

610-5  
6121q  
C.R.

AMÉRICA CENTRAL

# GACETA MÉDICA

DE  
COSTA RICA

REVISTA NACIONAL

DE

\*MEDICINA,\* CIRUGÍA,\* FARMACIA É HIGIENE \*

— PUBLICACION MENSUAL —

**Organo de la Facultad de Medicina**

DIRECTOR:

**Dr. Emilio Echeverría**

REDACTORES :

**Dr. J. Varela Zequeira y el Secretario de la Facultad**

CORRESPONSALES :

Dr. Vicente Lachner Sandoval, Strassburgo (Alemania)

Sr. Fernando Iglesias Tinoco; Nápoles (Italia)

Dr. Pedro M. Ibáñez (Bogotá)

**Año II — Núm 4**

1º de NOVIEMBRE de 1897

CONTENIDO :

OVIARIOTOMÍA, POR EL DR. CALNEK (CONTINUARÁ). — OBSERVACIONES

SOBRE LA DIFTERIA POR EL DR. DURÁN (CONCLUYE). — UNIDAD

DEL PALUDISMO POR EL DR. CORONADO.

San José de Costa Rica

Tipografía Nacional

1897

La Gaceta Médica se publica el día 1º de cada mes.  
No se admiten suscripciones por menos de un año.  
El precio de la suscripción adelantada por un año es de \$ 4.00  
Precio de un número suelto ..... " 0.40  
El precio de avisos, convencional.

Nota.—Para cuanto se relacione con la administración y redacción del periódico, pueden dirigirse nuestros favorecedores al Director.—Nº 1, calle 27, Sur.  
Horas de despacho de 11 a. m. a 2 p. m.

# PILDORAS DE BLANCARD

DE YODURO DE HIERRO INALTERABLE



Aprobadas por la Academia de Medicina de Paris, incluidas en el Formulario farmacéutico oficial francés, autorizadas por el Consejo de Medicina de San-Petersburgo, etc.



Estas Pildoras, dotadas de todas las preciosas propiedades del Yodo y del Hierro, convienen muy particularmente para combatir las afecciones tan múltiples y variadas que determinan los gérmenes escrofulosos (taes como los tumores, infartos, humores frios, etc.), y contra las que resultan ineficaces los ferruginosos simples. Son eficacisimas contra la Clorosis (colores pálidos), la Leucorrea (flujos blancos), la Amenorrea (menstruacion nula ó insuficiente), la Tisis, la Sífilis constitucional, etc. Constituyen, en suma, uno de los agentes terapéuticos mas enérgicos que se conocen para estimular el organismo y modificar la debilidad, el linfatismo y el apocamiento del temperamento.

ADVERTENCIA. — El yoduro de hierro impuro ó alterado es un medicamento infiel é irritante. Como garantía de pureza y de autenticidad de las legítimas Pildoras de Blancard, se debe exigir siempre el sello de la casa de plata reactiva y la firma, cuyo facsímile es adjunto, puesta al pié de una etiqueta verde.

PHARMACIES A PARIS  
RUE BONAPARTE, 10.

CUIDADO CON LAS FALSIFICACIONES

## PRODUCTOS DE J.-P. LAROZE

Farmacéutico

2, RUA DES LIONS - SAINT - PAUL, PARIS

### Jarabe Depurativo

de cortezas de naranjas amarillas al Ioduro de Potassium Especifico infalible contra las Afecciones escrofulosas, tuberculosas, cancerosas, reumatismales, tumores blancos, glandulas en el pecho, acciendes sifiliticos secundarios y terciarios.

### Jarabe Laroze

de cortezas de naranjas amargas Tónico, Anti-Nervioso Recomendado por todos los facultativos para regularizar las funciones del estomago y de los intestinos.

### Jarabe Ferruginoso

de cortezas de naranjas y de quassia amarga, al Proto-Ioduro de Hierro El estado liquido es el mejor modo de inocular el hierro contra las colores palidos, las perdidas blancas, las demoras y supresiones mensuales, la anemia y el raquitismo.

### Jarabe Sedativo

de cortezas de naranjas amargas al Bromuro de Potassium Quimicamente puro. Es el calmante mas seguro en las afecciones de corazon, de las vias digestivas y respiratorias, en las nevralgias, la epilepsia, la histeria, las nervosas en general, el insomnio de los niños durante la denticion.

# GACETA MÉDICA

DE

## COSTA RICA

REVISTA NACIONAL

DE

\*- MEDICINA, CIRUGIA, FARMACIA É HIGIENE \*-

(Órgano de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la República)

DIRECTOR, DOCTOR EMILIO ECHEVERRIA

Año II

San José de Costa Rica, 1º de noviembre de 1897

Núm. 4

### OVARIOTOMIA

Leído ante la Facultad Médica el 1º de noviembre de 1897.

De las operaciones quirúrgicas modernas no hay otras más interesantes, ya por su historia, como por su magnitud y por sus sorprendentes resultados, que las practicadas en la matriz y sus anexos, como por ejemplo la histerotomía y la ovariectomía. Me ocuparé solamente de la segunda, limitándome á hacer un breve relato de la historia de la operación, del diagnóstico, del quiste ovárico y del modo de practicar la ovariectomía.

Es indudable que la castración de la mujer fué practicada en tiempos muy remotos por los egipcios y Lidios, según refieren Estrabo y Alejandro de Alejandría. También fué practicada en la India Oriental y aun hoy se practica en tribus remotas de la India Inglesa. El Doctor Knott dice que ha tenido oportunidad de examinar mujeres operadas y describe sus formas y peculiaridades. MacLay encontró que los habitantes de la Nueva Holanda castraban las mujeres para utilizarlas como prostitutas, y con el fin de impedir el aumento de población en sus islas. En otros lugares se ha castrado la mujer muda, ó deforme, para evitar que propagase una raza deteriorada. Pero la extirpación del ovario quístico es operación del presente siglo, y es indudable que el Doctor Efrain MacDowell, de Kentucky, fué quien la llevó á cabo por primera vez en diciembre de 1809.

En Europa los cirujanos desconfiaban tanto de la operación, que ninguno la practicaba en la Gran Bretaña, hasta 1824; en Alemania Crysmar antes de 1825 operó dos casos, de los cuales uno tuvo buen éxito. En Francia fué practicada en 1844 por Myerkewski, pero en 1856 fué desaprobada por la Academia, con solo un voto en su favor, el de Cazzeau. En 1862 Nelaton fué á Londres para ver á Spencer Wells operar, y á su regreso hizo una ovariectomía con mal éxito. Aunque los E.E. U.U. fué el país donde más se había operado

sin embargo, hasta fines de 1863 solamente se habían practicado 117 operaciones, de las cuales 68 obtuvieron buen éxito y 49 resultaron fatales. Del año 1863 hasta 1873 muchos cirujanos operaron, pero es la opinión de Peaslee que la mortalidad pasó del 30 o/o. Del descubrimiento de Lister de la antiseptia, ó mejor dicho, de la aplicación de los descubrimientos de Pasteur á la cirugía, data la época presente de las laparotomías en todas sus divisiones, y la mortalidad en manos expertas, no pasa del 3 ó 4 o/o. Tan pequeño es el peligro, que Homans de Boston operó con buen éxito á una anciana de 82 años 4 meses, y muchos han operado mujeres que pasaban de 75 años. También se registran casos de esta operación practicada en menores de dos años.

De las grandes operaciones de cirugía, es sin duda la ovariectomía la mayor, más atrevida y más interesante, y por esto se comprende que los grandes cirujanos del principio de este siglo se abstuvieran de ejecutarla. En todas las demás operaciones, el cirujano conoce casi con precisión matemática las dificultades que tiene que vencer; pero en la extirpación del quiste ovárico, el más experto no puede prever las complicaciones que pueden ocurrir antes de terminar su trabajo. Muchos de los casos aparentemente simples, son los más serios, mientras que otros de tumores enormes se extirpan con mucha facilidad. No es raro que el operador se vea obligado á herir los intestinos, la vejiga, los uréteres ó los vasos arteriales antes de concluir su trabajo, y por consiguiente debe estar listo para hacer las delicadas y complicadas suturas de la vejiga, adaptar los puntos de un ureter dividido, la implantación de éste en las paredes vesicales, la resección de un intestino, ó la ligadura de una arteria cortada ó lacerada. Así es que el que acometa esta operación necesita conocer perfectamente la anatomía de las cavidades abdominales y pélvicas, conocer los diferentes órganos á la simple vista y por el tacto, y tener más calma y sangre fría que un general durante un combate. Necesita estar listo con sus instrumentos y utensilios, puesto que la solución de continuidad de una arteria grande no da tiempo, por ejemplo para entrar en consideraciones, ni para hacer reflexiones ó consultas. Tomando en cuenta las dificultades de la operación, los sorprendentes resultados obtenidos no sólo por lo que se refiere á la poca mortalidad, sino también á los benéficos resultados, salvando la vida y devolviendo la más perfecta salud á la mujer, antes condenada á muerte segura; debe considerarse la ovariectomía como el desiderátum de la gloria del cirujano moderno.

#### ETIOLOGÍA

El quiste del ovario puede tener lugar en cualquier época de la vida de la mujer, y aun se ha encontrado en el feto. De los quistes congénitos un poco menos del 30 o/o son malignos, igual número son simples y 40 o/o ó el resto son dermoideos. Sin embargo, son más frecuentes durante el período de actividad sexual de la mujer, es decir, que el mayor número se presenta entre los 16 y 50 años de edad. Son algo más frecuentes en las solteras que en las casadas. En 8 o/o de los casos, los dos ovarios están afectados, y no es raro que después de haber sufrido una ovariitis en una glándula, la otra se afecte y que la mujer, por lo tanto, tenga que sujetarse á una segunda operación.

#### SÍNTOMAS DEL PRIMER PERÍODO (*período pélvico*)

El quiste ovárico no presenta al principio síntoma alguno especial, y generalmente la mujer lo nota por casualidad. Hay veces que no presenta ni dolor

ni incomodidad, exceptuando la consiguiente á su peso. Por esta razón, muchas veces el médico lo descubre antes que la paciente lo haya notado. Otras veces se cree en cinta y el médico es llamado para hacer un diagnóstico diferencial.—Al principio el tumor crece paulatinamente y si causa síntomas son los de presión sobre los órganos adyacentes (útero, vejiga, etc.) y entonces ocurren desórdenes de la menstruación, leucorreas, irritabilidad de la vejiga, cistitis; ó si la presión afecta el recto, tenesmo ó constipación. En un mismo caso podemos encontrar todos los síntomas descritos, y además dolor y peso.

#### SEGUNDO PERÍODO Ó PERÍODO ABDOMINAL

Una vez que el tumor ha adquirido un diámetro tal que no quepa en la pélvis, sucede lo que acontece con el útero grávido; se escapa de la cavidad pélvica para ocupar sitio en el abdomen, generalmente hacia la fosa iliaca del lado del ovario afectado. A veces sufre la enferma dolores agudos cuando el tumor se escapa del bacinete, debido probablemente, á la rotura de ligeras adherencias, pero en seguida, á las pocas horas ó días, siente alivio de sus síntomas de tensión vesical y rectal y del dolor que haya tenido debido á la presión. Es entonces cuando generalmente la paciente nota un tumor, pelota ó bulto del tamaño de la cabeza de un niño, sin dolor y que se mueve con más ó menos facilidad; entonces es que principia el segundo período del desarrollo del tumor, ó sea el período abdominal.

Durante un tiempo más ó menos largo no sufre incomodidad alguna y llega á creer que el tumor no es de cuidado, ó que es cosa natural. Este período de inacción (por decirlo así) del tumor se debe probablemente á la menor cantidad de sangre que circula en sus arterias, debido al alargamiento y consiguiente disminución del calibre de dichos vasos. Pero pronto se restablece la circulación y crece el tumor rápidamente, de modo que en pocos meses puede llegar al tamaño del útero de término.

Con la ocupación de la cavidad abdominal, los síntomas cambian. Si las adherencias del tumor á la matriz son íntimas, ésta se eleva también de su sitio y siempre se encontrará fuera de su posición normal; generalmente ocupa el lado opuesto al del ovario enfermo, puede ocupar un sitio inferior, ó posterior al tumor. Debido á la presión sobre los intestinos, vasos sanguíneos, etc., se presentan desórdenes intestinales y síntomas hepáticos y renales, con todas sus variedades, como consecuencias edema de las piernas, dificultades en las funciones respiratorias y de la circulación de la sangre, debido á la presión sobre el diafragma, y marasmo, por mala nutrición é imperfecta oxigenación de la sangre.—Todos los desórdenes menstruales é intestinales reaparecen y hacen insupportable la vida de la infeliz mujer, la cual, si no muere de alguna complicación aguda, fallece de inanición, antes de tres años, después de la aparición del tumor en el abdomen. La enferma sufre fuertes dolores debido á la peritonitis aguda localizada y probablemente causada por el roce de la tenue serosa que cubre el quiste, con las partes adyacentes. Estas inflamaciones causan las adherencias que con tanta frecuencia hacen difícil la ovariectomía.

#### DIAGNÓSTICO TACTIL

Durante el primer período ó período pélvico, el tumor, debido á su poco tamaño, no causa abultamiento perceptible. Generalmente cuando ha crecido y el ovario adquiere el doble ó triple de su tamaño normal, deja su sitio para colo-

carse detrás del útero en el Cuidesac de Douglas. El examen bimanual demuestra un pequeño tumor más ó menos movable, que es generalmente casi insensible, pero en algunos, la paciente se queja de un dolor extraño y agudo, si hay inflamación.

Haciendo tracción por medio de un vulsellun aplicado al cuello uterino y con un dedo en el recto, si las paredes abdominales son delgadas, muchas veces se puede encontrar el pedículo del tumor. Pero por regla general el quiste ovárico pasa su primer período desapercibido. Los pocos síntomas á que da lugar son reflejos, ó causan ligeros disturbios, casi siempre de poca importancia, y como al mismo tiempo hay ligeros trastornos de la función menstrual, las mujeres lo atribuyen á desarreglos, y los médicos se contentan con decir que son ligeras metritis ó congestiones de los ovarios. Además, como muchos casos ocurren en solteras, poca cuenta se da generalmente al médico de los primeros síntomas. Una vez que el tumor sale de la pelvis, el cuadro sintomático cambia. Por medio de la palpación se encuentra entre el ombligo y el hueso iliaco de un lado ú otro, un tumor elástico, que se mueve más ó menos fácilmente, según sea el pedículo largo ó corto, y que no causa al principio ni dolor ni incomodidad alguna. Por el examen bimanual, si el pedículo es corto, el útero puede moverse junto con el tumor; también cuando hay adherencias sucede lo mismo; por regla general esto no se observa; no encontrándose otra señal que la de un tumor que no causa gran incomodidad. He visto un caso semejante en una lavandera del Hospital de esta ciudad, el número . . . de las operaciones que citaré.—Cuando por primera vez noté este tumor, tendría apenas ocho ó diez centímetros de diámetro. Ella me llamó la atención sobre un cólico agudo que tenía, y como no se había notado antes el tumor, supongo que este dolor era producido por la salida del ovario de la pélvis. Entonces el tumor estaba aparentemente suelto en el abdomen, se podía mover de un lado á otro y muy arriba del ombligo.—Me incliné á creer que era un lipoma ó adenoma del omento, puesto que la mujer era muy gorda. Como generalmente sucede, no sufría por su tumor, y aunque insistí en extirparlo, como no le molestaba rechazó la operación.

Cuando se sospecha la existencia de un tumor abdominal, se pondrá la enferma en el decúbito dorsal sobre una cama dura ó sobre una mesa; se le descubrirá completamente el abdomen, poniéndole las piernas encogidas para relajar los músculos, procurar que haya evacuado la vejiga.

Conforme se desarrolla el quiste, el abdomen presenta una forma y tamaño parecido al de un embarazo de meses mayores. Acostada la mujer se nota un abultamiento de forma ovalada, generalmente algo más pronunciado de un lado que del otro, que principiando en los huesos de la pelvis se extiende hacia arriba, y á veces empuja las últimas costillas hacia afuera. Su forma difiere de la del embarazo, este último es generalmente menos ancho que el abdomen y más desarrollado en su parte superior que hacia el hueso púbico, mientras que el quiste ovárico es ovalado ó más ancho hacia su parte inferior, y aparentemente ocupa todo el abdomen cuando está en su completo desarrollo.

La forma de un adomen lleno de fluido ascítico, difiere en que es menos prominente hacia la línea alba y mas lleno hacia los costados. Cambiando de posición la paciente, el quiste modifica poco su forma, mientras la gravedad hace que el fluido ascítico libre en la cavidad abdominal, busque siempre la parte más baja de la misma, y por consiguiente el abultamiento cambia de forma.

En algunos casos de quiste ovárico el ombligo se encuentra salido de su sitio, prominente ó formando una hernia. En todos los casos de ascites el ombligo ocupa su situación relativa normal, es decir, una pulgada más cerca del hueso púbico que del esternón, mientras que en el quiste se extiende más la

parte inferior del abdomen, y la distancia del hueso púbico al ombligo es mayor que la de éste al cartilago ensiforme.

#### PALPACIÓN Y PERCUSIÓN

Cuando se trata de un quiste del ovario de tamaño grande, siempre son delgadas las paredes abdominales y el tacto demuestra que el tumor está apenas separado de los dedos por un pequeño espacio. Las venas superficiales son muy pronunciadas, debido á la absorción de los tegidos celulares y adiposos;—causadas por la distensión de la piel, se encuentran con frecuencia líneas albicantes.— En los casos de fibroides del útero y en la preñez, las paredes no cambian de espesor, ó son más gruesas, y en la ascites aumentan de espesor comunmente. El tumor presenta casi siempre fluctuación, pero sin embargo, en algunos casos de quistes de paredes gruesas, ó de quistes multiloculares, ó bien cuando el contenido es muy espeso, puede ser ó muy oscura ó estar completamente ausente; pero son muy raros los casos en que no se encuentren vibraciones, aun cuando al examen externo sea casi imperceptible la fluctuación; esta se puede constatar introduciendo el dedo dentro en la vagina ó en el recto y haciendo la palpación bimanual. Cuando el tumor ha adquirido un tamaño mayor, ocupando completamente la cavidad abdominal é impidiendo la circulación y respiración, hay veces que es difícil conseguir la fluctuación.

#### PERCUSIÓN

Donde el quiste está en contacto con las paredes abdominales, da sonido mate á la percusión, y solamente sobre los intestinos ó sobre el estómago, es timpánico. Cambiando la posición de la enferma, las diferentes regiones de matités y resonancia varían poco ó nada, puesto que el fluido del tumor está confinado dentro de las paredes de éste; al contrario de lo que sucede con el fluido ascítico. Otra señal muchas veces ausente, pero que cuando se presenta es de importancia para el diagnóstico, es el frémito coloide presente solamente en los quistes multiloculares, y cuyo origen no está bien explicado. Es parecido el frémito causado por el quiste hidático. Este se nota al tacto y á la auscultación, así como también ciertos soplos vasculares que no son de significación para el diagnóstico.

#### LA OPERACIÓN

Hasta aquí he consultado diferentes autores para ayudar á mi memoria. En lo que sigue he dejado enteramente á un lado todo libro de texto y hecho mis deducciones basadas en mis observaciones, ayudado por los datos obtenidos de la práctica de los cirujanos más notables del mundo, Peaslee, Thomas y Wyllie, de Nueva York; White, Keen y los hermanos Price, en Filadelfia; Kelly y Cullen, en Baltimore; Pean y Terrillon en París; Lawson Tait, en Birmingham y varios otros cuyos nombres son menos conocidos.

#### PREPARACIÓN DE LA ENFERMA PARA LA OPERACIÓN

Antes de practicar la ovariotomía es conveniente, siempre que haya oportunidad para hacerlo, preparar la mujer durante una semana. Su régimen debe ser tónico, en el sentido estricto de la palabra. Se examinará cuidadosamen-

te la orina por albúmina y por azúcar; el corazón, para ver si tiene alguna lesión, y los pulmones para determinar cualquiera enfermedad que puedan tener; no porque alguna lesión, exceptuando las más graves, impidan efectuar la operación, sino para estar preparado contra cualquiera emergencia. Si sufre de albuminuria, es conveniente tratarla algunos días con tónicos cardíacos y régimen de leche. Si de diabetes, se le administrará codeína y estriquina y evitará los alimentos contraindicados en esta enfermedad. Si sufre lesión cardíaca, conviene darle digital, caféina, etc., para que pueda resistir el corazón la depresión de la posible prolongación de la anestesia. Si padece de bronquitis, conviene no operar mientras no recobre su salud. También el cirujano se guiará en el uso del cloroformo ó éter, según la enfermedad de que padece la paciente. Por regla general, se usará el éter ó la mistura de alcohol, cloroformo y éter; pero si padece de broncorrea, conviene más el cloroformo. También es de provecho en todo caso administrar la estriquina en dosis de uno y medio ó dos miligramos tres ó cuatro veces al día, como tónico; si hay constipación, la nuez vómica con el ruibarbo, para obrar ligeramente sobre el trayecto intestinal y aumentar el apetito de la enferma. Se emplearán baños tibios ó fríos, según la costumbre de la paciente, ó como más le agrade, con abundancia de jabón, seguidos de una fricción con una toalla y si es posible con ligero amasamiento. La antevíspera se le dará un purgante salino activo, y tres horas antes de la operación una lavativa laxante. También convienen duchas vaginales de algún antiséptico, el bicloruro de mercurio, la creolina, el ácido fénico ó bórico, ó cualquier otro.—

La víspera debe afeitarse el púbis y aplicar una cataplasma de jabón de potasa en todo el abdomen, la cual se dejará durante tres horas, después se le dará un baño tibio, frotando bien el vientre con un cepillo para quitar todo germen septico que pudiera haber en la epidermis; especialmente en el ombligo, monte de Venus é ingles. En seguida se le aplicará una compresa de solución de percloruro de mercurio de 1/1000 y se le dejará durante la noche, teniendo cuidado de mantenerla húmeda. Al tiempo de operar y mientras se produce la anestesia uno de los ayudantes lavará otra vez el abdomen con una solución de sublimado de 1/500, luego con agua esterilizada y por último con éter sulfúrico. Por prolijo que parezca este procedimiento, no está por demás, puesto que Cheyne ha demostrado que hay más microbios patogénitos en una pulgada cuadrada de la piel que en el aire de un salón de hospital, y además de ser numerosos, están en contacto inmediato con el sitio de la operación.

#### DESINFECCIÓN

Para la desinfección de las manos del cirujano tres son los procedimientos más en uso: El primero, el que usan en el Johns Hopkins hospital en Baltimore, que consiste en que después de cortarse y limpiarse bien las uñas, lavarse durante cinco minutos con agua tibia y jabón de potasa ó cualquier jabón antiséptico y brocha; en seguida con agua esterilizada; después se sumergen las manos en una solución saturada de permanganato de potasa hasta que estén teñidas, las que se decolorarán con una solución concentrada de ácido oxálico. Si el cirujano tiene que desinfectarse con frecuencia las manos, puede lavarlas con agua de cal esterilizada, para calmar la irritación causada por estas sustancias químicas, y después con agua hervida.

El segundo procedimiento es el siguiente: Después de lavar las manos como antes he descrito, se sumergen los dedos durante cuatro ó cinco minutos en alcohol absoluto; se meten las manos durante cinco minutos en una solución de



percloruro de mercurio, 1/500 y en seguida se lavarán con agua esterilizada.

El tercer procedimiento es el más cómodo para el cirujano que tiene que trasportar sus desinfectantes á alguna distancia, y es tan perfecto como cualquiera de los otros y no tiene más inconveniente que el olor desagradable del cloro. Después del lavado antes descrito, con jabón y agua tibia, se humedecen las manos con agua esterilizada y se las cubre con cloruro de cal hasta que se siente el calor que causa la cal, se frotan luego con un cristal de carbonato hasta causar una ligera sensación de frío y en seguida se lavan con agua destilada. Según los experimentos del Doctor Weir de Nueva York, este procedimiento es de los más perfectos, con sólo el defecto ya indicado del mal olor, pero tiene la ventaja de no dañar el cutis.

Durante los últimos meses lo he empleado varias veces, no sólo en mis manos, si no también para limpiar la piel de algunos heridos, con muy buenos resultados.

Para esterilizar los instrumentos, el mejor modo es hervirlos en una solución de bicarbonato de soda al 1/100. Este tiene la ventaja de ser de rápida práctica y no dañarlos, con tal que no estén en contacto con el fondo de la vasija en que se hierven.

(Continuará)

---

## ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA DIFTERIA Y SU TRATAMIENTO POR LA ANTITOXINA CON EL RESULTADO DE LOS CASOS TRATADOS POR ESTE METODO POR EL AUTOR

---

(Concluye)

A pesar de que el suero siguió usándose en Alemania en dosis más grandes, y de que los resultados mejoraban, y á pesar de que dichos resultados se presentaron en el Congreso Internacional de Medicina, reunido en Roma en abril de 1894, el tratamiento no llamaba mucho la atención hasta que Roux en su memoria presentada al Congreso de Buda Pesth en el otoño de 1894, presentó el informe de trescientos casos tratados en París bajo su dirección, con resultados tan buenos que llamaron la atención y el interés de todo el mundo médico.

De 1895 para acá el tratamiento ha sido usado en todo el mundo con resultados altamente favorables, y tanto más favorables cuanto más intenso sea el fluido usado, y cuanto más temprano durante la enfermedad sea inyectado. El primer caso en Costa Rica fué el que yo inyecté en un enfermo del Doctor Fonseca, en mayo de 95, y que publiqué en "La Escuela de Medicina de Guatemala, de 25 de junio del mismo año.

La fuerza del suero se expresa en unidades antitóxicas. La unidad representa la cantidad necesaria para neutralizar el efecto de una cantidad arbitraria, pero aceptada universalmente, de toxina. El suero ha ido siendo mejorado, au-

mentando su fuerza antitóxica, de modo que hoy se puede inyectar grandes unidades en menor cantidad de líquido.

El mejor suero antitóxico que se puede obtener hoy en el mercado, es el fabricado por Meister Lucius & Brüning, Hoechst. A. M., por estar fabricado bajo la inspección de Behring y Ehrlich, refrendado por otra inspección instituida por el Gobierno Alemán, de modo que se puede estar seguro de la fuerza antitóxica indicada en cada frasco. Fabrican un suero número 0 con 200 unidades antitóxicas para uso profiláctico; otro número I con 600 para casos benignos; otro número II con 1,000 para casos más severos; y otro número III con 1,500 para casos muy graves. Fabrican también sueros más concentrados para casos excepcionales.

El suero debe inyectarse donde la piel sea floja y no esté expuesta á la presión del cuerpo, con una geringa capaz de ser bien esterilizada, y con completas precauciones antisépticas. Usado así no hay peligro alguno ni se forman abscesos. En ninguno de los casos en que lo he usado he tenido complicación alguna.

Para niños de dos años ó más, la dosis inicial, en casos de alguna severidad, debe ser de 1,500 ó 2,000 unidades, repetida á las doce ó dieciséis horas si no hay mejoría, y vuelta á repetir á las veinticuatro horas si sigue mal el enfermo. Por lo general esta tercer inyección no es necesaria. En casos excepcionales y cuando el enfermo se ve muy tarde, debe recibir 3,000 unidades. Casos benignos no necesitan más de 1,000 y rara vez requieren una segunda inyección.

Para niños de menos de dos años, en casos graves, 1,000 unidades, y en casos benignos 600.

Importa muchísimo practicar la inyección lo más temprano posible, de modo que más vale inyectar un caso dudoso que pudiera resultar no ser difteria, que esperar para inyectarlo, á que el diagnóstico se confirme. La estadística demuestra hasta la evidencia la importancia de las inyecciones tempranas. Un caso grave inyectado en las primeras veinticuatro horas, casi siempre logra salvarse; inyectado al tercer día rara vez mejora.

Las inyecciones algunas veces producen erupciones eritematosas. El caso citado, observado y publicado por mí, es el único en que he tenido una erupción escarlatiniforme.

Réstame solamente hacer una ligera reseña de los casos en que he usado el nuevo tratamiento, pero antes de hacerlo, quiero hacer presente que los casos que había visto, anteriores á la época de la antitoxina, por lo general se mejoraban, si eran benignos, con un tratamiento de percloruro de hierro interiormente, y aplicaciones locales y frecuentes de una solución débil de ácido carbólico en agua de cal; y por lo general morían, á pesar de este tratamiento, si eran severos, sobre todo si presentaban extensión de la membrana á la laringe.

En más de seis casos tuve ocasión de practicar la tranqueotomía, para impedir la muerte del enfermo por sofocación, y solo en un caso, hace ya cosa de dieciocho años, logré que se salvara la enferma. Era una niña de dos á dos y medio años de edad, para quien fué llamado cuando hacía varios días que estaba enferma, y ya tenía fuerte asfixia, con gran ortopnéa. La niña vive aun, y apenas tiene algo ronca la voz.

El número de casos de difteria tratados con antitoxina, incluyendo dos tratados por el Doctor Calnek, con cuyo permiso los cito aquí, es de doce.—Tres de ellos fueron complicados con membrana en la laringe, de modo que tuve que intubar dos por el método de O' Dwyer. Ambos se curaron. El pri-

mero, que también fué el primer caso inyectado con antitoxina en Costa Rica, y el primer caso también de intubación, fué publicado en "La Escuela de Medicina" de Guatemala de junio de 1895. He aquí el caso.

### Caso de difteria con obstrucción de la laringe, remediada con la intubación. Uso de la antitoxina.

“El 4 de mayo de 1895 fué llamado el Doctor Fonseca á visitar una niña llamada Elisa Fernández, de dos años y medio de edad, que vivía en Desamparados, pequeña población, distante media hora á caballo de San José.

La encontró con calentura no muy alta, dificultad para tragar y para respirar y con una tos seca y ronca.

Como en este tiempo había una epidemia muy generalizada de laringitis espasmódica catarral, y en este caso no había nada de particular en la faringe, tuvo razón para juzgar que se trataba de esa enfermedad, y como tal, aconsejó que la trataran con emético al interior, y aplicaciones calientes á la garganta.

Con este tratamiento no se obtuvo ningún alivio; lejos de eso, la dificultad respiratoria aumentó considerablemente, y el día siguiente, 5 de mayo, que me llevó el Doctor Fonseca en consulta, encontré á la niña con gran dificultad para respirar y con hundimiento muy marcado del epigastrio, fosas supraclaviculares y espacios intercostales á la inspiración. Tenía, además, bastante calentura é infarto regular de las glándulas del cuello. Este día no había tampoco depósitos membranosos en la faringe.

En este caso juzgamos que no podía durar viva muchas horas si no se aliviaba mecánicamente la obstrucción que evidentemente existía en la laringe, y decidimos *intubarla*, es decir, colocarle en la laringe uno de los tubos de O' Dwyer. Practiqué en seguida esta operación con bastante facilidad y con un alivio inmediato y completo de la enfermita que en seguida quedó tranquilamente dormida.

Como aun creíamos que se trataba de laringitis simple, aconsejamos seguir el tratamiento anterior.

Al día siguiente (6) que volvimos á visitar á la enferma, con el objeto de quitarle el tubo, si juzgábamos que ya no lo necesitaba, encontramos que continuaba con la respiración fácil, pero al examinarle la garganta encontramos algunos depósitos membranosos sobre ambas amígdalas que nos hicieron pensar en la posibilidad de que el caso fuera de difteria, que había empezado en la laringe (crup) y que ahora presentaba sus manifestaciones en la faringe. Nos afirmó en esta creencia el infarto glandular del cuello y la obstrucción tan grande de la laringe.

Decidimos inyectar antitoxina inmediatamente, y lo hicimos unas dos horas después que volvimos provistos de la geringa y suero de Roux. Le inyectamos 10 c. c. del suero en el flanco derecho, con todas las precauciones antisépticas aconsejadas. En la misma visita tomamos un fragmento de la membrana de la garganta, que, examinado en seguida por nuestro experto colega, el Doctor don Emilio Echeverría, resultó tener bacilos de la misma forma y tamaño que los bacilos de Loeffler. Juzgamos conveniente dejar el tubo en la laringe.

El 7 de mayo todavía existían membranas sobre las amígdalas, aunque el estado de la paciente era mejor, pues no tenía calentura y respiraba bien.—Únicamente al tragar presentaba accesos de sofocación. Se le inyectaron sola-

mente 5 c. c. del suero. Este día se examinaron las orinas y no tenían albúmina.

El 8 se le inyectaron otra vez 10 c. c. de antitoxina y se le retiró el tubo de la laringe.

El 9 estaba la enfermita bastante bien, sin nada en la garganta y con la respiración natural completamente buena; únicamente se le notaban algunos estertores traqueales cuando lloraba ó se excitaba.

El 13 la ví jugando en el patio de la casa.

*Observaciones:*

Este caso presenta algún interés y merece talvez publicarse por ser probablemente el primero en que se practica en Costa Rica la intubación de O' Dwyer, y se hace uso de las inyecciones de antitoxina de Roux.

DR. CARLOS DURÁN (1)

San José de Costa Rica, mayo de 1895".

El segundo fué el de una niña de don Ramón Castro S., la que ví en unión de los señores Doctores Uribe y Borja. El caso fué muy semejante al que acabo de relatar. Practiqué la inyección y la intubación, retiré el tubo á los cuatro días, y la paciente mejoró bajo la asistencia del señor Doctor Uribe, que era el médico de cabecera.

El tercer caso fué una niña de poco más de dos años, hija del señor Licenciado don José Astúa A., la ví en compañía del Doctor Núñez.—Presentaba síntomas característicos de difteria, pero no había nada en la laringe. La inyectamos y pronto mejoró.

Caso 4º—Un niño de meses que se presentó á la consulta del Doctor Fonseca, con la faringe cubierta de membranas y alta calentura. En el acto le inyectamos 1,500 unidades antitóxicas, y no volví á saber del enfermo hasta algunas semanas después que tuve noticia de que había mejorado sin otro tratamiento.

Caso 5º—Casa de un italiano, asistido por el Doctor Núñez y visto por mí en consulta. Niña de tres años, más ó menos; inyectada una vez; 1500 unidades; curación á los pocos días.

Caso 6º—Niña de dos á tres años. Se presentó á mi consulta, con lo que yo creí al principio fuera una simple angina con depósitos y membranas (Pseudo difteria) al cabo de cinco ó seis días de tratamiento, la persistencia y extensión de la membrana, y la aparición de abundante secreción nasal, me hicieron diagnosticar difteria. Le inyecté 1,500 unidades de antitoxina, y á los pocos días había mejorado completamente.

Casos 7º y 8º—Son los dos del Doctor Calnek.

Caso 7º—El 2 de julio vi una niña F. en consulta con el Doctor Inksetter.

Aunque vivía en una casa que reunía todas las mejoras higiénicas recientes, la enfermedad fué probablemente contraída por las emanaciones de la Plaza de la Fábrica, que entonces como ahora, está refecionándose.

La niña, de tres á cuatro años de edad, se había quejado hacía algunos días de dolor de garganta, probablemente de origen catarral, y que proporcionaba un terreno favorable para la recepción y crecimiento de los bacilos. Como tres días antes de haber sido llamado en consulta, había aparecido una membra-

(1) Reproducido de la *Escuela de Medicina* citada.

na en la garganta, la que aumentó gradualmente, con una elevación correspondiente de la temperatura, aunque no muy alta. No podía haber duda del diagnóstico, y que teníamos un caso típico de difteria de mediana intensidad, en una niña debilitada á consecuencia de un catarro anterior y por haber estado en cama.

Se le hizo una inyección del suero antitóxico, con un efecto casi inmediato. La fiebre, 102 F. en la noche de la consulta, había bajado á lo normal al día siguiente, y simultáneamente desapareció la membrana de la garganta. En este caso no hubo coriza ni bronquitis.

Caso 8º—El 10 de julio vi en mi oficina un niño de dos años y medio de edad que había sido traído por el padre desde Escasú, por una cosa muy estraña que tenía en la trasboca, según él decía, y que les llamaba mucho la atención á todos. El niño tenía la faringe completamente cubierta de membrana, y la úvula estaba, con excepción de la punta, completamente envuelta en una membrana que se extendía hacia adelante hasta cubrir parcialmente la parte dura de la arcada palatina. Los orificios de la nariz y el labio superior estaban escoriados por la irritante secreción nasal. Aunque no tenía bronquitis, el niño respiraba con alguna dificultad, debido á obstrucción en la nariz y en la garganta. Consideré este un caso de la más violenta difteria, y lo mismo creo que opinó el Doctor Bonnefil, que vió el enfermo conmigo.

Se ordenó 15 gotas de tintura de percloruro de hierro cada hora; lavar la boca y la garganta también como lo pudieran hacer en la casa, con una solución de  $\frac{1}{2}$  ojo de ácido carbólico en agua de cal; y más bien por hacer algo que por la esperanza que fuviéramos de mejoría, se le inyectó una dosis completa de antitoxina, con todas las precauciones antisépticas necesarias. Se dió noticia del caso al Gobernador de San José é instrucciones al Jefe Político de Escasú para aislarlo, y se suplicó al médico de Circuito, Doctor Vallhourart que asistiera el enfermo y usara otra vez la antitoxina, lo que hizo treinta y seis horas después.

Con gran sorpresa mía, el niño se curó, á pesar de que el padre se lo llevó para Escasú bajo un gran aguacero.

En relación con el caso anterior, vale la pena de mencionar que á una hermanita menor del enfermo, se le inyectaron 600 unidades de antitoxina como profiláctico. Algunos diez días después el padre me la trajo porque tenía catarro nasal, tonsilitis y faringitis, y porque temía que fuera la misma enfermedad del primero, que había empezado con síntomas idénticos. Conociendo las másimas condiciones higiénicas de la casa en que esta familia vivía, aunque había sido desinfectada completamente por la policía, creí bueno usar una dosis profiláctica de antitoxina, con la esperanza de impedir una enfermedad más seria. Al mismo tiempo se aplicó tintura de hierro á la niñita. Ya sea debido á la inyección, á la tintura de hierro ó al curso natural de la enfermedad, el padre trajo noticia cuarenta y ocho horas después, que la enferma estaba enteramente bien."

Caso 9º—Ocurrido recientemente á fines del mes pasado (setiembre de 97). Una niñita del señor José Ruiz, de tres años de edad, mas ó menos. La vió primero el Doctor Fonseca, hizo el diagnóstico de difteria y recomendó á la familia me llamaran para usar la antitoxina. Cuando la ví tenía la membrana característica en las amígdalas y en la pared posterior de la faringe. Además tenía calentura y bastante infarto glandular en el cuello, bajo el ángulo de la mandíbula inferior. Ayudado del Doctor Fonseca le inyecté 1,500 unidades antitóxicas en la misma noche de mi primer visita. Además le receté una posición con tintura de hierro y clorato de potasa. Esta enfermita, que hasta entonces había tenido su enfermedad en un estado estacionario, siguió mejorando

rápidamente y á los tres ó cuatro días estaba completamente buena.

Caso 10º.—Este fué un niño de cinco años y medio de edad, hijo del señor Félix Guillén, del Paso de la Vaca. Lo ví por primera vez el martes de la semana pasada, 5 de octubre. Haría nueve días que estaba enfermo de la garganta y con calentura. Lo encontré con parches membranosos que le cubrían ambas amígdalas y se extendían á la pared posterior de la faringe y á los pilares de las fauces y úvula. Además tenía una tos cruposa y accesos de asfixia. Me pareció un caso gravísimo y dudé de que la antitoxina pudiera salvarlo por haber acudido tan tarde á los auxilios médicos. Tan pronto como fué posible, sin embargo, le inyecté 1,500 unidades de antitoxina, que por tratarse de gente muy pobre solicité del Director del Instituto de Higiene, Doctor Echeverría, y me fué dado inmediatamente. Al día siguiente parecía mejor de la garganta, pero los síntomas laringeales estaban más marcados, más tos y mayor ronquera y dificultad para respirar. Al día siguiente, jueves, le hice la segunda inyección de la misma procedencia, y ya el viernes lo encontré mucho mejor, con la faringe casi limpia y los síntomas de crup mucho más aliviados.

A este enfermo también le receté tintura de hierro y clorato de potasa. Tratamiento local no se practicó ninguno, porque el enfermito lo resistía mucho y preferí suprimirlo.

La mejoría de este enfermo, tan grave, y en pésimas condiciones higiénicas, es la mayor prueba que se me ha presentado de la eficacia de la antitoxina. Creo firmemente que sin ella hubiera sido necesaria la traqueotomía ó intubación, y que la muerte habría sido el resultado.

Todos los casos anteriores tuvieron por resultado la completa curación de los enfermos. Entre ellos había tres de gran gravedad, con síntomas cruposos y los demás de carácter bastante serio.

En dos casos solamente, 11º y 12º fué el resultado fatal. Pero debo decir que casi no creo justo para el tratamiento de la antitoxina que sean incluidos en esta lista. El primero de ellos, en efecto, era un niño de menos de un año, que estaba al morirse de bronconeumonía, consecuente al sarampión. Porque le encontré la faringe cubierta de membranas, le inyecté la antitoxina, lo que no impidió que muriera pocas horas después.

El otro fué un niño de pocos meses que asistía el Doctor Giustiniani, por una afección del pecho. Lo ví en consulta y le encontré membranas en la faringe. Fué inyectado dos veces, pero al fin murió.

Contrastando los brillantes resultados obtenidos después del uso de la antitoxina, aun en casos de los más graves, con los obtenidos en la época anterior á su uso, no se puede menos de confirmar la opinión general de que este es uno de los más grandes descubrimientos terapéuticos de nuestro tiempo, y que los eminentes investigadores científicos que lo han llevado á cabo, Pasteur, Behring, Roux y tantos otros, deben ser tenidos en todo tiempo como grandes benefactores de la humanidad.

DR. C. DURÁN

rápidamente y á los tres ó cuatro días estaba completamente buena.

Caso 10º—Este fué un niño de cinco años y medio de edad, hijo del señor Félix Guillén, del Paso de la Vaca. Lo ví por primera vez el martes de la semana pasada, 5 de octubre. Haría nueve días que estaba enfermo de la garganta y con calentura. Lo encontré con parches membranosos que le cubrían ambas amígdalas y se extendían á la pared posterior de la faringe y á los pilares de las fauces y úvula. Además tenía una tos cruposa y accesos de asfixia. Me pareció un caso gravísimo y dudé de que la antitoxina pudiera salvarlo por haber acudido tan tarde á los auxilios médicos. Tan pronto como fué posible, sin embargo, le inyecté 1,500 unidades de antitoxina, que por tratarse de gente muy pobre solicité del Director del Instituto de Higiene, Doctor Echeverría, y me fué dado inmediatamente. Al día siguiente parecía mejor de la garganta, pero los síntomas laringeales estaban más marcados, más tos y mayor ronquera y dificultad para respirar. Al día siguiente, jueves, le hice la segunda inyección de la misma procedencia, y ya el viernes lo encontré mucho mejor, con la faringe casi limpia y los síntomas de crup mucho más aliviados.

A este enfermo también le receté tintura de hierro y clorato de potasa. Tratamiento local no se practicó ninguno, porque el enfermito lo resistía mucho y preferí suprimirlo.

La mejoría de este enfermo, tan grave, y en pésimas condiciones higiénicas, es la mayor prueba que se me ha presentado de la eficacia de la antitoxina. Creo firmemente que sin ella hubiera sido necesaria la traqueotomía ó intubación, y que la muerte habría sido el resultado.

Todos los casos anteriores tuvieron por resultado la completa curación de los enfermos. Entre ellos había tres de gran gravedad, con síntomas eruposos y los demás de carácter bastante serio.

En dos casos solamente, 11º y 12º fué el resultado fatal. Pero debo decir que casi no creo justo para el tratamiento de la antitoxina que sean incluidos en esta lista. El primero de ellos, en efecto, era un niño de menos de un año, que estaba á morir de bronconeumonía, consecuente al sarampión. Porque le encontré la faringe cubierta de membranas, le inyecté la antitoxina, lo que no impidió que muriera pocas horas después.

El otro fué un niño de pocos meses que asistía el Doctor Giustiniani, por una afección del pecho. Lo ví en consulta y le encontré membranas en la faringe. Fué inyectado dos veces, pero al fin murió.

Contrastando los brillantes resultados obtenidos después del uso de la antitoxina, aun en casos de los más graves, con los obtenidos en la época anterior á su uso, no se puede menos de confirmar la opinión general de que este es uno de los más grandes descubrimientos terapéuticos de nuestro tiempo, y que los eminentes investigadores científicos que lo han llevado á cabo, Pasteur, Behring, Roux y tantos otros, deben ser tenidos en todo tiempo como grandes benefactores de la humanidad.

DR. C. DURÁN

PATOLOGIA INTERTROPICAL  
UNIDAD DEL PALUDISMO

Por el Dr. Tomás V. Coronado (1) ( DE CUBA. )

TEMA IMPUESTO POR EL CONGRESO:

*“ ¿ Les différentes formes des fièvres palustres, ont elles pour cause un parasite unique ou multiple ? ”*

Hace ocho años que vengo sosteniendo la unidad del parásito del paludismo, valiéndome para ello del curso diario de la clínica y del laboratorio.

Desde 1889 que aprendí á encontrar fácilmente los hematozoarios de Laverán en la sangre de mis impaludados, no he cesado un solo día de ocuparme de tan interesante asunto.

Sin exclusivismos de escuela, he procurado siempre confirmar aquí en la Isla de Cuba, las investigaciones realizadas por los profesores europeos, en todo lo que se relaciona con las múltiples manifestaciones clínicas del paludismo.

Ejerciendo en una comarca tan palustre (Vuelta Abajo, Cuba) que el 75 por 100 de mis enfermos eran palúdicos, yo he podido comprobar en millares de casos los hematozoarios de Laverán, y he podido estudiar en todos ellos la evolución del parásito productor de la infección.

Siempre, entiéndase bien, siempre he podido demostrar clínica y experimentalmente que el hematozoario es único é igual en todos los variados casos clínicos examinados.

Los distintos períodos de la vida del parásito, se caracterizan por formas evolutivas que pudieran hacer pensar en distintos elementos; pero si se examinan una y mil veces, pronto nos convenceremos que son las distintas etapas de la evolución biológica del hematozoario único.

Las distintas fases evolutivas en que podemos examinar el parásito, desde su nacimiento hasta su estado caduco, y en las cuales afecta formas distintas, ha llevado á observadores poco pacientes y escrupulosos á describir como variedades de gérmenes, á los distintos aspectos que el parásito presenta en sus distintas edades.

Ya en este camino del error, pronto la fantasía de algunos espíritus ligeros y partidarios de hacer deducciones prematuras, han querido relacionar, cada supuesta variedad del hematozoario, con los distintos tipos y formas múltiples que acompañan á la infección palustre.

Independientemente de mis trabajos experimentales, que más adelante consignaré, un simple raciocinio basado en la historia natural de los seres vivos, hace caer por tierra los castillos en el aire levantados por raros profesores de nuestra escuela francesa y mayor número de los de la escuela italiana.

¿Quién ignora que son muchos los seres de la escala zoológica y vegetal que pasan por múltiples formas hasta su completo desarrollo?

¿Quién ignora que un mismo ser organizado se desarrolla afectando formas muy variadas según sea la naturaleza del terreno que le sirve de medio de cultivo?

La moderna bacteriología se ha encargado de poner bien de manifiesto estos hechos, que antes pudieron pasar por desconocidos y que hoy están patentes con ejemplos que pudieran aumentarse hasta el infinito.

(1) Trabajo leído en francés el 19 de este mes (Agosto) ante el Congreso Internacional celebrado en Moscow (Rusia); y en la Académie de Ciencias de la Habana, el 22 del presente, por su autor.



Si nos fijamos en las leyes de la patología general, es fácil demostrar que las formas y tipos diversos de la infección palustre, no dependen de distintos gérmenes de un mismo ó de diversos grupos de parásitos y una deducción bien lógica nos conduce á relacionarlos con los variados grados de resistencia vital que les opone cada sujeto infeccionado.

En otros términos, la misma causa produce efectos variados según sean las receptividades individuales, según que el sujeto se encuentre en condiciones favorables ó desfavorables, para defenderse contra la invasión parasitaria.

Pasan de un millar los enfermos en quienes yo he podido comprobar fiebres positivamente palúdicas, que han comenzado por la forma continua ó remitente para hacerse de tipo intermitente, cotidiano ó doble cotidiano y más tarde terciano y terminar por el tipo irregular.

En otros casos numerosos, el tipo intermitente franco abre la escena, para afectar la forma remitente ó continua y volver más tarde al tipo primitivo ó curarse en cualquiera de los períodos de la enfermedad.

Pues bien, en todas esas evoluciones de la infección palúdica, recaída en los mismos individuos de diversas razas, sexos y edades, yo he examinado siempre y sistemáticamente la sangre y he comprobado invariablemente, el parásito de Laverán afectando sus formas comunes; *cuerpecillos móviles libres en el plasma, esferitas pigmentadas, ó no pigmentadas, libres ó adheridas á los glóbulos rojos; esferas de Laverán, siempre pigmentadas y sin núcleo, esferas flageladas* (con una, dos, tres ó cuatro flagelas); *flagelas libres en el plasma, y esferas flácidas ó cascarones vacíos, que afectan en la inmensa mayoría de los casos la forma semilunar típica, descrita por Laverán.*

Estas distintas formas evolutivas del parásito único, (hematozoario de Laverán), se encuentran siempre en las distintas formas y tipos febriles ó no febriles de la infección palúdica, siempre que se sepan encontrar y que sistemáticamente se repitan, con oportunidad, los exámenes de la sangre.

En unas siete mil observaciones realizadas en mi gabinete de Vuelta Abajo, en su gran mayoría; en Matanzas y en el Laboratorio de la *Crónica*, donde llevo un año de Jefe de la sección de Histología, jamás he dejado de encontrar el mismo parásito en los diversos tipos clínicos de la infección palustre.

Aunque casi todos los autores hacen referencias á los cuerpos en rosácea y muchos de los de la escuela italiana, Galgi, entre ellos, le dan á esa forma del parásito una gran importancia bajo el punto de vista patogenésico y el de la evolución biológica, yo confieso que jamás he podido encontrar dicho elemento en la sangre de mis numerosos palúdicos.

Vulgarizado por mí en la Isla de Cuba el examen de la sangre para confirmar el diagnóstico de paludismo, ninguno de los comprofesores que en crecido número practican la investigación de la sangre, han encontrado otros elementos que los que dejo apuntados.

Solo hemos podido, todos, comprobar repetidas veces la presencia de leucocitos amibiformes cuyos espacios claros, en número variable, se observan colocados accidentalmente de una manera simétrica simulando una margarita; pero si nos detenemos en su examen por algunos minutos, veremos siempre que no tardan en perder la forma simétrica para adquirir la propia é irregular, de los leucocitos amibiformes.

Pudiera argumentármese que no encontramos aquí en Cuba las referidas formas en rosácea porque el tipo cuartano no existe entre nosotros. Efectivamente, dicho tipo febril no he podido observarlo, ni durante mi larga permanencia en la comarca de Vuelta Abajo, ni de dos años á la fecha en el período de

sastroso de la guerra, en el cual los hospitales y las poblaciones están atestados por millares y millares de palúdicos, que vienen huyendo de la horrorosa mortalidad que las fiebres y la miseria les ocasionan en los campos abandonados é incultos, donde ni tienen alimentos, ni albergue, ni tranquilidad, ni medios para atender á su curación.

Los numerosos comprofesores ilustrados en el estudio de nuestras pirexias, que he consultado respecto al tipo cuartano, me confiesan que no han podido observarlo.

Por otra parte, todos mis comprofesores están conformes en aceptar la unidad del hematozoario de Laverán, para todas las formas y tipos febriles ó no febriles de la infección palustre, pudiendo demostrar, como yo, que en cualquiera de las múltiples formas y tipos clínicos, se encuentran siempre las mismas formas evolutivas del parásito, ya conocido por todo el mundo científico, con el nombre de *hematozoario de Laverán*.

Lo que la observación clínica de mis enfermos me hacía presumir, he podido comprobarlo de una manera patente, al reproducir experimentalmente los hematozoarios de Laverán por medio de cultivos artificiales del parásito encontrado en la sangre por M. Laverán, y encontrado una tarde por mí, en el aire, en los terrenos y en las aguas de las comarcas más palúdicas de la Isla de Cuba.

La sangre tomada del dedo de un atacado por cualquier tipo de la infección palustre, produce en mis pantanitos artificiales el mismo parásito único que encontramos en la sangre, y allí pulula de una manera extraordinaria en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas.

En estos últimos tiempos he podido obtener cultivos de laveráneas linhémicas, empleando caldo de ternera muy diluído en agua, y esterilizando previamente al auto-clave, los tubos con el medio de cultivo.

Las formas vivas del parásito pululan y se reproducen perfectamente cuantas veces se renueve la siembra y mientras se conserve el poder nutricional del caldo diluído.

Aquí, así como en las siembras en pantanos artificiales, en caldos diluídos y en la sangre de los atacados por el paludismo, hemos podido comprobar todos, que el parásito es único y que se reproduce siempre con sus formas evolutivas idénticas, cualquiera que sea la manifestación palustre del sujeto que ha suministrado la sangre para la siembra.

Jamás en estos cultivos hemos podido comprobar ni la forma en rosácea, ni los cuerpos semilunares; y esto tiene su fácil explicación.

En cuanto á las formas en rosácea ya hemos dicho que no las hemos encontrado nunca en la sangre de nuestros palúdicos.

Respecto á los cuerpos semilunares, el hecho de no encontrarlos en los cultivos, viene á confirmar el juicio, que desde 1890 vengo sosteniendo en contra de la opinión autorizada de Mr. Laverán.

El cuerpo semilunar no es otra cosa que el cascarón inerte que deja la esfera de Laverán, una vez que ha excapsulado las flagelas, que quedaría afectando la forma de esfera flácida, como en los cultivos, sino tuviera que recorrer de setenta á ochenta veces por minuto el torrente circulatorio, teniendo que hacerse fusiforme para atravesar los más finos capilares venenosos y arteriales.

Desde el momento que el cascarón es un cuerpo inerte, sin la elasticidad de las esferas vivas y de los glóbulos, que se estrechan para pasar el capilar y luego que lo han franqueado vuelven á su forma primitiva, dicho cascarón con-

serva la forma que afecta para atravesar los capilares hasta que se destruye ó queda en la trama de los órganos depuradores.

¿Porqué toma la forma incurvada de la semiluna y por qué se percibe en ellos la cuerda que suele unir sus extremos?

Positivamente no lo sabemos; pero bien pudiera pensarse que la deformación y la cuerda, dependan de los restos del glóbulo rojo que nutrió al parásito durante su crecimiento y desarrollo.

El hecho de fácil comprobación de no existir en los cultivos de los hematozoarios de Laverán las formas semilunares, excluye desde luego á esos cuerpos en semiluna de la posibilidad de tratarse de un elemento vivo del parásito y hace presumible lo antes expuesto.

Algunos autores han querido ver en los cuerpos semilunares una forma del parásito vivo, y hasta han querido ver en las fiebres de repetición este elemento como el productor del tipo clínico.

Yo he observado siempre las semilunas en mayor cantidad, en los períodos de declinación de la infección y en los palúdicos crónicos en el período de apirexia muy desmejorados por la enfermedad, y la interpretación que doy al hecho es la siguiente: los órganos glandulares de defensa cansados por el hiperfuncionalismo exagerado para destruir los distintos parasitarios, no funcionan con toda su actividad y de allí el acúmulo de cascarones inertes en el torrente circulatorio, y de allí también el mayor acúmulo observado entonces del pigmentum melánico, color de caoba y la exageración de los leucocitos melaníferos que antes eran raros y de la coloración terrosa de la piel de los impaludados de repetición ó de los viejos impaludados.

En la actualidad asisten á nuestro Laboratorio de la *Crónica*, numerosos soldados y paisanos para que les examinemos su sangre y comprobemos la naturaleza de sus fiebres. El aspecto semi-caquéctico de muchos de ellos y el color sucio de la piel nos hace predecir siempre que encontraremos gran abundancia de semilunas y de leucocitos pigmentados.

En los atacados de primera invasión ó impaludados recientes, jamás se encuentran las semilunas, y en cambio son numerosas las esferas pigmentadas y flageladas; pero tan pronto la infección se prolongue algunos días, los cuerpos semilunares se encuentran, primero en escaso número, más tarde en gran cantidad, según la infección debilite más ó menos al enfermo ó tienda á hacerse crónica.

Los hechos experimentales que cito en esta memoria en apoyo de la unidad del parásito de Laverán, están ya comprobados en otros países de la América del Sur.

El Dr. Avila Echeverría ha publicado un extenso folleto, en Guatemala, confirmando mis experiencias de cultivo, con éxitos brillantes.

En 1894, la Academia de Medicina de París premió un trabajo mío sobre este asunto y que yo acompaño, por si ese Congreso estima oportuno tener detalles de la reproducción experimental de los hematozoarios de Laverán.

#### CONCLUSIONES:

1º—Las formas diversas que afecta el hematozoario de Laverán, son las distintas fases evolutivas del parásito único.

2º—En todas las formas y tipos febriles ó no, de la infección palustre, sólo se encuentra el mismo y único hematozoario de Laverán.

3º—Todas las manifestaciones del paludismo tienen por causa un parásito único.

(Revista de Medicina y Cirugía de la Habana.—Agosto de 97.)

Las  
Personas que conocen las  
**PILDORAS**  
DEL DOCTOR

**DEHAUT**  
DE PARIS

*no titubean en purgarse, cuando lo necesitan. No temen el asco ni el cansancio, porque, contra lo que sucede con los demas purgantes, este no obra bien sino cuando se toma con buenos alimentos y bebidas fortificantes, cual el vino, el café, el té. Cada cual escoge, para purgarse, la hora y la comida que mas le con vienen, segun sus ocupaciones. Como el cansancio que la purga ocasiona queda completamente anulado por el efecto de la buena alimentacion empleada, uno se decide fácilmente á volver á empezar cuantas veces sea necesario.*



## PAPEL WLINSI

Soberano remedio para rápida curación de las Afecciones del pecho, Catarros, Mal de garganta, Bronquitis, Resfriados, Romadizos, de los Reumatismos, Dolores, Lumbagos, etc.. 30 años del mejor éxito atestiguan la eficacia de este poderoso derivativo recomendado por los primeros médicos de París.

Depósito en todas las Boticas y Droguerías. — PARIS, 31, Rue de Seine.

## VINO DE GILBERT SEGUIN FEBRIFUGO-FORTIFICANTE

Aprobado por la Academia de Medicina de París.

Vino de una eficacia incontestable sea como Antiperiódico para cortar las *Calenturas*, sea como Fortificante en las *Convalecencias*, *Ochilidad de la Sangre*, *Falta de Menstruación*, *Inapetencia*, *Digestiones difíciles*, *Enfermedades nerviosas*, *Debilidad*.

Farmacia G. SEGUIN, 165, Rue Saint-Honoré, París. — Depósito en todas las principales Boticas y Droguerías.

## AGUA LÉCHELLE

### HEMOSTÁTICA

órganos. — El doctor HEURTELoup, médico de los hospitales de París, ha comprobado las propiedades curativas del Agua de Léchelle en varios casos de *Flujos uterinos* y *Hemorragias en la Hemotisis tuberculosa*.

PARIS, Rue Saint-Honoré, 165. — DEPÓSITO EN TODAS BOTICAS Y DROGUERIAS.

## KOLA-PAUSODUN

### ELIXIR de NUEZ FRESCA de KOLA

(Sterculia acuminata, Malv.)

2 ó 4 cucharadas grandes al día ó una copita de licor después de las principales comidas.

El FRASCO EN PARÍS: 4 fr. 50.

**PASTILLAS de KOLADONE** representando un gramo de nuez fresca de Kola y 1/5 de una copita de las de licor de Kola Pausodun. A 2 pastillas de vez en cuando ó 2 ó 5 después de las principales comidas.

Las **PASTILLAS** son preferibles al Elixir siempre que el alcohol deba ser limitado.

El FRASCO EN PARÍS: 5 fr.; la Caja: 1'75.

**KOLA-PAUSODUN y PASTILLAS de KOLADONE ESPECIALES para DIABÉTICOS** (mismo precio que las precedentes y misma manera de emplearlas).

Una cucharada de **KOLA-PAUSODUN** y de **CEREBRINE**, tomada por la mañana, produce maravillosos resultados de alivio, de bienestar y de lividez en los casos de cansancio ó de trabajo excesivo físico ó intelectual.

Estos resultados son diariamente verificados en las *Escolia* y *Muculda* es en los periodos de exámenes y de *convulsos*.

Puede obtenerse la **CEREBRINE** en todas partes por intermedio de los Farmacéuticos y Droguistas y en París en casa de **EUG. FOURNIER (Pausodun)** 114, Rue de Valenciennes. (Véase la Noticia especial). Serán enviados especímenes franco por el correo ó los facultativos que los pidieran á nuestros directores.

## JAQUECAS, NEURALGIAS NEURASTENIA

## CEREBRINE

(COCA-TEINA ANALGÉSICA PAUSODUN)

Licor agradable de composición bien definida, que no tiene nada de común con los líquidos orgánicos inyectables á los que es muy anterior, más activa y más segura que todos los analgésicos conocidos.

(Una cucharada común á cada periodo del acceso).

**JAQUECAS, NEURALGIAS,** Cansancio ocasionado por los esfuerzos del trabajo excesivo. **Odontalgias, Zona, Lumbago, Cólicos menstruales.**

Frasco en París, 5 fr. y 3 fr.

**C. BROMADA;** Neurastenia, Nevrosis, Estados convulsivos del cerebro. — Frasco 5 fr.

**C. IODADA;** Neuralgias reumáticas, constitucionales ó en las que se retardan con la medicación yódica. — Frasco: 5 fr.

**C. BROMO-IODADA;** Neuralgia occipital, tricipital del brazo, ciática y otras rebeldes á todos los tratamientos anteriores. De 1 á 3 cucharadas comunes al día. — Frasco: 6 fr.

**C. QUINADA;** Catarro epidémico, Influenza, Cólera, Efebros eruptivas, 1 á 3 cucharadas comunes al día. — Frasco: 5 fr.

Una sola dosis de **CEREBRINE** tomada en cualquiera instante de un acceso de **JAQUECA** ó de **NEURALGIA** lo hace desaparecer en menos de 10 ó 15 minutos. — La **CEREBRINE** posee maravillosa acción contra las Contracciones dolorosas de la Cara, las Neuralgias faciales intercostales y vesicales, el Vértigo estomacal y más que todo contra los cólicos periódicos de las señoras.

# SOLUCION PAUTAUBERGE

al CLORHIDRO-FOSFATO de CAL CREOSOTADO

Muy bien tolerada, esta Solucion permite sola la larga duracion del tratamiento y es completamente absorbida, condiciones necesarias para obtener resultados duraderos. Efectos buenos y rapidos sobre las vias digestivas, el estado general y las lesiones locales en las TUBERCULOSIS

las AFECIONES BRONQUIO-PULMONARES  
las ESCRÓFULAS, el RAQUITISMO.

L. PAUTAUBERGE, 22, Rue Jules César, PARIS  
Y PRINCIPALES FARMACIAS DE ESPAÑA Y AMÉRICA.

**CÁPSULAS  
PAUTAUBERGE**

(Creosota, Fosfato de Cal,  
Iodoformo).

**PODEROSO  
ANTIBACILAR**  
Tomado sin dificultad  
y bien tolerado.

**ENFERMEDADES**

**DEL**

**ESTOMAGO**

**FASTILLAS Y POLVOS**

**PATERSON**

con BISMUTO y MAGNESIA

Recomendados contra las Afecciones del estómago, Falta de Apetito, Digestiones laboriosas, Acidias, Vómitos, Eructos y Cólicos; regularizan las funciones del Estómago y de los Intestinos.

Exigir en el rotulo la firma de J. FAYARD  
A. h. DETHAN, Farmacéuticos en PARIS

**GARGANTA**

**VOZ y BOCA**

**PASTILLAS DE DETHAN**

con sal de BERTHOLLET

Recomendadas contra los Male de la Garganta, Irritaciones de la Voz, Inflammaciones de la Boca, Efectos perniciosos del Mercurio, Irritacion que produce el Tabaco, y especialmente á los SUR-PREDICADORES, ABOGADOS, PROFESORES y CANTORES para facilitar la emision de la voz.

Exigir en el rotulo la firma de A. h. DETHAN,  
Farmacéutico en PARIS.

**POBREZA**

**SANGRE**

**DE LOS**  
**NERVIOS y HUESOS**  
**VINO DE BELLINI**

con QUINA y COLUMBO

Este VINO fortificante, febrifugo, antinervioso, cura las Afecciones escrofulosas, Fiebres, Nevrosas, Falta de regularidad en la Circulación de la Sangre; conviene especialmente á los Niños, á las Mujeres delicadas y á las Personas debilitadas por la edad, las enfermedades ó los excesos.

Exigir en el rotulo la firma de J. FAYARD  
A. h. DETHAN, Farmacéuticos en PARIS

**PARIS**



GRANDS MAGASINS DU

**Printemps**  
NOUVEAUX

**PÍDASE**

el Catálogo general ilustrado, encerrando todas las modas para la ESTACION de VERANO, que es enviado gratis y franco á quien lo solicite por carta franquizada dirigida á

**MM. JULES JALUZOT & C<sup>ie</sup>, Paris**

Todas las personas que se hallan ya en relaciones con el **PRINTemps**, recibirán el catálogo sin que tengan necesidad de pedirlo.

Enviaremos igualmente gratis y franco sobre pedido por carta franquizada, las muestras de todos nuestros tejidos; pero rogamos á las señoras nos indiquen lo que exactamente que les sea posible, la clase de las telas que desean recibir y nos den los precios aproximados.

Todo paquete postal de 5 kilos conteniendo por 50 francos de mercancías es expedido gratuitamente franco de porte á todas las localidades que tengan establecido el servicio de paquetes postales.

Para los envíos por cajas, consúltense la hoja de condiciones de expedición adjunta á cada catálogo.