

GACETA MÉDICA

DE

COSTA RICA

REVISTA NACIONAL

DE

* MEDICINA, CIRUGIA, FARMACIA É HIGIENE *

DIRECTOR, Dr. César Rojas

Año I

San José de Costa Rica, 1.º de Enero de 1897

Núm. 9

FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

DE LA

República de Costa Rica

SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la República, celebrada el día nueve de noviembre de mil ochocientos noventa y seis, á las 7 y media p. m.

Asistieron los doctores Echeverría, Pinto, Gerardo Jiménez, Zumbado y Soto.

Ocupó la presidencia el 2.º vocal, señor doctor Echeverría.

Se leyó el acta de la sesión anterior y fué aprobada.

Dióse lectura á el informe de la Comisión nombrada para emitir dictamen sobre la diferencia de las certificaciones médico legales que aparecen en el proceso seguido á Blas Ferreto, por lesiones inferidas á José Madrigal, remitido por el Juez del Crimen de Alajuela. El informe fué aprobado, acordándose comunicarlo al señor Juez de Alajuela.

Dióse lectura á el informe emitido por la Comisión, nombrada para contestar á las preguntas que hace el defensor de las procesadas, en la causa que por lesiones á Ignacio Salgado se sigue á Sotera Peña y compañera, por el Juzgado del Crimen de Cartago. El dictamen fué aprobado por unanimidad de votos.

Se leyó un oficio del Juez del Crimen de esta ciudad, en el cual pide que la Facultad proceda al reconocimiento de William Jones, por lesiones sufridas en la vista. La Junta acordó contestar al señor Juez que remita al lesionado junto con la causa para poder dictaminar, siendo nombrados los doctores Soto y G. Jiménez para examinar el caso.

Á las 8 y 30 p. m. se levantó la sesión.—Emilio Echeverría, 2.º vocal.—J. M. Soto Alfaro, Secretario.

SESIÓN extraordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la República, celebrada el día veinticuatro de noviembre de mil ochocientos noventa y seis, á las 2 p. m.

Asistieron los doctores Echeverría, Zumbado, Rucavado, G. Jiménez y Soto.

Presidió el 2.º vocal, doctor Echeverría.

Se leyó el acta de la sesión anterior y fué aprobada.

Dióse lectura á una comunicación del señor don José C. Badilla, Médico-Cirujano de la Universidad de California, y en la cual pide se le señale día para ser examinado é incorporado en la Facultad. Se dió lectura á una petición del señor don Rafael Calderón Muñoz, en la cual pide incorporación en la Facultad previos los trámites de ley; acompaña á la comunicación su título de Médico y Cirujano de la Universidad de Lovaina, Bélgica.

Estando los documentos de ambos señores conformes con lo que la ley prescribe, se les señalaron los días 25 y 26 de los corrientes para que rindan sus exámenes oral, práctico y escrito en el local de la Facultad y en el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad.

La Junta nombró á los señores doctores Echeverría, Rucavado, Zumbado, G. Jiménez y Soto para que formaran el Tribunal examinador.

Dióse lectura á una comunicación del señor Juez del Crimen de Heredia, acompañada de la causa que se sigue á Anselmo Ramírez por lesiones inferidas á José Salvador Ocampo, y pide que la Facul-

dad emita dictamen, vistas las diferencias de las certificaciones médico legales que aparecen con el proceso.

La Junta nombró á los doctores Rucavado y Soto para que informen, y acordó oficiar al Juez para que remita al lesionado.

La sesión se levantó á las 3 y 5 p. m.—Juan J. Ulloa G., Presidente.—J. M. Soto Alfaro, Secretario.

S E S I Ó N ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la República, celebrada el treinta de noviembre de mil ochocientos noventa y seis, á las 8 p. m., con asistencia de los doctores Ulloa, Echeverría, Rucavado, G. Jiménez y Soto.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Dióse lectura á el informe del Tribunal, nombrado para examinar á los doctores José C. Badilla, de la Universidad de California, y Rafael Calderón Muñoz, de la Universidad de Lovaina. La Junta declaró incorporados en la Facultad, como Médicos y Cirujanos, á los referidos señores, publicándolo el aviso correspondiente en el periódico oficial.

Se leyó una petición del doctor don Amado del Valle, de la Universidad de la Habana, en la cual pide se le incorpore en la Facultad como Médico-Cirujano, basado en el artículo 10 del Tratado de Paz y Amistad vigente entre el Reino de España y la República de Costa Rica. Vistos los documentos que acompañó y estando dentro de los requisitos que marca la ley, la Junta acordó declarar incorporado en la Facultad al doctor Amado del Valle, publicándose el aviso en el diario oficial.

Dióse lectura á el informe de la Comisión nombrada para emitir dictamen sobre la causa que por el Juzgado del Crimen de Heredia se sigue á A. Ramírez, por lesiones inferidas á José Salvador Ocampo. La Comisión informó que le era imposible emitir dictamen sobre el particular, dado que las lesiones estaban completamente cicatrizadas. La Junta aprobó el informe y acordó comunicarlo al señor Juez. El doctor Echeverría hizo presente que había un gran número de personas que no pagaban sus patentes de boticas y hacía la consulta de que si podía hacer efectiva la circular de 20 de mayo de 1886.

La Junta acordó que por la Tesorería de la Facultad se publique un aviso en el periódico oficial, en el cual se diga que se concede el improrrogable plazo de 6 días para satisfacer las patentes pendientes, y que, pasado ese plazo, se hará efectiva la referida circular.

La sesión se levantó á las 9 p. m.—Juan J. Ulloa G., Presidente.—J. M. Soto Alfaro, Secretario.

—[: 0 :]—

EL AGUA EMPLEADA PARA EL ABASTECIMIENTO DE CIUDADES (*)

Ante una reunión de médicos como ésta, no creo oportuno tratar de la pureza del agua ni de los atributos requeridos para que su consumo sea provechoso, sino que por el contrario deberá insistirse en patentizar los peligros que le son imputables de una manera incontestable, para que al familiarizarnos con ellos, nos sea fácil evitarlos.

La mente del trabajo que paso á leer se concreta á recordar estos peligros con el objeto de que su discusión nos prepare y mantenga alerta para que los podamos evitar.

Antes de enumerar los organismos que suelen encontrarse en el agua, haré unas ligeras observaciones generales, que relacionadas con asunto tan capital, como lo es el agua potable, no creo estén por demás.

El agua libre de impurezas, solamente existe en las fuentes y en los pozos profundos, estando por lo general más ó menos contaminadas las provenientes de ríos ó pozos y fuentes superficiales.

Los principales focos de polución son la roca natural, el suelo, el subsuelo y los drenajes.

En el primer caso puede el agua estar contaminada desde su origen si en alguna parte de su trayecto estuviera en contacto con rocas que contengan depósitos orgánicos en fermentación. El suelo y subsuelo podrán contaminarla siempre que cruce por campos de labor abonados ó que en alguna forma contengan materia orgánica en descomposición.

Siendo el tercer método de la contaminación del agua, tan patente y claro, solamente diré que los higienistas modernos condenan con justa razón el desautorizado abuso de convertir los ríos y lagos en conductores y depósitos de

los residuos que á diario arrojan de sí las poblaciones, cuando estos residuos deberían devolverse á la tierra de donde han salido para restablecer el equilibrio amenazado continuamente por las exigencias de la vegetación que nos nutre.

Una vez contaminada el agua, su purificación es muy costosa y casi siempre imperfecta. Cuando para este fin se emplea la filtración, no deberán usarse filtros que suministren el paso de más de dos y medio galones de agua por hora y para cada pié superficial, y aun así quedara un 98 0/0 de impurezas en el filtro.

Como ejemplo, va el análisis siguiente, practicado por el Dr. W. L. MaKenzie:

	GRS POR GALÓN	
	Sucia	Filtrada
Amoniaco libre.....	0049	00308
Albuminato de amoniaco	0.14	0084
Cloro	1.05	0.98
Nitratos.....	—	—
Materia Volátil.....	2.60	1.89
Materia mineral.....	2.20	2.11
Total de sólidos.....	4.80	4.00
Dureza	1	1.4

Este análisis demuestra de una manera patente que ni aun filtrada reúne esta agua condiciones que la puedan recomendar como agua potable.

Algunos análisis químicos practicados en el Instituto Nacional de Higiene

Procedencia	Amonia	Cloro	Nitratos	Materia mineral	Total de sólidos	Dureza
Chigüite.....	Ausente.....	Trazas	Trazas	0,215 0/0	0,267 0/0	
Tiribí.....	Ausente.....	0,00071 0/0	Ausentes			5° fr.
Puntarenas N. O.....	Gran cantidad	0,01988	3,30 0/0	0,62 0/0	0,81 0/0	21° fr.
„ N. E.....	Trazas.....	0,0013	0,85213	0,0275 0/0	0,035	24° fr.
„ S. E.....	Trazas.....	0,00284	2,531	0,0085 0/0	0,0125	8,5° fr.
Pógeres.....	Ausente.....	Trazas	Ausentes	0,0235	0,024	12° fr.
Río Jorco.....	Ausente.....	Ausente	Ausentes	0,0155	0,02	13° fr.
Tarrazú.....	Ausente.....	Ausente	Ausentes	0,0008	0,0030	3° fr.

Dice Sir George Buchanan que cuando el análisis químico de una agua revele impureza, deberá tenerse este resultado como condenatorio; pero si por este mismo medio resultare limpia, no deberá considerársela como pura y libre de peligro.

La lógica de este argumento estriba en que se necesita gran cantidad de bacterias ó de materia orgánica en cualquier otra forma para que el análisis químico evidencie su presencia, mientras que un corto número de bacterias patógenas pasará desapercibido por dicho análisis y será suficiente para establecer sus reales en llegando á terreno adecuado.

El Profesor Lehmann considera que el agua potable no debe contener venenos, mezclas nauseantes ni bacterias patógenas, ni que tampoco deberá exponerse al contagio de estas materias y que la calidad deberá ser tal que se pueda beber con gusto y que su consumo sea agradable. También es indispensable

ble que no contenga olor alguno ni aun calentada á 138° C. y que sea incolora observada á través de una columna del diámetro de 30 centímetros.

Para concluir estas observaciones, solamente insistiré en la importancia que exige el reconocimiento minucioso de las fuentes que se desee utilizar para el abastecimiento público, y el celo indispensable que deberá desplegarse para evitar el contagio del agua desde su salida de la fuente hasta llegar á casa del consumidor.

Antes de entrar de lleno en la enumeración de los organismos contenidos en el agua; talvez sería pertinente exponer las dos grandes teorías del contagio morboso por medio del agua.

Von Pettenkofer llama X á las materias morbi y sostiene que X es incapaz de producir la epidemia Z hasta no encontrar las alteraciones de Y, nivel de humedad del suelo. Condición que para Von Pettenkofer es de una importancia primaria. Mientras que Koch sostiene que la polución del agua potable es causa directa de infección y cita como ejemplo los microbios del cólera asiático y de la tifoida.

A. C. Abbott de Boston, hace referencia á 700 casos fatales de fiebre tifoidea habidos en Berlín durante los meses de enero, febrero y marzo de 1889, que fueron imputables al agua del Spree imperfectamente filtrada: Ya en otra ocasión hice referencia á las epidemias imputables al contagio por medio del agua en las lecherías, cuyos datos fueron recogidos por Mr. Ernest Hart (*Gaceta Médica* de C. R., número 1). MacKenzie asegura que el báculo de la difteria no prospera en el agua, pero que hay aguas que irritando la mucosa, favorecen el crecimiento del microorganismo específico.

La cantidad de microorganismos existente en una muestra de agua varía mucho según la temperatura de ésta, la especie de bacteria y varios otros factores. De tal suerte que una muestra dada que contenga en su origen no más de una docena de individuos en cada centímetro cúbico de agua, podrá aumentar su número, en una hora, á doscientos y á muchos miles durante las primeras veinticuatro horas.

Los micrococci no patógenos encontrados en el agua por Cohn son los siguientes: *M. auranteus*, *M. luteus* y *M. violaceus*; Flügge ha encontrado el *M. flavus liquefaciens*, *M. F. desidens*, *M. radiatus*, *M. cinnabareus*, *M. flavus taruigradus* y *M. versicolor*; Ali-Cohen el *M. agilis*; Maschek el *M. Fuscus*; Adametz el *Diplococcus luteus*; Lindner el *Pediococcus albus*; List encontró el *seracinus sicus*, *M. citreus*; Bolton el *M. aqualitis*; Adametz el *M. fervidosus*; Bräutigam el *M. Plumosus*; Katz el *M. viticulosus*; Zimmermann el *M. carneus*, el *M. concentricus*, el *M. cremoides*, el *M. rosettaseus*; Pasteur el *M. uruae*; Maschek el *weisser streptococcus*, *Wurmformiger streptococcus*; Miller el *M. aerogenes* y Reinke las *sarcinae alba*, *candida* y *lutea*.

Los micrococci patógenos son los siguientes: *Staphylococcus*, *Pyogenes aureus* (Rosembach) *M. de Heidenreich*, *M. Biskra*.

La siguiente lista contiene los nombres de los Bacilli no patógenos encontrados en el agua: *B. arborescens*, *B. viscosus*, *B. aquatilis*, *B. liquidus*, *B. nubilus*, *B. vermicularis*, *B. aurantiacus* (Frankland), *B. coeruleus*, (Smith), *B. glaucus*, *B. albus putidus* (Maschek), *B. fluorescens liquefaciens*, *B. fluorescens nivalis* (Schmolk), *B. lividus* (Plagge y Proskaner), *B. rubidus* (Eisemberg), *B. sulfureum* (Holschewnikoff), *B. violaceus*, *B. liquefaciens*, *B. gasoformans* (Eisemberg), *B. phosphorescens indicus*, *B. phosphorescens indigenus* (Fischer), *B. phosphorescens gelidus*, *B. smaragdino-phosphorescens*, *B. argenteo phosphorescens* números I, II y III, *B. cyaneo-phosphorescens*, *B. argenteo phosphores-*

cens liquefaciens (Katz), *B. ramosus*, *B. subtilis* (Ehremberg), *Proteus sulfureus* (Lindenborne), *B. aureus*, *B. brunneus*, *B. flavocoriaceus*, *B. florescens non-liquefaciens*, *B. latericeus*, *B. stolonatus* (Adametz), *B. berolimensis indicus*, (Cläßen), *B. erythrosporus* (Eidam), *B. luteus* (List), *B. aqualitis sulcatus* números 1, 2, 3, 4 y 5 (Weichselbaun), *B. albus* (Eisemberg), *B. multi pediculus* (Flügge), *B. Zurnianum* (List), *B. fulvus*, *B. helvolus*, *B. ochraceus*, *B. plicatus*, *B. decorans*, *B. graflis*, *B. yuttatus*, *B. implexus*, *B. puntatus*, *B. radiatus aqualitis*, *B. vermiculosus*, *B. constrictus*, *B. fluorescens aureus longus y tenuis*, *B. fuscus*, *B. rubefaciens*, *B. subflavus*, *B.* (Zimmermann), *B. janthinus* (Zopf), *B. mycoides* (Flügge), *B. tremelloides*, *B. cuticularis*, *B. fistiformis* (Filis), *B. ubicuitis*, *B. circulans*, *B. superficialis*, *B. reticularis*, *B. rubecens*, *B. hyalinus*, *B. cloacae*, *B. delicatulus*, *B. violaceus laurentus* (Jordán).

Bacilos Patógenos:

B. typhi abdominalis (Eberth Gafky), *B. erisipelatus suis*, ("B. murisepticus" Koch), *B. septicae miae haemorrhagiae* ("B. cuniculicida" Koch), *Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis* (Hauser), *B. canalis capsulatus*, *B. canalis parvus* (Mori), *Spirillum colerae asiaticae* ("Comma bacillus" Koch), *B. coli communis* (Escherich), *B. hydrophilus fuscus* (Sanarelli), *B. venenosus*, *B. venenosus brevis*, *B. venenosus invisibilis*, *B. venenosus liquefaciens* (Vanghan).

Después de haber enumerado esta enorme variedad de microorganismos descritos por los más célebres bacteriologistas y hacer presente que para individualizar una bacteria se necesita completar la cadena de Pasteur, que en resumen exige, 1º, presencia constante del microorganismo, 2º, aislamiento del resto de las bacterias con que suelen encontrarse, 3º, posibilidad de obtener culturas puras, 4º, morfología constante de éstas, 5º, efectos específicos del microorganismo inoculado ó ingerido experimentalmente, y 6º, presencia constante del microorganismo donde quiera que manifieste sus propiedades cuando se le emplea experimentalmente, se comprenderá lo delicado y minucioso que es el examen bacteriológico de las aguas.

En algunas ciudades importantes cuyo abastecimiento de agua está expuesto al contagio causado por el drenaje ó cualquier otro motivo, existen laboratorios en donde diariamente se examina el agua bacteriológicamente. En estos casos, como se conoce el germen morboso y hay gran práctica rutinaria, amén de aparatos é instrumentos adecuados, el trabajo se simplifica mucho.

Además de las bacterias descritas, suelen las aguas potables servir de vehículo á los parásitos que se crían en los animales domésticos ó silvestres y que introducidos en el organismo del hombre, producen estragos más ó menos marcados.

Entre los protozoarios hay que nombrar la amoeba coli (de Löschli, 1875), el *Cercomonas hominis* (Davaine, 1054), *Mono cercomonas hominis* (Grassi, 1882), *Trichomonas intestinalis* (Leuckart 1879), *Trichomonas vaginalis* (Donné 1837), *Lambia intestinalis* (Lamb, 1859) y *ballintidium coli* (Stein, 1862). Al entrar en contacto con las membranas mucosas, las irritan, siendo por este medio los protozoarios responsables en muchos casos de enteritis, vulvitis y vaginitis.

Los huevos de los principales vermes intestinales del hombre que se encuentran en el agua son: *ascaries lumbricoides*, *oxyuris vermicularis*, *trichocephalus hominis*, *uncinaria duodenalis*, *distoma hepaticum*, *distoma lanceolatum* *toenea solium* *toenia saginata* y *bothriosephalatus*.

Metamorfosis importantes

Larva	Huésped intermediario	Cestoideo adulto	Huésped definitivo
<i>Cysticercus cellulosae</i> (Rudolph)	Puerco, hombre.....	<i>Taenia solidum</i> , ...	Hombre
<i>C. bobis</i> (Cobbold)...	Buey	<i>T. saginata</i> Göze....	Hombre

También se encuentran en el agua el *Echinoecus* (Rudolphi, 1810), *Botriocephalus mansonii* (Cobbold, 1883), *B. latus* (Brenser, 1819), *filaria sanguinis hominis* (Gewis, 1872), *anguillula stercoralis*, *A. intestinalis* y algunas sanguijuelas (*Hirudus*). Concluyo copiando la frase inmortal de Benjamín Disraeli (Lord Beaconsfield) quien dijo que: "El saneamiento está á la raiz de toda reforma política ó social".

Bibliografía.

W. L. Makenzie Sanitay Journal 95 glasgow A. C. Abbott Johns Hopkins Hospital Bul. Stemberg's Bacteriology.

Doctor Rafael Blanchard, Examen de las aguas potables Salazar y Newman, Chile.

EMILIO ECHEVERRÍA M. D.

Director del Instituto Nacional de Higiene

(*) Leído el 23 de noviembre de 1896, ante la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia. para servir de base de discusión.

COLABORACION

PROFILAXIA DEL PALUDISMO

En el estrecho límite que podemos disponer no nos es posible estendernos como quisiéramos en el estudio de la etiología del paludismo para poder sentar las bases de la profilaxia; pero, por una parte, reservando nuestra labor á la profilaxia del paludismo en Costa Rica, y por otra parte para no hacer gala de una erudición de que carecemos, nos podemos dispensar de tratar de la difusión del paludismo en el mundo entero.

Estando hoy admitido por todos los autores que se han ocupado de la cuestión, que el parásito de Laveran es el agente patógeno del paludismo, no nos ocuparemos de los diversos microfitos ó microzoarios que muchos autores han creído ser la causa del paludismo.

En 1880 descubrió Laveran un nuevo parásito perteneciente á la clase de protozoarios; es un hematozoario; se presenta bajo varias formas que pueden reducirse á cuatro principales: 1º cuerpos esféricos; 2º flajellas; 3º cuerpos semi-lunares; y 4º cuerpos de segmentación.

La descripción de este hematozoario la encontrará el lector en el libro de Laveran: *El Paludismo*.

Ignorándose todavía bajo qué forma vive el germen del paludismo fuera del cuerpo del hombre, también se ignora como lo penetra.

Laveran acusa á los mosquitos, que abundan en todos los lugares palúdi

cos; supone que al chupar la sangre de un individuo atacado del paludismo también absorbe el hematozoario y que después lo inocula á un individuo sano al picarlo.

Una idea muy antigua y muy admitida es que la infección se haga por el aire, de donde el nombre de *malaria* con que se conoce también el paludismo.

Muchos hechos prueban que la infección se hace por el agua de consumo: así en una misma localidad varios individuos viviendo en idénticas condiciones atmosféricas pero bebiendo agua de diferente origen, los unos sufren del paludismo y otros no, como lo hemos observado en Panamá: ciertas personas bebían aguas minerales europeas en las comidas, Saint-Galmier, Apollinaris y otras, cuya mineralización es muy débil y así nos precabíamos contra el paludismo; mientras que los que tomaban agua ordinaria y sin ninguna precaución de filtración ú otra, eran atacados con más frecuencia y gravedad. Para hacer desaparecer el paludismo de una localidad, ha sido suficiente distribuir á los habitantes una agua pura, (Laveran).

El calor favorece el desarrollo del paludismo, aumenta su frecuencia y su gravedad; las estaciones en los países cálidos manifiestan la influencia del calor.

Solo el calor no sería suficiente al desarrollo del paludismo: otro factor es la humedad; así los lugares palúdicos están principalmente en las costas, en las márgenes de los grandes ríos, lagos y lagunas y sobre todo en los lugares cenagosos.

“El pantano, dice Laveran, es el medio predilecto, pero la existencia de un pantano, propiamente dicho, no es indispensable”. Las llanuras bajas, sin desagüe, ó mantenidas en cierto estado de humedad por una capa de agua subterránea contigua á la superficie, las tierras inundadas, los pequeños ríos que se secan durante el verano, son suficientes para provocar y conservar la endemia palúdica. Las lluvias abundantes también favorecen su desarrollo, pues aumentan la humedad de la tierra.

Los vientos al pasar por un lugar cenagoso pueden arrastrar el germen palúdico; pero el menor obstáculo tamiza el aire.

Pero aunque se reúnan las condiciones de calor y humedad, si el agente patógeno no existe, no se desarrolla el paludismo. Así, según Dutroulan, en Nueva Caledonia, las fiebres palúdicas son raras, á pesar de la existencia de ciénegas que aparentan tener todos los caracteres de los pantanos palúdicos.

El paludismo es una enfermedad de los campos, de las tierras sin cultivo ó poco cultivadas y despobladas.

La edad y el sexo no tienen influencia sobre el paludismo. Si es más frecuente en el adulto hombre, se explica por la influencia de la profesión. El paludismo congénito no es una rareza.

Boudin creía en la inmunidad de la raza negra; nosotros hemos visto en los trabajos del Canal de Panamá no presentar tal inmunidad, y como los blancos se enfermaban, quizás con más frecuencia que éstos, por la naturaleza de sus trabajos en sus escavaciones, pues de todas las profesiones las que más predisponen al paludismo, son las que ponen al hombre con más frecuencia en contacto con la tierra; mas si ésta es húmeda y el clima es caliente, condiciones que se realizan en los trabajos de escavaciones y de agricultura en los países cálidos.

Predispone al paludismo toda clase de debilitación, como las fatigas, los excesos de todo género, la anemia, etc.

Un ataque del paludismo, lejos de conferir la inmunidad, predispone á ulteriores ataques; las recaídas son de rigor.

El paludismo no es contagioso de hombre á hombre; pero si por inocula-

ción intravenosa de sangre un palúdico que contenga el hematozoario descrito por Laveran.

La profilaxia del paludismo debe ser *individual* para precaverse del paludismo el que tenga que permanecer en un lugar palúdico; y *general* para el saneamiento del lugar palúdico.

Entre las medidas de saneamiento, Laveran considera como las más eficaces el desecamiento de los pantanos, el drenage y la cultura de la tierra, á los que habría que añadir la colonización.

El desecamiento de la tierra por el drenage mecánico ó por la siembra de árboles modifican el medio en que se desarrolla el germen del paludismo y lo hace menos favorable á su pululación (Laveran).

El desecamiento debe hacerse con gran cuidado y precaución, sobre todo en los países cálidos; hay que aprovechar la estación en que la epidemia no reine, ó que reine con menos intensidad para ejecutar estos trabajos; hacerlos aceleradamente y nunca dejarlos sin concluir. "El pantano, dice Laveran, es más peligroso cuando empieza á secarse que cuando estaba completamente cubierto de agua" y añadimos cuando se dejan sin concluir los trabajos de desecamiento.

"La extinción de la fiebre intermitente es la más sorprendente, la más elocuente de todas las modificaciones causadas por el drenage" decía Graves en sus lecciones de clínica médica, traducidos al francés por Taccoud.

Pero después de secar un terreno cenagoso hay que cultivarlo y poblarlo, pues más que los pantanos son peligrosos, esas inmensas extensiones de tierra, cuyo poder de rendimiento parece transformarse, por la negligencia del hombre ó la impotencia de sus habitantes en emanaciones palúdicas. La salubridad viene con el cultivo.

El paludismo, dice Laveran, retrocede ante el hombre y la civilización.

El saneamiento de los lugares palúdicos se efectúa por el cultivo de la tierra; hecho probado en todos los países y que hacía exclamar á Tonssagriles "*Belle transmutatum que celle qui doit changer en blé le miasme palustre*" y que nosotros traducimos aquí: Bella mudanza la que debe cambiar en café y cacao el paludismo!

Para obtener este resultado faltan los habitantes en esos lugares.

La tierra es fértil, produciría todo lo que se quisiera si estuviere cultivada. No hay cultivadores porque el paludismo la hace inhabitable y el paludismo la hace inhabitable por que no está cultivada.

El cultivo de ciertas especies vegetales son muy favorables para el saneamiento de los lugares palúdicos: la caña de azúcar, el café, el cacao, el eucalipto y el pino, etc.

El primer consejo que se debe dar al individuo que habita un lugar palúdico, es tener gran cuidado en escoger un lugar alto para su habitación, en una colina, pues la inclinación del piso facilita el drenage natural; evitar las bordes fangosos de los ríos y la habitación aislada en el campo. La habitación debe estar rodeada de jardines y hortalizas y de algunos eucaliptos y al abrigo de los vientos que hayan pasado por lugares pantanosos.

No dormir por las noches con las ventanas abiertas.

El agua debe ser pura, y toda agua sospechosa debe filtrarse y hervirse antes de usarla como bebida.

El café es una excelente bebida, pues además de sus propiedades tónicas, tiene la ventaja de obligar á que se hierva el agua, y por consiguiente á esterilizarla.

La alimentación debe ser teórica. Los condimentos, necesarios por la teoría de las vías digestivas, no deben usarse con exceso.

Antes de las dos principales comidas se tomará un vasito de quina, y durante las comidas se hará uso de un buen vino tinto.

Para evitar el enfriamiento deben usarse vestidos de franela.

Las personas que hayan tenido una ó más accesos de fiebres palúdicas, deben redoblar las precauciones para evitar una recaída y á la menor indisposición tomarán quinina.

Está probado que la quinina es también preventivo del paludismo.

Los dictámenes de los médicos de la marina inglesa, francesa y americana, son muy favorables á este preventivo.

La dosis es de 0.25 centigramos de sulfato de quinina en 30 gramos de vino.

Aserri, noviembre 1896.

DR. PARREÑO

PROFILAXIA DE LA DISENTERIA

Es la disentería una de las enfermedades más antiguamente conocidas y de las más esparcidas por el mundo entero. Frecuente en los países fríos, es constante en los países tropicales, en donde reina todo el año con tendencia á hacerse epidemia en los meses más calientes; esto lo observamos aquí todos los años en los meses de marzo y abril en que aumentan los casos de disentería.

La disentería de los países fríos es la misma que la de los países cálidos, y ésta sólo se diferencia de aquélla por la mayor intensidad de sus lesiones intestinales, por su gravedad y por su tendencia á la cronicidad.

Siendo la disentería una afección rural, muchos autores han creído que era debida al mismo germen que el paludismo, pues la observaban en los lugares palúdicos; pero Dutroulau, en su *Traité des maladies du Européens dans les pays chauds*, ha demostrado que no había tal cosa, pues existen focos en donde el paludismo existe sin la disentería. Por otra parte, el conocimiento que tenemos del hematozoario del paludismo, nos permite hacer la diferencia con más seguridad.

Aunque todo conduce á admitir la naturaleza infecciosa de la disentería, su agente infeccioso nos es completamente desconocido. Los diferentes protozoarios y bacterias descritos como causa de la disentería no son admitidos por la mayoría de los autores.

El agua impura es considerada por L. Colin como una de las causas más importantes de la disentería. Según Lalluyaux, en Thu-dau-not, (Cochinchina), se hace aparecer ó desaparecer la disentería sirviéndose de ciertas aguas ó suspendiéndose su uso ó haciéndoles perder sus propiedades nocivas por la ebullición ó filtración, (L. Vaillard).

El uso de filtros, ya muy esparcido en Cochinchina, ha hecho disminuir en una gran proporción los casos de diarrea y de disentería en los europeos; el mismo hecho se observa en las Indias Neerlandesas, (Calmette).

El contagio se hace por las evacuaciones disentéricas recientes ó ya disecadas; y su medio de transporte son las manos, bien del enfermo, ó de las personas que prodigan los cuidados al enfermo y que sin lavarse las manos, siguen tocando los alimentos, los cubiertos de la mesa y los útiles de la cocina. Fouquet observa que la disentería no se propaga en las casas en que las personas tienen hábitos de limpieza.

Habitar el mismo cuarto, y el hecho de dormir en la misma cama que el enfermo, constituyen una causa muy frecuente de contagio en los campos donde es tan frecuente esta costumbre.

Los vestidos del enfermo, su ropa de cama impregnados de las deyecciones secas propagan la disentería.

Las habitaciones donde ha habido disentéricos pueden conservar y transmitir el contagio.

La contaminación de las aguas potables en el campo, por las deyecciones que se esparcen en el suelo cerca de las corrientes de agua que sirven para la bebida, es una de las maneras de propagación de la disentería.

Así queda demostrado lo contagioso de la disentería, que lo es en alto grado.

Como causas adyuvantes el enfriamiento del cuerpo, los excesos, la intemperancia, el alcoholismo, el uso de alimentos indigestos o malsanos.

La miseria y el hambre tienen una gran importancia en el desarrollo y agravación de la disentería; como se observa en ciertos países en los años de mala cosecha ó calamidad pública y durante las grandes guerras que duran mucho tiempo.

En los países en que reine endémicamente la disentería, se tendrá gran cuidado en purificar el agua de consumo; es indispensable que el agua de consumo sea llevada á la población en cañerías y no hacer uso de las aguas de acequias sino después de bien filtrada ó hervida. Propagar el uso de un buen filtro.

Evitar los excesos, y sobre todo, el uso immoderado de las bebidas alcohólicas.

Usar vestidos de lana para evitar el enfriamiento brusco del cuerpo y principalmente de la región abdominal, para lo cual se recomendará el uso de una faja de franela.

El aislamiento del enfermo será muy conveniente sobre todo en la clase pobre, en que toda la familia duerme en el mismo cuarto del enfermo y hasta en la misma cama.

El aseo del enfermo y de las personas que lo asisten hay que obtenerlo, haciendo ver el peligro que corren si no tienen gran cuidado de lavarse bien las manos con una legía de cenizas ó alguna solución antiséptica.

Prohibir á esas mismas personas que toquen los alimentos y útiles de cocina después de haber manipulado las ropas ú otros efectos ensuciados por deyecciones de disentéricos sin haberse desinfectado bien las manos.

El piso y los muebles del cuarto del enfermo se desinfectarán con una solución de sublimado. Igualmente deben desinfectarse las deyecciones; y las ropas que hayan servido al enfermo se desinfectarán por la ebullición antes de mandarlas á la lavandera.

No debe abandonarse ningún desarreglo intestinal, ninguna diarrea por simple que parezca, en los países cálidos; pues estas diarreas si no son las primeras manifestaciones de la disentería, pueden ser una disentería atenuada.

DR. PARREÑO

CORRESPONDENCIA EXTRANJERA

REVISTA DE ALEMANIA

Estrasburgo.

El LXVIII Congreso alemán de médicos y naturalistas en Francfort

Como todos los años por este tiempo, se han reunido, esta vez en Francfort, los médicos y naturalistas alemanes en los últimos días de septiembre, para hacer entre ellos el canje de sus investigaciones y descubrimientos en el vasto terreno del estudio de la naturaleza en todas sus manifestaciones. Los más célebres médicos, químicos, físicos, botánicos, etc., estaban allí presentes, descolando entre ellos hombres como Waldeyer, Recklinghausen, Ziemssen, Víctor Meyer, etc.

La apertura solemne se verificó el 21 de septiembre bajo la presidencia del Prof. Ziemssen. En seguida se abrió la primera sesión científica comenzando por una conferencia de Buchner, (1) profesor de Higiene en Munich, sobre el tema, *Biología é Higiene*, que reproducimos aquí en extracto, como todas las demás. Buchner hace notar primero, que la Higiene ha permanecido hasta hoy una ciencia negativa, es decir, se ha limitado á eliminar y evitar lo nocivo para la salud, y que los triunfos obtenidos en la disminución de la mortalidad tienen su desventaja en el sentido de Darwin, pues con eso se conservan elementos débiles y necesariamente tienen que hacer degenerar la raza humana, pues dificultan la realización de la ley de prevalencia del más fuerte sobre el más débil; una generación que evita el combate selector de las enfermedades tiene que degenerar, lo mismo que un pueblo se vuelve afeminado cuando no se ejercita en la guerra. Pero ante este peligro debe decirse un higiénico: necesariamente debe existir una Higiene positiva, que sea capaz de compensar la falta de la lucha por la existencia, en el terreno de la salud. El hombre normal debe comprender que es necesario ejercitar sus fuerzas para aumentarlas y facilitar su utilización; pero esta convicción se haría más firme si lográramos basarla científicamente sobre las leyes de la Biología, si podemos demostrar que, además de evitar lo nocivo y de proveer al cuerpo de su alimento, hay algo aun más importante para el desarrollo corporal. El organismo no es únicamente *mecánico*, esto forma solo la base; el organismo posee también una *irritabilidad* como la poseen las plantas, y esta irritabilidad representa un papel importantísimo en los fenómenos del crecimiento, formación y alimentación del cuerpo animal, principalmente en aquellas células que por su capacidad de locomoción se han llamado *células migrantes*, ó sean los leucocitos que se encuentran también en la sangre; las nuevas investigaciones han demostrado que los leucocitos son atraídos en sus movimientos hacia ciertos puntos y que el atractivo no es otro que la necesidad de alimento, como se ha demostrado introduciendo en el organismo partículas de fécula de trigo, sobre las que caen en seguida los leucocitos en gran cantidad; este fenómeno, descubierto por Pfeffer en los esporos móviles de ciertas algas y bacterias, se ha llamado *quemotaxis positiva y negativa*. Otros fenómenos de irritabilidad (aunque no de locomoción) muestran también ciertas células fijas del organismo y por último debemos nombrar las irritacio-

(1) No se le confunda con Büchner, el célebre autor de la obra: *Fuerza y Materia*.

nes conducidas por las vías nerviosas, entre ellas ciertas irritaciones de origen exterior y muy necesarias para el organismo, por ejemplo las causadas por la luz y por el aire. Si tomamos en cuenta la estrecha relación entre estas irritaciones y el mecanismo del cuerpo, no nos quedará duda de que *las irritaciones son el impulso que pone en movimiento el mecanismo del cuerpo*. Hoy día ya sabemos que el vigor y refracción que opone el cuerpo humano muchas veces á las infecciones, consisten en la formación de ciertas sustancias semejantes al albumen dentro del cuerpo, lo que ya Buchner había supuesto desde 1889; y últimamente ha demostrado Martín Hahn en el laboratorio de Buchner que estas sustancias, las *alexinas*, tienen su origen en los leucocitos (lo que condujo á Metchinkoff á su teoría fagocitaria). Concedemos que todo esto es maravilloso, pero no menos científico. Todo organismo se ha venido desarrollando conforme se lo permiten los influjos exteriores, este desarrollo se efectúa en armonía con ellos y no contra ellos y por eso son *convenientes* las propiedades del organismo. Es cierto que las enfermedades, por ejemplo, no son nada convenientes, pero hay que distinguir lo que la organización desarrolla por causas internas de lo que la lucha con el exterior le impone, y entonces reconoceremos que *la mayor parte de las enfermedades, que antes se consideraban como caprichos y extravíos inexplicables de la naturaleza, no son en lo esencial sino manifestaciones de una lucha ofensiva y defensiva con enemigos microscópicos*; y aun en este combate muestra el organismo cierto grado de conveniencia en su modo de ser; Buchner fué el primero que ha defendido desde hace casi 20 años que los procesos de inflamación, tan caracterizados por la acumulación de leucocitos, no son más que un combate defensivo del organismo, y la ciencia ha confirmado su aserción; lo mismo sucede con la purulencia, que es una exagerada acumulación de antiguos leucocitos transformados en corpúsculos purulentos, y que se puede producir artificialmente por quimotaxis por medio de fécula de trigo; por último, han demostrado los experimentos con albumosas que producen calentura, que esta es también una reacción defensiva del cuerpo. El reconocimiento de estos hechos representa un paso hacia adelante de la mayor importancia biológica, aunque aun sin consecuencias prácticas. El organismo, opina Buchner, desarrollado según ciertas condiciones internas, está formado convenientemente; otra cuestión es, si esta conveniencia es suficiente para las condiciones exteriores en que se encuentra, y aquí decide la lucha por la existencia: la especie más adaptada á las condiciones exteriores vencerá sobre las más débiles; también hay que llamar la atención sobre el hecho de que *un organismo no necesita sufrir duramente al cambiarse sus circunstancias exteriores, sino que por reacción ante las nuevas circunstancias, se modificará el organismo de un modo conveniente y anulará así los malos influjos*; todo esto muestra que las singularidades de los organismos más perfectos no son constantes, sino que varían según los influjos exteriores. Volviendo á la cuestión primordial de si puede haber una higiene positiva, Buchner, contesta afirmativamente; desde luego que nadie puede afirmar que el organismo humano, sus propiedades, la solidez del esqueleto, la fuerza de los músculos, la acción de los nervios, etc. sean invariables: hay en efecto influjos positivos que fomentan la salud y la fuerza y consisten en el ejercicio de las fuerzas. Nuestros conocimientos biológicos nos autorizan para la conclusión de que una higiene objetiva puede anular el mal efecto de nuestra civilización sobre el cuerpo, siempre que este mal efecto dependa del menor ejercicio general de nuestras fuerzas. Es necesario anteponer á nuestra degeneración una regeneración que consistirá en fomentar en la juventud todos los juegos, el sport, la gimnástica, etc.; en la escuela no debe olvidar-

se que el *desarrollo de las fuerzas físicas tiene el mismo derecho que el de las fuerzas intelectuales* y deben emplearse por lo menos 2 horas diarias para ejercicios corporales.

Después siguió una conferencia del profesor Lepsius, que no reproduzco por ser un tema geológico.

Junto con el Congreso y formando parte de él, tuvo este año la *Sociedad de Médicos abstinentes* su primera sesión bajo la presidencia del Prof. Froel de Zurich. Los temas siguientes formaron la discusión: 1) Ninguna clase social está tan llamada á combatir el uso del alcohol ni tiene tanta obligación y posibilidad de hacerlo como los médicos; 2) los médicos tienen gran parte de la culpa de que el uso del alcohol tome tanto incremento; 3) el tratamiento de los alcohólicos en los manicomios no corresponde á las necesidades; 4) las disposiciones del nuevo Código Civil respecto á los bebedores son insuficientes en la práctica.

El mismo día tuvo lugar la instalación de las diferentes secciones del Congreso.

SECCIÓN DE CIRUGÍA

Primera Sesión, 21 de septiembre. Presidencia del Prof. König (Berlín.)

Profesor Madlung: principios que han de observarse en el tratamiento de lesiones abdominales. El desarrollo técnico de la Cirugía abdominal ha cambiado los principios fundamentales en los últimos años. Mientras antes se seguía un tratamiento *espectativo* siendo el opio y la dieta lo principal, exige hoy toda lesión abdominal casi sin excepción un auxilio pronto, en la mayoría de los casos energía y habilidad. Se ha hecho necesario que el médico que da el primer auxilio al herido obre en consonancia con los especialistas; el médico que sea llamado para tratar ó solamente para juzgar una herida reciente en las paredes abdominales está en la obligación de poder determinar *en el acto y de un modo que no deje duda*, si la herida es penetrante. Exceptuando algunos casos, se puede llenar esta obligación sólo de un modo operativo, en algunos casos es suficiente dilatar la herida por un corte, con mucha frecuencia es necesario este corte por el diagnóstico. Si la herida es penetrante, hay que decidir enseguida si está complicada, es decir, si hay lesión de algún intestino ó de alguno de los vasos mayores de la sangre; esta complicación es *casi siempre* probable; seguridad no se puede tener sino por el examen del contenido abdominal por medio de la mano y del ojo. De aquí se desprende la obligación del médico de poner al herido con la mayor prontitud posible en circunstancia de poder ser examinado sin peligro, y esto sólo es posible en general en el cuarto de operaciones de un hospital. El transporte de un herido del abdomen no le causará ningún daño, si está bien dirigido; el limpiar la herida y en todo el caso el reponer los intestinos (aunque hayan salido en gran cantidad) deben dejarse por de pronto; el opio que se suele dar produce probablemente más daño que provecho; de recomendarse es el evacuar el estómago por medio del sifón, en caso de estar lleno, para evitar que el contenido llegue á la lesión del intestino; bien mirado solo una hemorragia de consideración en el abdomen puede motivar un tratamiento en el lugar del hecho y en las peores circunstancias, pero no hay que olvidar los grandes dificultades que se presentan; si se quiere detener la hemorragia sin tener un asistente y no se encuentra pronto el origen, es preferible introducir un buen número de esponjas grandes en el abdomen y sin sutura hacer un buen vendaje opresivo. En casos de lesiones intestinales no muy grandes y sin gran

hemorragia, es todavía tiempo de operar con buen suceso hasta las 24 horas, para heridas vesicales puede esperarse aun más. La peritonitis no impide por sí misma la operación, Madelung es no sólo de la opinión de que aun durante la conmoción ó *shock* se puede y (como el *shock* indica hemorragia ó derrame fecal) se *debe* operar. Después siguen algunas reglas especiales para la operación. Pronta eventración se puede hacer en caso de hemorragia profusa en el abdomen y se debe hacer cuando á causa del gran derrame fecal no se puede encontrar la herida intestinal; en general es suficiente examinar los intestinos por partes, principalmente si se tiene presente el camino que debe haber seguido el instrumento; para detener la hemorragia se recomienda oprimir la aorta debajo del diafragma introduciendo la mano en la fosa abdominal, y para evitar lo posible la resección intestinal se recomienda la *transplantación intestinal de Choput*. Abscesos peritoneales circunscriptos prohíben que se busque la perforación intestinal, se debe emplear el taponage y drenage. Si se toma al herido en tratamiento después de 24 horas y si se encuentra aun en buen estado, faltando todo indicio de inflamación, debe evitarse la operación.

Lo dicho hasta aquí se refiere á las heridas por instrumento cortante. Para otras lesiones aun no se ha podido establecer reglas generales, aquí hay que seguir el tratamiento expectativo, siempre atentos á los síntomas de la herida y de la inflamación para aprovechar el momento oportuno en que se debe operar; de modo que las contusiones pertenecen al tratamiento del hospital. Respecto á las lesiones abdominales por proyectil en la guerra, prevalecen también los principios modernos indicados, aunque en la práctica no se pueden llevar á cabo en toda la extensión y aunque por la práctica en tiempo de paz, ya sabemos lo fatal que son estas lesiones.

P. Bruns (Tübingen): Resección del hígado en casos de *Echinococcus multilocularis*. El autor refiere uno de estos raros casos. Una curación radical del tumor sólo puede llevarse á cabo por medio de la extirpación cortando tegido sano, para lo cual es necesario que el tumor no sea demasiado grande y demasiado irregular, pues por lo regular no tiene cápsula y sus límites con el tegido sano son muy irregulares. Hasta ahora sólo se ha hecho la operación por *Terillon*, pero por un método demasiado imperfecto, ligando el tumor y fijándolo después en el interior del abdomen, después de gangrenado se extraía el tumor. En el presente caso hizo *Bruns* la excisión del tumor del tamaño de un puño con el cuchillo; la vijiga de la biel estaba adherida al tumor y hubo que separarla primero en toda su extensión; el corte se hizo de modo que quedó en el hígado una herida en forma de cuña que fué cerrada por sutura. La hemorragia parenquimática no fué de consideración y cesó con la ligadura de algunas arterias cortadas y por sutura profunda. La curación se llevó á cabo sin perturbación alguna.

Hofmeister (Tübingen). Estenosis múltiples intestinales de origen tuberculoso. El paciente de 32 años padecía desde 6 años de frecuentes cólicos y 6 días antes empezó con íleo. Hecha la laparatomía se encontró la causa en diez estricturas distribuidas en una extensión de 225 cm. del intestino delgado; se hizo una enteroanastomosis eliminando parcialmente la parte atacada, que fué evacuada después por medio de una punción para poderla reponer. Después de la operación empezó en la parte eliminada un desarrollo de gases que, no pudiendo salir por ninguna parte, rompieron el intestino en el lugar donde se hizo la punción; á las 36 horas murió el paciente á causa de una peritonitis. La sección demostró 2 estricturas más en la parte ileocecal, y que la causa de las estricturas había sido la cicatrización de úlceras tuberculosas. Estas estricturas

tuberculosas múltiples son rarísimas en comparación de las solitarias; el autor no ha podido encontrar más de 18 casos descritos. Respecto á la terapia aconseja el autor que no se haga la punción cuando la parte afectada y eliminada está cerrada por todos lados ó si esto no es posible, que se fije el lugar de la punción en la herida, para poderla abrir siempre que sea necesario.

H. Küttner (Tübingen): Anastomosis intestinal según von Frey. El autor describe un método de enteroanastomosis ejecutado por von Frey en animales y que se ha aplicado en la clínica quirúrgica de Tübingen en 6 personas, muriendo 2 de ellas por causas independientes del método, 3 personas sanaron. Lo característico del método es lo siguiente: después de la resección se hace una abertura lateral en uno de los cabos del intestino, se introduce por ella un Péan con el cual se recogen los bordes del cabo tirándolos hacia adentro hasta sacarlos afuera por la abertura lateral, aquí se amarra el cabo cerrándolo con hilo de seda y se le vuelve á reponer á su lugar, de modo que el cabo del intestino estará cerrado por dentro en su punta; lo mismo se ejecuta con el otro cabo y después se unen ambas aberturas laterales entre sí, que formarán la anastomosis. El método se recomienda por su sencillez y prontitud, el mesenterio no se gangrena.

Segunda Sesión, 22 de setiembre. Presidencia del Prof. Madelung.

Vulpins (Hidelberg): tratamiento del *pes varus congenitus*, por medio de un enderezamiento modelador que el autor ha probado en cerca de 200 casos y que fué descrito primero por Lorenz. El método consiste en una serie de manipulaciones á que se somete el pie en una sola sesión y bajo narcosis hasta enderezarlo á la fuerza; las manipulaciones (hechas sólo con la mano) son tres: la una trae el pie de la *aducción* extrema á una extrema *abducción*; la segunda dilata la aponeurosis plantar para corregir la concavidad exagerada de la planta, después de la cual se puede cortar el tendón de Aquiles; la tercera manipulación corregirá la supinación transformándola en pronación de la punta y la raíz del pié. Después se aplica un vendage de yeso dando al pié la posición normal y que se mantendrá 3—4 meses. Para pacientes mayores de 12 años no es suficiente la fuerza de la mano y se hace necesario un aparato de tornillos indicado por Lorenz. Después de quitado el vendage sigue un masaje y una gimnástica conveniente.

Joachimsthal (Berlín): Atrofia de la pantorrilla después del enderezamiento del pes varus. Por medio de fotógramos de Roentgen demuestra el autor que aún en casos bien curados sigue á la curación una disminución de volumen del músculo gastrocnemio, que además se retira hacia la parte superior de la antepierna. Este fenómeno se explica por la variación en las funciones del músculo. Según las leyes de la mecánica tiene que ser otra la función del músculo, si se cambia la longitud del brazo de la palanca (en este caso la longitud del proceso calcáneo) ó si la movilidad de la articulación del pié ó del calcáneo se varía; si el movimiento del calcáneo es menor, se disminuye el volumen del músculo transformándose en tendón su parte inferior. Este hecho ha sido probado por el autor, experimentalmente; acortándole á un gato el calcáneo obtuvo después de algunos meses un cambio en el músculo, que en lugar de tener doble longitud que su tendón, era igual á éste. Igual efecto tendría la disminución de la movilidad. En casos bien curados de pes varus demostró por fotógramos de Roentgen, que el calcáneo está atrofiado, sin duda por causas congénitas, además muestran siempre los pacientes una menor movilidad del pié, que es im-

posible de curar. De modo que es imposible evitar la atrofia de la pantorrilla, que es un fenómeno de autoregulación del trabajo.

En la discusión que se suscitó sobre la conferencia de Vulpius, hizo notar Wolff (Viena), que el tratamiento dado por Lorenz había sido indicado por él desde 1884 y había sido recomendado por Koenig en 1890; el método de Lorenz no es sino una modificación del suyo. Lorenz concede á Wolff la prioridad del método.

Kümmel (Hamburgo): presenta una preparación anatómica de gran interés. Un paciente de 26 años se cortó el tendón del músculo extensor pollicis longus de la mano derecha; la primera sutura del tendón no dió efecto, después de algunas semanas se hizo la operación, pero no se pudo unir los dos cabos del tendón; entonces se substituyó el pedazo que faltaba (2 cm.) por dos hilos de seda fuertes. A los 15 días empezó el movimiento del dedo pulgar, después de algunas semanas completa curación y función normal del dedo. Después de varias semanas de la curación, murió el paciente á causa de un aneurisma de la aorta y Kümmel tuvo la oportunidad de recoger la preparación, que muestra los hilos de seda rodeados de un fuerte tegido fibroso que unía los cabos del tendón. De igual modo ha substituido Kümmel varias veces trozos de tendón de 2—5 cm. de longitud con hilos de seda obteniendo una función perfecta.

Hausner (Barmen): presenta primero un caso de subluxación habitual del húmero hacia adelante en un hombre de 27 años sin que la haya precedido ningún influjo exterior. Después de considerar varias opiniones de diferentes autores sobre el particular, concluye Hausner por determinar como causa una dislocación habitual del tendón del músculo biceps, que no se ha podido remediar hasta ahora; la operación es de temerse que impida más tarde el libre movimiento del brazo. Durante la discusión hace ver Koenig que el fenómeno puede explicarse por algún deterioro de la articulación á causa de una osteochondritis dissecans, y propone que se fotografíe la articulación por el sistema de Roentgen.

Después conferencia Hausner sobre un nuevo método de fistulas gástricas. Presenta un paciente, á quien le hizo una fistula en el estómago para introducirle alimentos, á causa de un carcinoma de la cardia. El método es: corte transversal de 10 cm. bajo el hipocondrio izquierdo en la dirección del estómago, se descubre el cartílago de la 7ª costilla, en la parte más ancha del cartílago (2 dedos de ancho) se hace una perforación del grueso del dedo pulgar y dirigida oblicuamente hacia adentro y abajo atravesando el diafragma (pero sin entrar al torax), por esta abertura se saca con una tenaza y ayudado por los dedos de la mano izquierda, una parte del estómago que se fijará primero al cartílago y después á la piel. Después de cerrar el resto de la herida, se abre la fistula. La operación es muy sencilla, Hausner la ha ejecutado ya 7 veces sin ningún accidente; la fistula no tiende á cerrarse.

Nebel (Frankfort): muestra diferentes aparatos ortopédicos.

Schede (Bonn): Reposición inerte de la luxación congénita del fémur. Desde que Paci comunicó sus ensayos de reposición forzada sin que nadie hiciera mucho caso de ello, se ha cambiado mucho la opinión y hoy ya no admite duda la curabilidad de esta anomalía y sólo hay diferencias en los medios adecuados. Schede notó que la reposición del fémur era muy fácil en niños que aún no habían andado, tirando de la pierna en dirección abducida y manteniendo la abducción al mismo tiempo que se ejercía una ligera presión frontal sobre el trocánter; este objeto se llenaba por su aparato construído ya desde 1880, y la curación definitiva la esperaba de la libre función de la articulación, bajo el

peso del cuerpo. De modo que el aparato de Schede no es de extensión sino que tiene el objeto de mantener la cabeza del fémur en su lugar por medio de abducción y presión; los resultados fueron demostrados en el Congreso alemán de Cirugía en 1894, donde se presentó entre otros casos el de una mujer que después de un tratamiento de varios años ya hacía 13 años que estaba completamente curada; este fué sin duda el primer caso en el mundo que se haya curado por completo. Si se trataba de niños de más edad se conseguía la reposición después de haber mantenido antes la pierna en permanente extensión. Después vino otra vez el sistema de Paci reformado por Lorenz, quien en lugar del aparato de tablillas usó el vendage de yeso para conservar la reposición, los niños podían andar con la pierna en abducción y la otra pierna levantada por una doble suela; como se ve, el principio era el mismo. Ambos métodos tenían el inconveniente de no servir sino para luxaciones de un solo lado. Conocido es el método como Mikulicz lo consiguió para luxaciones bilaterales, por lo menos para niños aún muy pequeños. La cuestión que se presenta hoy es de cómo se tratarán los niños de mayor edad, cuando el fémur no se puede reponer de un modo tan sencillo, y cómo los niños con doble luxación? Según las experiencias de Schede es posible en pacientes hasta de 15 años (probablemente en pacientes de más edad también) vencer la resistencia de los tegidos encogidos, por medio de repetidas tracciones forzadas de la pierna afectada, con lo cual se eliminan desviaciones de la cabeza femoral de 8—11 cm. y talvez aún más; para este objeto sirve un aparato ingeniosamente construido por el fabricante Eschbaum de Boun, que registra la fuerza aplicada y su efecto. Algunas veces se logra la reposición en niños de mayor edad por una sencilla tracción de la pierna abducida, como en el caso de una muchacha de 14 años con una desviación de 7 cm. Schede nunca ha necesitado más de 5 tracciones (en narcosis) y 7 semanas, por lo regular bastan 2—3 ensayos de reposición. Por este método ha tratado ya 51 luxaciones sencillas y 24 dobles en año y medio, logrando la reposición de 98 casos, es decir, sólo un caso no fué posible; operaciones fueron necesarias sólo 2 en el mismo tiempo. Después de la reposición viene el vendage de yeso en posición abducida y que al mismo tiempo ejerce presión sobre el trocánter; con este vendage pueden andar los niños á los pocos días, si la abducción no es demasiada. En casos de luxación doble se hace la reposición *al mismo tiempo* en ambos lados y después el vendage abductivo; á las 6—12 semanas se puede cambiar este vendage por otro que permite la posición normal (paralela) de las piernas sin temor de una relajación, y en forma de calzoncillos de baño; aunque parece difícil, los niños aprenden pronto á andar y hasta subir escaleras con este vendage que impide el movimiento de la pierna.

Los peligros del método son magulladuras de la vulva, desgarraduras de la piel y de algunos músculos y principalmente paralizaciones en el circuito del nervio isquiático; estos peligros se evitan no empleando mucha violencia, por ejemplo 60 kilogramos de fuerza de tracción; para niños menores, aún menos; por lo demás, las parálisis casi siempre han vuelto á desaparecer.

A. Lorenz habla sobre el mismo tema; él ha logrado en 83 casos efectuar la reposición sin sangre después de la cual los niños tienen que andar mucho ó estar de pie largo tiempo para que el peso del cuerpo mantenga la reposición; el número de curaciones crece cada día. Su propio método ha sido simplificado y modificado: por cualquier medio de extensión se hace bajar la cabeza del fémur hasta el nivel del acetábulo rudimentario; después se efectúa poco á poco una abducción de la pierna hasta de 90° , y doblando la pierna en ángulo recto y tirando de ella al mismo tiempo, se hace una nueva abducción hasta

que se oiga el ruido que produce la reposición. Este método no tiene como el de Paci, el objeto de crear una nueva articulación sino de rehabilitar el acetábulo natural y se puede emplear en niños hasta de doce años. Los resultados de la reposición por operación, no son buenos, si no ha sido por especialistas, y si el paciente no tiene la suficiente energía de someterse durante 2 años á un tratamiento tan fastidioso como el que es necesario, pues de otro modo se producen contracciones; este método debe emplearse sólo en casos en que los niños ya tienen demasiada edad para la reposición forzada ó que circunstancias anatómicas hacen necesaria la operación.

Hoffa (Wurzburgo): resultado final de los dos métodos para reponer la luxación congénita del fémur. El método sin verter sangre es ciertamente un progreso, pero no hay que confiarse demasiado en él; con frecuencia se encuentra una relajación al quitar el vendage. Hoffa exige que en todo caso se ensaye, sin embargo, el método, y si éste no es suficiente, se eche mano á la operación. El método operativo también ha dado muy buen resultado, como lo prueban los 30 casos que presenta Hoffa; los detalles de la operación pueden verse en el "Archivo de Cirugía" de Langenbeck, él insiste en que la operación no es nada peligrosa si se hace antisépticamente, que el tratamiento posterior no dura más de 3 meses, que los niños no necesitan andar con aparatos, que en ninguno de sus casos ha quedado regidez de la articulación ni contracturas.

Jul. Wolff (Berlín): Aplicaciones de los fotógramos de Roentgen en la Cirugía. Hasta ahora no se ha reconocido una aplicación muy importante del método de Roentgen, cual es el repetido exámen de una parte del cuerpo de un mismo individuo viviente en diferentes tiempos como un nuevo medio para investigar cuestiones científicas, que de otro modo no pueden dilucidarse. Hasta ahora se decía que no era posible tener un buen fotógrama de la articulación coxal ó de la estructura interior de un hueso, mientras tanto ha recibido el autor desde julio varios fotógramos del profesor Buka que desmienten aquella aserción. Uno de ellos mostraba con gran claridad los diferentes huesos del acetábulo, la cabeza y el cuello del fémur, el trocanter en parte aun cartilaginosa, la diáfisis, el forámen obturatorio, etc.; se trataba aquí de un estado normal; por vía de comparación mandó hacer Wolff una serie de fotógramos de la luxación congénita del fémur, antes y después de la reposición incruenta ú operada; estos fotógramos muestran con toda claridad lo que se puede obtener por el tratamiento y así podremos dentro de poco tiempo tener seguridad sobre el estado de la articulación después de ser tratada. Otro fotógrama del profesor Buka representa con una claridad asombrosa la estructura interior del hueso calcáneo *intra vitam*, lo cual nos permitirá observar en lo futuro la armonía que guardan la forma exterior é interior y la estructura del hueso durante la formación del hueso ó curación de deformidades; la ortopedia ganará con esto un gran apoyo.

Tercera Sesión, 22 de septiembre por la tarde. Presidencia: Rehn.

Korte (Berlín): La cirugía del páncreas. El conocimiento de las enfermedades del páncreas y su tratamiento quirúrgico se encuentran aun en estado rudimentario. Primero se sabe de Petit que operó un tumor del páncreas; en 1845 operó Wandersleben un absceso; desde que Gussenbner diagnosticó por primera vez en 1882 los quistes del páncreas se han encontrado hasta principios de este año, 104 casos. Menos conocidas son las inflamaciones, de las cuales sólo son susceptibles de un tratamiento quirúrgico, la inflamación purulenta, la necrosis y ciertas formas de la inflamación crónica de la cabeza del páncreas cuando producen compresiones del conducto. La inflamación purulenta se forma por

metastasis rara vez, más frecuentemente por continuación ó por invasión de microbios por el conducto: y forma numerosos abscesos pequeños ó grandes focos purulentos; esta forma de inflamación se ha hecho artificialmente; 7 casos hay descritos: 4 se operaron de los que murieron 3; peligros que ofrece es la salida hacia otros órganos ó la trombosis venosa; tratamiento quirúrgico es rara vez posible. La necrosis es por lo regular consecuencia de una hemorragia, que puede ser espontánea, ó á causa de una pancreatitis aguda (hemorrágica); el resultado de la hemorragia es por lo regular la muerte; pero cuando el paciente resiste el primer ataque, las partes infiltradas del páncreas se necrotizan y son secuestradas por una inflamación reactiva, formando grandes cavernas pútridas; estas cavernas pueden diagnosticarse y operarse por delante ó retroperitonealmente por el lado izquierdo; el autor conoció 5 casos: 4 fueron operados, 1 tuvo más tarde diabetes (no habiéndole tenido antes). En unión de esta necrosis (algunas veces, en vez de la pancreatitis purulenta), se encuentra una necrosis diseminada del tejido grasoso, sin que se esté de acuerdo sobre cuál de las dos es la primaria; según experimentos hechos con animales pueden producirla lesiones, transplantaciones de tejido pancreático al tejido grasoso retroperitoneal, inyecciones de sustancias irritantes como terpentina, etc., aunque no en todo caso; en el hombre se le ha observado, después de lesiones del páncreas, 5 veces entre 9 casos y también se ha encontrado esta necrosis sin alteración notoria del páncreas. En las operaciones del páncreas debe tenerse mucho cuidado que su secreto no se derrame en el abdomen.

En la discusión sobre este punto, refirió Kummell (Hamburgo), el caso de una pancreatitis y pequeños corpúsculos de suave consistencia en el ducto pancreático, lo que había producido síntomas de cálculos colecísticos, cólicos y aun ictericia; Korte observó también un caso semejante.

Braun (Gottingen): El tratamiento quirúrgico de la epilepsia traumática de Jakson. Un hombre de 24 años, que fué presentado, tuvo, á causa de una grave lesión en la parte derecha de la cabeza, en 1884, contracciones y calambres en la mano y en el dedo pulgar izquierdo desde marzo de 1888; todo tratamiento y aun la trepanación fué inútil, y las contracciones se transformaron en ataques epilépticos generales, hasta que en noviembre de 1890 se procedió á excidir el centro motórico del cerebro, correspondiente al movimiento del pulgar y la mano izquierda; en los días siguientes á la operación se repitieron los ataques, aunque débilmente, y desde entonces (ya hace casi 6 años) está el paciente completamente curado. Hasta ahora se conocen 19 casos de esta operación y 3 casos más en que se hizo sin intención. En todos los casos desaparecieron pronto las parálisis ocasionadas; sólo en un caso duraron 3 meses; 4 casos dieron resultado negativo, 4 produjeron mejoría, 14 curaron, de los que cinco necesitaron más de un año hasta desaparecer la epilepsia por completo. Por supuesto que esta operación no se debe hacer sino cuando la extirpación de las partes lesionadas del cráneo ó de meningeas alterada ó adherida al hueso no dé resultado; si el lugar de la lesión no es el mismo del centro motórico que produce la epilepsia, debe operarse primero el lugar de la lesión y retirar todo lo alterado del hueso ó de la meningeas; sólo cuando esta operación no produzca curación se determinará el centro motórico por medio de una corriente eléctrica faradaica y se le extirpará.

En la discusión refiere Schede (Bonn) varios casos operados por él habiendo obtenido entre 5 tres curaciones, una mejoría y uno con resultado negativo; temiendo las parálisis, no se había resuelto á extirpar partes del cerebro y se había limitado á operar las alteraciones de las meningeas ó de sus relaciones

con el cerebro haciendo pequeñas incisiones cruzadas en la dura mater para disolver toda adherencia con el cerebro. etc.; igualmente refiere Gutsch (Karlsruhe) un caso operado por él hace 3 años con resultado positivo hasta ahora.

William-Levy (Berlín): Ensayos de resección del esófago. Levy ha llegado á poder extirpar en perros toda la parte del esófago que hasta ahora había sido inaccesible conservando el animal en vida; para esto hacía primero una gastrotomía, descubría después el esófago al lado izquierdo de la garganta y lo habría; por medio de una sonda se hacía pasar una cuerda desde la abertura del esófago á la del estómago y ataba con ella el esófago, cortándolo enseguida arriba de esta ligadura; poco á poco se tiraba del extremo inferior de la cuerda y se hacía salir el esófago por la abertura del estómago donde se le ligaba otra vez y extirpaba en el acto. De 5 perros operados de este modo, uno murió á los 10 minutos sin que se pudiera descubrir la causa de la muerte; otro murió á los 6 días por haber tragado un hueso que lo ahogó; los otros 3 viven perfectamente y fueron presentados al Congreso en prueba de ello. Ensayos hechos en cadáveres humanos, aunque se hagan pocas horas después de la muerte, daban resultados negativos; la membrana muscular del esófago se rompe y sólo se obtiene un cilindro formado por la mucosa; la causa es una diferencia anatómica entre el hombre y el perro. Levy promete dar más detalles y mostrar el modo cómodo de cómo se puede extirpar, sin embargo, el esófago completo en el hombre.

Cuarta Sesión, 23 de septiembre. Presidencia del doctor G. Joachimsthal.

Rehn (Frankfort) presenta un paciente en quien hizo la operación más asombrosa y más peligrosa que puede hacerse: se trataba nada menos que de coser una herida en el corazón. El paciente tenía una herida cortante en el ventrículo derecho y estaba casi desangrado. Rehn descubrió el corazón después de una resección de una costilla, agrandó la abertura del pericardio y cosió la herida, lo que fué muy difícil á causa del movimiento del corazón. La hemorragia cesó, la asfixia disminuyó después de la operación, el pulso se mejoró. El paciente se encuentra bien después de 14 días de operado. Igualmente presenta Rehn otro paciente á quien hizo otra resección casi total del estómago, otro con resección del piloro, por último, una mujer á quien extirpó casi la mitad del hueso frontal derecho á causa de un cáncer con principio sífilítico. Siegel presentó un niño operado por Rehn después de una traqueotomía, á causa de una sofocación, sin obtener resultado, por lo que se pensó en un tumor del mediastino ó una hiperplasia del timo; en efecto, después de abrir Rehn el mediastino, encontró el timo agrandado, lo sacó y fijó á la piel, con lo cual sanó el niño.

Por la tarde del 23 de setiembre continuó la sesión en unión de la sección de medicina interna y bajo la presidencia del profesor Czerny [Hidelsberg].

Schreiber [Konisberg] propone abolir el término *gastrextasia* dado á la dilatación del estómago y que es tan inconveniente como todos los otros nombres: insuficiencia del estómago, insuficiencia motórica ó atónica, etc., que determinan más las circunstancias mecánicas que los trastornos digestivos y propone los nombres: estancamiento del estómago ó permanente digestión, pues en las diferentes apreciaciones comprendidas bajo la *gastrextasia* es el estancamiento de los alimentos el síntoma común, el nombre *permanente digestión* indica al mismo tiempo los procesos químicos y de secreción, es decir, el síntoma típico de la hipersecreción crónica; es fácil probar que esta última es una consecuencia y no la causa de la retención crónica de alimentos en el estómago, pues desaparece al desaparecer la última.

C. Pariser [Berlín]: El tratamiento del *ulcus ventriculi* perforante. Necesaria es la inmediata operación, pues en este caso se han salvado 23 pacientes entre 33; hay que procurar encontrar pronto el lugar de la perforación, que es por lo regular la pared anterior del estómago cerca de la curvatura menor y de la cardía [entre 200 úlceras solo 10 se encuentran en este lugar, pero casi todas perforan, por lo menos 8,5]; de importancia es el contenido del estómago respecto á su cantidad y estado de descomposición, lo mismo el tamaño de la perforación y las adhesiones que se hayan formado en el lugar de ella; la operación es de corta duración. A pesar del buen éxito suceden algunas veces muertes á causa de una segunda perforación ó de empiema. El diagnóstico temprano es difícil; algunas veces se confunde la perforación con un envenenamiento; un síntoma es la gran acervación del dolor al momento que se introduce una pequeña cantidad de alimento ó de alcohol al estómago; la perforación no tiene aspecto grave muchas veces aun después de 3 horas, cuando la peritonitis se desarrolla despacio ó de un modo circunscripto; en estos casos se ha de observar el pulso que sube á 128, más ó menos con una temperatura subfebril de apenas 37,8 38,2°.

Joachimsthal [Berlín] refiere primero un caso de hiperfalangia, presentado en mayo por Leboucq á la Academia de Medicina en Gante: una mujer tenía en el dedo índice y en el mayor 4 falanges á pesar de ser estos dedos más pequeños que lo normal; la inserción de los músculos observada después de la autopsia, demostraba que se trataba de una duplicación de la primera falange.— Esta anomalía no había sido observada aun en el hombre. Esto dió ocasión á que el autor examinara por medio de la luz de Roentgen varios casos de braquidactilia, es decir, de dedos cortos, y encontró un caso análogo al anterior: una mujer cuyo dedo pulgar tenía 4 falanges, la primera y tercera corta y ancha, las otras dos normales. El autor explica el primer caso por desagregación intrauterina de la epífise de la primera falange, formando después articulación con la diáfise.

Quinta Sesión, 24 de septiembre. Presidencia: Schede.

Hoffa demuestra un número de casos de luxación del fémur operados por él.

Discusión. Schede dice que por buenos que sean los resultados obtenidos por Hoffa con la operación, iguales ó mejores serían los obtenidos por el método de reposición incruenta y debe preferirse este último desde luego que la operación carre peligro de dejar una anquilosis y ésta á su vez pone la vida en peligro. Pero hay algunos casos en que la operación es necesaria. Julius Wolff dice haber hecho la reposición en 32 casos, 21 veces con buen éxito, y hace grandes elogios del método de Lorenz, que dió buen resultado aun en dos casos de 9 años y uno de 12 años de edad; de modo que se puede hacer la reposición en niños de mayor edad que la fijada por Lorenz, la facilidad de la reposición no parece depender de la edad del paciente. Por último, recomienda como de gran importancia el masaje de los músculos y tendones mientras se hace la extensión antes de la reposición. Kummel ha hecho la reposición, según Lorenz, 20 veces en pacientes de 2½-15 años; en dos casos de 9 y 16 años no pudo llevarla á cabo. Heusner refiere en que, al emplear el método de Lorenz, se desprendió la epífise del fémur.

M. Scheir [Berlín] Sobre la aplicación del método de Roentgen á las heridas por balazo en la cabeza. Un paciente de 27 años refiere que 5 años antes había recibido por contingencia un balazo en la cabeza y á 15 pies de distancia; el proyectil medía 7 m. m. de largo y 5 m. m. en la base, y había pene-

trado en el extremo exterior del arco superciliar derecho, 1 milímetro más arriba del margen supraorbital, produciendo exoftalmía y amaurosis completa del ojo derecho, parálisis completa del nervio trigemino y del óptico derechos; suponiéndose que la bala se encontraba en la órbita donde oprimía los vasos y nervios, se procedió á extraerla pero no fué encontrada; en cambio, se notó que la lámina papiriforme del hueso etmoidal estaba triturada; la bala debía haber penetrado, pues, á la cavidad cerebral o á la nasal ó al hueso etmoidal; por consiguiente, se prescindió de otra operación, el estado del paciente es hoy el mismo. El fotógramo de Roentgen demuestra que la bala no está en la parte anterior del cráneo sino en la parte posterior cerca del ganglio de gasseri derecho. Una segunda bala, proveniente de otra contingencia en la caza, lleva el mismo paciente en la mandíbula inferior y se puede ver claramente por medio de la mampara fluorecente. La determinación del lugar de un cuerpo extraño, por el método de Roentgen, es, sin embargo, muy difícil. Si en aquel tiempo se hubiera determinado el lugar de la bala, se hubiera podido tal vez extraerla é impedir la parálisis de aquellos nervios. De aquí la gran importancia del método para la neurología y para la cirugía del cráneo.

Sexta Sesión, 24 de septiembre por la tarde. Presidencia de Kuster.

O. Hasse [Nordhausen]: El tratamiento de enfermedades quirúrgicas por medio de inyecciones. Entre las diferentes enfermedades que se tratan por este medio se encuentran las afecciones articulares y abscesos tuberculosos [con inyecciones de yodoformo] y las hernias curadas radicalmente con inyecciones de alcohol, según el método de Schwalbe. Este último medio ha sido empleado también por Schwalbe y por Hasse para hacer desaparecer por completo ó por lo menos en parte diferentes tumores benignos, como lipoma, estruma, angioma, quistes, tumores de las glándulas linfáticas, etc., y posee la mayor importancia en el tratamiento de neoplasmas malignos: cáncer y sarcoma. Hasse usa el alcohol, principalmente como preparación para la extirpación de los tumores, en especial del cáncer del pecho, para impedir lo posible la recaída y después de la operación para sofocar los focos residivos. Actualmente prefiere el autor el alcohol mezclado con igual cantidad de agua; la inyección debe llenar, si es posible, todas las vías linfáticas de la vena contigüa, matando así las células epiteliales que hayan invadido los vasos linfáticos é impidiendo la recaída. El autor asegura haber tratado con buen éxito cánceres del cérvix del útero y del recto [?].

Jordan [Hidelberg] refiere 3 operaciones abdominales ejecutadas por él en la clínica de la Universidad de Hidelberg. Un caso: era una mujer con una hernia ingüinal izquierda, en la que se encontró, fuera de algunas coagulaciones, un saco tubar con un feto de unos 3 meses y extensas adhesiones intestinales que no pudieron deshacerse; muerte á las 18 horas á causa de un vólvulo. El segundo caso: era un muchacho de 15 años á quien se le había extirpado un año antes un tumor [probablemente linfosarcoma] de la garganta y últimamente un linfosarcoma del bazo del tamaño de la cabeza de un niño y que pesaba 2 kilómetros y con metastasis en las glándulas próximas; curación. El último caso fué una nefrectomía y extracción de varios cálculos de un riñón.

ITALIA

CURA DEL TÉTANO CON LA ANTITOXINA TIZZONI

La actualidad del argumento y lo mucho que se ha publicado y discutido, me han hecho pensar en el resúmen y traducción de dos casos de tétano curados con la *Antitoxina Tizzoni*. Uno de ellos es del Doctor Cercignani; el otro, del Doctor Rabbitti y se encuentran publicados en la *Reforma Médica* del 3 y 9 del presente.

Más que todo, me ha movido á hacerlo lo instructivos que son; las consecuencias que se desprenden y la satisfacción de ver coronados los esfuerzos y el trabajo de mi antiguo profesor.

Caso 1º.—El Doctor Cercignani refiere que el 18 de diciembre de 1895, María Giovannelli al cortar el pan, se produjo una herida en el dorso de la mano izquierda; herida que interesó un vaso arterioso. La familia, para contener la hemorragia, aplicó telas de araña y una venda; pero cuatro días más tarde, sintiendo la enferma dolores lancinantes, fué llamado el doctor, el cual, al ver que la hemorragia se repetía al quitar la venda, desidió practicar la ligadura, cosa que no le fué posible, pues la arteria se rompía á la más pequeña tracción. Propuso la ligadura de la radial; proposición que no fué aceptada de la enferma, visto lo cual, el doctor practicó la sutura profunda de la herida y aplicó un vendaje compresivo después de haber lavado con una solución de sublimado al 1 o/o y de haber puesto un poco de yodoformo.

Cuatro días más tarde, es decir, á los ocho de haberse cortado, la enferma no presentaba nada de anormal en la herida, exceptuando un punto de sutura supurado; pero sí sentía un poco de dolor en el brazo izquierdo y algo de dificultad para abrir la boca. Después de haber quitado el punto de sutura supurado y de haber lavado la herida con solución de sublimado, el doctor avisó á la familia que probablemente se trataba de un caso de tétano.

El día siguiente, la enferma lo pasó bastante bien; no así el sucesivo, en la mañana del cual, fué avisado el doctor que la enferma había empeorado y que no podía abrir la boca. Habiéndose dirigido inmediatamente á visitarla, no le cupo duda ninguna que se encontraba delante de un caso de tétano; temperatura axilar 39,5; sonrisa sardónica, trismo completo, dificultad en la respiración, *disphagia* y embarazo en la palabra, *episthotonus* y rigidez completa de los músculos del cuello y del dorso, sin poder mover la cabeza ni el tronco y finalmente sobresaltos convulsivos que la hacían gritar fuertemente. Ordena el reposo absoluto poniendo la enferma en la oscuridad; clisteres de cloral á alta dosis (10-15 grms.) é inyecciones hipodérmicas de morfina, y al mismo tiempo telegrafía al Prof. Tizzoni pidiéndole *Antitoxina*.

A la mañana siguiente (28), las condiciones generales se mantienen casi invariables: temperatura axilar 38,5; se manifiesta un dolor que en forma de cintura va del dorso á las ingles.

Debe notarse que la enferma se encuentra al 9º mes de preñez y que este mismo día, cuando el médico temía que no pudiera efectuarse el parto, tanto por la naturaleza de la enfermedad, como por el grave estado en que se encontraba, con grande maravilla lo ve efectuarse felizmente y sin dificultad ninguna; no habiendo presentado el recién nacido, que fué confiado á una nodriza, ningún fenómeno de tétano.

Al día siguiente, el estado de la enferma es el mismo: temperatura 38º.

El Profesor Tizzoni, venido expresamente de Bolonia, practica, después de haberse lavado la herida con una solución de sublimado al 1 0/100 y de nitrato de plata al 1 0/10, una inyección de 20 c. c. de *suero antitético* en la región de lado izquierda; y otros 20 c. c. en la región del lado derecho. En la noche del mismo día se inyectaron otros 20 c. c. de suero; la enferma advierte un pequeño prurito y presenta un eritema sumamente ligero en todo el cuerpo y que desaparece completamente en pocas horas. Contemporáneamente á las inyecciones de suero se practican algunas inyecciones de morfina y clisteres de cloral; y como alimento, clisteres de caldo y peptona, leche y huevos, pues la enferma no puede tragar.

Diciembre 30.—Condiciones invariables: inyección de 10 c. c. de suero en la mañana y 10 c. c. en la tarde. Temperatura 37,⁶ y 38.

Diciembre 31.—Inyección mañana y tarde de un gramo de antitoxina disuelta en 10 c. c. de agua destilada y esterilizada. Temperatura 37,⁴ y 37,⁹.

Enero 1^o, 1896.—Inyección mañana y tarde de un gramo de *antitoxina*. Temperatura 37,⁴ y 37,⁹.

Enero 2.—Inyección mañana y tarde de un gramo de *antitoxina*. Temperatura 37,² y 37,⁶. Aunque el estado de la enferma es sumamente grave, dice que se siente mejor; las convulsiones han disminuido de número y de intensidad y suda abundantemente.

Del 3 al 6 de enero se inyecta un gramo de *antitoxina* al día. Temperatura y estado general invariables.

Enero 7.—Inyección de medio gramo de *antitoxina* en la mañana y medio en la tarde. La enferma está mejor, habiendo disminuido las convulsiones de 70 por hora á 30.

Del 8 al 27 de enero, inyección diaria de un gramo de *antitoxina*. La mejoría aumenta, pudiendo la enferma comer un poco y disminuyendo las convulsiones de 30 á 12 por hora.

Del 18 al 27 de enero se reducen las inyecciones á 25 c. c. de *antitoxina* y poco á poco, la mejoría aumenta con la disminución de las convulsiones y del trismo, encontrándose finalmente completamente curada á principios de febrero.

Este caso de tétano es sumamente instructivo por varias razones:

1^o) Porque confirma que puede contraerse el tétano por medio de las telas de araña aplicadas sobre las cortaduras.

2^o) Porque prueba que el tétano no perturba absolutamente el embarazo ni el parto.

3^o) Porque demuestra que en el tétano no hay transmisión de la enfermedad de la madre al feto; ó por lo menos, que no siempre se efectúa; cosa que puede explicarse recordando que la sangre de los tetánicos no contiene siempre la toxina del tétano, ó bien con la hipótesis que las toxinas de la sangre vengán completamente neutralizadas en la incubación placentaria.

4^o) Porque confirma la eficacia de la *Antitoxina Tizzoni* en la cura del tétano aun en los casos graves como el presente; gravedad demostrada de la brevedad del período de incubación (ocho días); del interesamiento profundo del bulbo, probado en la dificultad en el tragar, el trismo completo, la elevación de la temperatura y la grande frecuencia de los paroxismos tetánicos.

En el presente caso se emplearon 80 c. c. de suero y 24 gramos de antitoxina equivalentes á 320 c. c. de suero. La mejoría comenzó á las 72 horas de la primera inyección y se manifestó con la reducción gradual del número y de la intensidad de los paroxismo tetánicos.

La cura completa se obtuvo á los 45 días de enfermedad y á los 33 de cura con la *Antitoxina Tizzoni*.

Caso 2º.—El Doctor Rabbitti refiere que Anfbal Froidi, de 19 años de edad y de constitución sana y robusta, se produjo el 22 de febrero del presente año, una herida con arma de fuego cargada con munición, en la parte dorsal del pié izquierdo, acompañada de fuerte *ustión*, pues la descarga se efectuó muy cerca; no obstante lo cual, las municiones no penetraron profundamente y pudieron ser extraídas casi todas, formándose poco tiempo después una *escara*; á la caída de la cual, quedó al descubierto el tendón del cuarto dedo. Al 10º y 12º día se extrajeron otras municiones reducidas casi al estado pastoso; después de lo cual, la herida poco á poco se cicatrizó, tanto que al 2º día el enfermo se encontraba perfectamente, y no sentía dolor ninguno. Estado de cosas que duró hasta el 20 de marzo, día en que el enfermo comenzó á notar cierta dificultad para abrir la boca y constipación de vientre con algo de dolor. Cuatro días más tarde, es decir, el 27, la dificultad para abrir la boca aumentó acompañada de fuerte dolor en la espina dorsal, con fiebre y con la característica *facies tetánica*.

Este mismo día, con nuevas preguntas, se supo por el enfermo que el día que se había herido, para calmar el dolor, se había puesto un poco de nieve que había cogido cerca de un estercolero.

Se pidió al Profesor Tizzoni *antitoxina* y en tanto, se suministró cloral á fuertes dosis é inyecciones hipodérmicas de morfina. Con esta cura, el trismo y los dolores en la espina dorsal disminuyeron un poco, pero en cambio, aumentó una forma de convulsión tónica de los músculos intercostales y del diafragma, lo cual producía angustia y fuerte *dyspnea* con intermitencia del pulso y sensación de constricción en la laringe.

El 29 de marzo, habiendo llegado la *antitoxina*, se inyectaron dos gramos disueltos en agua destilada y esterilizada, en varios puntos cerca de la herida. Dos horas después, el enfermo comenzó á sentir como si una corriente líquida caliente circulase del punto de la inyección á la herida, y saliese de ésta como un gas. Pasada esta sensación, que duró casi una hora, se manifestó otra; sintiendo el enfermo que la pierna se le hinchaba enormemente y que la hinchazón subía al vientre y al pecho, todo lo cual le hizo pasar una noche sumamente agitada.

Al día siguiente (30 de marzo), aumentó la *dyspnea* y se manifestó una gran contractura de los músculos abdominales é imposibilidad de defecar. Se practicaron clisteres y se le suministró una fuerte dosis de sen y maná, con lo cual se obtuvieron dos deposiciones. Temperatura 38,4.

Marzo 31.—Inyección de un gramo de *antitoxina*, después de lo cual se produjo un fuerte aumento en todos los síntomas morbosos: la dificultad de la respiración aumentó al punto de producir *orthopnea*; la intermitencia del pulso y de la respiración se acentuaron, lo mismo que el trismo; grande inquietud, fuerte sudor é inmovilidad de la pupila. Temperatura 39.

Abril 1.—Continuando el enfermo en quejarse de la imposibilidad de defecar y de sensación de frío, y presentando síntomas de influenza (que dominaba en esta época) se determinó darle una fricción de aceite de croton puro en la espina dorsal y en el pecho, é infusión de sen y maná internamente.

El grave estado del enfermo y el prever que no hubiera podido durar en condiciones tan graves del corazón y de la respiración, excusan esta determi-

Abril 2.—Disminuye un poco el estado espasmódico del diafragma y la *orthopnea*; pero se manifiestan nuevamente el dolor en la espina dorsal y la contracción de los músculos de la nuca y convulsiones en la pierna izquierda, con fuerte dolor en la planta del pié en la cual se notaba una fluctuación. Habiendo practicado la puntura, sale un poco de pus procurando un gran alivio al enfermo. La temperatura disminuye.

Abril 3.—La mejoría aumenta en los órganos torácicos; pero se manifiesta contracción en los músculos y dificultad para orinar, cosa que desaparece con la suspensión de las inyecciones de morfina. Sudor abundante, temperatura normal.

Abril 4.—La *dyspnea* disminuye, y el enfermo puede dormir acostado.

Abril 5.—Disminuye el trismo y la contracción de los músculos de la nuca; pero se manifiesta de nuevo la dificultad de orinar. El cuello de la vejiga presenta una fuerte contracción, y el cateterismo no es posible sino después de varias tentativas y de haber aplicado cataplasmas calientes y fricciones con pomada de belladona. Emitida una gran cantidad de orina, con los caracteres normales, no hubo necesidad de repetir el cateterismo, y la mejoría continuó aumentado cada día; tanto que un mes más tarde, el enfermo presentaba de nuevo su aspecto vigoroso y se sentía perfectamente bien.

Generalmente para juzgar de la gravedad de un caso de tetano, se toman en consideración: el tiempo más ó menos corto del período de incubación; la rapidez con la cual se suceden los fenómenos tetánicos, una vez comenzada la enfermedad hasta su completo desarrollo; el tiempo que dura; la intensidad de los síntomas; sobre todo, de los que se refieren á la respiración y á la circulación y, finalmente, al grado de temperatura.

En el presente caso, si se hubiesen tenido en cuenta solamente los tres primeros síntomas, ciertamente se hubiera hecho una prognosis favorable; porque el período de incubación fué de 24 días, el cuadro del tétano empleó casi cuatro días para completarse, y el acceso de la enfermedad fué más bien lento. Pero sería un grave error al juzgar de la gravedad de un enfermo de tétano, considerar estos síntomas aisladamente y atribuirles un valor absoluto; pues si bien es cierto que los casos de tétano con período de incubación breve (inferior á 10 días) son los casos más agudos y mayormente mortales; es también cierto que á menudo se observan casos que determinan la muerte en pocos días y que tuvieron un largo período de incubación.

El mismo Behring es de esta opinión y cita un caso, observado por él, en el cual, la muerte se verificó á las 48 horas de la aparición de los fenómenos tetánicos; no obstante haber sido el período de incubación de 14 días.

La gravedad de estos dos casos y de otros muchos que diariamente se publican, confirman la eficacia que posee la *Antitoxina Tizzoni* en la cura del tétano.

Nápoles, 31 de octubre de 1896.

FERNANDO IGLESIAS

V A R I A

Directiva.—La elegida por la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la República, para el presente año de 1897, se compone de las siguientes honorables personas:

Presidente,	Doctor	Juan J. Ulloa G.
1er. vocal,	„	Andrés Sáenz
2º	„	Jenaro Rucavado
3º	„	Moisés L. Castro
4º	„	Eduardo Pinto
5º	„	Miguel A. Velázquez
Fiscal,	„	Elias Rojas
Tesorero,	„	Emilio Echeverría
Secretario,	„	José M. Soto A.

El Doctor Rojas que fué comisionado por el Gobierno y la Facultad de Medicina de la República, para estudiar en la ciudad de Bogotá el método seroterápico aplicado á la curación de la lepra, por el doctor Carrasquilla, ha regresado trayendo al país los conocimientos de la teoría y la práctica del maravilloso invento, y trae también buenos especimens de suero antileproso. Nuestros lectores conocen ya la última comunicación oficial del doctor Carrasquilla acerca de su descubrimiento, y habrán visto al través de la modestia y sabias reservas del autor, que su procedimiento, fruto de largos y pacientes estudios, es ya, más que una esperanza, un remedio de alivio seguro para los infelices leprosos. Digno de aplauso es el empeño con que el Gobierno y la Facultad de Medicina de Costa Rica procuran aclimatar en este país el nuevo método seroterápico, y no dudamos que el éxito responderá á esta labor bienhechora del Gobierno y de la Facultad.

Incorporación.—Conforme á los tratados vigentes entre el Reino de España y esta República, ha sido incorporado en la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia el doctor Amado del Valle, médico-cirujano de la Universidad de la Habana.

Bibliografía Nacional.—Hemos recibido el lujoso é importante libro intitulado “Las fiestas del 15 de Septiembre de 1895”. Consta de 321 páginas en 4º mayor y trae la Historia de la guerra de Centro América contra los filibusteros y de las festividades con que conmemoró Costa Rica, el año de 1895, las legítimas glorias que adquirió en el triunfo. La impresión y los grabados de la dicha obra son clara muestra del notable adelanto del arte tipográfico y del fotograbado en el país. El libro ha sido impreso é ilustrado en los talleres de la Imprenta Nacional bajo la iniciativa y dirección del Gobierno y á su costa.—Es una obra meritoria por todos conceptos

Hemos recibido, con dedicatoria especial, que agradecemos, un opúsculo intitulado “*El Cambio de Composición ke experimenta el agua de El Salto*”, por K. Newman, de Santiago de Chile, es un estudio original de verdadero valor científico, y más original aún por la ortografía con que está escrito, como que es la que siempre emplea el laborioso autor de la “Karta al Presidente de la Societé Scientifique du Chilé, sobre ortografía rrazional”. También agradecemos el “Discurso leído en el acto de la apertura del primer dispensario para niños pobres de la Habana”, por el Presidente Facultativo del referido establecimiento, doctor don Antonio de Gordon y de Acosta, quien es, según se ve por sus razonamientos y por sus obras, un médico notable y perfecto, es decir, un hombre de ciencia á la vez que un filántropo.

Consejos á las madres y nodrizas, que la Sociedad Protectora de la Infancia, de París, ha extractado de los trabajos de la Comisión Permanente de Higiene de la Infancia, de la Academia de Medicina, con objeto de vulgarizarlos en Francia, y que nosotros traducimos con el fin de vulgarizarlos aquí

1º—Durante el primer año el único alimento del niño debe ser la leche y sobre todo la leche de la madre, que es siempre preferible, y á falta de ésta la de una nodriza. Se debe dar de mamar al niño cada dos horas en el día y menos frecuentemente en la noche.

2º—Cuando falte la leche de mujer, hay que hacer uso de la de vaca ó de cabra, tibia y mezclada con agua por mitad; más tarde, al cabo de algunas semanas se mezclará con la cuarta parte de agua ligeramente azucarada.

3º—Para hacer tomar la leche se emplearán vasos de vidrio ó porcelana y serán lavados con esmero después de servirse de ellos; nunca se usarán vasos de estaño, que siempre contienen plomo; evítense los chupones de corcho ó de esponja que algunas veces se ponen en los labios del niño, con el objeto de calmar el hambre ó los gritos.

4º—Abstenerse de las diferentes composiciones que el comercio recomienda para reemplazar la leche.

5º—Tener siempre presente que la lactancia con el biberón, *sin auxilio del pecho*, aumenta mucho las probabilidades de enfermedad y de muerte en los niños.

6º—Es muy peligroso dar al niño, sobre todo en los primeros meses, alimentos sólidos, pan, pastelería, carnes, legumbres, frutas.

7º—Solamente al sétimo mes se puede empezar á dar papillas, si la leche de la madre ó de la nodriza no es suficiente; pero ya al fin del primer año es siempre útil dar al niño algunas papillas para prepararlo poco á poco al destete; estas papillas serán ligeras, hechas con leche y pan ó de harina secada en el horno. El destete no debe tener lugar sino después de la salida de los doce ó dieciséis primeros dientes, que el niño esté en buena salud y en el intervalo de la salida de los grupos de dientes.

8º—Debe asearse al niño todas las mañanas. Lavatorio de todo el cuerpo y especialmente de los órganos genitales, que se deben tener muy limpios; en la cabeza no se debe dejar acumular las grasas ni costras; cambio de ropa limpia.

9º—Es indispensable desechar el uso de pañales que envuelvan ó compriman los miembros del cuerpo; pues, mientras más libertad tenga el niño en sus movimientos, más se robustece y no se deforma. Rechazar todo envoltorio que comprima la cabeza, pues éstos producen trastornos en la salud y en la inteligencia.

10.—El niño debe estar más ó menos abrigado, según el país que habite ó las estaciones; pero hay que preservarlo con cuidado del frío y de un exceso de calor. En las habitaciones, el aire debe ser suficientemente renovado.

11.—No es prudente sacar al niño antes de los quince días de nacido.

12.—Es muy peligroso acostar al niño con su madre ó nodriza.

13.—No hay que apresurarse en hacer caminar al niño; háy que dejarlo arrastrarse por el suelo y que se levante solo.

14.—No se debe descuidar la menor indisposición (*cólicos, diarreas, vómitos frecuentes, etc., etc.*), y hay que llamar á un facultativo.

15.—En caso de nuevo embarazo, la madre ó nodriza debe cesar inmediatamente de dar el pecho, so pena de comprometer la salud del niño.

16.—Es indispensable hacer vacunar al niño en el tercer mes de nacido, y en las primeras semanas, si reina una epidemia de viruelas; la vacuna es el único preservativo de esta enfermedad.

Los médicos de circuito cuentan con magnífico virus vacuno animal, para periódicas vacunaciones y revacunaciones.

El agua que se añada á la leche debe haber hervido por lo menos cuarenta y cinco minutos después de bien filtrada.

Toda leche que no sea tomada por el niño directamente del pecho de la mujer ó de la ubre de un animal debe ser esterilizada y ligeramente endulzada con azúcar de leche.

OBSERVACIONES

que deben recordarse para evitar la propagación de la sífilis inocente

La sífilis es una enfermedad sumamente contagiosa y que se puede adquirir de la manera más sencilla.

Para que el contagio se efectúe es menester que una lesión sífilítica se ponga en contacto directo ó indirecto con sangre sana, y esto sucede de varias maneras, por ejemplo:

Por medio de las lesiones de la boca de un sífilítico, si éste besara á quien tenga grietas en los labios.

Cuando una nodriza sana, que tenga grietas en los pezones, amamante un niño que sufra de placas sífilíticas en la boca, ó si éste la mordiera causándole alguna herida.

Cuando los dedos que tengan uñeros ó estén heridos, entren en contacto con una lesión sífilítica.

Estos son los efectos del contagio directo; el indirecto se puede obtener como sigue:

Cuando una boca enferma y otra sana usaren la misma pipa, cuchara, tenedor, baso, instrumento de dentista ú otros que no hayan estado convenientemente limpios.

Cuando la vacuna se practica de brazo á brazo.

Cuando se tiene la mala costumbre de humedecer con la boca el lápiz de escribir y éste haya estado en boca sífilítica.

Cuando se usaren instrumentos quirúrgicos, que habiendo estado en contacto con sangre sífilítica no se hayan desinfectado convenientemente.

Por medio de navajas de afeitar cuando se usan en sífilíticos y en personas sanas.

Por medio de tohallas ó de cualquiera otra pieza de ropa que haya estado en contacto directo con lesiones sífilíticas ó sus secreciones y que después sean usadas por quien sufra de alguna escoriación en la piel.

Los ejemplos descritos, aunque no completos, porque se multiplican y modifican según circunstancias especiales; sí son suficientes para poner de manifiesto la facilidad del contagio y el cuidado que deben tener en evitarlo quienes sufran tan funesta enfermedad, recordando siempre que su negligencia, pereza ó falsa vergüenza, pueden aumentar el número de víctimas.