

# GACETA MÉDICA

DE

## COSTA RICA

\* MEDICINA, CIRUGIA, FARMACIA É HIGIENE \*

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

### DIRECTORES:

DR. FRANCISCO F. FONSECA

DR. MARCOS ZÚÑIGA

Año III

San José de Costa Rica, 15 de diciembre de 1898

Núm. 5

## GASTRECTOMIA

### I

El problema más interesante en la época actual, dentro del mundo quirúrgico, es la dilucidación del portento del siglo, de la maravillosa operación denominada *Gastrectomía*.

Causa orgullo pertenecer, aunque sea siquiera de nombre, á una asociación que de día en día avanza rápida en la conquista de nuevos laureles. Hace algunos años su mera concepción hubiera sido calificada de estúpida quimera, y como tal, imposible en el campo de la práctica.

Es hoy una realidad lo que ayer no era permitido ni aun imaginar siquiera.

Tengo la firme esperanza de que no muchos años pasarán sin que esta gigantesca operación se popularice entre la profesión médica, y llegue á ser tan usual como una histerectomía, una amputación, etc. etc.

Se trabaja titánicamente por estudiar el problema en todas sus fases y presentarlo luego á la humanidad doliente como la más halagüeña de las buenas nuevas.

Al Doctor Richarson, de Boston, le ha cabido la gloria de practicar el tercer caso de *gastrectomía*, con muy felices resultados.

Lo que á continuación voy á decir es traducción del report que él hace de la operación.

El siguiente caso, dice, lo creo de interés en relación con la Cirugía Gástrica. Por medio de los casos operados por Schlatter y Brigham, se ha demostrado que la nutrición puede llevarse á cabo

sin necesidad del estómago. Prueban estos casos que un cáncer por más extendido que se halle puede removerse, con tal que el tumor no haya traspasado los límites del estómago.

Está fuera de discusión que el cáncer del estómago, como en cualquier otro lugar, varía en malignidad, y que muchos casos que parecen favorables, son seguidos por una larga inmunidad, ó vice-versa.

En cáncer del útero, por ejemplo, recuerdo dos casos que parecían incurables, y como tales habían sido considerados por otros facultativos; sin embargo, habiéndose practicado la histerectomía vaginal en ambos, el resultado fué una perfecta salud, local y general, que cuenta ahora tres años. La verdad es que la cuestión de cáncer es muy poco entendida y las posibilidades de curación aun menos. No debe acudir al último extremo de abandonar un caso de cáncer, sino cuando la enfermedad ha llegado á tal grado de desarrollo que su remoción completa sea imposible.

En la cirugía de cáncer gástrico, y en general de cáncer de todos los demás órganos, nunca debe pretenderse una curación completa, á menos de que el tumor pueda separarse con buen margen de tejido sano. Para obtener y asegurar un ancho margen de tejido sano, la disección puede y debe invadir cualquiera estructura, que no sea esencial á la vida. Si en los casos en que el tumor invade la mayor parte del estómago, la remoción puede hacerse prácticamente total y con buenos resultados, igual cosa debe resultar cuando se hace una extensa resección en los casos recientes y con la afección limitada.

Un entusiasmo justamente extraordinario se ha levantado desde que Schlatter extirpó el estómago con buen resultado.

El brillante caso de Brigham—segundo y feliz—fué menos notable por el hecho solo de que no fué el primero.

A no ser por el buen resultado obtenido en estos dos casos, jamás hubiera en el caso siguiente, que voy á referir, atentado una operación tan formidable como la gastrectomía.

A Schlatter sólo corresponde el envidiable mérito de haber corrido el oscuro velo de incertidumbre que existía acerca de la posibilidad de vivir con salud después de practicada en un individuo la gastrectomía.

Es de suma importancia que en toda operación, ya sea gastrectomía total ó casi total, se lleve una historia detallada del caso, á fin de que de este modo los peligros, los accidentes y finalmente, los resultados buenos ó malos puedan ser conocidos.

Gastrectomía, lo mismo que pilorectomía, enterostomía y otras operaciones de primera magnitud, no deben practicarse sino después de larga y madura reflexión y por cirujanos de experiencia.

Las indicaciones para considerarse justificada una gastrectomía son limitadas.

Los únicos casos operables son aquellos en que el tumor pueda removerse con un ancho margen. Con esta limitación los casos



adecuados para operación son pocos, pues basta decir que los carcinomata gástricos, cuando están tan extendidos que demandan extirpación total, nunca ó casi nunca dejan de tener infiltraciones locales que destruyen toda esperanza ó metástesis en el hígado ó en otros lugares remotos.

Cuando en un caso sospechoso de cáncer, el tumor es ó llega á ser perceptible, puede darse comúnmente por perdido.

Las indicaciones para gastrectomía, son:

a) — Un extenso tumor maligno, limitado al estómago, con

b) — Un sujeto de fuerza general, suficiente para resistir bien la operación.

Las contraindicaciones son:

a) — Infiltración local;

b) — Una metástesis remota; y

c) — Malas condiciones para resistir la operación.

Existe todavía alguna incertidumbre acerca de los resultados lejanos finales de la operación. Esta incertidumbre puede limitar todavía más el área del bastante estrecho círculo de las indicaciones para operar.

¿Por cuánto tiempo soportarán los intestinos la función vicaria de la digestión gástrica?

¿La salud del enfermo continuará progresando, ó más bien un marasmo progresivo sobrevendrá?

## II

### *Descripción del caso práctico*

La señora....., de edad de 53 años, paciente del Doctor W. P. Diefriez, de Brookline, me consultó el día 20 de mayo de 1898. Siempre había gozado de muy buena salud antes que la presente enfermedad se dejase sentir, con la única excepción de que hace diez años se le ordenó que cambiara de clima, y se le indicó el Oeste, á consecuencia de una afección pulmonar, de la cual recobró enteramente. Desde el año pasado el apetito y la fuerza han ido disminuyendo y ha sufrido mucho de indigestión. Dolor y vómito ausentes. Las únicas cosas que ella sentía eran debilidad, disgusto y mal estar. Tenía seis hijos. La suspensión de las reglas ocurrió hace como un año. Pesaba anteriormente 153 libras, ahora pesa 128. Decía ella que lo único que sentía "era que el alimento no se digería. Sentía una especie de estrechez en los intestinos y como si éstos estuviesen hechos en nudos." Con respecto á dieta tenía que ser muy cuidadosa. Podía comer carne de buey, carnero, espárragos, trigo medio molido, etc.

Como su apetito era malo, tomaba muy poco alimento. La defecación irregular durante el último año, pasando á veces cinco ó seis días sin movimiento alguno intestinal. El Doctor Diefriez descubrió un tumor en el abdomen, inmediatamente arriba del ombligo, á mediados de abril de 1898.

Su padre vive, contando 83 años de edad. La madre murió á los 63 años. Una hermana murió de consunción; otra hermana vive y goza de buena salud; dos hermanos viven y están bien; un hermano murió de enfermedad cerebral; otro hermano partió para el Oeste, á consecuencia de enfermedad pulmonar.

A las preguntas que se hicieron á la señora, contestó:

- a) —No haber ocurrido vómito de sangre ó hematemesis;
- b) —En realidad, no haber ocurrido ninguna clase de vómito;
- c) —No haber pasado sangre en las deyecciones;
- d) —Pérdida continua de peso; y
- e) —Mal estar y disgusto.

La apariencia general buena. No existía caquexia. En el abdomen, cerca de la región umbilical, se palpaba un tumor con los siguientes caracteres:

Liso, aplanado, duro y timpanítico. Al moverlo se oían muchos murmullos. El tamaño del tumor era como el del puño de la mano, y movable en todas direcciones, hasta ciertos límites. Esta movilidad se notaba restringida por adherencias profundas. El borde exterior del tumor era irregular y nodulado. La palpación de esta masa sugería la idea del riñón derecho hipertrofiado; pero no se podía hacer entrar en la región renal derecha. Se creyó en la posibilidad de un tumor en la vejiga de la hiel, pero la idea fué abandonada y desechada en vista de la situación del tumor y la historia del caso. Cáncer del estómago se creyó posible, aunque improbable. El más probable diagnóstico parecía ser un tumor maligno de la columna trasversal, por su situación, movilidad, resonancia de la masa y especialmente á causa del murmullo y ruido de gas que se producía al moverlo. Me incliné á considerar estos síntomas como resultado de una estructura maligna del intestino. El diagnóstico final fué un tumor maligno de la columna trasversal ó del omentum, que invadía el calibre de los intestinos. Aunque el pronóstico parecía grave, sin embargo, una exploración se creyó necesaria, y así fué aconsejada al paciente.

La enferma fué enviada al Eliot Hospital, Commowearth Avenue, donde la operación se practicó el 31 de mayo de 1898. Se encontraron presentes á la operación el médico del Hospital, el Doctor Defriez y los Doctores Brewster y Jones y Miss Durling, como asistentes. Miss West aplicó el éter. Estaban presentes también muchas enfermeras del Hospital. Examinada la enferma bajo el anestésico, se sentía un tumor movable sobre el ombligo, y que se extendía hacia arriba de él. Aunque profundamente arraigado se podía mover hasta aproximarle á la región pilórica. Era completamente evidente que el tumor tenía conexión con el estómago. Una incisión media vino á poner de manifiesto que en realidad la masa era un tumor del estómago que implicaba la mayor parte de sus paredes. Prácticamente, el órgano entero, con excepción de una pequeña parte cerca del esófago estaba interesado. El hígado se encontró normal. Después de un prolongado y escrupuloso exa-



men, no fué posible encontrar nudosidades fuera del estómago. No había ascitis. La movilidad del tumor era tal que se podía sacar á larga distancia de la incisión. Sus adherencias duodenales y esofágicas se podían ver y examinar muy claramente. Entre el esófago y el tumor mediaba un margen circular de estómago sano como de una pulgada de ancho. En la otra extremidad la enfermedad se había extendido hasta el píloro. El estómago, considerado en general, se había contraído hasta perder la mitad de su volumen. Tirando del tumor hacia fuera y hacia la izquierda, sus extremidades sanas podían aproximarse una á la otra, hasta tal extremo, que se creyó fuera de duda que una vez removida la parte intermedia, dichas extremidades podrían suturarse juntamente sin obstáculo alguno. La creencia no fué justificada por los hechos. No fué sino con suma dificultad que los extremos cortados pudieron ponerse en aposición, y ésto pudo conseguirse solamente después de desligar el duodeno. A no ser por el conocimiento que tenía de los brillantes y buenos resultados obtenidos en los casos de Schlatter y Brigham, no hubiera proseguido, porque era bien claro que para poder hacer algo en este caso, necesario sería sacrificar el estómago totalmente. Además, ninguna gastrectomía tan justificada como la del presente caso, porque la enfermedad estaba limitada al estómago; el duodeno podía llevarse al esófago; y por último, porque el paciente estaba en excelente condición. Pienso que el cáncer debe extirparse, aunque para ello haya que recurrir á la más formidable y peligrosa operación, con tal que pueda removerse con un margen suficientemente ancho y sano.

Se comenzó inmediatamente la extirpación del tumor. El primer paso fué la separación del omento y la exposición de la pared gástrica posterior.

Se ató el omento con seda en secciones de una pulgada. Como cinco pulgadas del mesocolon se incluyeron intencionalmente en las secciones. Los intervalos en forma de v, creados por las ataduras, fueron cerrados más tarde por medio de una sutura de sus bordes. Algo preocupado estuve acerca de la conservación de la vitalidad del segmento que suplía el mesocolon ligado, pero felizmente su buen color se conservó durante la operación, no amenazando, por consiguiente, su buen resultado. Se continuó la sutura á lo largo de la gran curvatura del estómago, hasta llegar al tejido sano, como á una pulgada ó algo más allá de los últimos límites de la enfermedad. Tan luego como se ataron las suturas, se cortaron las adherencias del estómago. Pedazos voluminosos de gaza se colocaron por arriba, por abajo y detrás del píloro, duodeno y cuerpo principal del estómago. Para impedir el derrame ó escape del contenido gástrico, se ató el píloro con una faja angosta de gaza. El duodeno se dividió transversalmente por medio de las tijeras. La gaza, previamente colocada, detuvo los pequeños derrames gástricos y duodenales que ocurrieron. Se hizo uso de hemostáticos para detener los puntos de hemorragia en la superficie cortada. Las adherencias de la



pequeña curvatura fueron asidas, atadas en pequeñas secciones y luego divididas. En este estado de cosas, el estómago quedaba libre por todas partes, excepto en el cardia. Se podía llevar el estómago lo suficiente hacia abajo y hacia afuera, para que sus adherencias pudieran verse distintamente. Nos sorprendió ver con cuanta facilidad, al hacer tracción sobre el estómago libre, se podía manejar y examinar su extremidad superior. El estómago se removió haciendo una incisión en el cardia, bastante arriba de los límites superiores del tumor. Quedó en la parte superior una abertura en forma de campana, demasiado grande quizá para poder coincidir con la abertura del duodeno. La abertura en forma de campana fué disminuída por medio de suturas interrumpidas y hechas con hilo de seda. Al aproximar el duodeno al esófago, se encontró con más dificultad de la que se había pensado, á causa de que los vasos sanguíneos y demás adherencias hacían retroceder el duodeno. Tirantes bandas retroduodenales aparecían al hacer tracción en el duodeno, las que evidentemente impedían el alargamiento deseado. Se ataron y cortaron estas adherencias obstaculizadoras, con lo que se ganó una pulgada ó algo más de terreno. La aproximación pudo entonces efectuarse sin necesidad de atirantar el duodeno de un modo peligroso. La unión se hizo por medio de suturas interrumpidas de Sembet, con hilo de seda. Para prevenir el escape de contenidos gástricos, se puso suficiente gaza sobre la línea de sutura. La pérdida de sangre fué considerable; el shock ligero, y la duración de la operación una hora.

(Continuará)

M. Z.

## DE LA DENTADURA DE LOS NIÑOS É IRREGULARIDADES DE LOS DIENTES

(6º artículo)

(Concluye)

La principal y la más importante entre las funciones de la dentadura, es la masticación de los alimentos; sin ella los dientes no tendrían razón de ser. Un aparato masticatorio sano, completo y que articule bien, prepara convenientemente los alimentos sólidos para que puedan ser digeridos y asimilados. Si los dientes se encuentran irregularmente colocados, es claro que no se mantienen bien las relaciones que entre ellos deben existir, que no articulan en una extensión, variable según el grado de la irregularidad, y que en consecuencia, la masticación de los alimentos es difícil y en ocasiones casi imposible. En estas circunstancias, como el alimento sólido baja al estómago mal dividido, duro (la masticación ablanda los alimentos mezclados con la saliva); este órgano necesita para transformar tales alimentos, un trabajo de digestión muchísimo mayor, que lo irrita y hace enfermar. Es la masticación incompleta, ya sea

causada por irregularidades marcadas ó por deficiencia numérica de órganos masticatorios—que viene á ser lo mismo—la que frecuentemente ocasiona algunas formas de dispepsias y aun la pérdida total de la salud.



La colocación defectuosa de los dientes es causa predisponente de enfermedades de estos órganos y de los tejidos adyacentes, y por consiguiente, de pérdida prematura de parte del aparato masticatorio ó de todo él.

Los tejidos adyacentes al diente, esto es, las encías, el pericementario y los alvéolos, ya lo hemos dicho, también sufren las consecuencias de irregularidades dentales. Las partículas alimenticias que no pueden desalojarse de los espacios interdentes, obran como irritantes de las encías y la membrana interdental, (1) y son, por tanto, causa predisponente, activa y continuada de enfermedades de estas partes, enfermedades cuyo síntoma más marcado y común á todos, es la emisión de pus por entre el cuello del diente y la margen libre de la encía. No se necesita ser dentista para haber notado que las personas que tienen los dientes del frente irregulares, mantienen las encías rojas, hinchadas y con *tendencia* á sangrar al menor contacto. Este estado, además, facilita la deposición de cálculos salivales (sarro, tártaro), ó seruminosos al rededor del cuello del diente, cálculos que por sí mismos irritan y congestionan las encías.

(1) Membrana que cubre la raíz del diente.

Dr. BME. MARICHAL M.,  
Cirujano Dentista

---

## DE LOS ANESTÉSICOS USADOS EN CIRUGIA DENTAL

(7º artículo)

### I

#### *Cocaína y sus inconvenientes*

Numerosas veces hemos oído hablar de que algunos dentistas de aquí y de algunas de las provincias, usan la cocaína sin discernimiento ninguno, sin parar mientes en las consecuencias que puedan resultar de la aplicación de este agente analgésico, sobre todo si no se usa en pequeñas cantidades y en una solución convenientemente graduada. Por ser la cocaína una sustancia venenosa y para lograr el efecto deseado, es decir, que no se sienta dolor en absoluto en el momento de la extracción, se necesita casi siempre inyectarla, lo que hace dispendiosa la operación, ocasionando á veces la muerte por envenenamiento. Damos á luz hoy un pequeño trabajo, hacien-



do anotar los inconvenientes que tiene la cocaína, tomando nota de ello los dentistas poco prácticos.



La cocaína es un alcaloide que se extrae de la coca. Es poco soluble en el agua, pero forma sales solubles que son las que se emplean, especialmente el clorhidrato y el sulfato. El clorhidrato es soluble en el alcohol y en tres partes de agua; las soluciones de esta sal son las más usadas en cirugía, y generalmente se preparan en la proporción de uno á dos por ciento, para las soluciones débiles, y de cinco por ciento para las fuertes.

Aplicada la cocaína en solución sobre las mucosas, éstas pierden la sensibilidad al cabo de cinco ó diez minutos, no alcanzando á durar la anestesia más de veinte; para prolongarla es preciso renovar la aplicación de la cocaína. Esta anestesia es enteramente superficial; para anestesiar las partes profundas no hay más que hacer incisiones y aplicar nuevas instilaciones. Esta acción local de la cocaína es producida por la acción de la droga sobre las terminaciones nerviosas, con las cuales se pone en contacto. La cocaína es también vaso-constrictora, y produce una palidez notable en los tejidos. La isquemia vascular que produce es ventajosa en las operaciones que se hacen con cocaína, porque disminuye el derrame de sangre. Aplicada sobre la piel sana no produce anestesia. En inyecciones subcutáneas, la piel y los tejidos que alcanza á tocar, pierden la sensibilidad para el dolor; esta anestesia ocupa un espacio muy limitado, pues apenas alcanza un radio de dos centímetros; dura unos veinte minutos, y desaparece poco á poco.

Llevando la cocaína por la sangre en el organismo, obra especialmente sobre el sistema nervioso, paraliza las terminaciones sensitivas de los nervios y excita los troncos nerviosos, la médula, el bulbo, el cerebro y el gran simpático. Tiene un poder éxito-molar muy marcado, produciendo convulsiones. Sus efectos se parecen á los de la estricnina.

La cocaína produce algunas veces delirio y vértigos. Al principio acelera los movimientos del corazón, lo mismo que la respiración; aumenta la temperatura, dilata la pupila, exagera las secreciones, especialmente la de la glándula submaxilar.

### *Aplicación de la cocaína*

Para producir la anestesia local por medio de la cocaína, es preciso tener bien presentes las dosis á que se puede administrar y la técnica operativa, ó sea la manera como debe aplicarse, pues la cocaína bien y prudentemente administrada no tiene mayor peligro.

El Doctor Reclus, de París, ha empleado la cocaína en más de dos mil operaciones, en varios ramos de la Cirugía, sin tener ningún accidente grave. Este Cirujano aplica el clorhidrato de cocaína en soluciones al uno ó dos por ciento. Las soluciones más concentra-



das son más peligrosas, y no las emplea sino en casos especiales y para fricciones sobre las mucosas.

La dosis de cocaína inyectada varía según la operación que se haga, pero no debe exceder de diez centigramos. Para las operaciones de poca importancia es suficiente una dosis de uno á dos centigramos, pues siendo la cocaína de buena calidad, se obtiene una analgesia completa. Los Doctores Reclus y Wall dicen que con dosis menores de veinte centigramos no se produce ningún accidente mortal, pero sí pueden presentarse accidentes pasajeros, pues éstos se han observado con dosis de cinco centigramos en inyección.

Para las operaciones que se practican en Cirugía Dental, que generalmente no exigen sino una anestesia muy limitada, basta inyectar el contenido de una ó dos gerenguillas de Bravaz, de las soluciones de uno á dos por ciento. (Cada geringa contiene un centigramo de clorhidrato de cocaína, con la solución al uno por ciento, y dos centigramos con la solución al dos por ciento.) Como en la *práctica dental* no si empre se puede operar estando el paciente acostado, se debe aplicar la menor cantidad de cocaína, porque es fácil que se produzca algún accidente cuando la persona está sentada ó de pie.

Para producir la anestesia local se puede aplicar la cocaína en frotaciones sobre las mucosas, ó en inyecciones. Por el primer procedimiento se obtiene una analgesia muy superficial y se puede emplear la solución concentrada. En la *práctica dental*, cuando se aplican estas frotaciones en la boca, se debe hacer *escupir* al paciente, para evitar que la cocaína pase á las vías digestivas y sea absorbida.

Cuando se administra en inyecciones, es preciso tener cuidado de lavar bien la geringa, especialmente la aguja debe desinfectarse para evitar la formación de absesos, y las soluciones deben prepararse con agua esterilizada.

Para aplicar las inyecciones de cocaína, el Doctor Reclus aconseja introducir la aguja con lentitud y hacer la inyección al mismo tiempo, de manera que el líquido vaya insensibilizando los tejidos á medida que la aguja penetra. Este sistema tiene la ventaja de hacer menos dolorosa la inyección y de evitar que el líquido éntre en alguna vena.

Para administrar la cocaína se deben tener algunas precauciones, á fin de prevenir los accidentes. Siempre que pueda se hará acostar al paciente para evitar la anemia cerebral; los vestidos no deben comprir el pecho ó el vientre; el paciente no debe de estar en *ayunas*, porque así se facilita el vértigo; las personas nerviosas, los niños y los ancianos son muy susceptibles á la acción de la cocaína, y con ellos debe tenerse más cuidado.

En algunos estados patológicos no debe usarse la cocaína, como en la anemia, las enfermedades del corazón y de los órganos respiratorios, la excesiva gordura, la menstruación, la preñez y la lactancia. En caso que se aplique, la dosis no debe exceder de 0.01



centigramo. Durante el embarazo es delicado practicar operaciones de extracción de dientes, no solamente por la emoción que á la mujer le produce la operación, sino porque la cocaína excita los órganos genitales.

Cuando las encías estén en un estado de inflamación activa, lo mismo que en los abscesos, la aplicación de la cocaína no produce un efecto deseado. Por eso antes de aplicarla es preciso atender el estado de las encías y demás órganos de la boca.

### *Envenenamiento por la cocaína*

Hemos visto que la cocaína mal administrada puede producir accidentes más ó menos graves, y se registran varios casos de muerte causados por ella.

Los accidentes principian á manifestarse generalmente treinta ó cuarenta segundos después de la inyección; éstos son: palidez de la cara, vértigo, malestar general, enfriamiento, sudores fríos, cefalalgia, náuseas, vómitos, sequedad en la boca y la garganta, dilatación de las pupilas, contracturas en la cara; la respiración se retarda y se hace irregular; el pulso se debilita y la vista se altera.— Algunas veces hay delirio, debido á la excitación cerebral y convulsiones. Estos accidentes cuando no son mortales se disipan lentamente y pueden durar varios días.

Según observaciones recientes, la muerte por intoxicación coqueína es debida á una especie de *embolia*. En efecto, Dastre comprueba que la cocaína tiene una acción determinada sobre los glóbulos blancos, los que paraliza, ó mejor dicho, hace rígidos; á esto se agrega la contracción de los vasos, resultando que la falta de luz en éstos, de flaxidez en los leucocitos, hacen que se formen densas masas que impiden la circulación y determinan una muerte igual á la que sobreviene cuando por un estado de anemia ó de clorosis se aplica la transfusión de sangre.

### *Tratamiento de los accidentes*

Para combatir los accidentes causados por la cocaína, son pocos los recursos terapéuticos á que se puede recurrir. Cuando el accidente es pasajero, repuesto el enfermo en la posición horizontal, se le harán aspersiones de agua sobre el rostro, aplicaciones frías en casos de convulsiones. También se hará inhalaciones de amoníaco y se le hará tomar al enfermo un poco de café ó de brandy. La asfixia inminente será combatida por la respiración artificial, el masaje, la flagelación. M. Mosso recomienda las inhalaciones clorofórmicas contra la tetanización de los músculos respiratorios. En los casos graves se aconseja hacer inhalaciones de nitrato de amilo (4 á 6 gotas); esta sustancia estimula la respiración y por su acción vaso-dilatadora, combate la anemia cerebral. Kinner ha recomendado la antropina en inyección (0.001 miligramo) para combatir las convulsiones. Se pueden aplicar también estimulantes, como inyecciones de brandy ó de éter (1 gramo de cada uno); de cafeína (0.25



centigramos para cada inyección). El hidrato de cloral, cuyos efectos fisiológicos parecen antagonistas de los de la cocaína, sería quizás útil, una vez alejado el peligro del tétano respiratorio. Al aplicarse el cloral al interior se hará en la proporción de 1 á 2 gramos.

La cocaína no puede considerarse como un *anestésico general*, porque la verdadera anestesia no se presenta sino cuando hay envenenamiento, cuando la vida está en peligro. En resumen, cuando se administre la cocaína se deberá tener en cuenta la constitución y el temperamento de la persona, lo mismo que el estado de salud en que se encuentre.

Al finalizar este pequeño artículo, no es nuestro ánimo proscribir en absoluto el uso de la cocaína, de ese precioso agente terapéutico de que se ha dicho, como el opio, que *"es una espada de dos filos, un don de Dios en la mano del sabio y un terrible veneno en la del ignorante."*

DR. B. MARICHAL M.,  
Cirujano Dentista

SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el día diecisiete de octubre de mil ochocientos noventa y ocho, con asistencia de los Doctores G. Rucavado, Zúñiga, Pinto, Echeverría, Fonseca y F. J. Rucavado.

Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Se leyeron las actas de las visitas de las boticas, practicadas por la Comisión nombrada al efecto, en las ciudades de San José, Cartago, Heredia y Alajuela. La Junta acordó que se pasen al señor Fiscal para que haga efectivas las multas á que por infracción del Reglamento se han hecho acreedores algunos establecimientos.

Presentadas las cuentas, que ascienden á la suma de seiscientos treinta pesos (\$ 630-00), por las visitas de las boticas, fueron aprobadas por unanimidad.

Leída una comunicación del Médico del Pueblo de Santa Cruz, en la que se queja que por varias personas en aquel lugar se expenden medicamentos indebidamente, lo mismo que ejercen la medicina, la Junta acordó nombrar al Doctor Lanzas Agente Fiscal de aquella localidad.

El Médico del Pueblo de Heredia avisa que el señor Agustín Loría tiene una botica, no estando facultado para ello, y no tiene regente. La Junta resolvió que si en el improrrogable plazo de quince días no ha puesto regente, se le clausure la botica.

El señor P. Calderón U., pide autorización para abrir un botiquín en Desamparados, lo que le fué concedido.

Habiendo avisado el Doctor don E. Borrero E., de Alajuela, haber reducido su botica á botiquín privado, la Junta acordó avisarlo al señor Tesorero; lo mismo que el Doctor Peña, comunica haberse hecho cargo de la Botica de Costa Rica en Heredia.

Se mandó archivar una comunicación del señor Juez del Crimen de Alajuela, en la que avisa haber notificado á la parte interesada que tiene que depositar en la Tesorería de la Facultad la suma de cuarenta pesos (\$ 40-00), para que pueda verter dictamen en la causa que se sigue á Pedro Chacón por lesiones á Procopio Arana; y dado el caso que no lo haga antes del viernes veintiuno del presente mes, á la una de la tarde, que le sea devuelta la causa.

Presentada la renuncia del puesto de amanuense que venía desempeñando en la Facultad don Jesús Pardiñas, por ausentarse del país, la Junta acordó aceptársela, dándole las gracias por sus buenos servicios.

A moción del Doctor Pinto, se acordó que en adelante el nombramiento del amanuense sea de la exclusiva propiedad del señor Secretario de la Facultad.

La Junta acordó que todos los botiquines paguen desde el próximo trimestre, la misma cuota, ó sea la de quince pesos el trimestre, reformando así el acuerdo de

diecisiete de marzo del año próximo pasado, en que estaban clasificados en botiquines de primera y segunda clase.

La presente acta fué aprobada por unanimidad de votos, de manera definitiva, para que se lleven á efecto sus acuerdos.

La sesión se levantó á las nueve y treinta p. m.

G. RUCAVADO,  
Primer Vocal

F. J. RUCAVADO,  
Secretario

**SESIÓN** ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el día veinticuatro de octubre de mil ochocientos noventa y ocho, con asistencia de los Doctores G. Rucavado, Echeverría, Fonseca, Zúñiga, F. J. Rucavado y Licenciado Pardiñas.

Se principió la sesión con la lectura de una nota de la Agencia segunda Principal de Policía de San José, en la cual se pedía á la Facultad emitiese dictamen acerca de la parte científica de unas obras allí citadas. Se acordó que eran deficientes en dicha parte.

Leyóse la solicitud del señor Agustín Loría, quien quería que se le concediera patente de botiquín; y se acordó transcribirle nuevamente la nota que con fecha quince próximo pasado se le había remitido.

Se leyó una comunicación del Doctor Teófilo Barrios, en la cual se queja del mal servicio de las dos boticas de su circuito. Pide su clausura y ofrece él abrir una, aunque tenga que servirla en persona. La Junta acordó acceder á lo solicitado por el señor Barrios, de acuerdo con el artículo 39 del Reglamento.

El Doctor Velázquez comunicó que el Agente de Policía de Turrialba ejerce la medicina empíricamente. Se acordó pasarla al señor Fiscal para que reclame ante el señor Ministro de Gobernación.

Se acordó por la Junta reconocer al señor Secretario los gastos hechos en las invitaciones para el sepelio del ex-Presidente de la República don Aniceto Esquivel.

El señor Jesús Valverde S. pidió patente para abrir un botiquín en San Mateo. La Junta acordó concedérsela si paga el derecho de treinta pesos, suma que el señor Jenkins satisface por la suya.

El Doctor Echeverría presentó unas quejas de San Isidro de la Arenilla, porque el Jefe Político de esa localidad permite se expendan medicinas en establecimientos no autorizados para hacerlo. Acordóse pasar este asunto al señor Fiscal. Además propuso que se excitara al mismo señor Fiscal para que cobre cuanto antes las patentes atrasadas, pasando las notas correspondientes á los morosos en su cancelación.

Se nombró una Comisión formada por los señores Doctores F. E. Fonseca y E. Echeverría, para que diesen el pésame al señor Presidente de la Facultad por la muerte de su señor padre político don Aniceto Esquivel.

Terminó la sesión á las nueve y cuarto p. m.

G. RUCAVADO,  
1er. Vocal

F. J. RUCAVADO,  
Secretario

**SESIÓN** ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el día siete de noviembre de mil ochocientos noventa y ocho, con asistencia de los Doctores G. Rucavado, Pinto, Zúñiga, Echeverría, F. J. Rucavado y el Licenciado Pardiñas.

Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

En vista de una nota fecha cuatro de noviembre de este año, enviada por el Juzgado Civil y del Crimen de la comarca de Limón, acompañada de un expediente, en que la Sala Segunda de Apelaciones dice: "para mejor proveer, la Facultad Médica diga si la ofendida quedó notablemente deforme y cuántos días precisamente tardará en curar de la lesión más grave...." La Junta acordó nombrar una Comisión formada por los Doctores Zúñiga y F. J. Rucavado, quienes previamente señalarán día, hora y lugar, en los cuales habrá de comparecer la lesionada, para el dictamen pedido.



Se leyó una comunicación del Doctor don Gregorio Peña. Dice en ella que abandona la regencia de la Botica de Costa Rica en Heredia, y que se establecerá, si la Junta lo permite, con propio botiquín en la villa del Naranjo. La Junta dispuso ordenar á la Botica de Costa Rica de Heredia que nombre nuevo regente, y contestar al Dr. Peña que puede obtener su patente de botiquín y despachar sus recetas en él.

Por un telegrama al señor Secretario, el Jefe Político de Bagaces pide autorización para proceder contra un curandero; la Junta se la cedió.

El señor don Casiano Trejos solicitó permiso para establecer un botiquín en Santa Ana. Le fué concedido.

El señor José M<sup>a</sup> Umaña, de San Isidro de la Arenilla, solicitó permiso para establecer un botiquín en esa localidad. La Facultad estuvo conforme.

La Tropical T. T. & C<sup>o</sup>, habiendo establecido un nuevo comisariato en Guácimo (Santa Clara) pide patente de botiquín. Le fué concedida.

El Doctor Echeverría hizo moción para que se diera al Doctor Taylor, como lo pide, un nuevo diploma. Se acordó dar al señor Taylor el diploma, con una leyenda que diga *Duplicado*.

Se leyó una nota del señor Presidente de la Facultad, en la cual renuncia su puesto de Presidente, pues por causa de enfermedad no puede atender como debe las obligaciones que tan honroso cargo le impone; al mismo tiempo da las gracias á sus compañeros de labores por haber desempeñado bien los trabajos de esta Facultad sin su cooperación.

Después de discutir largamente, la Junta de Gobierno aceptó la renuncia, no sin ver con verdadera pena la separación del señor Presidente Bonnefil, principalmente en las circunstancias de estar su período para terminar ya. La Junta agradece al señor Presidente sus buenos servicios.

Se procedió en seguida á nombrar quinto Vocal.

La sesión se levantó á las nueve y cuarto de la noche.

G. RUCAVADO,  
Primer Vocal

F. J. RUCAVADO,  
Secretario

SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el día catorce de noviembre de mil ochocientos noventa y ocho, con asistencia de los Doctores G. Rucavado, Zúñiga, Echeverría, F. J. Rucavado y Licenciado Pardiñas.

Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Como se aceptó la renuncia del Doctor Bonnefil, fué nombrado en su reemplazo, por mayoría de votos, el Doctor G. Rucavado; y como este señor era primer Vocal, ascendieron los Vocales, y se procedió inmediatamente á nombrar quinto Vocal. La elección recayó en el señor Doctor Zumbado.

El señor Doctor Echeverría expuso que el Doctor G. Peña, á quien le había dado patente de botiquín para la villa del Naranjo, pedía, porque ya no se establecería en el Naranjo, que dicha patente le sirviera para fundar su botiquín en Santa Bárbara. Le fué concedido.

Hizo moción el Licenciado Pardiñas para que los alumnos de la Escuela de Farmacia que tengan impedimento para presentarse á sus exámenes en la fecha que el Reglamento indica, puedan hacerlo en los primeros días de marzo. La Junta estuvo conforme, siempre que para ello aleguen de buena excusa, en forma y antes de los exámenes oficiales, y que los alumnos que habrán de ser examinados costeen el tribunal.

Leída la observación que en forma presentó el señor Jesús Valverde S., de que el botiquín que piensa fundar en San Mateo es de segunda clase, y la súplica de que en relación se le asigne el derecho de patente, la Facultad dispuso que si el señor Valverde S. no se conformaba á lo que se le transcribió en nota fecha ocho de los corrientes, no accedería.

Del Palacio de Justicia se recibió un expediente con su respectivo desglose, en el cual á fojas dieciocho hay un auto dictado por la Sala Segunda de Apelaciones que dice: "...practíquese un nuevo reconocimiento en el ofendido Jesús Azofeifa Bolaños, por la Facultad de Medicina de la República, debiendo determinarse si le queda ó no impedimento á consecuencia de las lesiones." Se nombró una Comisión

compuesta de los Doctores Echeverría y Pinto, para que practiquen el reconocimiento pedido por la Sala.

A las nueve p. m. se levantó la sesión.

G. RUCAVADO

F. J. RUCAVADO

HOSPITAL DE NIÑOS DE PARIS

**LA FIEBRE DE DIGESTION EN LOS NIÑOS** (1)

*CLINICA DEL DOCTOR CAMBY*

El tubo digestivo puede considerarse como un verdadero *laboratorio de venenos*. En ninguna edad son éstos tan activos, tan peligrosos como en los primeros años de la vida, pudiendo decirse que la gravedad de las autointoxicaciones de orden digestivo está en razón inversa de la edad.

En los recién nacidos, en los niños de pecho, los efectos de la *toxi-infección* son á veces fulminantes, y la mortalidad por esta causa resulta extraordinaria. En la segunda infancia se acentúan los accidentes, aunque en ocasiones ofrecen todavía el verdadero cuadro de cólera infantil.

Otras veces esos estados morbosos no adquieren tan considerables proporciones, constituyendo lo que se ha llamado *fiebre de digestión*. Con ese nombre vamos á describir ciertas manifestaciones febriles, leves ó de mediana gravedad, relacionadas con la elaboración viciosa de los alimentos.

La *fiebre de digestión* es conocida hace mucho tiempo; sin embargo, á Charrin corresponde el mérito de haberla dado ese nombre, estudiándola con todos sus detalles. Según dicho autor, las secreciones digestivas son piretógenas, y si la fiebre que de ellas deriva ofrece caracteres intermitentes, débese esto á la intermitencia misma de las secreciones. No basta atacar en estos casos la intermitencia, administrando la quinina, sino remontarse á la causa, modificando el régimen alimenticio del niño.

El Doctor Grasset, de Nogent-sur-Marne, ha descrito los mismos accidentes.

Los niños en quienes se presenta esta fiebre de digestión son ya crecidos, se les ha destetado hace mucho tiempo, comen de todo como sus padres ó sus hermanos, y por consiguiente, están más expuestos que los niños de pecho á cometer excesos alimenticios. He visto igualmente la fiebre de digestión en la segunda infancia, es decir, entre tres y diez años.

Todos ó casi todos esos niños son dispépticos habituales, latentes ó manifiestos; la mayor parte de ellos se alimentaron con el biberón, comenzaron á andar muy tarde, y presentaron síntomas de raquitismo; se les sometió demasiado pronto á una alimentación de-

(1) Tomado de Le Correspondant Médical.



fectuosa; comieron ó bebieron mucho, sin que presidiera ninguna regla á sus comidas y sin que nadie se preocupara de la cantidad y calidad de sus alimentos y bebidas.

A menudo se ven en ellos los síntomas permanentes de la dispepsia crónica, de la dilatación del estómago, etc.

Comiendo demasiado ó mal, bebiendo mucho, usando alimentos indigestos, vino ó licores fermentados, los niños están siempre expuestos á accidentes agudos, que se unen á la dispepsia crónica.

Las estaciones no ejercen al parecer una influencia apreciable; sin embargo, los calores del estío, obligando á los niños á beber más de lo ordinario, favorecen quizás la aparición de los accidentes.

El niño se presenta al médico pálido, sin apetito, sin fuerzas ni energía. Suele tener por las tardes, algunas horas después de las comidas, un acceso de fiebre, casi siempre moderada. Cuando se acuesta, tarda en dormirse, está agitado, con los pómulos sonrosados, su cuerpo presenta cierta humedad, y hasta abundantes sudores; la piel está caliente; las noches son malas, porque el sueño se ve interrumpido por pesadillas. Por la mañana ya no hay fiebre, pero el niño vuelve á estar pálido y enfermizo.

Los accesos pueden manifestarse todas las tardes ó sólo de vez en cuando, con intervalos que varían desde algunos días á una, dos, tres y hasta cuatro semanas.

Por lo general, es moderada la fiebre: marca el termómetro  $38^{\circ}$  ó  $38^{\circ}5$ , pero algunas veces el acceso es fuerte ( $40^{\circ}$  á  $41^{\circ}$ ), y prolongado: en vez de algunas horas, dura uno á tres días. Los grandes accesos son precisamente los que presentan mayores intervalos.

Estudiando á los niños que padecen esos accesos febriles, nada se ve en el hígado ni el bazo; no se encuentran bajo la influencia del paludismo. Pero sus digestiones dejan mucho que desear; hay estreñimiento habitual, anorexia mejor que bulimia, casi siempre pulidipsia, á veces deposiciones fétidas. Lengua saburrosa.

Las formas de la enfermedad son muy variables: lo importante es conocerlas y no confundirlas con el paludismo. Cuando la terapéutica se aplica oportunamente, el niño cura pronto y el pronóstico no tiene la menor gravedad. En el caso contrario, los síntomas digestivos se agravan, y á la fiebre de digestión sigue una gastroenteritis más ó menos grave, la anemia mucomembranosa, etc.

El tratamiento comprende: 1º, un buen régimen, condición *sine qua non*; 2º, algunos medicamentos eupépticos. Nos abstendremos de dar la quina, quinina y los tónicos alcohólicos en general, que sólo servirían para agravar la situación. Esta terapéutica incendiaria debe prohibirse en absoluto.

*Régimen alimenticio.*—Se prohibirá el vino y los alimentos excitantes, salsas con muchas especias, ácidos, dulces, repostería, carnes pasadas. Tampoco se dará carne cruda, aunque parezca indicada por la palidez de los niños. Esta carne cruda, como todos los alimentos análogos, favorece las fermentaciones anormales del tubo digestivo y agrava la situación. Se someterá á los niños á un

