacidos una acción irritante, mientras que á este respecto, el azúcar de caña, es sin acción, llama vivamente la atención y habrá que atribuir á estos fenómenos cierto valor. Este comportamiento marca el lugar fisiológico que ocupa el azúcar de leche entre las otras variedades. Pfeiffer (1) había hecho notar la acción química más irritante del azúcar de leche, demostrando que en solución al 1 por ciento tiene sobre el bacterium termo el poder atractor de una solución al 10 por ciento de azúcar de uva.

Para concluir reproduciremos aquí las indicaciones de los profesores Heubner (2) y Hofmann sobre las mezclas y proporciones con respecto á la edad y á otras consideraciones. Yo, por mi parte, á continuación, relaciono estos datos con el empleo de mi aparato esterilizador.

De ordinario se empleará la mezcla siguiente: 1 parte de una solución al 6 por ciento de azúcar de leche y 1 parte de leche de vaca.

Para niños de un mes se recomienda 8 botellas de 150 gramos, se llenan con 75 gramos de la mezcla, es decir hasta la mitad. En el vaso mezclador se colocan: 3 divisiones de agua y 6 cucharaditas de café rayadas, llenas de azúcar de leche pulverizada

(1) Untersuchungen aus dem bot. Inst. Tübingen, II 582.
(2) Die Stadt Leipzig in hygenischer Beziehung, Festschrift 1891; Artikel «Sünglingsmilch» von pro. doctor Heubner.

(=18 gramos). Después de 2, 3 minutos de agitación, se agrega 3 divisiones de leche de vaca.

Para niños de dos ó tres meses: 7 botellas de 150 gramos se llenan hasta 125 gramos de la mezcla, es decir, centímetro y medio ó un dedo, menos de lo que la instrucción anexa al aparato indica. En el vaso mezclador se pone 4 ½ partes de agua (es decir, divisiones) 9 cucharaditas de café llenas (rayadas) de azúcar de leche y 4 ½ divisiones de leche.

Para niños de tres meses: 6, 8 botellas de á 150 gramos llenadas hasta donde indica la Instrucción. Para la preparación de la mezcla se agrega: 6 divisiones de agua, 12 cucharaditas de azúcar de leche y 6 divisiones de leche. Consumo diario de azúcar de leche: de 18-36 gramos.

Excepcionalmente y sólo por causas que indique el médico, podrá usarse las siguientes fórmulas:

A. Para niños robustos mayores de 9 meses, leche completa (es decir, sin diluciones ni agregados).

B. Para niños débiles y convalescientes una mezcla de una parte de leche y 2 partes de una solución de azúcar de leche que contenga 45 gramos por litro. Esta mezcla se prepara agregando á 2 divisiones de agua, 3 cucharaditas de azúcar de leche y á esta dos veces tanta cantidad de leche. Por ejemplo, para 8 botellas de 150 gramos, 8 divisiones de agua, 12 cucharaditas de azúcar de leche y 4 divisiones de leche de vaca.

O. PH. y A. R.

München, 24 de junio de 1893.

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO.—Tratamiento de la neumonía por el agua helada.—Contra el timpanismo de la tifoidea.—El centro respiratorio en el recién nacido.

TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA POR EL AGUA HELADA.—El doctor F. Jackson dice haber obtenido excelentes resultados en 25 casos de neumonía, con el siguiente método: Sumerge en agua helada una toalla grande y rodea con ella el tórax. La cubre con otra toalla seca y después con franela. La toalla húmeda se renueva hasta que descienda la temperatura y cese el dolor. Cuando éste sea intenso, la temperatura descendida se debe renovar cada cinco ó diez minutos. Cuando se manifieste alguna mejoría la toalla mojada se muda una vez que haya adquirido la temperatura del cuerpo. La cara y los miembros se humedecen frecuentemente con esponjas empapadas con agua helada. Se excita la transpiración administrando cada hora dosis altas de acetato de amoníaco y éter nitroso bien diluídos. Es de rigor el régimen lácteo. Para obtener el resultado apetecido debe aplicarse el frío sin temor alguno hasta que se observe el descenso de la temperatura y la cesación de los síntomas. Según el autor, este tratamiento es bien tolerado.

(Therapeutic Gazette)

* * *

CONTRA EL TIMPANISMO DE LA TIFOIDEA.—Se sabe que la distensión de los intestinos por gases alcanza á veces en la dotinentería proporciones tales que constituye un fenómeno grave que

puede ocasionar la muerte. En casos de este género preconiza el doctor Nealey enemas compuestos de lo siguiente:

Agua caliente.....	90 gramos
Cloruro de sodio.....	30 »
Glicerina	60 »
Esencia de trementina.....	30 gotas

M. — Para un enema.

Momentos después de la administración de esta lavativa, sobrevendría una descarga con eliminación de una enorme cantidad de gases seguida de la desaparición de todos los síntomas alarmantes del timpanismo. Cada vez que se reproduce la acumulación de gases, se administra nuevamente la misma lavativa.

(La Crónica Médica de Lima)

***

El centro respiratorio en el recién nacido. — Kehrer toma por base de un escrito, un caso de craneotomía en un niño muerto. El procedimiento de la operación fué el usual. Después de extraído el niño, se observaron cuidadosamente la acción cardíaca y la respiratoria, y que la irritación mecánica producía también movimientos activos de las extremidades.

Los hemisferios cerebrales y el cerebelo se habían destruído por completo; pero la médula (bulbo) y la cuerda espinal estaban intactas. Haciendo una sección vertical á través del bulbo, por medio del calamus scriptorius, la respiración continuó sin alteración; pero cesaron los movimientos respiratorios inmediatamente que se dividió la parte inferior del *calamus scriptorius.*

Por consiguiente, el centro respiratorio en el hombre está situado exactamente en la misma posición que en los demás mamíferos.

El escrito de Kehrer es de indudable valor, pues decide de una vez para siempre el punto en disputa respecto á la situación del centro respiratorio en el hombre. También demuestra la necesidad de hacer que la perforación alcance el bulbo y la base del cráneo para evitar la ansiedad de extraer un niño mutilado y vivo.

Conrado Ríos

(Centralblat für Gynachologie)

REVISTAS CLÍNICAS

OFTALMOLÓGICA DEL PROFESOR CIENFUEGOS

MOVIMIENTO DE ENFERMOS HABIDO EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1893

SALA DE SAN VICENTE DE PAUL

Existencia anterior.....	22
Entrados.....	10
Total.....	32
Dados de alta.....	10
Quedan existentes.....	22
Total.....	32

DISPENSARÍA

Curaciones

Hombres.....	397
Mujeres.....	975
Niños.....	1,171
Total.....	2,543
Enfermos nuevos.....	155
Operaciones.....	13

RESUMEN DE LAS OPERACIONES

1.ª Iridectomía óptica y antiflojística O. I. (falsa membrana pupilar.) Se empleó el lanceótomo recto. Está en curación.

2.ª Sección de una hernia del iris, (O. I.) enclavada en una herida situada en la parte superior y externa de la esclera. Pinza-tijeras de Wecker. En curación.

3.ª Operación del entropión, párpado superior izquierdo. Se hizo por el método usado en la clínica y que ya hemos descrito en otras ocasiones.

4.ª Iridectomía por glaucoma crónico, O. D. Cuchillo de De Graefe. Se hizo una ancha sección del iris.

5.ª Extracción de catarata O. I., por el procedimiento de De Graefe. Hace siete años que este enfermo no ve absolutamente nada. Pérdida total del O. D., desde niño, á causa de la viruela. En curación.

6.ª Abertura con el cuchillo de Wecker de un gran absceso (tuberculoso) situado en la región orbitaria externa derecha, y que hacía eminencia por dentro del párpado inferior. Se practicó una incisión en la cara mucosa del párpado, la que dió salida á una gran cantidad de pus espeso y grumoso. Se hicieron lavados antisépticos en el interior de la cavidad con la pera de Wecker, y se le prescribió un tratamiento general reconstituyente.

7.ª Abertura á bisturí de un gran quiste sebáceo, situado casi en la cola de la ceja izquierda. Este quiste ha sido el más grande de los que hasta ahora se hayan presentado en la clínica. Medía en longitud 7 centímetros por 6 de ancho. El contenido del tumor era bastante denso, casi concreto. La aponeurosis de la región en que se había desarrollado el quiste, había sufrido una degeneración semejante al contenido del tumor, y hubo que extraer trozos de ella con una tijera curva.

Se hizo una curacion antiséptica rigurosa, y la herida curó por primera intención. Al día siguiente se le dió de alta.

8.ª Escisión de un pterigión interno O. D.

9.ª Operación del entropión, párpado inferior izquierdo. Este enfermo sufre de entropión doble en ambos ojos, y ha sido operado ya varias veces.

Sufre igualmente de glaucoma crónico doble. Está en curación.

10. Iridectomía óptica O. I. Este enfermo, que es un niño de 11 años, había sido operado anteriormente de una hernia traumática del iris izquierdo, producida por una herida hecha con una rama de árbol. Consecutivamente se ha desarrollado un gran leucoma adherente. Se le administró cloroformo, y se usó el lanceótomo recto. Está en curación.

11. Extracción de la catarata O. D. Procedimiento de De Graefe.

Más de cinco años hacía que no tenía percepción luminosa. Está en curación.

12. Extracción de chalación, desarrollado en el párpado superior izquierdo.

13. Cuerpo extraño de la córnea izquierda, implantado en la parte inferior y externa de la córnea. Se extrajo con facilidad.

CARLOS A. SALAS
Ayudante

GINECOLÓGICA DEL DOCTOR KÖRNER

Resumen del movimiento habido en la sala del Carmen del Hospital de San Borja durante el mes de octubre:

Existencia anterior	28
Entradas	54
TOTAL	82
Altas	42
Fallecidos	0
Existencia el 1.º de noviembre	40

OPERACIONES

1.ª *Extirpación de un pólipo mucoso implantado en el cuello del útero.*—La enferma salió de alta á los seis días de operada.

2.ª *Amputación del cuello del útero por estrechez del canal.*—La enferma curó sin ningún accidente.

3.ª *Extirpación de un pólipo* del útero y raspaje de la cavidad de dicho órgano. El pólipo extirpado y examinado al microscopio resultó ser un sarcoma. Salió de alta. Se quiso extirpar todo el útero, pero la enferma no lo consintió.

4.ª *Laparotomía por quiste del ovario izquierdo y extirpación del ovario derecho.*—María C., de 58 años, casada; ha tenido

12 hijos y un aborto que sufrió hace 20 años, y desde esa época no ha tenido sus reglas.

No sabe á qué edad empezó en ella la función catamenial; pero eso sí asegura que fué regular y escasa, sin dolor. Ha gozado siempre de buena salud y sólo ha padecido afecciones ligeras de la garganta, angina flegmonosa y otras sin importancia.

Dice que el año después de haber tenido su último hijo, sintió en el lado izquierdo del vientre un pequeño tumor del tamaño de un huevo de gallina, el que ha crecido lentamente y sin producirle dolor. En este último tiempo, sin embargo, ha sentido un ligero dolor en la pierna izquierda.

El examen vajinal combinado nos ha mostrado que sólo hay en ella un tumor del ovario izquierdo del tamaño de la cabeza de un feto, completamente libre, pediculado y fluctuante. Se diagnosticó un quiste del ovario izquierdo, y se resolvió operar.

La operación se llevó á efecto sin accidentes. El quiste del lado izquierdo apareció completamente libre; el ovario derecho estaba degenerado, por lo que tambien se extirpó. La operación demoró 15 minutos.

Después de la operación. Temperatura 35°4, pulso 70, respiraciones 18.

Á las 12 M. Temperatura 37°3.

Á las 3 P. M. la enferma está muy bien; no ha tenido vómitos. Temperatura 37°6, P. 120, R. 27.

Á las 9 P. M. Temperatura 37.°. Se le puso una inyección de morfina y durmió por influencia de ella hasta las 2 A. M. Temperatura á las 9, 37°. Se le extrajo la orina en cantidad de 500 gramos.

Segundo día.—Continúa muy bien.

10 A. M. Temperatura 37°3, P. 105, R. 21. La lengua un poco seca.

3 P. M. Temperatura 37°9. Orina por sí sola cuando lo desea.

9 P. M. Temperatura 37°9. Se le puso una inyección de morfina.

Día tercero.—Ha dormido bien toda la noche. Se queja de fatigas; el vientre ligeramente meteorizado; no hay dolor.

9 A. M. Temperatura 37°5, P. 90, R. 24.

2 P. M. Se le dió té con leche.

5 P. M. Se le dió caldo.

3 P. M. Temperatura 37°5, P. 90, R. 20.

Cuarto día.—Ha dormido toda la noche sin morfina. Desde la tarde anterior ha perdido un poco de sangre por la vagina y ha expelido gases intestinales por el recto.

8 A. M. Temperatura 37°, P. 90, R. 20.

12 M. Temperatura 37°2. Se ha aumentado el alimento.

3 P. M. Temperatura 37°3, P. 100, R. 21.

Ha seguido perfectamente sin experimentar nada de notable que señalar.

El día 10, desde la operación, se levantó el apósito. La herida apareció completamente cicatrizada y sin una gota de pus; se quitaron las suturas. Se le dará de alta en pocos días más.

5.ª *Laparotomía por quiste del ovario derecho.*—Filomena R., de 35 años de edad. Ha tenido 9 hijos, ningún aborto. Tuvo su primera regla á los 15 años; éstas han sido regulares, pero en pequeña cantidad.

El último hijo le nació hace 10 años. Su salud ha sido siempre buena; no ha tenido enfermedades dignas de mención.

Cuenta que hace seis meses cayó enferma con un gran dolor en el costado derecho, que fué en aumento hasta formarse en el sitio del dolor mismo un tumor; todo lo cual la obligó á guardar cama cerca de dos meses. El tumor ha ido creciendo lentamente. Sus reglas han continuado siempre regulares, y lo único que la molesta en la actualidad es el tumor.

Al introducir los dedos en la vagina, se podía notar que el fondo de saco vaginal anterior estaba ocupado por un tumor que subía hasta el ombligo, ligeramente móvil, fluctuante y liso; el útero por detrás del tumor. Hubo necesidad de cloroformar para poder notar el punto de incersión del tumor, que resultó estar en el lado derecho del útero; el ovario izquierdo se notaba perfectamente estaba rechazado hacia abajo. Se diagnosticó un quiste del ovario derecho.

Se operó por laparotomía. En esta operación sólo haremos notar que el tumor, que era pequeño (más chico que la cabeza de un feto de término), estaba lleno de adherencias, lo que hizo un poco difícil su enucleación. La cavidad estaba llena de un líquido amarillento. El ovario izquierdo también se extirpó. La duración de la operación alcanzó á 40 minutos.

Después de la operación. Temperatura 35°3, P. 100, R. 30.

12 M. Temperatura 37°2. Á la 1 P. M. se extrajo la orina en cantidad de 80 gramos.

3 ¼ se presentaron vómitos. Temperatura 38°, P. 135, R. 45.
9 P. M. Temperatura 37°5. Se extrajeron 500 gramos de orina.
9 ½ se le puso una inyección de morfina.

Segundo día.—Sigue bien; ha dormido hasta la 1 A. M.
6 A. M. Temperatura 37°5. Ha vomitado.
10 Temperatura 37°5, P. 90, R. 33.
3 P. M. Temperatura 37°8. Los vómitos han disminuído.
9 P. M. Inyección de morfina.
La enferma ha orinado sola.

Tercer día.—Continúa perfectamente; ha dormido toda la noche.
6 A. M. Temperatura 37°5.
9 A. M. Temperatura 37°2, P. 90, R. 21.
12 M. Temperatura 37°7. Á las 3 P. M. 37°7.
Se le ha dado caldo y té con leche.
9 P. M. Temperatura 37°2.

Cuarto día.—Ha dormido muy bien y sin necesidad de recurrir á la morfina.
8 A. M. Temperatura 37°2, P. 90, R. 21. Desde ayer la enferma pierde un poco de sangre por la vagina.
12 M. Temperatura 37°. Se le ha dado mayor cantidad de alimentos.
3 P. M. Temperatura 37°, P. 90, R. 21.

Quinto día.—La enferma tuvo, á las 9 P. M., temperatura 38°4 y mucha tos, que se atribuyó á un resfrío. Se le hizo transpirar por medio de bebidas calientes.
6 A. M. sigue bien. Temperatura 37°6.
12 M. 37°2. La sangre ha desaparecido.

En los otros días no hay nada que hacer notar. La enferma ha pasado perfectamente hasta el día 10, en que se levantó el apósito y se quitaron las puntas de sutura; la herida estaba completamente cicatrizada y no había pus. En pocos días más se le dará de alta.

6.ª *Laparotomía por salpingitis doble.*—Artemisa C., de 36 años de edad, casada.

Tuvo sus primeras reglas á los 16 años. Sin antecedentes hereditarios; su salud anterior ha sido buena.

Hace diez años le nació el primer hijo, y hace 9 tuvo un aborto. Desde esta fecha data su actual enfermedad.

Refiere que desde que abortó, sus reglas se han hecho irregulares, dolorosas i abundantes.

En este último tiempo ha tenido ataques de dolores al vientre bastante fuertes, pero ya han desaparecido. Ha sido curada, sin resultados, por varios de los ginecólogos que poseemos.

El examen dió á conocer una salpingitis doble, y por el mal resultado que han dado los tratamientos empleados en ella, se resolvió extirpar los anexos por medio de la laparotomía.

La operación se llevó á efecto y fué bastante laboriosa por estar los tumores de los anexos muy adheridos á los órganos vecinos. Las adherencias se seccionaron, las menos por el bisturí y el mayor número por el termo-cauterio. La operación duró una hora diez minutos.

Después de la operación la temperatura era de 36°5, P. 64, R. 22.

11 ½ A. M. se le puso una inyección de morfina, porque la enferma se quejó de mucho dolor al vientre.
12 M. Temperarura 37°5.
2 P. M. Se le extrajo la orina en cantidad de 300 gramos.
3 P. M. Ha seguido con dolores al vientre y un poco de malestar. Ha tenido vómitos por una sola vez.
Temperatura 37°7, P. 115, R. 20.
4 P. M. Se le puso una vejiga de hielo al vientre para calmar el dolor.
6¾. Temperatura 38°.
9 P. M. Se le puso una inyección de morfina, la que la hizo dormir á intervalos.
12 P. M. Temperatura 37°. Se le extrajo 600 gramos de orina.

Segundo día.—El estado de la enferma es satisfactorio. Se le quitó el hielo del vientre. Á las 6 y media A. M. ha tenido náuseas.
7 A. M. Temperatura 37°.
8 A. M. Temperatura 37°, P. 80, R. 20. Ha orinado sola.
12 M. Temperatura 37°.
10½ A. M. Se le hizo una inyección de morfina, la que le produjo sueño.
Los vómitos han continuado siempre que toma líquidos.
3 P. M. La enferma está bien. Tiene dolor al vientre solamente cuando se le comprime, sobre todo en la fosa ilíaca derecha. No hay meteorismo. Temperatura 37°2, P. 95, R. 24.
Se le dió un poco de agua con almidón.
12 P. M. Se le hizo una inyección de morfina; había dormido

bien sin ella desde las 9 hasta las 11 P. M. Después de la inyección continuó el sueño tranquilo.

Tercer día.—La enferma está perfectamente; hay un ligero meteorismo abdominal.

8 A. M. Temperatura 37°1, P. 88, R. 24. Se le ha dado un poco de té con leche.

12 M. Temperatura 37°5.

3 P. M. La enferma está un poco molesta por los gases intestinales; se le pone una sonda rectal y por ella salen, aunque en poca cantidad. Temperatura 37°5, P. 75, R. 25. Se le dió una cucharada de magnesia fluida.

5 P. M. Se le puso el siguiente enema: agua de goma 100 gramos, tintura de asafétida 1 gramo, láudano de Sydenham 5 gotas.

9 P. M. Temperatura 37°5. Inyección de morfina.

Cuarto día.—La noche no la pasó muy bien; durmió á intervalos cortos.

7 A. M. Temperatura 37°.

8 A. M. Temperatura 37°, P. 80, R. 20. Ha expedido gases intestinales. El estado general es bueno. Se le ha dado caldo una vez.

1 P. M. Temperatura 37°5; toma leche.

3 P. M. Sigue bien. El dolor á la presión del vientre ha desaparecido. Temperatura 37°6, P. 80, R. 20.

Desde la tarde tiene un poco de tos, y el desgarro es mucopurulento. La enferma dice que nunca ha padecido de catarros.

Quinto día.—Durmió sin morfina. Desde la noche ha principiado á perder sangre por la vagina.

6. A. M. Temperatura 37°4.

8 A. M. Temperatura 37°4, P. 90, R. 26.

3 P. M. Sigue bien. Temperatura 37°4, P. 90, R. 26.

Sexto día.—La noche la pasa bien.

8 A. M. Temperatura 37°4, R. 20, P. 88.

10 A. M. Se le puso un enema de infusión de manzanilla con glicerina, la que le movió tres veces el vientre.

Se ha aumentado el alimento.

3 P. M. Temperatura 37°5, P. 88, R. 24.

Desde las 10 A. M. se le suspendió la sangre vaginal.

Séptimo día.—La enferma está bien, pero ha aumentado el catarro pulmonar. Se le prescribió cápsulas de terpina de 0.20 gramos cada una, una cada tres horas.

8 A. M. Temperatura 37°5.

12 M. Temperatura 38°5.

3 P. M. Temperatura 38°5.

8 P. M. Temperatura 38°3.

Octavo día.—Ha pasado regular noche. El catarro pulmonar ha seguido. Á las 6 A. M. Temperatura 37°3.

12 M. Temperatura 38°5.

3 P. M. Temperatura 38°5, P. 100, R. 24.

3½ P. M. Se le dió una cápsula amilácea de 0.50 gramos de antipirina y 0.10 de sulfato de quinina.

6 P. M. Temperatura 38°6.

Noveno día.—8 A. M. La enferma está mejor, pero el desgarro es muy abundante. Continúa con la terpina.

8 A. M. Temperatura 37°2, P. 95, R. 20.

12 M. 37°3.

3½ P. M. Está mejor; la tos ha disminuído; el desgarro es más seroso y en menor cantidad.

3½ P. M. Temperatura 37°, P. 100, R. 26.

Se suspendió la terpina.

Décimo día.—La enferma está muy bien. La tos ha desaparecido casi por completo.

Se levantó el apósito, que estaba completamente seco; se quitaron los puntos de sutura; no había ni una sola gota de pus.

Salió la enferma completamente curada á los 20 días de haber sido operada.

7.ª *Laparotamía por fibroma.*—Esta enferma fué operada el 31 de octubre, así es que la relación de ella la daremos en el próximo número de la REVISTA.

ZEGERS P.
Ayudante

CRÓNICA

SUMARIO.—Clase de química fisiológica y patológica.—Cursos de medicina.—Reglamento de pruebas para obtener el título de médico-cirujano.

CLASE DE QUÍMICA FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA.—La Facultad de Medicina, en sesión de 4 de octubre, acordó que la clase de química fisiológica y patológica sea trasladada al tercer año del curso de medicina y que la enseñanza de la química general se aumente á 9 horas semanales.

En la misma sesión se acordó llamar la atención del Consejo Superior de Instrucción hacia la circunstancia de que el profesor de química fisiológica y patológica no cuenta con laboratorio, por lo cual sus alumnos no han podido efectuar los trabajos prácticos que el aprendizaje serio de un ramo tan importante necesita.

Ojalá que el Consejo preste oídos á la reclamación de la Facultad de Medicina y se apresure a poner pronto remedio al mal.

La enseñanza meramente teórica de ramos de aplicación como la química, no se concibe.

***

CURSOS DE MEDICINA.—En la sesión del Consejo de Instrucción Pública el día 6 de noviembre, se aprobó el siguiente:

REGLAMENTO DE PRUEBAS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO-CIRUJANO EN LA UNIVERSIDAD DE CHILE

ARTÍCULO PRIMERO. Los que aspiren á obtener el título de médico-cirujano se sujetarán á los siguientes exámenes:

1.° Medicina operatoria;

2.° Clínica interna y externa;

3.° Ginecología, obstetricia y oftalmología;

4.° Anatomía patológica;

5.° Teoría general.

ART. 2.° El examen de medicina operatoria consistirá en dos ó más operaciones en el cadáver.

ART. 3.° Para el examen de clínica, los profesores del ramo, de acuerdo con los otros miembros de la comisión examinadora, indicarán cuatro enfermos, dos de medicina y dos de cirugía, á fin de que el candidato practique el reconocimiento clínico de ellos, fije el diagnóstico y redacte las observaciones de dos de los mismos, designados previamente al efecto.

Las observaciones escritas serán seguidamente, dentro de un breve plazo designado por la comisión, entregadas al delegado de la Escuela de Medicina, quien las hará llegar sin demora á dicha comisión.

Antes de que el candidato deba proceder á la redacción de dichas observaciones, la comisión se pronunciará sobre si aquél puede ó no continuar sus pruebas.

ART. 4.° Dentro de los cuatro días siguientes á la entrega de las referidas observaciones escritas, se presentará el candidato ante los profesores de ginecología, obstetricia, oftalmología, y en el día y hora fijados por cada uno de éstos, será sometido á un breve examen práctico sobre su correspondiente asignatura, debiendo hacer el diagnóstico de uno ó más casos de la respectiva especialidad.

Cada uno de dichos profesores entregará su voto, bajo sobre cerrado, al delegado de la Escuela, quien lo remitirá á la comisión examinadora.

ART. 5.° El examen de anatomía patológica deberá ser esencialmente práctico y tendrá lugar en el laboratorio del profesor del ramo, quien procederá respecto á su voto de la manera indicada en el artículo precedente.

ART. 6.° Concluídos los exámenes indicados, la comisión fijará día y hora para el examen teórico general, que versará sobre cualquier ramo de medicina, especialmente sobre anatomía, fisiología, patología y materia médica.

ART. 7.° La comisión examinadora se compondrá de un profesor de clínica interna, de otro de clínica externa y de tres miembros más de la Facultad, académicos ó docentes, designados por el Decano.

ART. 8.° La calificación del examen se hará por puntos, desde cero hasta diez, para cada examinador.

Los profesores que, según los artículos 4.° y 5.°, deben votar en sobre cerrado, lo harán por puntos, sólo de cero á cinco; pero, si formaren también parte de la comisión, votarán además con el número de puntos indicados en el inciso anterior.

ART. 9.° El candidato se entenderá aprobado sólo cuando resultare un número total de puntos que dividido por cinco dé como cuociente ocho á lo ménos.

ART. 10. El candidato que fuere reprobado no podrá reiterar sus pruebas sino después de seis meses.

El candidato reprobado por segunda vez no podrá presentarse á examen sino después de un año, y el que lo fuere por tercera, no podrá hacerlo sino después de dos años.

ART. 11. Este reglamento se aplicará no sólo á los licenciados en la Facultad de Medicina y Farmacia, sino también á los médicos-cirujanos extranjeros que presenten títulos expedidos por universidades reconocidas por la de Chile.

Los médicos-cirujanos extranjeros de universidades no reconocidas por la de Chile, para ser admitidos al examen de médico-cirujano, deberán además someterse previamente á las pruebas generales establecidas para graduarse de licenciado en dicha Facultad.

ART. 12. El título de médico-cirujano será expedido por el Rector de la Universidad de acuerdo con el Consejo de Instrucción Pública.

ART. 13. Las disposiciones contenidas en el presente reglamento comenzarán á regir desde la fecha de su promulgación.

***

El REGLAMENTO DE EXÁMENES ANUALES lo publicaremos en el número próximo, no pudiendo hacerlo en éste, por falta de espacio.

CONRADO RÍOS V.

Año XXI Diciembre de 1893 Núm. 12

EDITORIAL

UN AÑO MÁS

Con el presente número cumple la REVISTA MÉDICA el año XXI de su existencia; y es grato dejar constancia de ello ya que vivimos en un país, forzoso es decirlo, en que tan poco se estima el adelantamiento del periodismo científico.

La REVISTA MÉDICA ha tenido que luchar durante esos 21 años con una perseverancia digna de la ciencia que representa y de la corporación de que es órgano autorizado. Los viejos maestros, aquellos que fundaron la Sociedad Médica y le dieron un periódico que le sirviera de lazo y de comunicación científica con las instituciones análogas, deben sentirse satisfechos de su obra al contemplar los ópimos frutos recogidos.

La REVISTA MÉDICA es en el día la publicación científica más antigua de las que se editan en Chile á costa de la iniciativa individual.

En el año de 1893, la REVISTA ha continuado sirviendo, como desde el primero de su publicación, los intereses generales del cuerpo médico del país, sin exclusiones. Sus páginas han estado abiertas y lo estarán para todos los hombres de trabajo, sin otras restricciones que aquellas, muy naturales, que surjan de la crítica científica desapasionada aunque severa.

Es así como han sido publicados interesantísimos artículos so-

bre el saneamiento de Santiago, sobre la viruela, y como se han puesto de relieve los proyectos de gobierno y las ordenanzas municipales destinadas al mejoramiento de la salubridad pública.

En la medida de nuestras fuerzas se ha hecho hincapié en la necesidad de dotar al país de un servicio general y permanente de higiene pública, que permita vivir en guardia contra las invasiones epidémicas extranjeras y faciliten al mismo tiempo los medios necesarios para combatir con éxito las enfermedades endémicas que de año en año nos arrebatan tantas y tan preciosas vidas.

El Hospital de Niños que la Sociedad Protectora de la Infancia piensa establecer en Valparaíso, en la Quinta Mena, situada en el cerro de la Florida de aquel puerto, ha merecido con justicia que este acto de humanidad y de elevado patriotismo sea señalado por la REVISTA en sus páginas de preferencia como un grande acontecimiento.

Las interesantes correspondencias que con regular periodicidad han mandado desde Europa algunos socios, han permitido á los lectores de esta publicación estar al corriente de muchos de los más importantes progresos científicos.

El fallecimiento del doctor Charcot, de tan serias consecuencias para la medicina universal, repercutió dolorosamente en nuestro país, y la Sociedad Médica, haciéndose la intérprete de ese sentimiento, comisionó á uno de los más distinguidos escritores nacionales para que hiciera la biografía del ilustre profesor de la Salpetrière. El doctor Orrego Luco, hábilmente preparado, cumplió con brillo aquel encargo, y la REVISTA lució en sus páginas uno de los artículos más completos é inspirados que hayan sido escritos en la prensa médica de todas las naciones.

No es nuestro ánimo, sin embargo, reseñar uno á uno los trabajos que han visto la luz en la REVISTA MÉDICA en el año que termina. Ellos son conocidos y habrán sido apreciados en su justo valor.

El año 1894 será para la dirección de la REVISTA, de excepcional labor. Todo nuestro empeño, ya que de voluntad sólo podemos disponer, será puesto al servicio de esta publicación, sin omitir sacrificios de ningún género. Pero, para que la labor sea fructífera y dé los resultados que la Sociedad Médica apetece, es necesario que se nos ayude, que aquellos que hasta aquí han

favorecido al periódico con sus colaboraciones, perseveren, y que otros que tienen facilidades y títulos sobrados para hacerlo, sacudan la inercia que los abruma y tengan presente que es un deber moral ayudar al adelantamiento de una publicación que, como la REVISTA MÉDICA, viene desde tanto tiempo sirviendo los intereses científicos del cuerpo médico chileno.

CONRADO RÍOS V.

COLABORACIÓN

DIGITAL Y DIGITALINA EN LA NEUMONÍA

El empleo de la digital en el tratamiento de la neumonía aguda no es una novedad para el mundo médico. Su uso data desde mucho tiempo atrás; eso sí que ha tenido su alza y su baja ó su época de crédito y descrédito. Hace algunos años que Hirtz en Estrasburgo, Lœventhal en Viena, y últimamente Lépine en Francia y algunos médicos italianos, han vulgarizado esta cuestión terapéutica tan importante para el práctico.

Otro tanto han hecho entre nosotros los doctores Schneider y Díaz en sus clínicas.

***

Á título de antiperético en las flegmasias como la neumonía, la digital no ha recibido una aceptación general. Está sólo en vía de estudio; ó más exacto, su aplicación está restringida á casos bien determinados.

La digital en la pulmonía es una espada de dos filos: medicamento precioso en ciertos casos, indispensable tal vez; inútil y aun perjudicialísimo en otros. Por lo mismo, muy lejos está de mi ánimo creer que ella sea un específico de esta enfermedad.

Como no es posible asimilar la idea de pulmonía á la de *Albespeyres*, según el deseo de algunos prácticos, tampoco creo debe existir entre digital ó digitalina y pulmonía.

Si hay alguna entidad mórbida cuyo cuadro clínico varíe en cada enfermo, es precisamente la neumonía. Sus formas se multiplican á veces de un modo inusitado bajo la influencia de causas no del todo conocidas aún por desgracia. Á mi modo de ver, dudo, por este motivo, que difícilmente llegaremos al ideal que con tanto afán se persigue; en otros términos, que se pueda formular un tratamiento que abarque todos los casos: siempre curaremos el síntoma dominante, el síntoma que por su desarrollo amenace más la vida del paciente.

Hoy por hoy nos atenemos á esas leyes generales de terapéutica deducidas del enfermo mismo.

¿Y quién lo ignora? La homeopatía luce sus más hermosas galas en el arte de curar cuando se trata de la pulmonía. Porque la verdad es que, particularmente en aquellas personas que se encuentran en buenas condiciones higiénicas, sobre todo, una intervención enérgica, por el prurito solo de dar algún remedio, suele perturbar ese sabio proceso de la naturaleza.

Es en la neumonía, repito, donde puede aplicarse con todo rigorismo y como único método de tratamiento el sintomático. La bacteriología ha explicado, es cierto, el desarrollo íntimo de gran número de enfermedades que antes yacían rodeadas de misterio; con todo, los resultados actuales, en muchos de estos estados patológicos, no han correspondido al objeto terapéutico deseado.

La cirugía particularmente es la que por ahora ha sabido aprovechar mejor los datos suministrados por el microscopio.

No querría recordar aquí el concepto injusto y hasta hiriente con que los partidarios de la dosimetría califican el avance de la ciencia bajo el microscopio: «que á la larga tendremos más naturalistas que médicos.»

***

Pero si la bacteriología sigue paso á paso esas metamorfosis maravillosas que experimentan los microorganismos, y si éstos pueden ser aniquilados con más ó menos facilidad en los cultivos *in vitro*, no sucede lo mismo que en la experimentación cuando se pretende destruirlos allí en la intimidad de los tejidos del organismo humano. Excepto unas dos ó tres enfermedades, los me-

dicamentos reputados como los microbicidas más enérgicos, *son nulos en su acción á título de antisépticos internos*, puesto que no impiden la pululación de estos pequeños seres y ni siquiera atenúan sus consecuencias.

El *desiderátum* en la pulmonía como en todas las enfermedades infecciosas del dominio de la medicina, sería combatir directamente el germen mismo que las ha producido.

Á pesar del considerable número de medicamentos bactericidas, entiendo que hoy no se cura mejor la tisis pulmonar que en otros tiempos. «La terapéutica de la tisis pulmonar, dice Daremberg, ha aumentado su potencia diez veces más desde que eminentes maestros, volviendo á adoptar las sabias doctrinas de Hipócrates y de Galeno, han demostrado que el régimen y la higiene, son los grandes agentes curativos de la tuberculosis.» Así es que, descartada la creosota y sus derivados, los menos malos de estos medicamentos en su conveniente aplicación, el bacilo de Koch no ha podido ser destruído por estos agentes sino en los cultivos de laboratorio.

Del mismo modo, quién sabe cuánto tiempo transcurrirá antes que logremos hacer abortar una neumonía destruyendo directamente el neumucoco de Friedlaender.

Á este propósito considero ilusorio en la práctica el empleo del benzoato de soda como antiséptico en la pulmonía. Ni siquiera es un expectorante seguro, sino más bien un balsámico.

***

Jürgensen ha dicho con mucha exactitud que los neumónicos morían por el corazón. Pero la parálisis del centro circulatorio ó su paresia no es la causa única, si bien la más frecuente. Muchas veces el enfermo sucumbe víctima de la infección del organismo; otras, la muerte se debe al progreso de la asfixia, y con frecuencia por la excesiva extensión de la parte comprometida, ó porque el estado congestivo complica el proceso inflamatorio, etc.

Si múltiple es el mecanismo del desenlace fatal en la neumonía, se concibe fácilmente que la digital no responderá sino en ciertas y determinadas circunstancias á las indicaciones terapéuticas que haya que llenar. Porque, por ejemplo, si es la hipertermía lo que más amenaza la vida del paciente, el caso urge, y mal podríamos echar mano de un medicamento cuya acción se deja

esperar por algunas horas; si estamos al frente de una forma ataxo-adinámica, será contraproducente y peligroso su empleo. Pero donde se pone más de relieve no sólo la inutilidad, sino el peligro del *digitalismo*, es, á mi modo de ver, en las formas infecciosas. El digitalismo terapéutico es el primer grado de la intoxicación (que no es sinónimo de acción mortal); en otros términos, es la dosis tóxica mínima. Es perfectamente aplicable aquí lo que dice á este respecto E. Soulier: «La acción acumulativa de la digital explica la frecuencia del digitalismo terapéutico; pudiendo causar el médico una verdadera intoxicación y complicar seriamente un estado morboso grave ya de suyo.»

Admitido como está el origen infeccioso de la pulmonía, no diviso la utilidad del empleo sistemático de la digital contra una afección que no es una flegmasia esencial. Hasta aquí no hay datos, que yo sepa, sobre la existencia de algún principio microbicida en la digital.

Y justamente en esa viciación del organismo por las enfermedades infecciosas, la digital suele apartarse con frecuencia de su acción capital sobre la circulación. La acción depresora ejercida sobre el sistema nervioso por la intoxicación microbiana, hace que el neumo gástrico no responda á la excitación que de ordinario determina sobre él la digital. En vano, entónces, esperaríamos que el pulso aumentara de volumen y fuera más lento, y como éste siguiera pequeño y frecuente, reiteraríamos las dosis, y en breve aparecería el digitalismo y poco después el colapso.

En muchas ocasiones, decía, el médico no propina al enfermo otras drogas que algunos centigramos de azúcar, imitando así á los homeópatas, y nadie por cierto se aventuraría á tacharle de inactivo en su prudente espectación. Si para combatir un padecimiento relativamente ligero, empleamos el arma más poderosa, ¿qué dejaríamos para los casos más graves? De seguro que vendría la desconfianza y el desaliento y quedaríamos vencidos antes de la lucha. No sería exagerado decir que el remedio era peor que la enfermedad.

Pero al lado de casos en que no debe pensarse ni remotamente en la digital, hay otros, por el contrario, en que su empleo importa una necesidad apremiante. Casi siempre que haya debilidad por parte del corazón, debe administrarse digital, máxime cuando coexiste con una hipertermia sostenida, cuando la temperatura excede de esa cifra fisiológica, por decirlo así, en que evolucionan

ciertas enfermedades. Puesto que, por punto general, la decadencia del pulso es el primer indicio de un resultado desfavorable, tarde que temprano tendrá que suceder esto con temperaturas altas y prolongadas, desde que la fiebre concluye por debilitar el centro circulatorio

Un pulso débil y frecuente, la prolongación del primer ruido cardíaco, la existencia de ruido de galope, tales son los principales signos que revelan la debilidad en el funcionamiento del aparato cardio-vascular.

Apenas si es necesario añadir que, aun en estos casos, es menester asociar la digital á otros medicamentos cuya acción queremos agregar. La digital no siempre basta por sí sola. Deprime la temperatura, es cierto, pero también las fuerzas; y cuando ha pasado la fase crítica de la enfermedad, viene la molestia de luchar contra un estado crónico, cuando menos con una larga convalescencia.

«En realidad, no existe medicación uniforme contra la pulmonía. Las indicaciones varían hasta el infinito, segun las circunstancias», dice Netter. Y agrega después el mismo autor: «Las principales indicaciones terapéuticas serán suministradas por el pulso, el termómetro y los síntomas cerebrales.»

***

No veo en realidad qué ventajas positivas habría en la sustitución de la digital por la digitalina en la neumonía en los casos que está indicado este medicamento. En igualdad de circunstancias, creo si no preferible la digital, por lo menos tan útil la una como la otra. Ambas tienen sus inconvenientes; pero mayores desventajas encuentro al principio activo.

En las afecciones del aparato cardio-vascular, parece más lógica la sustitución mencionada. Las contraindicaciones no dependen, por otra parte, tanto del sitio de las lesiones como del estado del corazón. No hay, además, igualdad de circunstancias entre una afección aguda é inflamatoria, la neumonía, y las perturbaciones circulatorias de los cardíacos, que son más bien una desviación de las leyes de la circulación sanguínea.

La química no ha definido aún si la digitalina es un glucosido ó un alcaloide. Parece más bien que sea lo primero.

La misma duda existe respecto de cuál sea el verdadero preparado elemental.

Los alemanes rechazaron en absoluto la digitalina francesa, á la que llaman *digitoxina;* y aun entre ellos mismos hay preferencia por sólo la de tal ó cual casa de drogas. En Francia sucede otro tanto. La digitalina alemana, muy saludable y poco activa al decir de los franceses, no sería sino un compuesto complejo, equivalente á la *digitaleina* francesa.

Actualmente en Francia se emplea de preferencia la *digitalina clorofórmica*, ya sea cristalizada ó amorfa, idénticas ambas en su modo de obrar, y muy diferentes, por cierto, de la digitalina cristalizada de Nativelle y de la amorfa de Homolle y Quévenne, cuya acción es diferente por lo ménos en energía, particularmente la primera.

No estoy en situación de juzgar si en esto interviene más que todo el amor propio nacional; pero el hecho muy singular es que en toda la Francia una sola casa, la de M. Adrián, sea la única que haya tenido la suerte de obtener la digitalina químicamente pura. No se concibe semejante monopolio en contradicción con los inmensos progresos de la química. Por poco malicioso que uno sea, cae en la cuenta que estas competencias son más bien comerciales que científicas.

Lo que importa al médico tener muy presente es que las digitalinas son muy variables no sólo por sus procedencias sino también, y principalmente, por sus efectos fisiológicos.

Tal es la cuestión que quedará en pie quién sabe hasta cuándo.

Así se explica también la diversidad de opiniones sobre la dosificación del principio activo de la digital. Huchard, por ejemplo, cree que deben emplearse dosis altas de digitalina clorofórmica, de uno á cuatro miligramos *pro die*, y que el descrédito de la digitalina sobre la digital se debe á que se tiene miedo á estas dosis; otros, por el contrario, más temerosos ó más prudentes, creen que se debe comenzar por un décimo de miligramo.

La dosificación de la infusión de hojas es relativamente fácil y más cómoda é inspira más confianza. El mayor inconveniente que encuentro á las hojas es que después de un año suelen alterarse ó pierden en parte sus propiedades; pero teniendo cuidado de renovarlas oportunamente, desaparecerá este temor.

La forma más racional para usar la digitalina es en gránulos y no en solución, porque así se la dosifica con más exactitud. Las soluciones se alteran con el tiempo; la evaporación las hace más concentradas y por ende más activas. Pero no es esto solo. Bajo

la influencia de la hidratación, se modifican los elementos del principio activo; sea reduciéndose algunos, sea que sus moléculas se hayan arreglado en otro orden, el hecho es que las propiedades ó efectos terapéuticos varían. Así me explico que las soluciones sean demasiado activas en algunos casos: ultrapasan, con la misma dosis y en los mismos individuos y en las mismas circunstancias, el efecto que uno se propone obtener.

Esto, que me ha sucedido á mí unas cuatro veces ya, le ha pasado á varios médicos á quienes he consultado.

La absorsión en el estómago, la vía más frecuente de la administración de la digital y digitalina, varía segun se trate de ésta ó de aquélla. Suman algunas decenas los casos en que he empleado la infusión de hojas de esta planta, y jamás he notado otra cosa que algunas náuseas, y esto pocas veces. La infusión no es tan repugnante como pudiera creerse. Amargo es su sabor, pero no muy intenso y relativamente agradable: un amargo parecido al del lúpulo; y todavía su olor es agradable, pues que semeja mucho al del té.

Á los colegas que han tenido la amabilidad de ilustrarme con su opinión sobre este respecto, les ha acontecido otro tanto.

Pero con la digitalina los fenómenos de intolerancia gástrica han llegado hasta el vómito en tres casos sobre siete observaciones. En dos no hubo vómitos, pero sí una sensación muy penosa de angustia al epigastrio.

He tenido tal vez la desgracia de no obtener los resultados tan brillantes que ostentan los colegas de Europa, por mi insuficiencia de conocimientos sobre esta materia, acaso. Pero el fenómeno no lo creo de difícil explicación.

Concretándome á la digitalina clorofórmica, la única que he usado en la pulmonía, me atrevo á señalar como causal de esta diferencia de acción, á la mayor ó menor solubilidad del medicamento, á la modificación de sus propiedades, al estado del órgano digestivo trastornado por la fiebre y, por fin, á idiosincracias individuales.

La mayor parte de los clínicos creen que la infusión es absorbida con más rapidez por el estómago; otros creen lo contrario. Pero concedido que la digitalina sea *un poco más soluble,* como parece la verdad, ó muchísimo más, esta sería una cualidad negativa que no abogaría en su favor; sería una cualidad terrible cuando no estemos seguros del alcance de su poder activo y sobre

todo si no conocemos bien á nuestro enfermo. Si en estas condiciones se da digitalina fuera de indicación precisa, de seguro que pronto tendremos, por lo menos, fenómenos de acumulación.

No cabe dentro de estas breves observaciones repetir la fisiología terapéutica de la digital, medicamento jefe y tan conocido hasta de los principiantes; pero agregaré de paso que, como antipirético, considero preferible las hojas á la digitalina, porque aquéllas como nauseosas por la digitoxima, deprime más la temperatura á la vez que tonifica el corazón.

DR. ANDRÉS PACHECO M.

Noviembre de 1893.

SIFONAJE DE LA CAVIDAD PERITONEAL

COMO TRATAMIENTO DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

Después de una comunicación verbal que hice en el seno de la Sociedad Médica sobre el tema que encabeza estas líneas, temería faltar á los deberes que el profesorado y el ejercicio profesional me imponen, si no diera mayor publicidad á un ensayo de tratamiento que tal vez por primera vez se emplea contra la cirrosis hepática en un período avanzado de su evolución.

Mi propósito no es escribir un artículo científico en su significación estricta: quiero sólo poner en conocimiento de mis colegas de profesión que muy probablemente se puede disponer de un nuevo y poderoso medio con que combatir esta gravísima dolencia, bastante frecuente en el mundo entero y en nuestro país en particular.

Con tal motivo voy á narrar el caso en que este ensayo ha sido hecho.

Se trata de un caballero de 46 años de edad, de buena constitución, de hábitos alcohólicos antiguos y sin antecedentes ó herencias morbosas de ningún género.

Desde hace algunos meses fué diagnosticada y confirmada una cirrosis hepática bien clara.

En el mes de octubre del año en curso, se le practicó la paracentesis en un pueblo del norte, lugar de su residencia, por los médicos del lugar, extrayéndose 17 litros del líquido habitual en tales casos.

En noviembre se trasladó á Santiago con su salud en un estado verdaderamente deplorable. Se puso aquí en manos del distinguido facultativo don Aureliano Oyarzún.

El doctor Oyarzún, al mismo tiempo que lo sometió al tratamiento médico apropiado, le practicó una segunda punción abdominal que produjo trece litros de líquido.

Á pesar del bien dirigido tratamiento, el paciente continuaba agravándose hasta temerse fundadamente en una próxima terminación fatal.

En estas circunstancias fuí consultado por el doctor Oyarzún, proponiéndome practicar una nueva punción, pues no obstante haber transcurrido sólo 12 días desde que se había hecho la última, ya el abdomen presentaba gran desarrollo y la fuerte presión intra-abdominal alteraba, perturbaba ó impedía las funciones de las vísceras contenidas en esta importante cavidad.

La indicación de evacuar el líquido poritoneal era neta, clara y precisa, de tal suerte que no podía, por mi parte, vacilar un solo momento en la necesidad urgente que había de librar al enfermo de esta colección de líquido, para prolongar siquiera sus días.

En mi mente bullía desde más de dos años atrás la idea de hacer cesar radicalmente por medio del sifonaje la acción de esta presión que, ejerciéndose sobre todas las vísceras abdominales y en parte sobre las vecinas, contribuye, á mi juicio, poderosamente no sólo á agravar la cirrosis misma, sino también á acelerar y tal vez á provocar la terminación fatal por las gravísimas perturbaciones funcionales que son su cortejo obligado. Dicha presión coloca al organismo entero, puede decirse así, en una especie de círculo vicioso en relación directa con la cantidad de líquido acumulado en el peritoneo: mientras mayor sea éste, mayores serán también los desórdenes y fenómenos morbosos que, originados por esta causa, acarrearán casi por necesidad la terminación funesta.

Así, pues, un agente medicamentoso cualquiera que libre al organismo por algún tiempo de la presión intra-abdominal, traerá por necesidad, en mi opinión, una favorable reacción de la economía; pero como un medicamento capaz de producir semejante resultado, no se encuentra en el arsenal de que dispone en la actualidad la materia médica, es menester buscarlo entre los numerosos recursos que nos ofrece la cirugía moderna. Elegimos entre éstos el sifonaje, que creemos cumple con las condiciones exigidas.

Con este criterio médico ó manera de interpretar el cuadro patológico de la cirrosis, propuse al doctor Oyarzún que, en lugar

de paracentesis, hiciéramos el sifonaje peritoneal, tal, más ó menos, como se ejecuta, por ejemplo, el de la vejiga urinaria en los casos de cistitis dolorosa en que se persigue sólo descansar por algún tiempo el órgano enfermo.

Aceptada mi manera de pensar, sobre todo porque se trataba de un enfermo irremisiblemente condenado á morir en breve tiempo, tomadas las medidas de antisepcia necesarias y disponiendo de un tubo de cauchuc de un metro de longitud y con calibre de un centímetro próximamente, ejecuté la punción con el más grueso de los trócares que trae la serie de los estuches de bolsillo, en el punto abdominal clásico, es decir, en la parte media de una línea que se extiende desde la espina ilíaca ántero-superior al ombligo.

Después de dar salida á casi la totalidad del líquido, cuya cantidad ascendió á 10 y medio litros, interrumpiendo dos veces la corriente por algunos momentos para evitar los inconvenientes de la evacuación demasiado rápida, se introdujo por la cánula un extremo del tubo previamente alargado por medio de un mandril de alambre. Retiré en seguida la cánula dejando introducidos 20 centímetros de tubo, estimando que la pared abdominal, muy edematosa, tendría diez centímetros de espesor y otros diez que juzgamos útil quedaran flotantes dentro de la cavidad serosa para impedir en cuanto fuera posible su obstrucción por las vísceras.

Por fuera se fijó el tubo al abdomen con una tira de tela emplástica que, después de dar una vuelta al rededor de él, se pegaba por sus dos cabos en la piel. El extremo libre del sifón se sumergió en un recipiente colocado en el suelo al lado del catre y provisto de una cantidad determinada de agua fenicada de dos y medio ó tres por ciento.

En el punto en que se hizo, por decirlo así, la implantación del tubo, entrecruzándose las fibras de los músculos abdominales, comprimido éste en opuestos sentidos, podría temerse que se cerrara su luz y se interrumpiera la corriente. En las primeras horas pasó algo de esto, debido en gran parte á la calidad del tubo, cuyas paredes eran demasiado blandas; pero, transcurrido el primer día, el sifón deslizó fácilmente en el orificio hecho á la pared abdominal, verificándose el mismo fenómeno que se observa en la uretra estrechada que admite penosamente una bujía de cierto calibre; pero que, dejada ésta á permanencia, al cabo de 24 horas no sólo desliza fácilmente, sino que se puede poner sin inconveniente otra de mayor calibre. Fenómeno que ha explicado el profesor Le Fort por la inflamación que provoca la presencia ó contacto del cuerpo extraño.

En las primeras 24 horas que siguieron á la operación, el sifón dió 6½ litros de líquido; al día subsiguiente, 4 litros, y continuó así disminuyendo paulatinamente hasta el sexto día en que dicha cantidad era sólo de unos cuantos gramos; de tal modo que al décimo día, no pudiendo obtener del sifonaje más que algunas gotas, no obstante de hacer frecuentes aspiraciones por medio de una jeringa, creímos prudente retirarlo, con el ánimo de colocarlo por segunda vez si la colección líquida reaparecía en la serosa peritoneal.

Debo manifestar que mientras duró la aplicación del tubo no se hizo funcionar éste de una manera constante; porque para dar más libertad y comodidad al enfermo, se cerraba en la noche su extremo con un nudo y enrollado se fijaba por medio de un alfiler de gancho á una venda que daba vuelta la cintura del paciente.

Durante los diez días que duró la aplicación del tubo, no se notó ningún signo como consecuencia del contacto de este cuerpo extraño con el peritoneo ó con las vísceras. Ha sido tolerado sin el más leve accidente ó molestia, bien entendido, sin embargo, que se hacía una correcta antisepsia al nivel del punto de penetración

En la salud general se manifestó un fenómeno curioso hasta cierto punto y cuya explicación ó interpretación no nos atrevemos á calificar: fué el de una reacción febril en la tarde del día que siguió á la operación, que alcanzó á 40 grados 2 décimas y que duró sólo una hora. Esta reacción se volvió á manifestar al segundo día en las mismas condiciones y al tercero en la mañana; después no se presentó más.

Prescindiendo de estas altas y fugaces alzas de temperatura en los tres primeros días, el estado general principió á mejorar de un modo notable: volvió el apetito y la nutrición se hizo en condiciones que permitian al enfermo recuperar con relativa rapidez sus fuerzas.

El considerable edema de los miembros inferiores y del escroto desapareció en breve tiempo.

Los riñones, que sólo elaboraban de 150 á 200 gramos de orina por día, aumentaron rápidamente su secreción, aproximándose mucho á la normal.

El hígado, aumentado casi en el triple de su tamaño normal y centro de dolores espontáneos y sobre todo provocados á la más ligera presión, comenzó á reducirse visiblemente y luego se pudo palpar con cierta fuerza sin producirse casi el dolor.

Quince días después de esta intervención, el paciente deja el lecho y marcha con relativa facilidad. Cuando prolonga un poco su pequeño ejercicio, el edema vuelve en parte á los pies; mas desaparece con algunas horas de reposo en cama.

El sifonaje se aplicó en este enfermo el 17 de noviembre, y 24 días después de retirarlo definitivamente, es decir, desde el 27 de noviembre hasta hoy, 21 de diciembre, no hay indicios de la vuelta del derrame peritoneal; sigue nutriéndose con regularidad y todas las vísceras abdominales funcionan sin alteración. El hígado continúa decreciendo de volumen y las numerosas abolladuras que se notaban en su borde y superficie, comienzan á borrarse.

Á los vómitos y violentos cólicos intestinales seguidos de deposiciones sanguinolentas y á veces de verdaderas enterorragias, ha sucedido un funcionamiento gastro-intestinal casi normal.

Tal es el cuadro clínico hecho á grandes pinceladas.

Se me criticará, tal vez con justicia, haberme apresurado demasiado á publicar esta observación incompleta; más cuerdo sin duda habría sido esperar el resultado definitivo; no obstante, espero se excusará mi proceder si se piensa que siempre son loables todos los esfuerzos que se hagan por llevar el alivio lo más rápido posible contra los males que afligen á un gran número de nuestros semejantes; que no somos los cirujanos los que tenemos mayor oportunidad de atender cirróticos; que en casos como el de que se trata, no es posible la experimentación más que en el hombre mismo; y, finalmente, que si de un hecho aislado no podemos deducir una conclusión cierta, por lo menos la experiencia hecha nos muestra que el sifonaje de la cavidad peritoneal es un medio de relativa inocencia y dotado de poderosa acción, que debe ensayarse hasta que la experiencia clínica con su irrefutable verdad nos enseñe claramente lo que es y lo que podemos esperar de él.

¿Será el sifonaje un medio curativo de la cirrosis hepática? ¿Será sólo un paliativo que prolongue por tiempo más ó menos dilatado la existencia del enfermo? ¿Necesitará su empleo indicaciones con respecto al período del mal? ¿Cuáles serán sus contra-indicaciones? Estas y muchas otras preguntas que podrían

formularse, no encontrarán contestación más que en la observación clínica del porvenir.

En resumen, mi propósito, al publicar estas líneas, se limita á llamar la atención é inducir á mis colegas á ensayar este nuevo agente contra la grave cirrosis hepática, ya que las armas con que se la combate en la actualidad salen casi siempre, por no decir siempre, vencidas.

Dr. D. San Cristóbal

Santiago, diciembre de 1893.

NOVEDADES TERAPÉUTICAS

NEFRITIS

Netschajeff, de Moscow, ha tratado quince casos de nefritis aguda por la administración interna del *azul de metilo*, 0.10 gramos tres veces al día en días alternados, obteniendo en todos éxito favorable. La orina aparecía teñida de azul desde la primera hora de la administración del medicamento, y la albúmina y los cilindros que contenía empezaban á disminuir desde el primer día, en tanto que la orina misma aumentaba progresivamente en cantidad hasta cuadruplicar en algunos casos la emisión anterior al tratamiento. Consiguientemente disminuía hasta desaparecer rápidamente en algunos de los enfermos de más reciente data, el edema persistente, ó cuando menos, hasta quedar limitado solamente á las extremidades inferiores en grado leve.

Este éxito favorable fué particularmente notable por su rapidez en tres casos, que el autor relata *in extenso*, en los cuales, empezado el tratamiento al décimo y al décimosexto día de enfermedad, se obtuvo la total desaparición del edema, que en todos era general y en uno muy intenso, y de la albúmina y de los cilindros que la orina contenía en seis, siete y dieciséis días respectivamente.

La diuresis producida por el tratamiento se presenta desde las primeras 24 horas, aumenta hasta cuadruplicar la cantidad de orina emitida y se mantiene sin interrupción hasta la total desaparición de los síntomas culminantes de la enfermedad. Pero el autor hace observar que el azul de metileno no es diurético, porque no produce efecto alguno diurético en los cardiópatas ni en

los cirróticos, y que su acción diurética debe atribuirse á que mejora el estado local del filtro renal, probablemente por su acción específica, experimentalmente comprobada sobre los microbios, los estreptococos descritos por Mannaberg, que á su juicio son la causa generadora de la inflamación del riñón.

Este tratamiento no ha ocasionado, por otra parte, síntoma alguno desagradable.

(*Deutche Med. Woch*, 18 de mayo de 1893.)

La manera más cómoda de administrar el azul de metilo es bajo la forma pilular; y en cuanto á dosis, nosotros hemos llegado á dar un gramo diario por varios días seguidos, en algunas fiebres infecciosas, sin haber tenido que lamentar jamás ningún percance desagradable.

CÁNCER

El profesor de clínica quirúrgica en Nápoles, A. D'Ambrosio refiere el siguiente caso:

Una mujer de 50 años tenía un tumor en cada mama. El del lado derecho estaba ulcerado y sangraba frecuentemente. El examen microscópico comprobó que se trataba de un carcinoma. Como la amputación se juzgara impracticable por la excesiva extensión y lo avanzado del mal, se instituyó un tratamiento que consistía en hacer una inyección intersticial diaria en el tumor con un gramo de una solución al $\frac{1}{2}$ por ciento de azul de metileno, y en curar la superficie ulcerada con una solución al 1 por ciento de la misma sustancia.

Al cabo de dos semanas de empezado este tratamiento, cesaron el dolor y las hemorragias y el tumor había decrecido en tamaño.

Al cabo de cuatro meses, el tumor había desaparecido, juntamente con algunos ganglios infartados de la axila y con numerosos nódulos de la piel de los alrededores de la mama. En lugar de estos últimos, sin embargo, se habían formado otros nódulos nuevos.

Mientras tanto había crecido notablemente el tumor de la mama izquierda y había sido necesario amputarlo.

La enferma tuvo algún tiempo después una pleuresía del mismo lado del tumor ulcerado; pero se vió que el origen de la pleuresía no podía atribuirse á una extensión del tumor maligno, el cual permanecía cicatrizado en forma de un tejido lardáceo fir-

me, cubierto en parte por una costra negruzca y rodeado siempre de algunos nódulos cutáneos, que desaparecían y volvían á formarse según que se hicieran ó que dejaran de hacerse las inyecciones medicamentosas.

(*Riforma Médica*, 3 de junio de 1893.)

SATURNISMO

Weil, de Lyon, ha tenido la feliz idea de ensayar contra el cólico plúmbico el tratamiento por el aceite de oliva, que tan buenos resultados ha dado contra el cólico hepático; y el éxito ha correspondido plenamente á sus esperanzas.

En cinco enfermos á quienes administró el aceite de olivas á dosis de 200 gramos diarios, se obtuvo la curación al cabo de tres á cinco días, no sólo del cólico propiamente dicho, sino también de la constipación y de todos los otros síntomas que acusaban el saturnismo, tales como las mialgias, astralgias, anestesias cutáneas, cefaleas, vértigos, etc.

El único inconveniente que ha sobrevenido á veces ha consistido en que el enfermo ha vomitado las primeras dósis del aceite, por lo cual conviene, antes de administrarlo, disminuir el reflejo estomacal por medio de la cocaína, el mentol ú otro medicamento apropiado.

Combemale, de Lila, ha comprobado clínicamente la exactitud de los resultados obtenidos por Weil, y ha verificado además que el aceite de oliva, á la dósis de 50 gramos diarios, puede dar también excelentes resultados para combatir los fenómenos nerviosos que dependen del saturnismo crónico confirmado independientemente del cólico y de la constipación, como el delirio, las alucinaciones, impulsiones ofensivas, insomnio, cefaleas, temblor fibrilar, etc. Por lo menos este es el éxito que ha obtenido en un caso típico de saturnismo crónico confirmado.

(*Bulletin Général de Thérapeutique*, 30 de mayo de 1893.)

El cólico de plomo es una enfermedad rarísima entre nosotros, por lo menos en su modalidad grave, característica; pero el envenenamiento plúmbico crónico de forma lenta, un tanto equívoca á veces, de menos que mediana intensidad y de sintomatología poco alarmante, no es desconocido entre los mineros y fundidores de nuestras provincias del norte. Las minas y establecimientos metalúrgicos en que abunda el plomo no escasean en esas provincias, y si el verdadero y clásico cólico de plomo no se presenta sino muy excepcionalmente en ellas, debe deberse probablemente á que los individuos que se hallan expuestos á las emanaciones plúmbicas, ó sus patrones, saben precaverse contra tal enfermedad.

Parécenos oportuno recordar á este propósito, que uno de los más distinguidos metalurgistas que tuvimos ocasión de conocer durante nuestra residencia en Copiapó, don Daniel García Uriondo, nos aseguró varias veces que durante algunos años que mantuvo en actividad un horno de fundición de metales plúmbicos de plata consiguió precaver constantemente á sus operarios del envenenamiento saturnino, casi inevitable en tales casos, administrándoles periodicamente sulfato de soda á dósis purgante, ó diariamente, ó día por medio, tan pronto como se observaban los primeros síntomas de dicho envenenamiento.

Weil y Combemale creen que el aceite de oliva obra en el saturnismo, sea agudo ó crónico, impidiendo, por una parte, que se absorba el plomo que aun permanece en el tubo gastro-intestinal, y facilitando, por otra parte, la eliminación del que ya ha sido absorbido. Es ésta justamente la misma explicación que se daba el señor García Uriondo, acerca del modo de obrar del sulfato de soda.

Como esta materia del envenenamiento por el plomo es asunto que toca más de cerca á la higiene privada que á la terapéutica, sería de desear que los diarios políticos transcribieran las presentes líneas para que llegaran á conocimiento de quienes pueden necesitar los tratamientos tan sencillos como estos por el aceite de oliva, á dosis de diez á doce cucharadas al día, ó por el sulfato de soda á dosis de 30 á 45 gramos diarios.

R. Dávila Boza

REVISTA EXTRANJERA

SUMARIO.—Disentería aguda, su naturaleza y tratamiento.—Jugos orgánicos en terapéutica.

DISENTERÍA AGUDA, SU NATURALEZA Y TRATAMIENTO, por el Dr. Daniel Díaz, de Carmen, Estados de Campeche, Méjico. Este doctor se espresa de la siguiente manera sobre la materia que sirve de epígrafe.—Al observar el estado en que se encuentra el estudio de esta enfermedad, paréceme que tal vez no carezca de importancia lo que respecto á ella puedo decir.

Mr. Courtois-Suffit, en el *Tratado de Medicina* que escribe en París en colaboración con otros autores, en el artículo «Disentería» y al hablar de su etiología, dice que los maestros se dividen entre el *amaeba coli* y el bacilo de Mrs. Chantemesse y Widal.

Acerca de este último parásito nada tengo que decir. En cuanto al *amaeba coli*, es diferente. Desde fines del año 1889, sometiendo al microscopio y á un aumento de 450 diámetros, las evacuaciones de disentéricos, en esta ciudad y la de Campeche, distante 40 leguas, he hallado, todas las veces que he podido hacer este examen y que serán unas treinta próximamente, una amaeba semejante á la descrita en el citado tratado de medicina, y sobre la cual encontré datos en seguida de mi primera observación, en el *Tratado de Zoología Médica* de Mr. Lanessan.

Este autor expresa en su obra que esta amaeba fué descubierta por Lösch en los intestinos de un disentérico en las cercanías de San Petersburgo.

De paso hablaré aquí de otra amaeba que cita Mr. Lanessan, la *amaeba gelaginia*, descubierta por Merechowsky en el agua

de los estanques de la misma localidad en que Lösch descubrió la *amaeba* del colon. Pues bien, en los charcos que las lluvias forman en las calles de esta ciudad, pululan unas amaebas que se diferencian del *amaeba coli* por sus movimientos menos enérgicos, con prolongaciones ó pseudopodos menos pronunciados, lo que los hace parecer más esféricos, su tamaño como un tercio menor y su color verde, proveniente del protoplasma de las algas de que se alimentan.

Si pasamos ahora al tratamiento de la disentería aguda, vemos que deja que desear el propuesto por los diferentes autores que han escrito sobre la materia. La obra de Mr. Berenguer-Feraud sólo sirve para hacernos palpar el gran progreso que han imprimido á la medicina las ideas parasitistas. Mr. Dujardin-Beaumetz, como última palabra de la ciencia, ordena la ipecacuana y el *ailantus glandulosos*. El calomel, preconizado por todos, da muchas veces buenos resultados, pero desgraciadamente su uso no puede prolongarse sin inconveniente. Y además del efecto tardío y no seguro de la ipecacuana ¡qué desagradable es sufrir por varios días la náusea constante, sensación peor todavía si se emplea el método mixto de calomel, ipecacuana y opio!

Lösch, fundándose en las propiedades tónicas de la quinina respecto á ciertos individuos inferiores, ensayó, y con buen resultado, las soluciones de este alcaloide en lavativas con el fin de curar la disentería producida por las amaebas, pues él no creía que toda disentería fuese producida por ellas, y no fué sino en 1885 cuando Hartulis se propuso demostrar que esta enfermedad es producida siempre por la *amaeba coli*.

Desde que observé las amaebas en la disentería y vi lo que Lösch decía acerca de ellas, empleé los enemas de sulfato de quinina al 5 por mil, obteniendo buenos resultados; mas, buscando un paraciticida menos caro, estudié bajo el microscopio la acción de otras substancias, encontrando desde luego que una gota de agua fenicada al 1 por ciento mezclada con una cantidad igual de evacuación disentérica, bastaba para que las amaebas, poco antes tan vivaces y animadas de rápidos movimientos, permaneciesen ya inmóviles y en forma perfectamente esférica. Emprendí entonces tratar un disentérico por los enemas de agua fenicada al 1 por ciento; mas el paciente acusó algún dolor, por lo cual bajé la solución al 3 por mil, que, según los enfermos, lejos de ser desagradable, produce usa sensación de frescura y que basta para ma-

tar las amaebas, como se comprueba observando al día siguiente las evacuaciones que ya no contienen ni una sola.

El tratamiento que pongo en práctica desde 1890 es enteramente «amebicida», dándome un resultado constantemente favorable en esta localidad, situada á los 18°40′ latitud Norte y á la orilla del mar. Toda disentería es una enfermedad leve ántes de que la infección secundaria haya producido la gangrena del intestino ó que el estado general del organismo haya llegado á tal grado que haga problemático el restablecimiento del equilibrio que constituye la vida, aun supuesto sin la enfermedad.

Calomel, salicilato de bismuto y agua fenicada, bastan para curar una disentería. Á veces uno solo de estos agentes es suficiente; pero es más seguro y más rápido combinar su acción como voy á exponer.

Si hay motivos para creer que el paciente tiene los intestinos ocupados por una cantidad apreciable de materias en putrefacción, se administrará un purgante, de preferencia, á causa de su poder antiséptico, de calomel, 50 centígramos á 1 gramo; pero si se quiere puede usarse cualquier purgante salino ó el aceite de ricino. Por entendido que si el enfermo presenta fenómenos gástricos habría que principiar por el vomitivo de ipecacuana. Suele suceder que con el purgante nada más desaparece la disentería; las más veces la evacuación sanguínea cesa sólo por algunas horas para presentarse de nuevo.

En este caso, ó cuando poco antes de ser llamado, el enfermo ha tomado purga por su cuenta, ó cuando cuenta ya varios días de enfermedad y de abstinencia de alimentos, procedo á ordenar

Rp:

Poción gomosa.....	180 gramos
Salicilato de bismuto.....	2 á 5 gramos

M. sig: 2 cc. c. 2 hh.

Rp:

Agua.....	1 litro
Ácido fénico.....	3 gramos.

M. sig: para 3 enemas—una por la mañana y una en la tarde. Guardarlas un cuarto de hora y luego evacuarlas.

La sangre desaparece de las evacuaciones casi en seguida. Si se notase alguna resistencia en la enfermedad, no habría inconveniente en repetir más ó menos á menudo las lavativas.

Cuando se ha logrado la desaparición de la sangre de las cámaras, hay que insistir algunos días más en el tratamiento; si no se corre el riesgo de ver reaparecer la enfermedad.

Cuando la disentería ha producido ulceraciones algo extensas, suele persistir algo de sangre, que examinada al microscopio, no presenta ninguna amaeba. Esta sangre acaba por desaparecer al cabo de dos ó tres días, pudiendo apresurar esto con unas lavativas así compuestas:

Rp:

Solución gomosa.	500 gramos
Salicilato de bismuto.	8 gramos

M. para 2 enemas—una mañana y una tarde.

ó Rp:

Agua.	500 gramos
Tanino	25 centigramos

M. para 2 enemas—una mañana y una tarde.

El efecto del salicilato de bismuto en esta afección es algo digno de notarse. Varios autores, y entre otros Dujardin-Beaumetz, insisten en que para curar la disentería, hay que procurar una producción abundante de bilis. Por otra parte, los experimentos dirigidos á investigar cuál sea el mejor colagogo, han decidido que éstos son el salol y el salicilato de soda.

Yo he usado el salicilato de bismuto, no buscando la acción colagoga del ácido salicílico, sino su acción parasiticida para alcanzar aquellas amaebas que puedan escapar á las lavativas fenicadas, y de bismuto, para moderar la diarrea que sucede á la disentería. Pues bien, en varios casos he observado que el salicilato de bismuto no produce desde luego la constipación que produce el subnitrato; sino al contrario, las evacuaciones permanecen abundantes y toman un color verde muy marcado, y no es sino paulatinamente y en el curso de algunos días que van pasando del color verde al negro, disminuyendo de cantidad y aumentando de consistencia.

Régimen alimenticio.—Prohibición de tomar agua de pozo sin hervir. (El agua de nuestros pozos está á dos varas bajo el nivel del suelo). El día del purgante, féculas cocidas con agua,

arrow-root ó *atole*, como decimos aquí; al otro día, atole y leche; al tercero, atole, leche y un huevo pasado por agua; y los días siguientes aumentando la cantidad de alimentos según el estado y apetito del enfermo. La carne es perjudicial; en los casos en que, á pesar de mi prohibición, los enfermos se han atrevido á comerla antes de estar enteramente buenos de la diarrea post-disentérica, ha sobrevenido casi siempre una diarrea inmediata.

¡Qué diferencia entre este tratamiento y el tratamiento por la ipecacuana y el opio!

Aquellos enfermos que después de haber sido sometidos á las píldoras de Second experimentan el tratamiento de que hablo, quedan agradablemente sorprendidos al ver cuán á poca costa son desembarazados de una enfermedad que les inspiraba tanto miedo.

Y creo que no tardará en vulgarizarse el uso de las lavativas de agua fenicada para curar las disenterías, pues siendo imposible de desconocer el olor del ácido fénico, los enfermos que han sido tratados por ese método saben bien que las ayudas de agua fenicada curan la disentería.

Hay casos en que la aplicación de los enemas es difícil, y son aquellos en que la extrema sensibilidad del intestino hace imposible la introducción y en los que la relajación del esfínter no permite su permanencia. El primer obstáculo puede aminorarse con el empleo del opio, que sólo en este caso debe usarse en esta enfermedad. En cuanto á la relajación del ano, no es en rigor un impedimento absoluto al lavado del intestino; pero, por lo general, los casos en que ese síntoma se presenta son aquellos en que *ya es tarde.*

No ignoro que los enemas de agua fenicada han sido empleadas en la disentería; pero se las ha reservado para las llamadas *disenterías pútridas*, cuando se ha producido la gangrena de las paredes intestinales, es decir, cuando ya casi el mal no tiene remedio.

Tampoco ignoro que el Dr. Kilduchewsky ha publicado en el *Vrasch*, núm. 22, 1892, el buen resultado obtenido por él en el tratamiento de la disentería por los enemas de agua fenicada al 1 por 4,000, según el *Journal de Médécine* de París, núm. 33, 1892. Yo ensayé, como llevo dicho, á fines de 1889, el agua fenicada al 1 por ciento, empleando después, por las razones expresadas, la al 3 por mil. No he experimentado la solución al 4,000, pues dando buen resultado la al 3 por mil, temo perder el tiempo empleando aquélla, tanto más cuanto que dos veces que he usado soluciones al 1 y medio por mil me han parecido hacer un efecto algo lento.

(Revista Médico-Quirúrjica Americana).

***

JUGOS ORGÁNICOS EN TERAPÉUTICA.— El doctor J. S. Leonhardt, de Lincoln, Nebraska, publicó un luminoso artículo en el *New York Medical Journal*, de 10 de junio, en que hace referencia á la reciente tendencia al uso de jugos orgánicos en el tratamiento de diversas enfermedades. Cita las doctrinas del griego Paulus Ægineta, que escribía en el siglo VII que el hígado de perro rabioso era el remedio para cusar la rabia en el hombre, y los experimentos de Hahnemmán, que á principios del presente siglo refinaba la terapéutica del griego usando «hidrofobina» con el mismo objeto. Pasteur, más tarde, siguiendo el mismo camino y obrando independientemente, ha preconizado el uso de las inyecciones hipodérmicas del jugo de la médula espinal de animales (conejos) inoculados con el microbio de la rabia; y al mismo orden pertenecen los descubrimientos de Koch, Freire, Brown-Séquard, Murray, Hammond, Carmona, Ferrán, Jennerey i otros.

El anuncio hecho por Brown-Séquard ante el Colegio de Francia, en julio de 1889, de la maravillosa virtud del «jugo testicular» como rejuvenecedor, llamó la atención de todo el mundo científico, y en todas partes se han llevado á cabo experimentos con este agente en grande escala con variable resultado. (La creencia en esta propiedad del «jugo testicular» ha sido cosa corriente en la China por espacio de más de mil años.) Á pesar de lo maravilloso de la virtud vito-dinámica atribuída á este jugo, hombres como Pasteur han corroborado sus efectos después de haberse sometido al experimento: además del gran sabio francés, confirman el hecho hombres tan competentes y fidedignos como Bogroff, de Odessa; Zenets, de Varsovia; Beck, de Berlín, y otros; y no es raro leer en la literatura médica corriente que se ha usado el «jugo testicular» y que ha dado buenos resultados en las formas más diversas de enfermedades, desde el histérico hasta la ataxia locomotriz y de la erupción más simple de la piel hasta el cáncer.

El profesor Luton, de la Escuela Médica de Reims, ha experimentado últimamente con las inyecciones hipodérmicas de una solución acuosa de fosfato y sulfato de sodio en la curación de las enfermedades en que se usaba el «jugo testicular», y las ha hallado igualmente eficaces.

Recientemente el doctor Murray, de Newcastle, ha introducido el uso del «jugo de la glándula tiróidea» en el tratamiento de la «myxoedema» con resultados admirables, según muchos experimentadores, y después de esto, otro inglés, Mackenzie, se ha distinguido curando la diabetes con el jugo pancreático.

Más recientemente aún, el doctor William A. Hammond ha hecho revivir la doctrina de Ægineta, de que las enfermedades de los órganos humanos se curan con extractos de los respectivos órganos sanos de animales inferiores, y relata en los periódicos médicos notables resultados obtenidos con el uso de la «cerebrina» en enfermedades del cerebro y sistema nervioso, y la «cardina» en enfermedades del corazón.

Hablando de los efectos envigorizadores de la *cerebrina*, dice: «Yo sólo podía levantar una palanqueta de 45 libras de peso 15 veces con la mano derecha y 13 con la izquierda, mientras que después de una sola dosis del extracto, podía levantar el peso 45 veces con la derecha y 37 con la mano izquierda.»

(Pasteur dice haberle sucedido lo mismo después del uso del jugo testicular, y se nos ocurre preguntar si no sucedería también después de la inyección hipodérmica de extracto de carne procedente de cualquiera otra parte del cuerpo de un animal. Valdría la pena de hacer el experimento.)

Si las señales no se equivocan, hay una fuerte tendencia hacia una terapéutica de nueva especie, y con los grandes cambios que se han experimentado en estos últimos años en ese ramo de la ciencia médica, estamos ya preparados para adoptar otros nuevos. Una cosa, sin embargo, no podemos menos que notar, y es que en medio de este gran progreso médico, vemos las ideas antiguas volver á revivir, adaptarse á los adelantos del siglo y tomar puesto honroso en las filas del progreso.—P. J. S.

(Revista Médico-Quirúrjica Americana)

CONRADO RÍOS V.

REVISTA CLÍNICA

CLÍNICA GINECOLÓGICA DEL DOCTOR KÖRNER

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HABIDO DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE EN LA SALA DEL CARMEN DEL HOSPITAL DE SAN BORJA

Existencia anterior	40
Entradas	39
TOTAL	79
Altas	47
Fallecidas	1
Existencia el 1.º de diciembre	31

OPERACIONES

1.ª *Histeropexia vaginal* y raspaje de la mucosa uterina por retroflexión libre del útero y endometritis. La enferma no tuvo ningún contratiempo después de haber sido operada. Se le dió de alta á los 25 días, quedando bien y el útero en anteversión.

2.ª *Histerectomía vaginal* por cáncer del cuello del útero, sin imfarto ganglionar ni de los ligamentos anchos. En esta enferma hubo hemorragia abundante el día de la operación, debida al deslizamiento de una de las ligaduras del muñón derecho. Después de hacer una nueva ligadura (ocho horas después de la operación) siguió perfectamente hasta el día diecisiete en que se repitió la hemorragia sin haber habido nada que pudiese explicar

su causa, á lo sumo un estado especial de la enferma favorable á las hemorragias (hemofilia). Se la cohibió por medio de tapones vaginales humedecidos en percloruro de hierro. La enferma ha seguido bien y sólo quedan algunos puntos de ligaduras que, una vez desprendidos, se le dará el alta.

3.ª *Fístula ciega interna* de las márgenes del ano y extirpación de un quiste del labio mayor izquierdo. La enferma salió completamente curada después de haber tenido los tres primeros días temperaturas de 39° y 40°, debidas al uso inmoderado del opio que se hizo en esta enferma.

4.ª *Raspaje de la mucosa uterina* por restos de placenta después de un aborto. Se le dió de alta pocos días después de haber sido operada, sin haber tenido nada digno que hacer notar.

5.ª *Raspaje del cuello del útero* por sarcoma de dicho órgano. Era ésta una enferma que tenía grandes metrorragias, portadora de un gran sarcoma del cuello y del cuerpo del útero, habiendo comprometido los ligamentos anchos. El tumor tenía el aspecto de un pólipo del útero. Salió de alta.

6.ª *Raspaje de la mucosa uterina* por endometritis. Á esta enferma se la sometió al principio al tratamiento de cloruro de zinc (barnizamiento de la cavidad de este órgano con una solución al 50 por ciento), y no se obtuvo mejoría alguna; después del raspaje la enferma se encuentra bien. Saldrá pronto de alta.

7.ª *Extirpación de la mama derecha y ganglios de la axila y parte del pectoral mayor* por tumor maligno de dicho órgano.

Esta enferma, de 40 años de edad, después de haber sido operada tuvo temperaturas altas, fluctuando entre 38° y 40°, debidas á una gran supuración. Ya está bien y principia la cicatrización.

El examen microscópico manifestó que se trataba de un sarcoma; el mismo tejido se encontró en los ganglios infartados de la axila. En las fibras musculares del pectoral no había nada de particular.

8.ª *Extirpación de un sarcoma* de un ganglio profundo de la axila en una enferma de 25 años. Ella dice que el tumor tenía más ó menos 3 ó 4 años de existencia, habiendo sido al principio mui lento el crecimiento y solamente en este último año fué rápido, llegando al tamaño de un puño. El tumor había disociado por completo el paquete vásculo-nervioso, habiendo algunos de éstos por delante del tumor y otros á los lados, sin guardar ninguna de las relaciones anatómicas entre sí.

La curación se obtuvo por primera intención, sin haber habido ni temperaturas mayores de 37°3, ni menos pus.

El examen microscópico confirmó el diagnóstico clínico: *sarcoma de un ganglio axilar.*

9.ª *Fístula vesico-vaginal* operada por sexta vez sin obtener aun de nuevo, éxito en la operación.

Pasamos ahora á hacer la descripción de la última laparotomía que se hizo en octubre y que, por las causas señaladas en el número anterior de esta REVISTA, no hemos publicado.

N. N., nacida en Inglaterra, de 40 años de edad, casada desde hace 7 años, sin familia.

Nos dice que hasta la época de su matrimonio no había tenido enfermedad de importancia, y desde entonces (desde el matrimonio) principió á sentir que sus reglas, que antes eran regulares y sin dolor, se hacían irregulares y dolorosas, y poco tiempo después notaba con sorpresa un tumor en el lado derecho, que crecía en la época de las reglas.

Examinada por el doctor Körner el año próximo pasado, encontró un tumor en el lado derecho del útero, sin estar adherido á él. Examinada por segunda vez este año, se pudo notar el crecimiento rápido del tumor, llegando á las dimensiones de la cabeza de un feto de término; lo que obligó á proponer á la enferma, la extirpación del tumor fuente de su enfermedad.

La operación se llevó á efecto el 31 de octubre. Antes de la operación la temperatura, pulso y respiración eran de 36°5, 110 y 21 respectivamente.

La operación fué bastante laboriosa, no sólo porque el tumor estaba adherido, sino también porque fué muy difícil la cloroformización. Muy á menudo hubo de suspenderse el trabajo para impedir la salida por la herida, de los intestinos, ya por vómitos ó por las fuerzas que hacía; por fin se consiguió extirpar el tumor, que estaba entre las hojas del ligamento ancho derecho. Extraído éste, encontramos por detrás y á la izquierda del útero un segundo tumor colocado en la pequeña pélvis y sumamente adherido por todas partes; era un quiste del ovario izquierdo, el que hubo que dejarlo en su lugar á fin de no someter á la enferma á mayores peligros, pues éste estaba sumamente adherido y encajado muy abajo, y aunque operábamos en una mesa de plano inclinado, sin embargo no se veía bien el tumor, y además, este tumor sería abierto

posteriormente en la vagina posterior y drenado, y así se curaría la enferma perfectamente y sin peligro mayor.

Limpio el peritoneo, se cerró la herida abdominal. Después de la operación la enferma tenía: temperatura, 35°5; pulsación, 70; respiración, 24. La operación había durado una hora 10 minutos. Poco después se le puso una inyección de cafeína para levantar el pulso.

Á las 3 P. M. la enferma está bien: ha dormido y no tiene dolores al vientre ni á la espalda. No ha habido vómitos. Temperatura, 37°1; pulso, 75; respiración, 20.

Á las 9 P. M. se le extrajo 400 gramos de orina.

Segundo día.—Ha pasado buena noche; durmió sin morfina; la temperatura fué de 37°; el vientre está un poco meteorizado; el dolor es menor que el día anterior; lengua húmeda.

Á las 8 A. M. Temperatura, 37°; pulso, 72; respiración, 20.

Se le ha dado agua albuminosa y un poco de café.

Á las 12 M. Temperatura, 38°. Ha orinado sola.

Á las 3 P. M. Temperatura, 38°.

Á las 4 P. M. Temperatura, 38°; pulsación, 70; respiración, 26. Se le dió una cucharada de magnesia fluida porque el vientre estaba muy meteorizado.

Á las 9 P. M. Temperatura, 37°9.

Á la 1 A. M. hubo necesidad de poner una inyección de morfina para que la enferma conciliara el sueño.

Tercer día.—La enferma se encuentra mejor. El meteorismo abdominal es menor; lengua húmeda; ha expelido gases intestinales por el recto.

6½ A. M. Temperatura, 37°5.

9½ A. M. Temperatura, 37°4; pulso, 60; respiración, 24.

12 M. Temperatura, 37°5. Se le ha dado té, café y caldo.

2 ¼ P. M. La enferma está regular; lengua un poco seca; hay meteorismo; ha principiado á perder sangre por la vagina.

2½ P. M. Temperatura, 37°4; pulso, 75; respiración 21.

Cuarto día.—El estado general no ha variado; temperatura, 37°4.

10 A. M. Se le puso una lavativa de agua con glicerina; expulsó sólo el agua sin excrementos.

12 M. Temperatura, 38°6.

1 P. M. Se le puso una segunda lavativa con infusión de manzanilla y glicerina, dando igual resultado que la primera.

3 P. M. Temperatura, 39°. Se le puso una lavativa pequeña de agua con un gramo de antipirina.

4½ P. M. Ligera transpiración; intranquilidad; meteorismo. Temperatura, 39°2; pulso, 105; respiración, 30.

Á las 9 P. M. Temperatura, 38°9.

Á las 9½ P. M. se le suministró una cucharada de aceite de ricino

1 A. M. Inyección de morfina; durmió cortos momentos.

Quinto día.—El estado es malo; postración. Temperatura, 38°8.

6½ A. M. Agua de Hunyadi Janos, un vaso.

8 A. M. Temperatura, 38°; pulso, 100; respiración, 30.

8½ A. M. Caldo y un poco de té.

12 M. No habiendo obrado á pesar de los purgantes, se le puso un enema de agua con jabón. Obra en pequeña cantidad.

1 P. M. Un segundo enema igual al anterior; una sola deposición escasa.

Se le ha dado agua con coñac y varias veces caldo.

2 P. M. Temperatura, 38°7.

3½ P. M. La enferma está un poco mejor que en la mañana; lengua siempre saburral; menos meteorismo.

Á las 12 M. tuvo vómitos de un líquido mucoso. Temperatura 37°9; pulso, 100; respiración 30.

4 P. M. Las deposiciones abundantes. Temperatura, 38°2; pulso, 96.

8 P. M. Temperatura, 38°8; pulso, 106; hay menos meteorismo, y ha habido dos deposiciones más, pero escasas.

Se le da una cápsula amilácea compuesta de 0.50 centigramos de antipirina por 0.10 de sulfato de quinina.

11 P. M. Se le puso una inyección de morfina que la hizo dormir hasta las 12 P. M.; después de esta hora, insomnio tenaz.

Sexto día.—6 A. M. Temperatura, 38°4.

La enferma parece estar mejor que ayer. Está más tranquila; menos meteorismo abdominal y lengua menos cargada.

8½ A. M. Temperatura, 38°4; pulso, 110; respiración, 30.

10 A. M. Se le hizo un lavado intestinal de 1,000 gramos de agua con 5 de salicilato de soda. Se levantó el apósito. En la herida no se encontró nada de particular; no había supurado ningún punto de sutura.

12 M. Temperatura, 39°2.

3¼ P. M. Temperatura, 38°4; pulso, 120; respiración, 30; lengua seca; meteorismo.

4 P. M. Un lavado intestinal igual al anterior.

5 P. M. Temperatura, 38°8.

11 P. M. Una lavativa de un gramo de antipirina y una inyección de morfina. En el día ha pasado con hielo al vientre.

Séptimo día. — La enferma sigue mal; no ha dormido.

5 A. M. Temperatura, 38°5.

8½ A. M. El vientre está más meteorizado que ayer. Ha tenido varias veces vómitos. Temperatura, 38°3; pulso, 120; respiración, 22.

Se le hizo un lavado intestinal de salicilato de soda al 5 por mil, un litro.

12 M. Temperatura, 38°4.

2 P. M. Una lavativa pequeña de infusión de natri con un gramo de antipirina. Ha tomado agua con coñac y helados de naranja.

3 P. M. Sigue en el mismo estado; han cesado los vómitos y ha dormido.

Á las 3 P. M. Temperatura, 38°6; pulso, 120; respiración, 30.

Octavo día. — La enferma está peor; todos los síntomas se han agravado á tal punto que le ocasionan la muerte en la tarde de ese día.

La autopsia no fué posible hacerla por causas involuntarias.

R. Zegers P.
Ayudante

CRÓNICA

SUMARIO. — **Reglamento de exámenes anuales del curso de medicina de la universidad.—Santiago sin agua.—Necrologia: el doctor don Ramón Blaitt.**

He aquí el Reglamento de que hablábamos en el número anterior y que no alcanzamos a publicar por falta de espacio:

REGLAMENTO DE EXÁMENES ANUALES DEL CURSO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD

Artículo primero. Los estudiantes del curso de medicina rendirán al fin de cada año un examen de promoción que versará sobre los ramos *generales* que hayan cursado en el año respectivo, en conformidad con el plan de estudios vigente.

Art. 2.° Se considerarán *generales* para los efectos del artículo anterior los ramos siguientes:

Primer año. — Química general, física médica, zoología y botánica médicas;

Segundo año. — Anatomía, histología normal y fisiología;

Tercer año. — Patología é histología patológica generales;

Cuarto año.—Patología médica, anatomía é histología patológicas especiales, terapéutica, patología quirúrgica y medicina operatoria;

Quinto año. — Higiene;

Sexto año. — Clínica médica, quirúrgica y obstétrica.

Art. 3.° Los demás ramos comprendidos en el plan de estudios se considerarán *especiales*, y de ellos no se rendirá examen.

Tampoco habrá exámenes *parciales* correspondientes al primer año de un ramo que se estudia en dos.

Respecto de unos y otros, el examen será reemplazado por los certificados á que se refiere el artículo siguiente:

ART. 4.° La matrícula de exámenes se hará en la oficina del pro-rector de la Universidad.

Para inscribirse en ella deberá el estudiante presentar certificados de haber asistido á todas las clases del año que cursa, sean de los ramos generales, sean de los especiales y parciales anteriormente indicados.

Los respectivos profesores no darán dichos certificados á los estudiantes que, por cualquiera causa, hubieren faltado más de treinta veces á su clase durante el año escolar.

Para el mismo efecto de inscripción en la matrícula, los estudiantes deberán también presentar certificados de haber ejecutado los ejercicios prácticos de anatomía, cirugía, anatomía é histología patológicas, farmacia y medicina legal, exigidos por los reglamentos universitarios.

Estos certificados serán suscritos por el jefe de trabajos anatómicos ó por los directores de trabajos prácticos, respectivamente El estudiante que no hubiere ejecutado las tres cuartas partes, á lo menos, de los ejercicios prácticos acordados por el cuerpo de profesores, no podrá obtener dichos certificados.

Los alumnos del tercero y del cuarto año presentarán, además, certificado de un médico de sala de hospital, que acredite asistencia á la visita diaria durante más de la mitad del año escolar.

ART. 5.° Las comisiones examinadoras se compondrán de tres ó más miembros, según lo acuerde el cuerpo de profesores.

ART. 6.° Los alumnos matriculados serán examinados por grupos, del número igual al de las asignaturas comprendidas en el examen, y serán interrogados todos sucesivamente por cada profesor sobre su asignatura respectiva.

ART. 7.° La duración del examen será de quince minutos para cada una de las asignaturas comprendidas en él. Exceptúanse de esta regla los exámenes de clínica, cada uno de los cuales durará media hora, destinándose quince minutos para el reconocimiento de enfermos y quince para la prueba oral.

ART. 8.° La calificación del examen se hará por puntos, desde cero hasta diez, para cada examinador.

El estudiante se considerará aprobado sólo cuando el número total de puntos obtenidos, dividido por el de los examinadores, diere, á lo menos, por cuociente cinco.

ART. 9.° El estudiante que fuere reprobado ó el que por cualquier motivo no se presentare á examen en la época fijada, podrá rendirlo en el próximo período de exámenes.

ART. 10. Las clases se suspenderán el 14 de diciembre de cada año.

El 15 del mismo mes comenzarán los exámenes, y terminarán el 9 de enero siguiente.

Los exámenes de principios del año escolar comenzarán el 1.° y terminarán el 10 de marzo.

ART. 11. Las disposiciones contenidas en este reglamento comenzarán á regir desde la fecha de su promulgación.

***

SANTIAGO SIN AGUA.—La escasez de agua potable por que hoy atraviesa la capital, ha venido á probar una vez más la urgente necesidad de obtener otras fuentes de producción además de la de la quebrada de Ramón.

Es sabido que el caudal de Ramón ha ido disminuyendo en estos últimos años, y sobre todo en el presente, á tal punto que, según medidas practicadas por el ingeniero don Valentín Martínez, en el mes de febrero el agua corría á razón de dieciocho mil metros por día, en tanto que iguales medidas tomadas recientemente, la hacen llegar sólo á trece mil metros.

Á pesar de haberse plantado árboles y tomado otras medidas destinadas á aumentar el caudal de las vertientes, el desarrollo de la población y la diminución misma de agua producida por la sequía del año pasado y del actual, han obligado á nuestras autoridades, oyendo la grita de la opinión pública, á buscar otras fuentes de producción, y desde luego se ha pensado en aprovechar el agua de los manantiales de Vitacura por medio de galerías filtrantes que absorban las corrientes subterráneas de la cordillera al río. Estudios hechos por una comisión municipal en compañía del ingeniero don Valentín Martínez, han demostrado que los manantiales de Vitacura suministrarían una cantidad de agua perfectamente filtrada y de excelente calidad que ascendería más ó menos á cincuenta mil metros cúbicos diarios.

Con estos antecedentes, la Municipalidad primero i el Congreso Nacional en seguida, con arreglo á la ley vigente, han declarado de utilidad pública sesenta y cuatro hectáreas del terreno situado

á orillas del Mapocho, perteneciente al fundo de Vitacura, conforme á demarcaciones anotadas por el ingeniero don Valentín Martínez.

Entretanto, á fin de salvar á la ciudad de la escasez de agua, y mientras se realizan las obras en grande que llevará á cabo la Municipalidad, se han ejecutado algunos trabajos para agregar provisoriamente el agua de Vitacura. La Alcaldía municipal ha dado, por su parte, orden de no gastar agua potable en los riegos, y las pilas públicas han sido suprimidas en los puntos en que ellas no se necesitan para que extraiga agua la población.

Los ferrocarriles y algunos establecimientos, á solicitud de la Alcaldía, se han resignado á reemplazar momentáneamente el agua potable por la de pozos.

El agua se corta también por las noches en los barrios bajos de la población, que son los que menos sufren de escasez a consecuencia de la presión que es en ellos mayor, naturalmente, que en los altos, que sufren dicha escasez á toda hora.

Es de presumir, en vista de lo que hemos dicho, que el mal desaparezca en breve, si bien, no puede negarse, se ha perdido tiempo y se ha esperado el clamor público para poner remedio á la angustiada situación por que atraviesa en el día la ciudad de Santiago.

***

NECROLOGÍA. — *El doctor don Ramón Blaitt.* — En el vecino puerto falleció, en los primeros días del mes, el cirujano en jefe de la Armada cuyo nombre escribimos al frente de estas líneas.

Desde algunos años, el doctor Blaitt había abrasado con entusiasmo la carrera de cirujano de marina, y en ella recorrió los distintos grados hasta llegar á ser cirujano mayor de 2.ª clase, jefe del servicio sanitario, en cuyo puesto la muerte ha acabado con su existencia.

Miembro de la institución «El Progreso Médico» y de algunas otras sociedades, se distinguió siempre por su carácter perseverante y laborioso.

CONRADO RÍOS V.

ÍNDICE

AÑO DE 1893.—TOMO XXI

	PÁGS.
B. D.—Crónica	162
Campo (del), Santiago.—Influenza tifoídea; digital y pulmonía; antipirina (correspondencia nacional)	387
Cáceres M., Jorge.—Anestesia por el bicloruro de Metileno comparada, etc. (colaboración)	460
Dávila Boza, Ricardo.—Saneamiento de Santiago (editorial)	1
» » La viruela (editorial)	81
» » Revista extranjera	116
» » Medidas contra la viruela (colaboración)	133
» » Ordenanza sobre salubridad de conventillos, fábricas y establecimientos análogos (editorial)	169
» » Consideraciones clínicas acerca de la enfermedad llamada mixœdema (colaboración)	199
» » Obra de humanidad y de verdadero patriotismo (editorial).	409
» » Consideraciones clínicas sobre la sinfiseotomía (colaboración)	425
» » Hermoso proyecto de la Sociedad Médica (editorial)	457
» » Novedades terapéuticas: nefritis	552
Figueroa M., Alberto.—El basiotribo de Tarnier (colaboración)	173
G. B. M.— Tratamiento de la asfixia de los recién nacidos por el procedimiento de la lengua (traducción)	193
» » Id. de la hidroterapia en ginecología (traducción)	323
García Guerrero, D.—Etiología y tratamiento de los quistes hidatídicos (colaboración)	303
H. A.—Revista extranjera	432
Martínez L., Marcial.—Noticia sobre la fuente de Turi (colaboración).	23
Martínez, Valentín.—Saneamiento de Santiago, zona central, etc. (colaboración)	27
Murillo, Adolfo.—Historia de dos operaciones cesáreas (colaboración)	88
» » Ligeros apuntes sobre la maternidad en 1892 (id.).	255
» » Los abortos tubarios (comunicación al Congreso Pan-Americano de 1893)	375
» » Conferencia internacional de Dresde (colaboración)	415
Moore, Eduardo.—El sozoidol en la sífilis (correspondencia europea).	142
Molinare, Luis.—La cloralosa (colaboración)	190
Muhn, T.—Estado actual del tratamiento de la epilepsia (traducción)	264
Mandiola, Carlos.—Método del plano inclinado para combatir los vómitos incoercibles (colaboración)	412
Orrego Luco, Augusto.—El profesor Charcot (editorial)	353
P. C. C.—Revista extranjera	286
Pardo Correa Caupolicán.—Algunos nuevos considerandos sobre el diagnóstico y tratamiento de la úlcera redonda del estómago (traducción)	317
» » Hidrocefalia (colaboración)	384
Ph O. y A. R.—Diferencias químicas entre la leche de mujer y la de vaca y manera de igualarlas (correspondencia europea).	477
Pacheco M., Andrés.—Digital y digitalina en la neumonía	508
Ríos V., Conrado.—Breves consideraciones acerca de la importancia verdadera de la antisepia interna (colaboración)	5
» » Sociedad Médica, actas	56
» » Crónica	76
» » Un caso de pulso lento permanente (estudio clínico)	100
» » Crónica	125

PÁGS.

Rios V., Conrado.—La comisión del doctor Molinare en Punta Arenas (colaboración) 129
» » Breves consideraciones acerca de la importancia verdadera de la antisepia interna (colaboración)..... 138
» » La epidemia de viruelas y el Consejo de Higiene Pública (colaboración)..... 172
» » Crónica..... 237
» » El doctor don Santiago Letelier (editorial)..... 249
» » Crónica..... 296
» » El cólera; peligros de su invasión (editorial)..... 301
» » Revista extranjera..... 339
» » Crónica..... 350
» » El Hospital Militar (editorial)..... 371
» » Crónica..... 400
» » Crónica..... 452
» » Revista extranjera..... 491
» » Crónica..... 502
» » Un año más (editorial)..... 505
» » Revista extranjera..... 526
» » Crónica..... 539
Sierra M., Lucas.—Casos de septicemia gangrenosa (correspondencia europea) 49
» » Contusión herniaria: peritonitis generalizada, etc. (correspondencia europea)..... 53
Sierra M. y Moore E.—Intervención quirúrgica en las peritonitis (correpondencia europea)..... 108
Sierra, M.—Resumen de algunas novedades en los hospitales de París (correspondencia europea)..... 113
» » Algunas novedades en los hospitales de París (correspondencia europea)..... 146
» » En los hospitales de París (correspondencia europea)..... 208
» » En la Suiza (correspondencia europea)..... 283
» » Tratamiento quirúrgico de las afecciones de los anexos (correspondencia europea)..... 329
San Cristóbal, Diego.—Memoria anual, etc..... 251
» » Sifonaje de la cavidad perineal como tratamiento de la cirrosis hepática..... 516
Salas A., Carlos.—Revista clínica (oftalmológica)..... 395
» » Revista clínica (oftalmológica)..... 438
» » Revista clínica (oftalmológica)..... 493
Trincado del Villar, Ramón.—Revista clínica (enfermedades nerviosas) 74
» » Revista clínica (enfermedades nerviosas)..... 344
» » Revista clínica (enfermedades nerviosas)..... 447
Ugarte Valenzuela, Luis.—Un caso de hipnotismo en el parto (colaboración)..... 475
Vergara Flores, Luis.—Informe médico-legal (correspondencia nacional)..... 213
Valenzuela, B. J.—Artrotomía de la rodilla (colaboración)..... 262
Zegers P., Ramón.—Revista extranjera..... 62
» » Revista clínica (ginecológica)..... 122
» » Revista clínica (id.) 158
» » Revista clínica (id.) 225
» » Revista clínica (id.) 288
» » Revista clínica (id.) 390
» » Revista clínica (id.) 442
» » Revista clínica (id.) 496
» » Revista clínica (id.) 533

