

AMÉRICA CENTRAL

GACETA MÉDICA

DE

COSTA RICA

REVISTA MENSUAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA, FARMACIA É HIGIENE

Organo de la Facultad de Medicina

DIRECTOR.

DOCTOR ELIAS ROJAS

REDACTORES :

La Junta Directiva de la Facultad

CORRESPONSALES :

Dr. Vicente Lachner Sandoval, Estrasburgo (Alemania)

Dr. Pedro M. Ibáñez (Bogotá)

Año IV — Núm. 3

15 de OCTUBRE de 1899

CONTENIDO:

ACTAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA. — ANEXOS. — ACADEMIA DE MEDICINA: —
FIBROMACERNEAL, POR EL DOCTOR G. JIMENEZ. — POLIOMIELITIS AGUDA, POR EL
DOCTOR MARCOS ZÚÑIGA. — LA PESTE, POR EL DOCTOR M. NETTER. — FIEBRE AMARI-
LLA: EXTRACTADO DEL "MARINE SERVICE DE LOS EE. UU." — NOTAS BIBLIOGRÁFICAS.
GACETILLAS.

San José de Costa Rica

Tipografía Nacional

1899

Pour les annonces ou articles, s'adresser à Monsieur Lorette, Directeur de la
Société Mutuelle de Publicité, 61 rue Caumartin, Paris exclusivement
chargé de la publicité Européenne de la GACETA MÉDICA.

Nota. — Para cuanto se relacione con la administración y redacción del periódico, pueden dirigirse nuestros favorecedores al Director. — Calle 18, Sur, N.º 32.

La Gaceta Médica se publica el día 15 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
El precio de un número suelto adelantado por un año es de \$ 0.40
El precio de avíos, convencional.

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 se cree 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 convienen, 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 Paris.

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 Paris.

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

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

AGUA LÉCHELLE

HEMOSTATICA

Se receta contra los Flujos, la Clorosis, la Anemia, el Apocamiento, las Enfermedades del pecho y de los intestinos, los Espantos de sangre, los Catarros, la Disenteria, etc. Da nueva vida á la sangre y entona todos los órganos. — El doctor HEURTELoup, médico de los hospitales de Paris, 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 Droguerías.

**JAQUECAS, NEURALGIAS
NEURASTENIA**

CÉRÉBRINE

(GOLCA-TEINA ANALGÉSICA PAUSODUN)

Uter agradable de composición bien definida, que no tiene nada de común con los líquidos orgánicos inyectables a los que es muy superior, más activo y más seguro que todos los analgésicos conocidos.

(Una cucharada común a cada período del acceso).
JAQUECAS, NEURALGIAS, Cansancio ocasionado por los esfuerzos o el trabajo excesivo, Odontalgias, Zona, Lumbago, Cólicos menstruales.

Frasco en París: 5 fr. y 3 fr.

C. BROMADA: Neurastenia, Nevrosis, Estados congestivos del cerebro. — Frasco 5 fr.

C. IODADA: Neuralgias reumáticas, constitucionales o en las que se relacionan con la medicación yódica. — Frasco: 5 fr.

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

C. QUINIADA: Catarro epidémico, Influenza, Coriza, Fiebras eruptivas, 1 a 3 cucharadas comunes al día. — Frasco: 5 fr.

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

KOLA-PAUSODUN

ELIXIR de NUEZ FRESCA de KOLA

(Sterculia acuminata, Malv.)

2 a 4 cucharadas grandes al día o 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, 1 a 2 pastillas de vez en cuando 2 a 5 después de las principales comidas.

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

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 **CÉRÉBRINE**, tomada por la mañana, produce maravillosos resultados de alivio, de bienestar y de lucidez en los casos de cansancio o de trabajo excesivo físico o intelectual.

Estos resultados son diariamente verificados en las Escuelas y Facultades en las períodos de exámenes y de concursos.

Puede obtenerse la **CÉRÉBRINE** en todas partes por intermedio de los Farmacéuticos y Droguistas y en París en Casa de **EUG. FOURNIER (Pausodun)** 114, Rue de Provenço. (Véase la Noticia especial). Serán enviados especímenes gratis por correo a los facultativos que los pidieren a nuestros representantes.

VINO AROUD

MEDICAMENTO-ALIMENTO, el más poderoso REGENERADOR prescrito por los Médicos.

DOS FORMULAS:

I. — CARNE-QUINA

En los casos de Enfermedades del Estómago y en los intestinos Convalecencias, Continuación de Partos, Movimientos Febriles e Influenza, etc.

II. — CARNE-QUINA-HIERRO

En los casos de Clorosis, Anemia profunda, Menstruaciones dolorosas, Fiebres de las Colonias y Malaria, etc.

102, Rue Richelieu, Paris y en todas Farmacias del Extranjero.

REMEDIO DE ABISINIA EXIBARD

EN POLVOS Y CIGARILLOS

Allivia y Cura: Catarro, Bronquitis, Opresión,

ASMA

y todas Afecciones Espasmódicas de las Vías Respiratorias.

30 AÑOS DE ÉXITO. — MED. ORO Y PLATA.

102, Rue Richelieu, Paris y en todas Farmacias del Extranjero.



ROB BOYVEAU LAFFECTEUR

CELEBRE DEPURATIVO VEGETAL prescrito por los Médicos en los casos de

ENFERMEDADES de la PIEL

Herpetismo, Acne y Dermatitis.

El MISMO al YODURO de POTASIO Tratamiento complementario del ASMA

SOBERANO EN

Gota, Reumatismos, Angina de Pecho, Escrófulo, Tuberculosis.

102, Rue Richelieu, Paris y en todas Farmacias del Extranjero.

TÓPICOS CHAUMEL

á la Glicerina solidificada

NIÑOS
SUPOSITORIOS
CHAUMEL

ADULTOS
SUPOSITORIOS
CHAUMEL

LÁPICES Y BUJÍAS CHAUMEL

TRATAMIENTOS VAGINALES
OVULOS CHAUMEL
GLICERINA SOLIDIFICADA
CON CUALQUIER MEDICAMENTO

Todas las Enfermedades

CÁPSULAS RAQUIN

ÚNICAS
CÁPSULAS DE GLUTEN

Aprobadas por la Academia de Medicina

INSOLUBILIDAD DE LA CÁPSULA GLUTINOSA

en el estómago; ausencia de hedor y de eructos; tolerancia perfecta.

ALQUITRÁN.....	(0gr. 25)	SALOL.....	(0gr. 25)
COPAIBATO DE SOSA ..	(0gr. 40)	SALOL COPAIBATADO ..	(0gr. 36)
COPAIBA TITULADA	(0gr. 50)	SALOL-SÁNDALO	(0gr. 32)
CUBEBA (Equivalente de 1 gramo).		SÁNDALO.....	(0gr. 25)
ICTIOL.....	(0gr. 25)	TREMENTINA.....	(0gr. 25)
BICLORURO DE HIDRARGIRIO ...	(0gr. 01)	PROTOYODURO DE HIDRARGIRIO .	(0gr. 05)

Las CÁPSULAS RAQUIN se toman en el momento de las comidas.
DÓSIS en 24 horas : 1 á 3 Cápsulas hidrargíricas; 3 á 15 de las otras clases.

Exijanse la FIRMA
y el SELLO de la "UNION des FABRICANTS".

Raquin

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub^e St-Denis, PARIS.

INYECCION RAQUIN

al Silico-Copaibato de Sosa

No causa irritación ni dolor y no mancha la ropa blanca.
Empleada sola ó concurrentemente con las Capsulas de Raquin,
aprobadas por la Academia de Medicina de Paris, cura en muy poco tiempo
los flujos (purgaciones) mas intensos.
Muy útil tambien como preservativo.

Exijanse la FIRMA
y el SELLO de la "UNION des FABRICANTS".

Raquin

SE VENDE EN FRASCOS CON Ó SIN JERINGUITA.

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub^e St-Denis, PARIS.

VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES

El vejigante más eficaz

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub^e Saint-Denis, PARIS

La PEPTONA DE CHAPOTEAUT

es la sola empleada
en el Laboratorio de
Mr. PASTEUR
á causa de su pureza.
Se receta en las formas
siguientes :

POLVOS DE PEPTONA DE CHAPOTEAUT

SOLUBLES en el agua, el caldo y el vino. Cada cucharadita de café representa cerca de 4 gramos de peptona (de 21 á 22 gramos de carne de vaca) digerida y asimilable.

VINO DE PEPTONA DE CHAPOTEAUT

D E un gusto muy agradable se toma al principio de las comidas á la dosis de una ó dos copas de Burdeos. — Dosis: 10 gramos de carne de vaca por copa de Burdeos.

Indicaciones : anemia, dispepsia, caquexia, debilidad, repugnancia á los alimentos, atonía del estómago y de los intestinos, convalecencia, alimentación de las nodrizas, de los niños, de los ancianos, de los diabéticos y de los tuicos.

Depósito en PARIS, 8, rue Vivienne y en las principales Farmacias.

Cápsulas

de

SULFATO DE QUININA

De PELLETIER

ó de las Tres Marcas

ESTAS cápsulas, del grosor de un guisante, fabricadas por los Sres. ARNET DE LISLE y C^{ia}, sucesores de Pelletier, contienen diez centigramos de sulfato de quinina, garantizado por la inscripción del nombre de PELLETIER 
Se entreabren en pocos minutos en el agua fría, no se endurecen como las píldoras y se tragan más fácilmente que las obleas medicamentosas.

Se expenden en frascos de 10, 20, 100, 200, 500 y 1000 cápsulas. Nuestra Casa prepara en idénticas condiciones las Cápsulas de : Bisulfato de quinina, Bromidrato de quinina, Valerianato de quinina, Cloridrato de quinina.

Depósito en PARIS, 8, rue Vivienne y en las principales Farmacias.

HIERRO

del

DOCTOR GIRARD

Dictámen favorable
de la Academia de Medicina de París

ESTE nuevo ferruginoso contiene, bajo el mismo peso, una cantidad de hierro doble ó triple de la que contienen las sales de hierro más estimadas y es igualmente la más cargada de oxígeno. El Hierro Girard previene ó destruye el estreñimiento. Su inmediata asimilación por la economía, le asegura una acción rápida y eficaz como reconstituyente en todas las convalecencias, debilidades constitucionales, en el empobrecimiento de la sangre y todas la enfermedades que son su consecuencia. El Hierro Girard existe bajo forma de polvos grageas y pastillas.

Depósito en PARIS, 8, rue Vivienne y en las principales Farmacias.

CÁPSULAS

DE

ACEITE DE ENEBRO

DE VIAL

E L aceite de enebro que se obtiene por destilación y combustión mixtas de las bayas y de la madera del enebro oxicedro, es un medicamento precioso en el tratamiento especial de los cólicos nefríticos y hepáticos, de los cálculos urinarios y biliares, del mal de piedra, de los catarros de la vejiga, de la gota y del eczema.

El síntoma cólico es el que mejor combate este medicamento : ayuda á la expulsión de la piedrecilla, las detiene en su crecimiento, y cicatriza por absorción las mucosas en vía de supuración.

Dosis : 4 á 6 cápsulas al día, entre las comidas, sea un gramo de aceite aproximadamente. En las grandes crisis, de 6 á 10 cápsulas.

Depósito en PARIS, 8, rue Vivienne y en las principales Farmacias.

Enfermedades del Pecho

JARABE DE HIPOFOSFITO

DE CAL

de GRIMAULT y C^{ia}, Farmacéuticos
en París.

ESTE Jarabe, universalmente recomendado por los facultativos, es de gran eficacia en las Enfermedades de los bronquios y del pulmón; cura los resfriados, bronquitis y catarros más tenaces, cicatriza los tubérculos del pulmón de los tísicos y suprime los ataques incesantes de tos que desesperan á los enfermos. Con su influencia, cesan los sudores nocturnos y el enfermo recobra rápidamente la salud.

Depósito en PARIS, 8, rue Vivienne y en las principales Farmacias.

SOLUCION PAUTAUBERGE

al CLORHIDRO-FOSFATO de CAL CREOSOTADO

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

las AFECCIONES 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

PASTILLAS y POLVOS

FATERSON

con BISMUTO y MAGNESIA

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

Exíjanse el rotulo la firma de J. FAYARD
A. b. DETHAN, Farmaceutico en PARIS

GARGANTA

VOZ y BOCA

PASTILLAS DE DETHAN

con sal de BERTHOLLET

Recomendadas contra los Malos de la Garganta, Extinciones de la Voz, Inflamaciones de la Boca, Efectos perniciosos del Mercurio, Irritacion que produce el Tabaco, y especialmente a los Señores PREDICADORES, ABOGADOS, PROFESORES y CANTORES para facilitar la emision de la voz.

Exíjanse el rotulo la firma de A. b. DETHAN,
Farmaceutico en PARIS.

POBREZA DE LA

SANGRE

DE LOS

NERVIOS y HUESOS

VINO DE BELLINI

con QUINA y COLUMBO

Este VINO fortificante, febrifugo, antinervioso, cura las Afecciones escrofulosas, Fiebres, Nevroses, Palidez y regulariza la Circulacion de la Sangre; conviene especialmente a los Niños, a las Señoras delicadas y a las Personas debilitadas por la edad, las enfermedades ó los excesos.

Exíjanse el rotulo la firma de J. FAYARD
A. b. DETHAN, Farmaceutico en PARIS

GACETA MÉDICA

DE

COSTA RICA

REVISTA MENSUAL

DE

* MEDICINA, CIRUGIA, FARMACIA É HIGIENE *

ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA DE LA REPUBLICA

DIRECTOR,

DOCTOR ELÍAS ROJAS

Año IV

San José de Costa Rica. 15 de octubre de 1899

Núm. 3

*Secretaría de la Facultad de Medicina,
Cirugía y Farmacia.*

SESIÓN extraordinaria de la Junta General de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el cuatro de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve. Concurrieron á ella los Doctores Soto, Rojas, Zumbado, Giustiniani, Calderón y Pinto.

Art. I.—No se leyó el acta anterior por no estar aun preparada.

Art. II.—Se leyeron los tres últimos telegramas del Presidente de la Junta de Sanidad de Alajuela, en los cuales comunica la existencia de un nuevo caso de fiebre amarilla en un niño de once años que vive en la calle real, y que las familias se retiran de Alajuela. Como se le pidió al Doctor Calnek la nómina de las que han salido, contestó que no salían para provincia sino para sitios altos, y que las personas salían con autorización de la Junta después de rigurosa inspección.

Art. III.—Se leyó la irrevocable renuncia del Doctor Calnek, renuncia que se acordó publicar; al mismo tiempo que pasar al señor Ministro de Policía la nota que sigue:

“La Facultad Médica, en vista de las dificultades con que desde un principio ha tropezado la Junta de Sanidad de Alajuela, según documentos oficiales, y en presencia del telegrama adjunto, dirigido por el Doctor Calnek al Presidente de esta Corporación, cree de su deber manifestar al Supremo Gobierno que es llegado el caso de declinar, en absoluto, toda responsabilidad en lo relativo á la epidemia de fiebre amarilla reinante en Alajuela”.

“Esto no obsta, señor Ministro, para que en la órbita de sus atribuciones, la Facultad, como Cuerpo consultivo, continúe con la mejor buena voluntad, secundando los esfuerzos del Gobierno en las circunstancias actuales”.

Art. IV.—Se acordó llamar al Doctor Toledo á la sesión que se celebrará hoy á las ocho de la noche, para pedirle algunas explicaciones acerca de la epidemia reinante actualmente en Alajuela.

La sesión se levantó á la una y media de la tarde.

J. M. SOTO ALFARO,
1er. Vocal

F. J. RUCAVADO,
Srio.

SESION extraordinaria de la Junta General de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada á las ocho p. m. del cuatro de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve, con asistencia de los Doctores Soto, F. J. Rucavado, Zumbado, Giustiniani, Jiménez, Calderón, Arrea, Toledo, Pinto, Rojas y Mariano Rodríguez.

Art. I.—No habiéndose redactado el acta de la sesión anterior, por la premura del tiempo, el Doctor Zumbado hizo moción para que se pospusiera la lectura y discusión de la misma para la sesión siguiente. Fué aprobada la moción.

Art. II.—El Doctor Calnek comunicó la existencia de dos nuevos casos de fiebre amarilla en Alajuela.

Art. III.—Comunica el Médico del Pueblo de Limón que hay en ese puerto dos boticas que no tienen farmacéutico y donde despachan dos curanderos. Se dió traslado al señor Fiscal.

Art. IV.—Se recibió de Alajuela el siguiente telegrama: "Señor Presidente de la Facultad Médica. En vista de las actuales circunstancias, y de haber salido de la escuela el caso de que dimos cuenta ayer, creemos de urgencia cerrar las escuelas de esta ciudad. Por la Junta de Sanidad,—T. M. Calnek".

Este telegrama le fué trascrito al señor Ministro de Instrucción Pública.

Art. V.—Se leyó una carta del Doctor Padilla, de Alajuela, en la cual da las más cumplidas excusas por no haber asistido á la sesión del sábado, para la cual fué convocado. La Junta las aceptó.

Art. VI.—El Doctor Toledo comunicó que en vista de que no se había presentado hasta ahora en la casa del señor Madriz ningún síntoma alarmante con respecto á la fiebre amarilla, había levantado el aislamiento en que la tenía.

Art. VII.—A moción del Doctor Jiménez, se acordó pasar al Ministerio de Culto una nota con el fin de que comunique al señor Obispo de esta Diócesis, que es conveniente que dirija una circular á todos los señores curas de la República, prohibiéndoles terminantemente el ejercicio legal de la medicina; y manifestarle que, si la Facultad apela á este medio, es con el objeto de evitar el perseguir judicialmente á un cuerpo tan respetable que depende directamente de su autoridad.

En los lugares remotos, como Terraba y Boruca, donde no hay facultativos, la Facultad, por humanidad, tolera que personas inteligentes hagan lo posible en bien de sus semejantes.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
1er. Vocal

RAF. CALDERÓN MUÑOZ,
Srio. ad-hoc.

SESION extraordinaria de la Junta General de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el ocho de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve, con asistencia de los Doctores Soto, Rojas, Zumbado, Giustiniani, Calderón, Arrea, Pinto y Picado. Los Doctores Prestinarry, Zúñiga y Mariano Rodríguez estuvieron, pero se ausentaron mucho antes de concluir la sesión.

Art. I.—Se leyeron, aprobaron y firmaron las dos actas anteriores.

Art. II.—Firmó como Secretario ad hoc el Doctor Calderón, tanto las dos actas anteriores como la fechada dos de los corrientes.

Art. III.—Comunicó el Doctor Calnek que hay un nuevo caso de fiebre amarilla en Alajuela, cerca del Rastro, y la defunción de otro.

Art. IV.—Por telegrama da cuenta el Doctor Calnek de un caso de fiebre amarilla, cercano al cuartel de armas, en Alajuela. Dióse traslado al señor Ministro de Policía, quien se dirigió á esta Facultad en atento oficio, diciendo que lo había puesto en conocimiento del señor Ministro de la Guerra.

Art. V.—Apenas se recibió aviso de la Junta de Sanidad de que familias de Alajuela salían con dirección á otras provincias, se comunicó á los Gobernadores que tengan como sospechosas de fiebre amarilla á esas familias.

Art. VI.—Se hizo constar que el señor Ministro de Policía no ha contestado la nota en que la Facultad declinaba su responsabilidad de la epidemia actualmente reinante en Alajuela.

Art. VII.—La Facultad acordó enviar al Doctor Calnek la nota que dice:

"La Facultad, en sesión de esta noche, decidió comunicar á V. lo siguiente:—Primero, cuando V. renunció irrevocablemente el puesto que le confió el Gobierno, fundándose en las justas razones expuestas en su telegrama de fecha tres de los corrientes, la Facultad, para dar á V. todo su auxilio moral, envió una nota al Supremo Gobierno apoyando sus quejas y declinando toda responsabilidad sobre la epidemia reinante en Alajuela, nota que, á la hora que es, aun no ha sido contestada, lo que nos da á entender que la renuncia de la Facultad ha sido aceptada. Segundo, la Facultad ha visto con extrañeza el telegrama por V. enviado al Gobierno y publicado en *La Gaceta* de ayer, en el que V. pone en duda que la Facultad haya comunicado todo lo que ocurre á la Secretaría de Policía, pues, de hecho, la Facultad no ha sido sino el intermediario entre V. y el Gobierno, y éste ha tenido conocimiento inmediatamente de cuanto valía la pena de ser sabido."

Esta nota se acordó enviarla con un comisionado de la Facultad, por no creer la Junta Directiva conveniente en las actuales circunstancias hacer venir al Doctor Calnek para las explicaciones necesarias en este caso.

La sesión se levantó á las diez y media de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
1er. Vocal

F. J. RUCAVADO,
Secretario

SESIÓN ordinaria de la Junta General de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el once de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve, con asistencia de los Doctores Soto, Rojas, F. J. Rucavado, Zumbado, Jiménez, Calderón y Arrea.

Art. I.—Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Art. II.—Se leyó la contestación del Doctor Calnek á la comunicación que le envió la Facultad el ocho de los corrientes con un comisionado. El Doctor Calnek da en esta nota cumplida y justa satisfacción á la Facultad. La Facultad acordó enviar á la Junta de Sanidad de Alajuela un telegrama, diciéndole que ve con gusto que esa Junta siga prestando sus importantes servicios y que desea desaparezcan todos los obstáculos que se le han presentado.

Art. III.—Se acordó pagar al Doctor Calderón la suma de cincuenta pesos por la comisión á la ciudad de Alajuela, que le encomendó esta Facultad.

Art. IV.—El Doctor Zumbado pidió revisión del acta de la Junta General extraordinaria, celebrada el primero de los corrientes, para que se agregue al artículo IV la razón por qué se llamó á los Doctores Escanaverino y Padilla. El motivo fué pedirles explicaciones por su actitud con respecto á las medidas dictadas por la Facultad y Junta de Sanidad de Alajuela, para combatir la fiebre amarilla. Se aprobó la petición.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
Primer Vocal

F. J. RUCAVADO,
Secretario

SESIÓN extraordinaria de la Junta General de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el catorce de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve. Concurrieron á ella los Doctores Soto, Rojas, F. J. Rucavado, Jiménez, Calderón, Arrea, Muñoz, Pinto y Prestinary.

Art. I.—Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Art. II.—Se trajeron á la Mesa el plano y los atestados concernientes al proyecto de saneamiento del *Asilo Chapuí*, y se dió lectura al informe que con minucioso examen vertió la Comisión compuesta de los Doctores Calderón, Pinto y Echeverría, y que dice:

San José, 11 de setiembre de 1899

Señor Secretario de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

San José

Los infrascritos comisionados por la Facultad Médica para dictaminar respecto al proyecto de saneamiento del *Asilo Chapuí*, tenemos la honra de presentar hoy el resultado de nuestros estudios.

El Poder Ejecutivo pregunta si el proyecto propuesto es conveniente y eficaz.

No cabe duda de la respuesta que debe darse respecto al primer punto, pues es conveniente todo aquello que, sin perjuicio de intereses mayores, tienda al mejoramiento de la salubridad pública, mayormente si se trata de un lugar infestado.

Pero en cuanto al segundo punto, no puede contestarse de una manera tan categórica. En efecto, para saber si las medidas propuestas darán todo el resultado que se desea, es necesario que éstas sean radicales, es decir, que combatan todas las causas, y que sean adecuadas á estas mismas causas.

Ahora bien, en esta epidemia no todo es muy claro, ni las causas apuntadas nos parecen ser en su totalidad factores importantes.

Veámolas una por una.

A) *Situación del Asilo y naturaleza del terreno*

Esta causa es real y favorece el desarrollo de cualquiera epidemia; pero es causa general y no especial al jardín de las mujeres, aunque sí más marcada en este último. El dormitorio de las mujeres se encuentra á un nivel más bajo que el de los dos jardines adyacentes, constituyendo esto un grado notable de inferioridad higiénica con relación al resto del edificio.

B) *Proximidad al edificio de las aguas pestilentes del Antisco, cuyas emanaciones bañan el edificio por los vientos que sorren de Sur á Norte*

A este respecto hacemos notar:

1.º—Que la epidemia se instaló en el departamento de las mujeres, dejando libre el lado de los hombres;

2.º Que dicha quebrada corre más cerca del departamento de los hombres que del de las mujeres;

3.º Que los vientos cargados de emanaciones bañan todo el edificio, y no solo la parte destinada á las mujeres; y

4.º Que más cerca de esa quebrada y más expuestas á su acción se encuentran casas (entre ellas la Cervecería Costarricense, con 58 empleados) en donde no se han presentado fenómenos semejantes á los del Asilo.

Para nosotros está, pues, fuera de duda que esta proximidad del Antisco es causa muy secundaria.

C) *Mala disposición de la cloaca que recibe las aguas de la Cárcel y del Hospital*

Esta cloaca se divide en dos en el gallinero del Asilo: la rama principal atraviesa cerrada el jardín de las mujeres y resto del edificio, para desembocar en el Antisco; la otra rama atraviesa también el edificio, cuyas aguas recibe y descarga al aire libre en el jardín de los hombres, en donde es aprovechada para riego.

Natural es pensar que si los detritus del Hospital y de la Cárcel tienen parte muy activa en la infección del Asilo, debieran ser los hombres los atacados y no las mujeres. Entre los que se mencionan como víctimas del beriberi, no hay más que dos hombres, precisamente los dos que trabajaban, según informes de la Junta de Caridad, en el jardín de las mujeres.

D) Infiltración del suelo del Asilo contiguo á la Cárcel y al Hospital, por las aguas de los salones de los extranjeros y de Peralta, que no tienen cloaca

Esto puede tener también su influencia, pero no le damos toda la importancia que se le atribuye, pues creemos firmemente que antes de infectar al Asilo, infectaría al Hospital y á la Cárcel, además de que los primeros atacados debieran haber sido los hombres que trabajan en el jardín que se encuentra delante del hospicio y contiguo, como el jardín de las mujeres, al Hospital y la Cárcel.

De todas estas consideraciones deducimos que la causa de la epidemia es local al departamento de las mujeres; que nos es desconocida y que no nos es dable conocerla, pues para ello sería necesario la historia clínica completa, sobre todo de los primeros casos y especialmente el resultado de las autopsias. Por desgracia la historia clínica no existe sino de los últimos casos.

Hubo 24 atacados y 13 muertos, éstos 11 mujeres y 2 hombres.

De los casos reseñados por el Doctor Durán en su conferencia leída ante la Academia de Medicina y Ciencias Naturales, los números 12 y 13 que presentan un cuadro clínico igual ó más completo aun que el de los otros, resultaron no ser beriberi.

Únicamente tres autopsias se han practicado, y cuyo resultado es el siguiente:

En la primera se encontraron ulceraciones del estómago y de los intestinos, haciendo pensar, á los médicos que la hicieron, en un envenenamiento;

En la segunda, las lesiones encontradas manifestaron que se trataba de tifoidea;

Y en la tercera, no se encontraron más lesiones que las de la asfixia y del catarro gastro-intestinal. Los médicos que ejecutaron esta última autopsia creen en una neuritis del frénico, siendo éste el único síntoma que recuerde el beriberi.

De los tres cadáveres en referencia se guardaron piezas para ser examinadas con el microscopio; desgraciadamente desaparecieron las del primero, y se echaron á perder las del tercero.

En resumen, las tres autopsias hechas no han podido confirmar el diagnóstico de beriberi.

Si hubiéramos de considerar solamente nuestra opinión personal, y puesto que no hemos visto ningún caso, no tendríamos inconveniente en admitir que la epidemia que reinó en el Asilo era de beriberi; pero como en realidad, se trata de un dictamen de gran trascendencia, y que por consiguiente debe descansar sobre bases absolutamente científicas, no nos queda otro recurso que declarar que la causa de las defunciones ocurridas en el Asilo Chapuí y atribuidas al beriberi, nos es desconocida, y más si se atiende á que uno de los miembros de esta Comisión, el Doctor Uribe, cuya ausencia sentimos muy justamente, no encontró insano alguno del Asilo sufriendo de beriberi, á pesar de cuidadoso examen.

Por todas estas consideraciones, es nuestro parecer:

- 1º) Que el proyecto de saneamiento del Asilo Chapuí es conveniente; y
- 2º) Que no puede esperarse de él la eficacia que se desea, porque no combate, en realidad, las causas más eficientes de la mortalidad.

Esperando haber llenado nuestro cometido, nos es grato suscribirnos de V. atentos y s. s. servidores,

EDUARDO PINTO

RAFAEL CALDERÓN MUÑOZ

Acepto las conclusiones de los Doctores Pinto y Calderón; pero sí creo que la epidemia del Asilo Chapuí fué de beriberi, y esto lo digo por el examen que acompañe de más de diez facultativos hice una tarde en los siete pacientes que aun manifestaban síntomas de la epidemia.

EMILIO ECHEVERRÍA

Este dictamen se sometió á discusión.

El Doctor Núñez manifestó que en la presente ocasión no se trataba de averiguar si había existido ó no beriberi en el Asilo, sino de poner el edificio en buenas condiciones higiénicas, aunque fuese malaria ó cualquier otra enfermedad la que hubiere reinado allí, pues no era posible abandonar un edificio que había costado más de medio millón de pesos. Opina el Doctor Núñez que indudablemente se cometió un grave error al construir el Asilo en un lugar tan bajo y mal sano, y que pesa una grave responsabilidad sobre los ingenieros de la Dirección de Obras Públicas que dirigieron la construcción del edificio, lo mismo que sobre el cuerpo médico que permitió llevarla á cabo; pero ahora no vamos á buscar responsabilidades: el mal está hecho y precisa subsanarlo en lo posible.

El Doctor Pinto dijo que las medidas propuestas por la Junta de Caridad le parecían insuficientes, dadas las malas condiciones higiénicas del Asilo, pues no reciben las celdas el sol, el suelo es muy frío y por conservar el nivel con el resto del edificio la parte nueva quedó más baja que el nivel del suelo.

A lo que el Doctor Núñez repuso que tanto en las primeras horas de la mañana como en las tardes el sol calienta las celdas suficientemente.

Como el Doctor Calderón diera poca importancia á la quebrada del Antisco, reforzando su argumentación del dictamen, el Doctor Núñez aseguró que durante el último invierno él mismo vió salirse de madre dicha quebrada, la cual, de hecho, es la cloaca del barrio del Hospital; la inundación producida abarcó una extensión de unas cien varas á derecha é izquierda del lecho de la quebrada, y trajo como consecuencia, cuando las aguas se retiraron, una descomposición de las materias orgánicas, que aumentaron las malas condiciones higiénicas del establecimiento.

Por último, después de larga discusión, el dictamen de los Doctores Calderón y Pinto fué aprobado por unanimidad, resolviéndose comunicar al señor Ministro de Beneficencia, de acuerdo con el dictamen supradicho, que *"la Facultad, haciendo caso omiso de la enfermedad que ha reinado en el Asilo Chapul y tomando en consideración únicamente las pésimas condiciones higiénicas en que está construido el Asilo, es de opinión que las medidas de saneamiento propuestas por la Comisión nombrada por la Junta de Caridad, deben llevarse á cabo sin demora ninguna. La Facultad emite también la idea de que estas solas medidas no son suficientemente eficaces para sanear por completo el edificio y dar para lo futuro garantías absolutas en cuanto á las condiciones higiénicas del Asilo."*

La sesión se levantó á las diez y media de la noche.

NOTA:—En la página 202, línea 12, después de la palabra "establecimiento", léase: El Doctor Calderón dijo: El Doctor Núñez insiste en que la Comisión dictamine que las medidas propuestas en el proyecto de saneamiento son eficaces; pero yo (el Doctor Calderón) me figuro que me encuentro delante de una enferma que sufre del ovario y en mi espíritu existe duda de si se trata de ovaritis simple ó de un cáncer; aunque no me cabe duda de la conveniencia de una operación como tratamiento, mi conducta para con la familia no puede ser otra que aconsejar la operación, pero no respondiendo de su completa eficacia, pues si es cierto que tratándose de una simple ovaritis, puedo afirmar que la curación será radical, no así si me encuentro con un cáncer, y en este caso no puedo afirmar que la operación sea eficaz.

J. M. SOTO ALFARO,
1.º Vocal.

G. JIMÉNEZ,
Srio. ad-hoc.

SESION extraordinaria de la Junta General de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el veintidós de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve, con asistencia de los Doctores Soto, Rojas, Zumbado, Jiménez, Calderón, Arrea, Giustiniani, Calnek, Aguilar, Durán, Picado y Zúñiga.

Art. I.—Se nombró Secretario ad hoc al Doctor G. Jiménez.

Art. II.—Se leyó el acta anterior y se puso á discusión. Hizo observar el Doctor Calderón que faltaban algunas palabras que quería constasen en el acta. Se acordó de conformidad.

Art. III.—El Doctor Cortés excusó por telegrama su falta de presencia á esta sesión.

Art. IV.—En vista de que la Junta de Sanidad de Alajuela se disolvió, y de que el Municipio nombró otro Médico del Pueblo para aquella localidad, se creyó prudente elevar al señor Ministro de Policía, por medio del Doctor Soto y el Doctor Calnek, la siguiente nota:

"Tengo el honor de manifestar á V. que en las presentes circunstancias la Facultad cree que el Doctor Escanaverino no es el llamado á dirigir la higiene pública de la ciudad de Alajuela; y como por la ley los Médicos del Pueblo dependen de las Municipalidades, la Facultad, en sesión general extraordinaria de anoche, acordó recomendar al señor Ministro, que si lo tiene á bien, nombre al Doctor don Manuel Aguilar Director de Higiene Pública en aquella ciudad, dependiendo de ese Ministerio y con autoridad suficiente para que continúe la obra de la Junta de Sanidad extinguida. El Médico del Pueblo estará en la obligación de acatar sus instrucciones en todo lo concerniente á la Higiene".

Art. V.—Se dió lectura al informe presentado por la Junta de Sanidad de Alajuela, acerca de la pasada epidemia de fiebre amarilla, y se acordó publicarlo en folleto, para lo cual se nombró á los Doctores Rojas, Giustiniani, Durán y Aguilar.

Art. VI.—El Doctor Calderón propuso que en vista de que la Junta de Sanidad de Alajuela, á pesar de los muchos tropiezos que las autoridades y los particulares le pusieron, continuó con abnegación digna del mayor elogio y con éxito completo prestando sus importantísimos servicios para detener la fiebre amarilla que amenazaba extenderse por la ciudad de Alajuela é invadir el país entero, propuso que la Facultad diera un voto de gracias á los miembros que la componían, los Doctores Calnek, Cortés y Aguilar. Por unanimidad de votos se aprobó la moción.

Art. VII.—A moción del Doctor Giustiniani, se acordó encargar á la Comisión nombrada para publicar el folleto, proponga la manera de hacer perdurable el agradecimiento que la Facultad muestra á los señores miembros de la Junta de Sanidad, por sus importantes servicios prestados durante la fiebre amarilla en Alajuela.

La sesión se levantó á las once de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
1er. Vocal.

G. JIMÉNEZ,
Srio. ad-hoc.

SESION ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el once de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve, con asistencia de los Doctores Soto, Rojas, F. J. Rucavado, Zumbado, Jiménez, Calderón y Arrea.

Art. I.—Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Art. II.—Se le leyó una acusación de don Francisco Montero Barrantes contra el Doctor Teófilo Barrios por la manera anticientífica de proceder en la cura y autopsia de don Alberto Montero Barrantes, hermano del acusador. Se ordenaron las investigaciones.

Art. III.—Al Doctor Lanzas se le concedió patente de botiquín en Santo Domingo.

Art. IV.—Se leyó una nota de la Sala Segunda de Apelaciones, en la que pide á la Facultad dictamine en causa seguida contra Juan Ramón Quirós y Elías Porras, por lesiones. Se nombró á los Doctores Rojas y F. J. Rucavado para que, con examen del lesionado y del proceso, emitan su dictamen.

Art. V.—Se leyó una nota del señor Gobernador de la provincia de San José, en la cual comunica que la Municipalidad transcribió al Jefe de Policía de Higiene para que dicte las disposiciones necesarias, la nota que con fecha veinticinco de agosto próximo pasado esta Facultad dirigió al señor Presidente Municipal. Se acordó archivarla.

La sesión se levantó á las nueve de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
Primer Vocal

RAF. CALDERÓN MUÑOZ,
Srio. ad-hoc

SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el dieciocho de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve. Concurrieron á ella los Doctores Soto, F. J. Rucavado, Zumbado, Jiménez, Calderón y Arrea.

Art. I.—Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Art. II.—Firmó el acta anterior como Secretario ad-hoc el Doctor Calderón.

Art. III.—Se dió traslado al señor Fiscal de la acusación seguida contra el Doctor Teófilo Barrios.

Art. IV.—Se recibió una nota de la Secretaría de Beneficencia, en la que se pide á esta Facultad determine cuales son los señores Curas de la República que se libran al ejercicio ilegal de la medicina, con el fin de dar curso á la solicitud que con fecha cinco de los corrientes elevó esta Facultad al Ministerio de Culto.

Art. V.—La señora Antonia Morales y Castillo, vecina de Santa Cruz, hoy residente en Puntarenas, acusa ante esta Facultad al señor Francisco de Paula Boza C., por ejercicio ilegal de la medicina y cobro indebido de doscientos pesos, por sus honorarios. Se dió traslado al señor Fiscal.

Art. VI.—Se leyó el informe sobre beriberi que los Doctores Bonnefil y Durán se sirvieron presentar á esta Facultad. A su debido tiempo se publicará en la *Gaceta Médica*.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
Primer Vocal

F. J. RUCAVADO,
Secretario

SESIÓN ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el veinticinco de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve. Concurrieron á ella los Doctores Soto, Rojas, F. J. Rucavado, Jiménez, Calderón y Arrea.

Art. I.—Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Art. II.—Se comisionó al Doctor F. J. Rucavado para que se dirija al Ministerio de Beneficencia con el fin de que se pidan sueros, especialmente el antidiptérico, pues muchas personas pobres mueren por carencia de ellos, y tratar de conseguirlo gratis para los pobres en un lugar donde sea fácil obtenerlos á cualquiera hora, porque en el Instituto son caros y son pocas las horas hábiles en que se pueden conseguir.

Art. III.—Se encargó á los Doctores Rojas y Jiménez para que reavean la circular que sobre las medidas profilácticas en caso de fiebre amarilla se dictaron en agosto próximo pasado y la manden imprimir.

Art. IV.—Se acordó elevar una nota al Ministerio de Instrucción Pública, para que, de los intereses de los fondos universitarios que corresponden á la Facultad Médica, se pongan á la orden del señor Tesorero de esta Facultad, cien pesos (\$ 100-00) mensuales, que se destinarán á pagar la publicación de la *Gaceta Médica*.

Art. V.—Se leyó el auto dictado por la Fiscalía en el escrito de la señora Antonia Morales, y que dice:

Fiscalía de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.—San José, diecinueve de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve.

Visto el memorial presentado por la señora Antonia Morales y Castillo, vecina de Santa Cruz, en el cual pide se siga información contra un señor llamado Francisco de Paula Boza, para que se le obligue á devolverle la suma de doscientos pesos (\$ 200-00) que dicha señora Morales y Castillo asegura haberle pagado indebidamente y por servicios profesionales en la curación de una hija de ella;

Resultando:

1º—Que dicha señora Morales y Castillo llamó voluntariamente y por su cuenta al mencionado Paula Boza;

2º—Que aunque convencida después de que no era médico sino un curandero, no lo acusó á la Facultad como impostor; y

3°—Que la señora Morales Castillo pagó voluntariamente al señor Boza la referida suma de doscientos pesos (\$ 200-00); y

Considerando:

1°—Que la Facultad no está en la obligación de proteger á los que patrocinan el empirismo médico;

3°—Que no es de su incumbencia sino de la de los tribunales comunes conocer de acusaciones por amenazas ó estafa; y

3°—Que al dirigirse á la Facultad antes de hacerlo á los tribunales comunes por las pretendidas razones que el expediente expresa, infiere ofensa grave al Poder Judicial de la República;

Se resuelve:

Desestimar la acusación á que se refiere el expediente y devolverlo á la Junta de Gobierno de la Facultad Médica, encareciéndole que por respeto á su dignidad y significativa posición, no vuelva, en lo futuro, á prestar oídos á acusaciones semejantes.

FEDERICO ZUMBADO,

Fiscal

Este auto fué aprobado, y se le trascribió á la señora Morales Castillo.

Art. VI.—El Doctor Teófilo Barrios presentó un escrito relatando el suceso por el cual, con fecha once de los corrientes, le habla acusado don Francisco Montero Barrantes ante esta Facultad. Se le dió traslado al señor Fiscal.

Art. VII.—Se leyó una comunicación del señor Agente Principal de Policía de Heredia, interrogando sobre qué debía hacer con un lote de medicinas en mal estado, decomisado, que existe en su oficina. Se le contestó que las destruyera.

Art. VIII. Se leyó una nota del señor Ministro de Policía, en la cual desea se le diga si es conveniente permitir á don Juan Rafael Lizano sacar de una bóveda é inhumar en otro departamento de la misma el cuerpo de un niño de un año de edad que murió hace tres años. Se le contestó que la ley prescribe un término de cinco años para poder exhumar un cadáver y que no habiendo en este caso ninguna circunstancia especial para pasar sobre esta ley, la Facultad es de opinión que hay que atenerse á ella.

Art. IX.—El señor J. Arturo Arrillaga R. pide patente de botiquín en la villa del Naranjo, acompañando su petición con un certificado que dice acredita su competencia en el ramo de la Farmacia. Se le dió traslado al señor Fiscal para que verifique la autenticidad del documento.

Art. X.—El Doctor Bonnefil pasó una cuenta de cincuenta pesos por sus honorarios, como miembro de la comisión que esta Facultad encargó, junto con otros médicos, para estudiar el beriberi en el país. Se acordó que el señor Tesorero y el señor Fiscal debían resolver si debía pagarse.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,

1er. Vocal.

F. J. RUCAVADO,

Secretario.

SESIÓN extraordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, celebrada el veintisiete de setiembre de mil ochocientos noventa y nueve, con asistencia de los Doctores Soto, Rojas, F. J. Rucavado, Zumbado, Jiménez y Arrea. Asistieron además los Doctores Steggall, Toledo y Echeverría.

Art. I.—Se leyó, aprobó y firmó el acta anterior.

Art. II.—Habiendo hecho presente el Doctor Toledo que durante estos dos últimos meses se habían presentado varios casos de difteria sin haberse dado cuenta ni á la Facultad ni al Inspector General de Higiene, se acordó:

1º) Amonestar á los señores médicos que hubieren faltado al cumplimiento del artículo 77 del Reglamento de la Facultad, publicado ya repetidas veces en *La Gaceta* oficial; y

2º) Publicar de nuevo por tres veces dicho artículo 77.

Art. III.—Para cumplir el acuerdo primero del artículo anterior, se acordó comisionar al señor Secretario para que averigüe quienes han sido los médicos que han infringido la ley.

Art. IV.—La Facultad, tomando en cuenta el caso de fiebre amarilla ocurrido en el lugar llamado *Las Lapas*, en uno de los campamentos de los trabajadores de la Compañía del Ferrocarril al Pacífico, acordó dirigirse al Supremo Gobierno, excitándole á exigir, si es posible, de dicha Compañía, que tenga en la línea el número de médicos necesarios para la asistencia de los trabajadores.

Art. V.—Leída la nota que con fecha 26 de los corrientes dirigió á esta Corporación el señor Ministro de Policía, se acordó transcribir al señor Ministro las disposiciones siguientes:

1º)—No admitir en los puertos de la República las embarcaciones procedentes de puertos infestados, para lo cual se exigirá de los Ministros ó Agentes Diplomáticos inmediato aviso de los lugares donde se haya desarrollado la peste;

2º)—Ponerse en relación directa con el *United States Marine Hospital Service*, para estar al tanto de las medidas tomadas en ese centro;

3º)—Considera la Facultad de necesaria urgencia pedir los aparatos más modernos de desinfección para el uso de los dos puertos y de las cuatro poblaciones del interior;

4º)—También debe organizarse un buen servicio de cuarentena, para el cual la Facultad se permite indicar al Gobierno como lugares aparentes la isla de la Uvita en el Atlántico y la isla del Cedro en el Pacífico;

5º)—Aconseja la Facultad que se haga un reglamento moderno de cuarentena, y recomienda, con tal objeto, las medidas adoptadas por la Convención de Venecia.

Art. VI.—Se nombró á los Doctores Rojas, F. J. Rucavado y Echeverría para que hagan un estudio sobre la peste bubónica.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
ter Vocal

F. J. RUCAVADO,
Secretario

ANEXOS

A los Doctores Echeverría, Pinto y Calderón, miembros de la Comisión encargada de estudiar el proyecto de saneamiento del Asilo Chapuí

Señores:

Pte.

Con fecha 22 de julio próximo pasado tuve el honor de que la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia me designara en compañía de los ilustrados Doctores Durán, Bonnefil y Giustiniani, con el fin de investigar "los casos de *beriberi* existentes ó que se desarrollen en el país y dictar las medidas profilácticas para evitar el desarrollo de una epidemia de esta enfermedad."

Al siguiente día de recibida la nota, en unión del Doctor Bonnefil, fuimos al Asilo Chapuí, como punto de partida de nuestras investigaciones. Allí los Doctores Bansen y Prestinary nos dieron espontáneamente multitud de datos y respondieron bondadosamente á las variadas preguntas que les hicimos conducentes al fin que nos proponíamos.

Visitamos el establecimiento en toda su extensión é inquirimos sus pormenores; vimos los asilados hombres y con especialidad la enfermería en donde se encontraban tres enfermos sospechados de *beriberi*. En uno de estos se habían descubierto anquilostomas y los otros presentaron los caracteres de la caquexia común á muchas enfermedades.

Al segundo día fui en asocio de los Doctores Bansen, Prestinary, Bonnefil y Guiustiniani al Hospicio de Incurables, al cual habían sido trasladados los presuntos *beribéricos*. Vimos tres ó cuatro convalecientes, pero los síntomas que presentaron no autorizaban para un diagnóstico seguro.

En mi clientela particular he hallado dos casos sospechosos, que estudié en asocio del Doctor Bonnefil y nos convecimos de que se trataba en el uno de *paludismo* y en el otro de una lesión *cardíaca* (estrechez mitral). Con el Doctor Pinto ví un enfermo en el Hospital de Caridad, en el cual encontramos signos claros de *paludismo* crónico.

No rechazo en absoluto la posibilidad de la existencia del beriberi en Costa Rica, pudiendo haber sido esta enfermedad la que sufrieron los asilados del Chapul, y más todavía si se tiene en cuenta el diagnóstico para mí muy valioso del Doctor Durán; pero á juzgar por el estado en que se hallaban los enfermos cuando los vimos, ningún diagnóstico preciso podía hacerse.

Para nuestro descargo es justo hacer notar que la Comisión primera, aunque animada de la mejor voluntad, no pudo llenar su cometido en todo el radio de la República, porque necesitaba para ello tiempo y atribuciones especiales de la Facultad.

No quiero que pasen inadvertidas algunas observaciones que hice en el Chapul y que estoy seguro fueron también notadas por mis honorables colegas: unas relativas á los enfermos y otras al edificio mismo. En efecto, los enfermos presentaban un aspecto general de color, acentuadamente pálido, que deja mucho que desear, y el hecho, que es cardinal por excelencia, de que casi en absoluto hayan sido solo las mujeres las enfermas. De esta simple consideración puede quizá derivarse una conclusión útil para la sanidad del establecimiento.

El edificio está formado de dos departamentos iguales y que solo difieren por la situación del terreno en que están levantados. Llama la atención la humedad de sus patios que no son suficientemente asoleados, y como ellos son el lugar de permanencia casi continua de los enfermos, bien puede ser ella una de las causas predisponentes al síndrome que se estudia.

De la situación de los departamentos se deduce satisfactoriamente el hecho anotado atrás, de ser las mujeres las preferentemente afectadas por la enfermedad, á causa de hallarse en inferiores condiciones higiénicas. Debe ser este un gran factor, sinó el principal, puesto que todos están sometidos al mismo régimen general de dormitorios y alimentación y es indiscutible que la vecindad del Hospital principalmente, de la cárcel por otra, y del arroyo que corre al S. O. á poca distancia, son circunstancias que deben tenerse en cuenta para la profilaxis.

Insisto en que es un hecho importante el de haber sido en el tramo central de departamento de mujeres, que tiene al frente el anfiteatro del Hospital, en donde se presentó con mayor intensidad y en mayor número la afección.

De todo lo anterior parecen deducirse sin esfuerzo, indicaciones útiles para la sanidad del Asilo. El drenaje que ha de construirse para el desagüe conveniente del Hospital y de la Cárcel, y el del Asilo mismo, disminuirá en gran parte la humedad del edificio y al lado de la canalización del arroyo citado, parece natural la construcción de un nuevo alto que divida completamente el Asilo del Hospital, y como medida no menos útil debieran enlosarse los patios.

El cambio rápido, manifiestamente benéfico, operado en los enfermos trasladados al Hospicio de Incurables, parece hablar claro respecto á estas medidas, pues en rigor ningún cambio de alimentación y régimen han sufrido; aparece simplemente haber obrado los elementos de sequedad relativa y aire libre en que aventaja este establecimiento al de Chapul.

Hay otras pequeñas indicaciones que pudieran hacerse, como cambiar ó modificar los asientos de piedra en el sentido de hacerlos menos fríos, de que se quejan los enfermos; quizá sería conveniente el uso de chimeneas especialmente en el invierno. Y del fuero de un Reglamento muy meditado para el Asilo serían los pormenores de vestido, ración de sal etc., que neutralizarían en parte y harían más resistentes los asilados á las influencias morbosas.

Con el objeto de cumplir con la Facultad y manifestar mi acatamiento á sus varias notas, me he tomado la libertad de hacer esta exposición por si algún dato útil puede suministrar.

Aunque para proceder en consonancia con la mente de las notas, las medidas

de sanidad que se tomen deben tener por fundamento un diagnóstico preciso del síndrome que las motiva, parecen en todo caso, según mi humilde opinión, útiles las mejoras indicadas, ya se trate de beriberi ó de cualquiera otra enfermedad.

Apenas comunico á mis colegas las impresiones recibidas á la ligera y juicios formados de la misma manera, que solo muestran mi buena voluntad.

San José, 24 de agosto de 1899.

EDUARDO URIBE R.

San José, 24 de agosto de 1899

Señor Secretario de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Nombrados por la Facultad para dictaminar sobre el proyecto de saneamiento del Asilo Chapuí, hemos hecho el estudio del plano y de la exposición que lo acompaña; pero necesitando aclarar por nosotros mismos ciertos puntos oscuros, nos presentamos en el Asilo, en donde el asistente mayor nos manifestó que, en ausencia del Director del establecimiento y sin su permiso, no podía dejarnos entrar. Le pedimos entonces que le hablara por teléfono, lo que no quiso hacer, por tener prohibición absoluta del Doctor Bansen de usar de dicho aparato, y nos dijo que nos presentásemos al día siguiente de ocho y media á nueve y media de la mañana. Nosotros encontramos inadecuada esta hora, tanto por la premura del tiempo, como por nuestros quehaceres particulares.

Tratándose de un asunto de tanta importancia, y siéndonos absolutamente precisos, para su mejor resolución, algunos datos que, por las circunstancias arriba apuntadas, no pudimos obtener, nos vemos en la penosa obligación de no presentar hoy nuestro dictamen.

Quedando gustosos á la disposición de la Facultad, nos suscribimos de V., señor Secretario, attos. y seguros servidores,

EDUARDO J. PINTO

RAFAEL CALDERÓN MUÑOZ

Informe sobre el beriberi presentado á la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, por los infrascritos nombrados en Comisión para este efecto.

Desde hace algunos años, casos aislados de beriberi habían sido observado^s por el Doctor Calnek en el Hospital de esta ciudad y por el Doctor Bonnell en Puntarenas. Algunos casos habrán sido sospechados por el Doctor Durán, pero no confirmados.

La epidemia que últimamente se presentó en el Asilo Chapuí, descrita detalladamente en el trabajo leído ante la Academia de Medicina por el Doctor Durán y publicado en la Gaceta Médica, llamó la atención acerca de esta enfermedad y despertó la sospecha de si ella había existido entre nosotros de tiempo atrás sin haberla diagnosticado.

Esta sospecha ha sido comprobada por recuerdos de varios médicos, de casos dudosos, de neuritis periférica con edema y dolor, evidentemente constituyendo los síntomas de beriberi; por casos observados últimamente fuera del Asilo Chapuí por los Doctores Boria, Soto, Núñez y Jiménez aisladamente; y por un caso cuyos síntomas datan de más de dos años, visto en diferentes épocas por cuatro médicos sin haber hecho diagnóstico y no fué sino después de que la epidemia del Asilo llamó la atención, que el último médico que visitó la paciente lo fijó, el cual fué confirmado en consulta con un colega suyo.

Demostrada la existencia de casos aislados, esporádicos, de beriberi en la provincia de San José desde hace algún tiempo, y dado que á pesar de ello la enfermedad no ha tomado las proporciones de una epidemia, es nuestra opinión que no debe

temerse su desarrollo en esta forma, y fuera de las medidas generales de saneamiento de los lugares bajos y húmedos y de higiene general que la Facultad debe siempre recomendar, no hay más que hacer sobre esta materia.

Lo que se ha observado en el Asilo Chapuí en el corto tiempo trascurrido de mayo á julio últimos, sobre todo en el departamento de mujeres, habla muy claramente de los efectos desastrosos del beriberi maligno, atacando en unas enfermas el sistema nervioso general, produciendo gran postración, dolor de cuerpo y fiebre, lo que hizo suponer que la enfermedad de que se trataba era influenza aguda. En otras la neuritis escogió principalmente los nervios del corazón, produciendo astenia cardíaca, angustia respiratoria ó muerte repentina, debida á parálisis del corazón. En otras, los nervios gastro-intestinales fueron probablemente los que más sufrieron, pues los síntomas de gastro-enteritis aguda observados en vida y confirmados por la autopsia lo demostraron á la evidencia.

La epidemia desapareció desde que las dementes que ocupaban la parte más infectada del Asilo fueron trasladadas á otro lugar donde han mejorado casi por completo del beriberi, como era de esperarse por ser lo que siempre sucede con enfermos de esta dolencia al ser trasportados á un lugar no infectado y de mejores condiciones higiénicas.

Pero ¿qué va á suceder el día que se trasladen las insanas del Hospicio de Incurables al Asilo Chapuí? Correr el mismo peligro por que pasaron: exponerse á morir como sus co-asiladas.

Ya que no es posible, sin gastar grandes sumas de dinero, modificar las construcciones existentes, ni cambiar por ahora la destinación del Asilo, ni escoger otro sitio de buenas condiciones, no queda más recurso que á la mayor brevedad y por el bien del Hospital de San Juan de Dios también, poner en práctica las medidas aconsejadas por la comisión técnica compuesta de médicos é ingenieros á quienes la Junta de Caridad encargó para que estudiase, como ya lo ha hecho, la mejor manera de resolver la dificultad.

El trabajo de esa comisión está desde hace tiempo en manos de la Facultad; y por eso no necesitamos entrar en detalles sobre las malas condiciones higiénicas del terreno sobre que está construido el Asilo y su vecindad de la Cárcel, Hospital y quebrada del Antisco, condiciones que evidentemente causaron la malignidad de la epidemia en el Asilo, ni sobre las medidas que deban tomarse para remediarlas.

San José, 11 de setiembre de 1899.

CARLOS DURÁN

M. BONNEFIL

ACADEMIA DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

FIBROMA CEREBRAL EN UN NIÑO DE 7 AÑOS

*Trabajo leído ante la Academia de Medicina y Ciencias Naturales
el día 1º de setiembre de 1899, por el*

Doctor Gerardo Jiménez

Señores: El tema que he escogido para mi conferencia de esta noche es un caso de tumor cerebral que tuve oportunidad de observar, hace poco tiempo, en el servicio de Cirugía del Hospital de San Juan de Dios.

Victor Carballo, de edad de 7 años y natural de San José, fué admitido en el Hospital, el 21 de junio próximo pasado, por no serle posible caminar, pues tenía el brazo izquierdo rígido y contraído, y le sobrevinían con frecuencia movimientos coreicos de la pierna y brazo derechos.

No hay antecedentes de tuberculosis ni de sífilis en la familia, y pa-

rece haber gozado de buena salud, hasta hace un año que padeció de tifoidea. Dos meses después de haber convalidado de esta enfermedad, empezó á notar la madre que dejaba caer los objetos que cogia con la mano izquierda y que cojeaba de la pierna del mismo lado por mantenerla algo rígida cuando caminaba. Al mismo tiempo le sobrevinieron calenturas de carácter palúdico, puesto que le daban de día por medio, con dolor agudo de cabeza durante el acceso y que se le extendía por todo el craneo. Poco tiempo después el dolor de cabeza le atacaba aun en los días de apirexia, volviéndose casi continuo, é impidiéndole dormir, y entonces arrojaba con frecuencia, sin que su vómito pudiera relacionarse en manera alguna con los alimentos ingeridos. Cuando se aliviaba del dolor de cabeza, permanecía en un estado de sopor y se notaba torpeza en sus facultades intelectuales. También se observaron algunos cambios en los miembros debilitados. La pierna izquierda se volvía cada día más rígida y el brazo del mismo lado empezó á mostrar movimientos coreicos. Tiraba la mano hacia atrás, dice la madre, como si tratara de coger algo en la espalda. Luego se inmovilizó por algún tiempo este brazo, sin que estuviera por completo paralizado, y caminaba y se mantenía de pie con alguna dificultad. Finalmente, la víspera de Corpus, le sobrevino el primer ataque convulsivo, que fué precedido, dos días antes, por movimientos de la cabeza hacia la derecha. Las convulsiones fueron generales y le siguieron repitiendo á menudo, hasta dos días antes de ingresar en el Hospital. Los movimientos coreicos del lado derecho se observaron por primera vez en él después del primer ataque convulsivo.

Estado al ingresar al Hospital.—El niño está relativamente bien desarrollado para su edad, pero está algo emaciado. Su expresión es vaga y ansiosa; sus facultades mentales son buenas, pues responde bien á lo que se le pregunta, recuerda los hechos pasados y parece ser un niño inteligente.

Examen de los miembros del lado izquierdo.—El brazo está contraído y rígido, algo atrofiado y puede moverlo un poco, pero no le es posible levantarlo de manera que forme un ángulo recto con el tronco. Los dedos de la mano en estado de flexión, y no los puede extender, pero no hay verdadera parálisis. Hay exageración del reflejo patelar, tiene abolido el reflejo plantar y no se obtiene clonus. También se observa rigidez en la pierna, pero es menos marcada que la del brazo, y puede levantarla con facilidad, pero tiene menos fuerza y se siente más fría que la pierna derecha. La sensación no está disminuida.

Lado derecho.—El brazo y la pierna presentan movimientos coreicos de poca magnitud. Hay exageración del reflejo plantar, pero no se obtiene clonus.

Ojo derecho.—El Doctor Arrea observó lo siguiente: edema del disco; sus límites son confusos; está oscuro el nacimiento de los vasos, sobre todo los superiores, que parecen nacer más allá del borde. Coloración blanquecina, circular difusa que rodea el disco. Venas algo tortuosas y un poco dilatadas.

Ojo izquierdo.—Edema del disco; límites borrosos; nacimiento de los vasos algo oscurecido; color más claro en el borde, formando un círculo algo blanquecino al rededor del disco. Por lo demás, normal.

Pupilas.—Iguales en ambos lados y reaccionan á la luz con lentitud, pero después de algún tiempo de estar bajo la acción de ésta se dilatan predominando la parálisis del óculo-motor. Se mantienen dilatados durante el sueño. Reaccionan á la acomodación, también con lentitud.

Hay disminución marcada en ambos ojos, pero puede contar los dedos de la mano á regular distancia. Duerme con los ojos entreabiertos, pe-

ro no hay parálisis del orbicular, porque puede cerrar bien los ojos cuando está despierto. Hay conjuntivitis é irritación de la cornea.

Pulmones, normales; *Corazón*, normal; pulso, 140; *Orina*, normal; Heces, muestran huevos de ascárides lumbricoides y de tricocéfalo. Tiene la lengua limpia y está blando de estómago. No ha llegado á estar constipado durante la enfermedad. No se ha quejado de dolor de cabeza, ni ha vuelto á arrojar desde hace dos días.

Estuvo en el Hospital desde el 21 de junio hasta el 9 de julio, día en que murió. El resumen de las observaciones hechas en esos días, es el siguiente: se le trató primeramente con yoduro de potasio á altas dosis (20 granos 3 veces al día) é inyecciones de bicloruro de mercurio en la región glútea, á la dosis de $1\frac{1}{16}$ de grano, tres veces al día. El tratamiento antisifilítico no dió resultado, y como se observaba que la calentura le atacaba de día de por medio, se le prescribió, el 1º de julio, 6 granos de clorhidrato de quinina para tomar mañana y tarde. El 3 de julio, como puede verse por la curva termométrica adjunta, tuvo un ascenso de temperatura á 38°C. Estuvo apirético el 4, 5 y 6 de julio; el 7 tuvo un grado de calentura; el 8 estuvo apirético, y el 9 ascendió en pocas horas á 41°C. y murió. Se observó que eran más pronunciados los movimientos coréicos durante el acceso de calentura, permaneciendo todo ese tiempo en un estado comatoso. En los intervalos de apirexia, sus facultades mentales eran brillantes y comía con buen apetito.

El pulso fué siempre rápido, fluctuando entre 100 y 140, y no sufrió ni de dolor de cabeza, ni de vómito, durante su estada en el Hospital.

Esta es, señores, la historia del caso, que presenta á nuestro estudio varios puntos de interés especial, y de cuya observación obtenemos los siguientes datos, á saber: antes de su ingreso al Hospital tuvo *dolor de cabeza agudo* que le impedía dormir; *vómito* no relacionado con la ingestión de los alimentos, *debilidad progresiva de la pierna y brazo izquierdos* y ataques de *convulsiones* fuertes.

Las observaciones del Hospital añaden, *degeneración descendente* de las fibras motoras procedente del hemisferio derecho, manifestada por el espasmo, rigidez y atrofia de los músculos del brazo izquierdo, y por el espasmo, rigidez y exageración del reflejo patelar de la pierna del mismo lado. También observamos síntomas que nos indican irritación de las áreas motoras del hemisferio izquierdo del cerebro, tales son los *movimientos coréicos* de la pierna y brazo derechos, los cuales son de reciente aparición. Además hay *doble neuritis óptica* y *alteración de la reacción de las pupilas*, cuando éstas están tanto bajo la influencia de la luz como bajo la de la acomodación. Desde luego podemos hacer el diagnóstico de tumor cerebral, porque si bien es cierto que éstos síntomas tan solo indican presión intracraneal, es cierto también que no tenemos en este caso historia de traumatismo, ni de otorrea, ni de empiema, ni de ninguna otra causa de infección purulenta que pudiera hacernos sospechar la presencia de un absceso cerebral. Por otra parte, su desarrollo gradual y de larga duración, y su temperatura puramente palúdica, ponen fuera de cuestión la inflamación aguda de las meninges. Paso ahora á estudiar estos síntomas en detalle, y para clasificarlos seguiré el método clásico de dividirlos en 3 grupos:

1º—Los que dependen de la mera presencia de un cuerpo extraño dentro de la cavidad del cráneo, y que son producidos por el aumento de presión intracraneal. Entran como factores en la producción de este aumento de presión, el crecimiento del tumor y la dilatación de los ventrículos por la presión ejercida sobre las venas de Galeno.

2º.—Síntomas producidos por la posición especial que el tumor ocupa, ó sean los síntomas de localización.

3º.—Los que dependen de la naturaleza misma del tumor.

Primer grupo.—Entre éstos síntomas debo mencionar ante todo:

1º.—*Dolor de cabeza.* Reconoce por causa el aumento de presión intracraneal, la cual ejerce su influencia sobre las meninges, comprimiéndolas contra el hueso, dando esto por resultado la compresión de las ramificaciones del 5º par, y demás nervios que inervan las meninges. Es un síntoma que siempre se observa en algún período de la historia de los tumores cerebrales. Digo en algún período, porque en nuestro caso no se observó en los últimos 20 días de la vida del paciente. A veces es paroxísmico, pero pronto pasa á ser continuo como el dolor de cabeza de nuestro enfermito. Cuando le principió, le daba de día por medio, coincidiendo con los ataques palúdicos, y después se observó aun en los días de apirexia. La desaparición del dolor de cabeza se explica por la disminución de la presión intracraneal, como consecuencia del adelgazamiento y atrofia de la masa cerebral, situada entre el tumor y el cráneo, lo que se confirma por el hecho de no haberse observado tampoco, en sus últimos días, otros síntomas que revelan el aumento de la presión intracraneana, tales son, el vómito y el pulso lento. Otro distintivo de estos dolores de cabeza es el mantener despierto de noche al paciente. Es de suma importancia, porque se puede decir, por regla general, que todo dolor de cabeza que presente este carácter no es un dolor funcional. ¿Cuál es su localización? No existe, con excepción de casos muy limitados, porque la presión se ejerce uniformemente por toda la cavidad craneal; de aquí el que el dolor de cabeza sea también difuso como en nuestro paciente. Solamente en aquellos casos en que el tumor comprime directamente una parte limitada de las meninges, como cuando existe una goma en la corteza cerebral, está localizado sobre el tumor mismo, y aun puede haber dolor á la compresión externa. También los tumores cerebelares presentan á menudo el dolor en la región occipital, debido á que el tentorium hace que la presión se ejerza con mayor intensidad sobre la fosa posterior. Vemos, pues, que solamente en casos limitados, el dolor de cabeza tiene valor como síntoma de localización. Para concluir el estudio de este síntoma, debo llamar la atención acerca de los errores de refracción, sobre todo la hipermetropía, que va acompañada de dolor de cabeza y disminución de la visión, y no porque crea que ninguno de nosotros pueda confundir un tumor cerebral con un caso de hipermetropía, sino por la facilidad de que pase sin notarse este error de refracción, que es una causa frecuente de los dolores de cabeza que á menudo observamos en nuestros consultorios.

2º.—*Neuritis Óptica.* La causa más frecuente de neuritis óptica son los tumores cerebrales. Después de ésta, en orden de frecuencia, viene la meningitis. Es tan constante este síntoma, que puede decirse que su presencia, cuando no hay otra causa que la explique, debe hacernos pensar en tumor cerebral, pues son sumamente raros los casos de neuritis primaria. Nada nos dice la neuritis acerca del tamaño, localización y naturaleza del tumor, pero sí se ha observado que si la neuritis afecta un ojo solamente, está situada del lado opuesto al del tumor. En nuestro caso tuvimos una neuritis doble y más avanzada del ojo derecho, es decir, del lado en que principiaron los primeros síntomas cerebrales. Otro punto importante, es el de que no guarda relación el grado de neuritis óptica con la pérdida de la visión. Nuestro paciente tenía la vista disminuida, pero podía contar los dedos á una distancia regular, y se mencionan con frecuencia casos en que un paciente ve perfectamente bien, y sin embargo tiene ambos discos en un

principio de atrofia. Hemos notado un caso de esta naturaleza en un niño de 6 años, que estaba en el Hospital al mismo tiempo que el paciente de que me he ocupado. Fué admitido en el Hospital con el objeto de trepanarlo, por presentar síntomas de irritación cerebral, á consecuencia de una encefalitis aguda, que le sobrevino hace un año, después de haberse tomado, por instancias de su abuelo, medio vaso de aguardiente. El niño era inteligente y hablaba bien. Después de esta fiebre cerebral, quedó mudo é idiota, y con movimientos coréicos irregulares, que no permitían localizar la masa lesionada. Lo trepanamos y encontramos sobre las áreas motoras del lado derecho del cerebro, y extendiéndose hacia las circunvoluciones frontales, un gran depósito de linfa transparente, que parecia gelatina, pero consistente, situada entre la pia mater y el aracnoide. A este niño le encontró el Doctor Arrea principios de atrofia óptica en ambos ojos, y sin embargo distingue perfectamente los objetos. Pero lo general es que la visión disminuya paulatinamente hasta quedar ciegos, lo que también puede tener lugar de un modo repentino.

Teorías acerca de la Neuritis Óptica.—Hay grande oposición á las teorías que admiten la presión intracraneal como causa de las neuritis ópticas observadas en tumores cerebrales. Desde el punto de vista clinico, puede colocársele sin escrúpulo entre estos síntomas, porque si bien nos revelan la presencia de un tumor cerebral, nada nos dice acerca de su localización. Una de las teorías de la presión intracraneal explica las neuritis ópticas por la presión ejercida sobre el sinus cavernoso ó las venas oftálmicas; mas ha resultado ser errónea, porque la anastomosis entre las venas orbitales y faciales es tan abundante que la presión ejercida sobre el sinus cavernoso no puede jamás producir distensión de las venas orbitales. Schmidt Manz admite la presión intracraneal y explica las neuritis por la acumulación de serosidad en los espacios vaginales, lo que produce un extasis linfático en el tronco mismo del nervio óptico, al nivel de la lámina cribosa, cuyos espacios linfáticos están en comunicación con los espacios vaginales. El edema de la lámina cribosa produce la compresión de los vasos centrales. El efecto de esta compresión es más rápido é intenso sobre la vena que sobre la arteria; pero como la arteria lleva constantemente nueva cantidad de sangre, que no puede desaguar suficientemente la vena central, sobreviene el extasis venoso, y por consiguiente la tumefacción del nervio óptico. Tiene lugar una estrangulación al nivel del agujero de la esclerótica, lo cual produce el rápido desarrollo de un edema al nivel de la papila. Esta teoría también puede objetarse, por que si bien es cierto que la cubierta del nervio óptico, que se continúa con el espacio situado bajo la dura mater, se ha encontrado distendida, también se presentan muchas neuritis ópticas avanzadas, aun en casos de tumores cerebrales grandes, sin distensión alguna de la cubierta del nervio. Otra teoría es la que supone que el tumor actúa como un cuerpo extraño irritante dando origen á una verdadera neuritis á lo largo del nervio, la que desciende hasta llegar á la papila. Con respecto á esta teoría existe el hecho bien demostrado de que se observan á menudo, cuando se hacen secciones microscópicas del nervio, en casos de papilitis cerebrales, neuritis que pasarían sin notarse á la simple vista, por lo que, según esto, lo que ocurre es una meningitis microscópica que ataca el nervio, y así pueden explicarse aquellos casos excepcionales de tumores cerebrales con neuritis óptica de un lado. Hughlings Jackson la atribuye á un fenómeno reflejo vasomotor, producido por la irritación del tumor. Leber y otros creen que existe dentro de la cubierta un fluido que contiene una sustancia irritante. Wecker da una importancia preponderante á la infección, ya sea debida á microorganismos, ya á sus tóxicas.

Con respecto á la atrofia óptica consecutiva, no hay dificultad de diagnosticarla de la atrofia observada en otras enfermedades. La atrofia primaria puede presentarse en la ataxia locomotriz y en la acromegalia, y la secundaria á la neuritis, en varias enfermedades, entre ellas, la enfermedad de Bright, la endocarditis ulcerativa y las anemias, entre las que debo mencionar, con especialidad, la anquilostomiasis, por ser la más frecuente entre nosotros. El primer caso de anquilostomiasis, tratado y curado en Costa Rica, que fué diagnosticado por el Doctor Durán en el Hospital de San Juan de Dios, tiene atrofia óptica de ambos ojos. Nos llamó la atención el hecho de que á pesar de haber recobrado completamente el color, después del tratamiento por el timol, se quejaba de no ver distintamente é insistía por eso en decir que no estaba curado de su anemia, y recuerdo que se fué descontento del Hospital.

3º—*Vómito*. Es el síntoma más frecuente después del dolor de cabeza y de la neuritis óptica. Se caracteriza por no tener relación alguna con los alimentos ingeridos, ni va precedido de náusea y puede observarse con una lengua limpia. Acompaña á menudo á las convulsiones, cuando éstas ocurren. Se debe á la excitación del centro del vómito en el 4º ventrículo, producida por el aumento de la presión intracraneal. Cuando el tumor está situado en la fosa posterior, puede ser originado por la presión directa ejercida sobre la médula oblongata. En nuestro caso no se observó en los últimos días del paciente, por haber disminuído la presión intracraneal.

4º—*Pulso*. Los tumores cerebrales van acompañados de un pulso lento. Puede bajar hasta 40 pulsaciones por minuto, y se explica por el aumento de presión, que afecta el mecanismo cardíaco intracraneal. En nuestro paciente no fué lento, por haber desaparecido la presión intracraneal.

5º—*Convulsiones*. Son de gran valor para localizar la posición del tumor, cuando principia en músculos determinados de una parte de un órgano, por ejemplo, en el dedo pulgar ó en los dedos de los pies, extendiéndose de allí á los músculos adyacentes, sobre todo, si el curso que siguen es siempre el mismo y solo afectan uno ó dos miembros. Bien conocido es el éxito alcanzado por la Cirugía en el tratamiento de la epilepsia jacksoniana, en la cual puede determinarse con exactitud las áreas motoras irritadas, por la observación de la evolución local y marcha definida de las convulsiones. Pero cuando éstas son generales como en nuestro paciente, no nos sugiere nada acerca de la posición del tumor. Las convulsiones son debidas á la presión intracraneal actuando sobre las áreas motoras del cerebro. No las hubo, durante la permanencia del paciente en el Hospital, por la razón ya indicada.

6º—*Síntomas psíquicos*. La presión sobre las circunvoluciones frontales entorpece el entendimiento. En nuestro paciente hubo entorpecimiento en sus facultades, cuando sufrió del aumento de presión intracraneal. En el Hospital, sus facultades fueron brillantes, por haber ésta desaparecido.

7º—*Temperatura*. En algunos casos nos permite localizar el tumor, como por ejemplo, cuando está asociado con un tumor del puente de varolio; pero aparte de esto, de vez en cuando se observa, como en nuestro caso, una grande elevación de temperatura, antes de la muerte, por lo que es de gran valor, desde el punto de vista del pronóstico, porque nos indica que la escena está ya próxima á terminar. La explicación que se da de esta hiperpirexia es el agotamiento del mecanismo térmico cerebral. Estos son los síntomas que nos indican que nuestro paciente tiene un tumor cerebral. Paso ahora á mencionar aquellos que nos dan luz acerca de la localización del tumor.

2º grupo.—Desde luego podemos afirmar que el tumor principió á desarrollarse del lado derecho del cerebro, pues la historia nos dice que los primeros miembros afectados fueron los del lado izquierdo, y esto se confirma por la degeneración descendente marcada de este mismo lado y no del lado derecho, que observamos á su ingreso en el Hospital. Por otra parte, los movimientos coréicos de los miembros derechos nos indican que el tumor había principiado á invadir, ya fuera directa ó indirectamente, el hemisferio izquierdo. Mas todos estos síntomas no son sinó síntomas de compresión cerebral, que pueden ser producidos por un tumor que proceda de la corteza, ó por uno que tenga su origen en la base. Ni las convulsiones, ni los movimientos coréicos que tuvo el paciente, nos permiten localizar el tumor, y por otra parte la ausencia de ptosis y de estrabismo, junto con la reacción de las pupilas á la luz y á la acomodación, nos hacían desechar la idea de que el oculomotor estuviera complicado; de aquí el que pensáramos practicar una trepanación exploradora en las áreas motoras del hemisferio derecho, lo que habríamos llevado á cabo si no hubiera ocurrido la muerte del paciente.

3er. grupo.—*Naturaleza del tumor.* De una estadística del Hospital de Guy, Londres, tomo los siguientes datos sobre 100 casos de tumores cerebrales:

Tuberculosos	45
Gliomas	24
Sarcomas	10
Carcinomas	5
Glio-Sarcomas	2
Quistes	4
Gomas	5
Linfomas	1
Mixomas.....	1
Dadosos.....	3

Podemos excluir, en nuestro paciente, el carcinoma y el sarcoma, por no presentar manifestaciones cancerosas en ninguna parte del cuerpo. Por otra parte, no hay historia de sífilis, y la administración del yoduro de potasio no produjo resultados benéficos, por lo que podemos excluir una goma sífilítica. Ahora bien, de los 45 tumores tuberculosos, 24 ocurrieron en niños menores de diez años; y de las 24 gliomas, tan sólo 2 se presentaron en niños de esa edad. Vemos por consiguiente que el tumor de nuestro pacientito, que apenas cuenta 7 años de edad, es probable que sea de origen tuberculoso.

Autopsia.—En la autopsia se encontró un tumor, como del tamaño de una naranja pequeña, encapsulado y consistente, en la base del cerebro. Al crecer levantó el quiasma óptico é invadió la corona radiata del hemisferio derecho, aplastando las circunvoluciones de ese lado. Los ventrículos laterales se encontraron muy distendidos y llenos de líquido. Se extendía, por otra parte, del espacio perforado anterior al posterior, comprimiendo ambos crura por el lado interno, sobre todo el derecho que se veía muy degenerado. No se comprende por qué el 3er. par de nervios, no presenta más síntomas de parálisis, pues estaba muy invadido por el tumor, aunque no destruido del todo. No había inflamación de las meninges. Los exámenes microscópicos hechos en el Hospital y en el Instituto Nacional de Higiene, mostraron que la estructura del tumor era la de una fibroma. El caso es, pues, interesante por lo raro del tumor y por la reacción de las papilas.

POLIOMIELITIS AGUDA ANTERIOR

Trabajo leído ante la Academia de Medicina y Ciencias Naturales el 28 de julio de 1899, por el Doctor Marcos Zúñiga.

Varios otros nombres se han dado á esta afección, tales como:

Atrofia muscular progresiva

Parálisis atrófica aguda

Parálisis infantil

Mielitis de los cuernos anteriores.

Cuando aun se ignoraba la lesión que caracteriza esta enfermedad Rilliet y Barthez le dieron el nombre insustancial de *Parálisis esencial de los niños*.

Este nombre está cayendo en merecido desuso.

La Poliomyelitis aguda anterior es una afección febril cuya lesión recae sobre los cuernos anteriores de la sustancia gris de la médula espinal. La caracteriza una parálisis activa y extensa. Una parte de esta parálisis es pasajera; otra permanente y seguida de atrofia muscular, detención en el desarrollo del sistema óseo y deformidades consiguientes.

Su curso puede dividirse clínicamente en cuatro períodos:

I.—Invasión febril, parálisis rápida y progresiva. Duración desde pocas horas hasta pocos días;

II.—La enfermedad permanece estacionaria por muchas semanas;

III.—Período de mejoramiento, que dura hasta el fin del primer año;

IV.—Permanente deformidad por el resto de la vida.

Historia.—El primer autor que hizo una reseña clara y completa de la enfermedad fué Heine en el año de 1840. Esta reseña monográfica ha permanecido justamente célebre hasta nuestros días. Después vinieron los trabajos de Rilliet y Barthez, de Kennedy y sobre todo de Duchenn de Boulogne quien la estudió bajo el punto de vista clínico y con una precisión desconocida hasta entonces. La tesis de Laborde fué también una valiosa contribución. Las nociones anatómo-patológicas no fueron adquiridas sino más tarde, y gracias á los trabajos de Cornil (1863) y particularmente de Prévost y Vulpian (1865), de Lockhart Clark (1868), de Charcot y Joffroy (1870) pudo al fin llegarse á la conclusión de que la lesión esencial de la parálisis tenía por centro la sustancia gris de los cuernos anteriores.

Después vinieron los trabajos confirmativos de Parrot y Joffroy, de Leyden, de Schultze y sobre todo y particularmente de Roger y Damaschino.

Gracias á los progresos de la Patología General, estamos en

vísperas de un cambio completo de ideas sobre la naturaleza de esta enfermedad, como se deduce de lo que expondremos más adelante.

Etiología.—Esta enfermedad ocurre en todas las edades; pero es diez veces más frecuente en la primera década de la vida que en todo el resto de ella. Como el mayor número de casos se desarrolla durante el período de la dentición, se ha atribuido á ésta acción etiológica, sin ningún fundamento racional, no pasando de ser una mera coincidencia, como podría probarlo con casos ocurridos en mi práctica.

Su relación con las estaciones es muy marcada. Los extremos de frío ó de calor activan su desarrollo, especialmente cuando prevalecen enfermedades gastro-intestinales. El traumatismo se ha citado como causa. Nina Rodríguez cita un caso en que habiendo una persona recibido una herida con una lima en las vértebras lumbares, se le desarrolló una poliomielitis y murió 28 años después á consecuencia de la enfermedad. Gowers cita casos en que el excesivo trabajo ó el haberse sentado en parajes húmedos ha excitado la enfermedad. Ocurre á veces como complicación ó sequele de sarampión, escarlatina, fiebre tifoidea, pneumonía, difteria, etc.

Los síntomas todos de la poliomielitis sugieren poderosamente la idea de que es una enfermedad infecciosa, resultado de la acción de una toxina sobre el tejido de los cuernos anteriores de la sustancia gris.

Anatomía Patológica.—El estudio anatómico de la poliomielitis se ha hecho con suma dificultad, debido á que, siendo por regla general una enfermedad que no destruye la vida, pocos casos caen bajo la observación del patólogo. Los casos que generalmente se observan son de muchos años de duración y por consiguiente el examen post mortem poco revela acerca de la verdadera naturaleza de la enfermedad. Sin que deje esto de ser cierto hay ya, sin embargo, un número suficiente de casos recientemente estudiados, para poder dar una descripción satisfactoria del curso completo de la enfermedad. Al hacer el examen microscópico de un caso reciente se nota una coloración roja y profunda en el área de los cuernos anteriores y algunas veces inflamación. Generalmente el proceso es difuso, envolviendo la columna anterior en toda su extensión, pero especialmente los ensanchamientos cervical y lumbar. Raras veces se afecta la sustancia blanca. Si en una sección se hace el raspado se encontrará en éste: células redondas, células granulares, mielina, ganglios alterados y vasos sanguíneos. En preparaciones coloreadas se pueden hacer observaciones más minuciosas. Los cambios histológicos más marcados tienen lugar en los vasos sanguíneos, en las fibras nerviosas y en las células ganglionares. Los cambios más importantes son los que se verifican en los vasos sanguíneos. En toda el área afectada se ven éstos inyectados y en gran número y en sus paredes y alrededores muchísimos corpúsculos de la sangre y leucocitos. La infiltración de las células pequeñas se extiende de los vasos á los tejidos de una manera difusa. En sección transversal las dos arterias de la fisura anterior y la arteria central, se en-

cuentran, según Kadyi, inyectadas y rodeadas de células redondas con exudación abundante. Algunas veces se encuentran vasos sanguíneos obstruidos por trombos y grandes hemorragias ocurridas en su vecindad. En el área afectada las células ganglionares presentan todos los estados de degeneración. El protoplasma de la célula se enturbia, cambia su forma, su núcleo se disuelve y poco después no queda sino un residuo de célula sin forma alguna. En el curso sucesivo de la enfermedad los procesos que hemos descrito retroceden. En las partes menos afectadas los productos de inflamación y degeneración se reabsorben y el tejido nervioso vuelve á su estado normal. De este modo la enfermedad se confina á más y más estrechos límites, hasta que finalmente no quedan sino uno ó muy contados focos, bien definidos y circunscritos.—Microscópicamente muy poco se puede observar en estos casos antiguos. Si la afección es unilateral se observa (en una sección transversal) una contracción en el cuerno anterior afectado. Si es bilateral se nota una disminución muy marcada en el área del ensanchamiento lumbar. Sin embargo, los focos verdaderos y reales de la enfermedad sólo pueden ser reconocidos con examen microscópico en sección trasversal. Estos focos se sitúan principalmente en la sustancia gris de los cuernos anteriores; se encuentran afectados total ó parcialmente y en una forma muy irregular. Sus caracteres histológicos son exactamente los de una cicatriz.

Los filamentos nerviosos desaparecen casi totalmente y quedan solamente restos de las células ganglionares. Células en forma de araña se observan también. Vasos sanguíneos con paredes espesas situados por regla general en el foco céntrico de la enfermedad. En los casos antiguos la enfermedad no se limita á los cuernos anteriores. Las lesiones se extienden también sobre la sustancia blanca. Las columnas laterales participan del proceso de degeneración. La distribución de la enfermedad en las diferentes áreas de la cuerda puede verse en casos viejos. Es muy irregular variando mucho en cada caso. Las lesiones parecen tener preferencia por los ensanchamientos cervical y lumbar. Focos pequeños en la región dorsal pasan frecuentemente desapercibidos, especialmente cuando sus síntomas clínicos no se han manifestado. En todos los períodos de la atrofia se observan células polares; tejido conectivo reemplaza el tejido destruido. Los cuernos anteriores se encuentran á veces completamente destruidos. Los músculos pierden su estriación y sufren una rápida degeneración granular, hasta no quedar más que la grasa y los corpúsculos musculares contenidos en el sarcolema.

La inflamación no se extiende al cerebro. Los huesos se atrofian, apareciendo más pequeños, más suaves, más compactos y con sus inserciones musculares menos marcadas. Los huesos largos se acortan algunas pulgadas, parte debido á la atrofia y parte á la detención de crecimiento. Efectos posteriores son: las dislocaciones, distorciones y deformidades.

Patología.—El carácter agudo de la invasión, la corta duración de la fiebre, el eslabonamiento uniforme de los síntomas,

la parálisis inmediata, son suficientes datos para calificar este estado de cosas *una infección del sistema*. Agréguese á esto el dato que yo considero de más importancia: el haber ocurrido varios casos en una misma familia y lo que es más aún, el haber ocurrido recientemente verdaderas epidemias. Madison Taylor, Cordier, Medin, Leegar etc. citan epidemias de esta enfermedad. Aunque no está decidida la cuestión, la teoría infecciosa parece al presente la mejor hipótesis propuesta.

Henry Lami ha hecho un experimento interesante: produjo degeneración de la médula espinal por medio de una efusión de materia aséptica [semillas de licopodio] pasada á través de las arterias espinales anteriores. Los embolismos causaron infartos necróticos en la sustancia de la cuerda análogos á los producidos en otros órganos. Estaban situados principalmente en la sustancia gris.

Lami cree que el mecanismo de la mielitis infecciosa es la deposición, al través de canales arteriales, de materias infecciosas.

T. Buzzard y Lancet publican casos que fortalecen la teoría infecciosa. Hace dos años tuve oportunidad de observar en San Isidro de la Arenilla dos casos típicos de Poliomiélitis aguda anterior, desarrollados en dos niños de una misma familia simultáneamente.

Síntomas.—Como dije anteriormente tiene esta enfermedad cuatro períodos: 1º—Invasión; 2º—Período estacionario; 3º—de convalecencia; y 4º—de deformidad.

El primer síntoma característico es la parálisis. Sin ninguna provocación aparente se encuentra el paciente enfermo y con algo de fiebre. Esta fiebre inicial puede ser intensa, 39°, 40°. No sé si el Doctor Soto recordará un caso que vimos hace próximamente 4 años en el Paso de la Vaca, cuya temperatura era de 40°. Era un niño de 5 años de edad y paciente mío. Yo llamé al Doctor Soto en consulta, quien en vista del modo de invasión de la enfermedad, torpeza en los movimientos de la mano etc., opinó que muy probablemente se trataba de una parálisis infantil y me aconsejó observara escrupulosamente el caso. Su sospecha fué al día siguiente una realidad; pues apareció una parálisis bien marcada. Este caso, el primero que tuve en mi práctica en Costa Rica, fué un caso muy típico. Tuvo como secuela una contracción palmar derecha ó de Dupuytren.

Mejóro con aceite de bacalao, inyecciones de estricnina y aplicación local á la contracción, consistiendo en una simple tablilla recta.

El estado febril dura desde unas pocas horas hasta unos pocos días. No son raros los casos en que un niño se acuesta aparentemente bien y se despierta paralizado en la mañana siguiente. El estado febril va acompañado de vómito y diarrea, convulsiones de carácter general ó delirio con manifestaciones cerebrales difusas. La sensibilidad es normal en la mayor parte de los casos. Relajación de los esfínteres ocurre á veces. Este síntoma cuando es transitorio no tiene ninguna significación; pero cuando persiste, revela una lesión considerable de mal pronóstico. Después de unas semanas, se nota aun en los niños muy gordos una disminución en el volumen

muscular. Si los músculos se prueban con la corriente farádica, ó no responden del todo ó muestran una notable disminución de excitabilidad. Luego viene el período estacionario. Al comenzar el tercer período, el paciente mejora considerablemente, la parálisis desaparece, salvo en aquellas partes en que va á ser permanente.

Por varios meses sigue el mejoramiento; cumplidos seis meses poco ó ningún mejoramiento puede esperarse. Este nunca es completo y algunos grupos de músculos permanecen paralizados. Como excepción solamente se afecta á veces todo el cuerpo, en cuyo caso un resultado fatal es casi seguro. Por regla general sólo porciones del cuerpo se afectan y la tendencia es siempre á mejorar. Las dos extremidades abdominales ó una abdominal y una torácica pueden ser atacadas. En la mayor parte de los casos la parálisis se localiza en una de las extremidades abdominales. Cuando un brazo y una pierna se afectan, el brazo comienza á mejorar primero. En las extremidades abdominales los músculos que más frecuentemente permanecen afectados son: los extensores, el grupo peroneal y el cuadriceps extensor. En las extremidades superiores el deltoide es el que sufre con más frecuencia. También son atacados: el diafragma, los abdominales y los músculos de la espalda. La parálisis afecta el movimiento, pero no la sensibilidad. En algunos casos los músculos permanecen hipersensitivos por cierto tiempo.

La atrofia es uno de los síntomas más tempranos y característicos. Comienza á las pocas semanas y progresa rápidamente. La circulación mala. Las extremidades frías y cianóticas; aparecen úlceras dolorosas y de mal carácter. Los reflejos enteramente abolidos.

Algunos meses después aparecen las deformidades, debidas á la parálisis y cambios tróficos. En el pie y en su orden de frecuencia aparecen las siguientes deformidades: *pies equinovarus, calcaneo valgus, equinus, calcaneus y pies cavus*.

Las extremidades superiores muy raras veces se deforman. A veces se afecta el esterno cleido mastoideo produciendo torticollis; á veces la espina dorsal á consecuencia de la parálisis de los músculos erectores espinae ó á consecuencia del acortamiento de una pierna, produciendo escoliosis ó kifosis. Lordosis también ocurre.

Diagnóstico.—La poliomiélitis puede confundirse con las siguientes enfermedades: *meningitis cerebro-espinal, parálisis de los raquítics, parálisis distérica, enfermedad de Pott, parálisis cerebral, parálisis espinal debida á hematomielia, mielitis aguda transversa, parálisis radicular obstétrica, pseudo parálisis sifilítica, hemiplegia cerebral infantil, parálisis histerica etc.*

Voy á considerar brevemente y en el orden citado el diagnóstico diferencial de todas estas afecciones.

Diferencia con la meningitis cerebro espinal.—Al principio es imposible la distinción. En la meningitis cerebro espinal el paciente se siente muy mal, tiene alta temperatura, retracción de la cabeza y síntomas cerebrales.

Parálisis de los raquítics.—Al examinar esta parálisis cuidadosamente se descubre que no es verdadera parálisis. Síntomas de raquitismo presentes.

Parálisis diftérica.—Afecta los músculos del paladar. No es seguida de atrofia. Poliomieltis puede ocurrir como complicación ó sequela de la difteria.

Parálisis en la enfermedad de Pott.—En ésta hay dolor, reflejos exagerados, parálisis generalmente bilateral y sin atrofia marcada.

Parálisis cerebral.—Puede comenzar repentinamente y con convulsiones; pero la parálisis es hemipléjica y acompañada de parálisis facial. Reflejos exagerados, reacción eléctrica normal y la atrofia ni tan rápida, ni tan marcada. Las deformidades que siguen á las parálisis cerebrales son de caracter espásmico.

Parálisis espinal debida á hemorragia en la cuerda.—Esta parálisis es bilateral y completa en movimiento y sensibilidad. Decúbitus y complicación de la vejiga aparecen luego.

Parálisis en la mielitis aguda transversa.—Es muy rara en niños. Afecta ambas piernas y tanto el movimiento como la sensibilidad. Reacción eléctrica normal. Reflejos exagerados. Decúbitus y complicación vesical comienzan muy temprano en el curso de la enfermedad.

Parálisis radicales obstétricas.—Tienen localizaciones especiales. Afectan el deltoides, el subespinoso, el biceps y el braquial anterior; con frecuencia también el coraco-braquial y el supinador longus. Estas parálisis son benignas y desaparecen en pocos días.

Pseudo parálisis sifilitica.—Se sabe por los trabajos de Parrot, Troissier, Dreyfous, que se trata aquí no de una verdadera parálisis, sino de una impotencia causada por la desunión de la epífisis y diáfisis del hueso. Hay crepitación con tumefacción en dichos huesos. La historia de las dos enfermedades es muy diferente.

Hemiplegia cerebral infantil.—En ésta la parálisis es espasmódica; en la poliomieltis es flácida.

Atrofia muscular progresiva infantil conocida en Francia con el nombre de forma Charcot-Marie.—La invasión es más lenta, menos aguda y muy progresiva. El proceso atrófico del esqueleto tiene lugar en grado mucho menor.

Parálisis histérica.—Reflejos tendinosos ordinariamente buenos; reacciones eléctricas normales ó alteradas de un modo insignificante.

Pronóstico.—Puede deducirse fácilmente con las ideas hasta aquí apuntadas.

Tratamiento.—Es de tres clases a] Médico, b] Mecánico y c] Operativo.

Antes de la aparición de la parálisis no hay tratamiento posible; pues el diagnóstico no está hecho todavía. No está lejos el día, opinan los autores, en que el descubrimiento de una antitoxina neutralice los efectos desastrosos que ocasiona esta enfermedad. Las

indicaciones son tratar la enfermedad en su período inicial; es éste el único período en que tiene aplicación inmediata el tratamiento médico, porque hay fuertes razones para creer que es en este primer período donde echa sus raíces el mal futuro. Quietud es lo más importante. El paciente debe estar confinado en cama. Para la fiebre y el delirio, una mixtura febrífuga, conteniendo acónito, es lo mejor. Si hay convulsiones, cloral ó bromuro de sodio. Si las convulsiones son fuertes y persistentes, inhalaciones de éter. Si la fiebre es alta, háganse esfuerzos para aumentar la acción de la piel.— Los baños calientes con mostaza son muy recomendados. Dése un pequeño laxativo. Las aplicaciones locales á la espina, especialmente revulsivos, son muy indicados. Ventosas ó vejicatorios. Estas aplicaciones deben hacerse como aconseja Jules Simón, tan inmediatas como sea posible á las raíces de los nervios más afectados. Esto puede determinarse algunas veces examinando atentamente el miembro paralizado. Viene luego el tratamiento de la parálisis, que aunque empírico, está basado sobre una vasta experiencia. Pongo en primer término como agente terapéutico la electricidad, cuyo uso tiene una buena base racional: a) su efecto directo sobre los vasos sanguíneos puede promover un flujo mayor de sangre á la parte y así activar el proceso de nutrición; b) además su efecto estimulante sobre el protoplasma de los troncos nerviosos y de las fibras puede ser beneficioso; y c) finalmente su influencia moral y psíquica, dando esperanza de recobrar la salud, y los renovados esfuerzos del paciente, enviando impulsos voluntarios al través de los nervios afectados, es un modo de acción estrictamente fisiológico. La electricidad debe usarse hasta que los síntomas agudos hayan desaparecido. El masaje no sólo es útil sino indispensable.

Es preciso elegir una persona, la más inteligente de la casa del enfermo y enseñarle á frotar y amasar suavemente los músculos, evitando una fricción fuerte y grosera. Las piernas deben conservarse calientes, y para lograr este fin, envuélvanse en algodón. En el segundo y tercer período, tónicos y buena alimentación son necesarios. Aceite de bacalao interna y externamente (fricciones calientes) y estricnina en inyecciones hipodérmicas han producido en mis manos, en los casos que he tratado, los más halagüeños resultados. El método hipodérmico es el mejor, pero tiene el inconveniente de ser doloroso. Los fosfatos están indicados. La gimnasia y la calistenia deben ocupar un lugar preferente. Un aparato que obligue al paciente á usar el miembro paralizado es el mejor. Esto induce al paciente á efectuar impulsos volitivos al través del trayecto debilitado y sin uso, método natural que tiene muchas ventajas.

Debe recordarse que la poliomiélitis es la gran causa de patizambo. Tan luego como aparezca la tendencia á esta deformidad debe tratarse. Los mejores medios de combatirla son fajas elásticas apropiadas, tablillas, masaje, calistenia, gimnasia, etc., según el caso.

Antes de aplicar aparatos permanentes es necesario corregir la deformidad. Esto se consigue muy frecuentemente y en corto

tiempo por medio de presión continua en propia dirección. Si así no se consigue hay que pensar en operar, tanto en ésta como en todas las deformidades corregibles por medio de operación. Las tenotomías practicadas en casos de calcáneo-valgus en el tendón Aquiles, me han dado muy satisfactorios resultados.

No existiendo, por lo general, aun en las obras clásicas más completas descripciones "modernas" de la peste bubónica, los Doctores Rojas y Soto han creído hacer obra útil traduciendo expresamente para la *Gaceta Médica* el interesantísimo artículo del Doctor M. Netter, que insertamos á continuación, tomado de *La Prensa Médica* de París, números 69, 70 y 71 del presente año.

LA PESTE

Por M. Netter

*Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, miembro de la
Comisión consultiva de Higiene Pública de Francia.*

A principios del año 1895, con motivo de la epidemia de Hong-Kong y de los estudios bacteriológicos suscitados por ésta, hicimos una ligera reseña sobre los conocimientos que poseíamos en aquel entonces, relativos á la peste y su microbio (1).

El desarrollo con que en aquella época nos amenazó esta enfermedad, es deplorablemente hoy un hecho, y las nociones que sobre este azote tenemos son más completas.

China y particularmente Hong-Kong, Canton y la vecina isla de Formosa, han sido repetidas veces el punto de mira de las agresiones de la terrible enfermedad.

Desde el mes de agosto de 1896, la peste ha hecho, sin interrupción, progresos en la India; y de Bombay, como punto de partida, se ha esparcido en todas direcciones, invadiendo al mismo tiempo las costas hasta propagarse al golfo Pérsico.

Djeddad ha sido visitada varias veces, y de algunos meses á esta parte, siguiendo las costas meridionales del Mediterráneo, ha llegado hasta Alejandría. Desde el mes de julio ha sentado sus reales en Oporto, Portugal.

Anotemos también la invasión de Madagascar, de la isla de Mauricio y de la Reunión, de Africa portuguesa oriental y la aparición de una epidemia dichosamente detenida en Anzob, Turkestan.

Y mencionemos, en fin, el descubrimiento de dos nuevos focos, en donde la peste es endémica: En Asia, en la frontera Ruso-China, en los alrededores del lago Baikal (peste de los Sarbagans) y en África, cerca de los grandes lagos, en el Ouganda, regiones ambas llamadas á desempeñar un importantísimo papel en las relaciones comerciales del siglo futuro, desde luego que una se encuentra en el camino del ferrocarril transiberiano y otra en el del transafricano.

No se podría, pues, negar el interés de actualidad que tendría un nuevo estudio sobre la peste, si se ponen á contribución los numerosos trabajos á que ha dado lugar la epidemia de Bombay y que motivó la visita á esta po-

(1) *Semana Médica*, 16 de febrero de 1895. *La peste y su microbio* por M. Netter

blación, no solo de médicos ingleses, sino también de los médicos más competentes de todas las naciones, delegados oficialmente por los Gobiernos francés, alemán, austriaco, ruso y egipcio.

Nuestro propósito es ocuparnos sucesivamente de los tres puntos siguientes:

I *Parte clínica.* (Peste bubónica clásica. Formas septicémica, neumónica e intestinal. Diagnóstico. Estudio del bacilo. Peste atenuada, ambulatoria.)

II *Modo de propagación y profilaxis.* (Contagio directo y mediato ó por medio de los objetos. Intervención de las ratas y los parásitos. Reparación según las estaciones. Profilaxis).

III *Seroterapia y vacunación* (serums antipestosos de Yersin y de Lustig. Fluido vacuno de Haffkine.)

I. *Parte clínica.* Síntomas.—Marcha.—Diagnóstico.

A. *Peste bubónica clásica:* La peste se presenta en la generalidad de los casos bajo el aspecto de una enfermedad infecciosa maligna, caracterizada por una tumefacción dolorosa de los ganglios linfáticos, fiebre violenta y notable postración. (2)

Presenta un período de incubación que puede variar de treinta y seis horas á diez días, siendo por lo general menor de cinco días. Comúnmente este período de incubación no presenta ningún síntoma notable.

La enfermedad estalla bruscamente con un calofrío intenso, seguido de fiebre, con vómito, cefalea, fotofobia, dolor en el epigastrio y á veces también en la región renal, las piernas y los brazos. El enfermo se queja de sed. El termómetro sube rápidamente á 40° y más, llega á su maximum de 41° y hasta 41°5 en la tarde del segundo día. Generalmente hay una pequeña remisión matinal. Con frecuencia se observa un descenso de dos grados al segundo ó tercer día, seguido de un nuevo ascenso. Después de esta remisión, la temperatura sube sin llegar, por lo común, al maximum térmico de los primeros días. Además, á partir de este momento, la temperatura obedece á numerosas complicaciones (bubones, etc.)

El semblante del enfermo es pálido, los ojos están inyectados, sobre todo, cerca de los ángulos internos y externos; la inyección se debe á que los ojos se mantienen con los párpados constantemente entreabiertos.

Por la noche hay insomnios y con frecuencia delirio. El pulso es frecuente, fuerte al principio, no tarda en ser débil, deprimido, dicrótico y llega á no poderse contar. El aspecto de la lengua es característico: al principio es un poco gruesa, y se ven las depresiones correspondientes á los dientes, cubiertas de un ligero depósito blanquecino, con excepción de los bordes y la punta, que permanecen limpios. Más tarde la región dorsal de la lengua se seca, se cubre de un depósito amarillo ó gris, los bordes y la punta permaneciendo rojos. Generalmente hay estitiquéz.

En las tres cuartas partes de los casos hay bubones; y en la mitad de los enfermos, los bubones ocupan, en la región inguinal, el grupo de los ganglios verticales. Su presencia es manifiesta desde los primeros días, y se acompaña de dolores lancinantes. En algunos enfermos solo aparecen al segundo ó tercer día. Comúnmente se observa un ganglio más afectado, acompañado de otros menos inflamados; el volumen varía entre el de una nuez,

(2) Reproducimos casi textualmente el cuadro dado por Lyons en el *Report of the Bombay plague research committee*.

y el de una avellana; son sensibles. Cuando ocupan la región inguinal, el enfermo dobla instintivamente los muslos sobre el abdomen, con el fin de evitar la tensión. En los otros casos el bubón ocupa las axilas. En este caso el enfermo permanece acostado boca arriba, con los brazos apartados del tronco, completamente inmóvil. Raras veces el bubón ocupa la región submaxilar ó los ganglios superficiales del cuello.

La región ocupada por el ganglio inicial no deja de tener importancia, bajo el punto de vista del pronóstico. La gravedad es menor en los casos de bubón inguinal, mayor en los casos de bubón cervical. Esta particularidad, observada ya en la rabia y el tétanos, no debe sorprendernos: los ganglios ejercen una acción protectriz y el peligro será tanto menor cuanto mayor sea el número de éstos.

En regla general, el bubón inicial es único; excepcionalmente pueden presentarse desde un principio varios grupos ganglionares. Ulteriormente otros grupos son invadidos, siguiendo en general el trayecto de los linfáticos. Así es como la adenitis iliaca se agrega á la inflamación de los ganglios inguinales. La invasión de un nuevo grupo ganglionar se acompaña de una recrudescencia del estado febril.

En los casos rápidamente mortales, los ganglios permanecen duros y dolorosos. En los casos de mayor duración se produce en los ganglios y alrededor de éstos una exudación á veces intensa, que produce una tumefacción oscura ó negruzca, acompañada con frecuencia de edema del miembro correspondiente. En los ganglios en los cuales se produce esta exudación, cede generalmente el dolor. En algunos casos terminados por curación, se disuelve el tumor; pero, por regla general, la supuración sobreviene hacia el sétimo ú octavo día.

La piel se inflama superficialmente. Si se incide el bubón sale un pus amarillento ó sanioso. Con frecuencia la piel se escaclea y queda una úlcera indolente, cuyos bordes, prominentes é irregulares, presentan un fondo gris que permite ver uno ó más ganglios en vía de destrucción. Estas ulceraciones cicatrizan al cabo de algunas semanas, dejando estigmas vastos y profundos. En los casos en que la supuración no sobreviene, los ganglios permanecen indurados largo tiempo.

El sistema nervioso se afecta profundamente desde el principio. El enfermo acusa debilidad extrema; puede apenas andar y difícilmente se levanta de la cama; la sensibilidad táctil y la sensibilidad del dolor disminuyen. La inteligencia permanece intacta al principio; á veces el paciente parece indiferente ó entorpecido; la memoria es perezosa ó falta por completo y el enfermo no puede dar cuenta de su estado. En algunos casos la articulación de las palabras se efectúa lentamente, como en los ebrios, debido á la incoordinación de los músculos de la lengua. Más tarde sobreviene, á veces, afonía.

Las manos y los brazos tienen movimientos incoordinados; hay carfología y el semblante es atónico al final.

Gran número de enfermos presentan un delirio con alucinaciones semejante al delirio de los alcohólicos.

En los niños se observa con frecuencia convulsiones. En algunos pacientes el coma aparece desde el principio; en estos casos la muerte sobreviene en cuarenta y ocho y aun en veinticuatro horas.

La respiración es precipitada, ruidosa, con sensación de constricción. Desde temprano se perciben síntomas de congestión pulmonar en la base, seguida rápidamente de bronquitis, de edema ó de neumonía hipostática.

Los desórdenes del aparato digestivo se limitan frecuentemente á los

vómitos del período inicial; éstos persisten, á veces durante todo el curso de la enfermedad. Hay con frecuencia diarrea (seis ó siete asientos biliosos en las veinticuatro horas).

Si sobreviene, además, dolor en el epigastrio y meteorismo, el cuadro se asemeja, como lo ha visto Hojel, al de la fiebre continua, tanto más cuanto que el bazo es voluminoso y que se presentan petequias semejantes á las manchas rosadas lenticulares.

Del lado del aparato circulatorio se notan al principio latidos de las carótidas y choque precordial hacia la punta. La mano percibe una trepidación en la misma región; los ruidos cardiacos se perciben con menor intensidad: el primer ruido es más corto que en estado normal y el segundo ruido es tan sordo que el oído no lo distingue hacia la punta. Los ruidos de soplo son excepcionales. La sangre tomada en la yema del dedo, se cuagula lentamente. El trazado esfigmográfico y el examen del pulso revelan una gran disminución de la presión, indicio de debilidad del miocardio y unicrotismo muy pronunciado, que puede llegar hasta el anacrotismo, indicio de una parálisis de la pared arterial. Galeotti ha demostrado que estos efectos son debidos á la toxina producida por el bacilo pestoso.

Los orines disminuyen, son espesos, muy ácidos y de un color amarillo oscuro; en las tres cuartas partes de los casos contienen albúmina. La piel es ardiente y, si baja la temperatura, sobrevienen sudores. Generalmente, antes de la muerte, se presentan petequias en el abdomen. Algunas veces aparecen manchas rojas que pueden cubrirse de flictenulas que producen ulceraciones ó escaras: antrax pestoso.

La mortalidad en los indígenas es de 70 o/o; en los europeos de 32.³³ o/o, y en los mestizos de 42.⁴² o/o.

Cuando la muerte se aproxima, la respiración se apaga poco á poco, los ojos se hunden, el coma sobreviene y el paciente sucumbe rápidamente.

Algunas veces el termómetro acusa, poco ántes de la muerte 42°c. y continúa subiendo después de la muerte; pero, por lo común, ésta sobreviene en el calapso. En los casos favorables hay lisis del quinto al sétimo día; no es raro ver una terminación favorable efectuarse en forma de crisis, con sudores profusos y pulso sumamente débil;—en esta emergencia, el menor esfuerzo puede ocasionar un síncope mortal. Sobre 304 enfermos asistidos en el Hospital Parel, 22 convalecientes murieron repentinamente al incorporarse en la cama, ó al tratar de levantarse.

En los convalecientes, se puede observar afasia, parálisis de los miembros bajo forma paraplégica ó hemiplégica ó parálisis facial.

Debemos notar también que la peste se presenta bajo forma tan benigna que el paciente no necesita tomar cama. Estos casos son frecuentes en los niños de 10 á 12 años;—se percibe tumefacción ganglionar, con dolor y fiebre que no pasa de 39° ó 39°5c., y que sólo dura 2 ó 3 días. Los fenómenos nerviosos son poco intensos y el bubón desaparece sin supuración.

La enfermedad suele no durar sinó 3 ó 4 días y la convalecencia se efectúa en 8 ó 10 días.

B.—*Forma septicémica. Forma neumónica. Forma intestinal.*

Hemos dado detalladamente y casi al pie de la letra la descripción de Lyons sobre la peste bubónica clásica, la más comúnmente observada en Bombay y que comprende las 9 décimas partes de los casos;—pero al lado de esta forma clásica, debemos colocar otras dos formas: la *septicémica*, y la *neumónica*. En estas dos formas, no existe el infarto ganglionar, el microbio de la peste se encuentra en la sangre (forma septicémica) y en el pulmón (forma neumónica).

La forma *septicémica* estalla con violencia: la fiebre es muy intensa, el termómetro sube rápidamente á 41° ó á 42°; los fenómenos nerviosos son muy pronunciados desde el principio; la postración se extrema el 1er. día y el coma reemplaza en corto tiempo al delirio. El paciente muere en 24 horas ó en 2 ó 3 días, algunas veces más tarde. La diarrea y el timpanismo son frecuentes; ocurre con frecuencia retención de orina, la que puede ser acompañada de epistaxis, de hemorragias de la conjuntiva, de enterorragias ó hematurias.

Las primeras comunicaciones relativas á la peste de Hong-Kong, tanto las procedentes de los clínicos como las suministradas por los bacteriologistas, solo hacían mención de la peste con bubones. La idea de la infección por el tegumento externo, emitida ya por el médico genovés Gosse, durante la epidemia de Moree, gozaba de un favor general y se ponía en tela de duda la posibilidad de la infección por las vías pulmonar ó digestiva.

La peste de Bombay nos puso de manifiesto lo infundado de esta teoría: Childe no tardó en darnos á conocer la *forma neumónica*. Este autor observó el importantísimo hecho de que los casos de peste bubónica bien auténticos no daban explicación satisfactoria de la gran mortalidad ocurrida en Bombay; la estadística señalaba, por otra parte, un número muy crecido de defunciones, bajo la rúbrica de *fiebre remitente y afecciones de las vías respiratorias*; Childe entonces concibió sospechas y se le ocurrió que algunos de estos casos podrían atribuirse á la peste, y deliberadamente practicó la autopsia de individuos muertos en el Hospital y en quienes se había puesto el diagnóstico de fiebre, neumonía ó enfermedad aguda.

A fines de diciembre tuvo ocasión de observar á un indígena que presentaba síntomas de bronco-neumonía y esputos sanguinolentos. Al practicar la autopsia, Childe encontró pequeños nódulos de bronco-neumonía, los cuales, examinados al microscópio, contenían un sin número de bacilos de la peste. En el resto del tejido pulmonar, los bacilos se encontraron en menor número. Los cultivos decelaron su presencia en el bazo.

Este hecho no quedó aislado y en fecha 2 de abril de 1897, en su comunicación á la sociedad de Bombay, Childe relata doce casos de esta índole.

Nos parece interesante reproducir aquí la observación del caso de M. Mauser, víctima de esta forma de la peste: "Mauser gozaba de buena salud el 2 de enero. En la mañana de este día fué acometido de un fuerte calofrío seguido de fiebre; en el curso del día sobrevino cefalea intensa, náuseas, vómitos, dolores y tos. El termómetro subió á 39°7c. y el pulso á 116; la lengua permanecía limpia y húmeda, la piel normal. La noche la pasa mal. El 3 de enero su estado se empeora: 40°, 110 pulsaciones, 23 inspiraciones; por la tarde, dolor en la parte inferior de la región axilar izquierda, sin infarto ganglionar. Noche mala: 40°3c., 124 pulsaciones, 25 inspiraciones; la lengua está húmeda, algo sucia en la parte posterior. El enfermo principia á toser y espupa mucosidades sanguinolentas; el dolor axilar izquierdo persiste y se perciben en esta región rales crepitantes que hacen pensar en un principio de neumonía. Estos rales se notan también hacia adelante, bajo la clavícula izquierda. El resto del pulmón y los demás órganos parecen sanos. Sin embargo, la sintomatología no es la de la neumonía común: no hay aceleración de la respiración, ni disnea, el esputo no es herrumbrado ni adherente; es más bien, oscuro, más seroso que mucoso, apenas rosado. El estado general es más grave que lo que debía ser á este período y con un foco tan pequeño. Por estas razones Childe practicó el examen microscópico del esputo, encontrando bacilos que presentan el aspecto del bacilo de la peste. La cultura da lugar al desarrollo de colonias casi puras del bacilo pestoso.

Los días 4 y 5 el estado general empeora más y más. Expectoración abundante. El termómetro acusa 40°, el número de respiraciones llega á 35 y 45, el pulso á 120 y 135. Lengua seca. El enfermo muere el día 6, al quinto día. La enfermera asistente del paciente es víctima de la misma forma de peste y muere en menos de cuatro días.

La primera descripción de Childe no deja lugar á dudas. Desde entonces ha habido nuevas observaciones, las cuales, en diversas ocasiones, han sido confirmadas por la autopsia y el microscopio. Es evidente que la forma neumónica se debe á la penetración del bacilo por las vías respiratorias. Esta forma es singularmente peligrosa bajo el punto de vista del contagio. Los bacilos que abundan en los esputos infectan el aire y contaminan los objetos.

El caso de la enfermera del médico tratado por Childe no es un hecho aislado. Haremos mención únicamente del caso del Doctor Müller, de Veina, que fué atacado de neumonía pestosa mortal asistiendo á su asistente de laboratorio Barisch, también atacado de peste neumónica, contraída en el laboratorio. En el Doctor Müller la enfermedad duró menos de 3 días.

La duración de la neumonía pestosa es variable: generalmente de 3 á 5 días, se ha visto durar 9 y más días.

Es sumamente grave: en la relación de la epidemia de 1897 á 1898 se hace mención de 268 casos asistidos en los diferentes hospitales con 239 defunciones, sea el 89, 2 o/o de mortalidad.

En el Hospital de Arthur Road, dirigido por Mr. Choksey, hubo 88 enfermos y una sola curación.

El diagnóstico de la neumonía pestosa se hace por el examen bacteriológico el cual permite ver siempre numerosos bacilos de la peste, ya sea que éstos se encuentran aislados ya asociados al pneumococo ó al estreptococo.

Recordamos que el aspecto de los esputos es característico: rosados y no herrumbrosos, espumosos, acuosos y no viscosos, poco abundantes en general. Galeotti y Polverini, han observado, sin embargo, esputos neumónicos herrumbrosos típicos.

Si la forma neumónica de la peste no ha sido observada ni en Hong-Kong ni en China, en 1894, y si esta forma no ha sido mencionada en la mayor parte de las descripciones de la peste de Oriente y de Europa, no fué, por cierto, en la epidemia de Bombay donde se señaló por primera vez. Varias epidemias observadas en la India á principios del presente siglo, la peste de la isla de Kutsch y la de las regiones circunvecinas del Sindh y del Gujerat (1815-1821), de la Pali-1836-1838—en las regiones de Murirar y de Menal, la de las provincias de Gahrwal y de Kumacon en las faldas del Himalaya (desde 1823 hasta nuestros días) han presentado, como carácter principal, la frecuencia de manifestaciones pulmonares.—Todos los médicos señalan la frecuencia de la disnea, del dolor de costado y de los esputos sanguinolentos.

La peste negra que asoló el mundo entero de 1348 á 1350, partió de la India ó de la China y todos los autores contemporáneos están de acuerdo en señalar la frecuencia de las hemoptisis y de los desórdenes del aparato circulatorio: Cautacuzenio en Bizancio, Guy de Chauliac y de Vinario en Avigés, y los diversos historiadores italianos, alemanes, noruegos, polacos y rusos.

Ya hemos mencionado que ciertos médicos han creído poder oponer la peste negra á la peste oriental bubónica clásica, y ver en la pandemia de 1348 una incursión única de la peste india que hubiera tenido como foco original las regiones del Gahrwal y del Kumacon, donde la peste existe actualmente al estado endémico. Sería un argumento en favor de los que opinan que la peste de Bombay procede de importación terrestre, originaria de las faldas del Hi-

malaya, más bien que de importación marítima originaria de Hong-Kong.

No nos parece posible poder zanjar la cuestión, aunque personalmente somos partidarios de la primera de estas versiones, aceptada por los miembros de la misión alemana; mientras que Simond y Hankin admiten la importación marítima.

Conviene, sin embargo, señalar otras epidemias de peste en el curso de las cuales han sido observadas las manifestaciones pulmonares: las de las orillas del Volga (Wetlianka 1878) en la que se mencionan numerosas manifestaciones pulmonares, la observada por Arnaud en el Khorassan. Mr. Martignon ha puesto de manifiesto que en Mongolia, al Norte de China, la peste se presentó más de una vez, bajo la forma neumónica y por otra en la actual epidemia de Alejandría y Oporto, se han presentado algunos casos de esta misma forma.

Hojel admite la existencia de una *peste abdominal*, de la cual relata cinco casos: se trata de pacientes atacados repentinamente de calofríos, con fiebre, dolores abdominales y vómitos, con diarrea, timpanismo y dolor en la región lumbar. A la vez, se notan las demás manifestaciones de la peste. En varios de estos casos se ha notado, al cabo de algunos días, ligero infarto ganglionar. Solo algunos autores admiten la existencia de una peste gastro-intestinal en la cual el agente patógeno penetra por las vías digestivas. No es posible, sin embargo, negar su existencia y en su favor se pueden invocar las numerosas observaciones de Wilm quien ha encontrado el bacilo en el producto de la digestión de los apestados. Los casos de Galeotti y Polverini y una autopsia de Bombay, en la que se encontró una tumefacción considerable de un ganglio mesentérico, confirman esta opinión.

C Diagnóstico. Estudio Bacteriológico

El diagnóstico de la peste bubónica clásica es fácil. La invasión brusca con vómito, cefalea, insomnio, semblante sin expresión, inyección de los ojos, palabra enredada, postración suma, son todos síntomas que llaman la atención. Si á esto se agrega el aspecto de la lengua, la frecuencia y la debilidad del pulso, la sensibilidad y el infarto glanglionar, el cuadro es completo.

La forma septicémica es de más difícil diagnóstico y puede confundirse con la fiebre intermitente, con la fiebre recurrente, con el tifo, con el alcoholismo agudo y con la fiebre tifoidea.

En la fiebre intermitente, el estado algido es más prolongado, el semblante pálido y las uñas azuladas; en el estado de congestión, la postración menor, la fuerza muscular y la inteligencia conservadas.

La fiebre recurrente existía en Bombay durante la segunda invasión de la peste. Como en ésta, el principio es brusco, con vómito y frecuencia del pulso; pero hay menos postración, la cara está inyectada, pero no se nota estupor. La ictericia existe frecuentemente. En la sangre se encuentran espirilos.

La fiebre tifoidea no empieza con tanto aparato.

La forma neumónica presenta una gran analogía con la neumonía y contra la bronco-neumonía. Es interesante recordar con este motivo, que Müller, que tuvo ocasión de estudiar á fondo la peste de Bombay, no reconoció durante los tres primeros días la naturaleza de la enfermedad de su asistente del laboratorio Barisch y diagnosticó una neumonía gripal. El examen bacteriológico es por dicha muy fácil y suministra en poco tiempo los elementos para el diagnóstico.

Los esputos de la forma neumónica contienen siempre una gran cantidad de bacilos pestosos, con frecuencia en estado de pureza, á veces asociadas al pneumococo ó al estreptococo.

En las otras formas de la peste, las investigaciones bacteriológicas, si bien no son tan bien definidas, suministran sin embargo, importantísimos datos.

Las investigaciones en la forma bubónica clásica se dirigirán ante todo hacia la serosidad de la parte endurecida que se encuentra al redor del ganglio. Bastará practicar una punción con una jeringilla de Pravazy para retirar el jugo necesario para el examen microscópico y para las culturas. Un simple examen será suficiente, en general, para ver un gran número de bacilos característicos.

Los médicos alemanes, en estas circunstancias, han obtenido nueve resultados positivos, sobre once enfermos.

Galeotti y Polverini anduvieron aun con más suerte en 1898, pues vieron los bacilos en los 9 casos que sometieron á estudio.

Los resultados son tanto más favorables cuanto que la exploración se efectúa en una fecha más cercana del principio de la enfermedad. Cuando el bubón está más avanzado, los bacilos son menos virulentos, menos numerosos y acaban por desaparecer. Cuando el bubón supura, generalmente ya no se encuentra el bacilo el cual está reemplazado por los agentes acostumbrados de la supuración. De tal manera que sobre los nueve enfermos examinados por los médicos italianos y en quienes se obtuvieron, en un primer examen, bacilos números y virulentos, dieron, en un nuevo examen, el siguiente resultado:

1 vez los bacilos permanecieron muy virulentos (caso mortal.)

2 veces los bacilos perdieron toda su virulencia.

2 veces el jugo fué estéril.

El pus de quince bubones examinados por la misión alemana, mostró:

2 veces el bacilo de la peste.

5 veces estreptococos.

5 veces estafilococos

3 veces el pus fué estéril.

Los médicos italianos en los bubones supurados encontraron:

4 veces estafilococos.

2 veces pus estéril.

Según Kitasato, el bacilo de la peste se encuentra siempre en la sangre. Wilms, en Hong-Kong durante el año 1896, vió el bacilio veintinueve veces sobre treinta y cinco enfermos, sea el 83 o/o.

Los demás autores no han verificado esta constancia y el mismo Yersin considera la presencia del bacilo como no perteneciendo sino á los casos mortales y eso á una fecha cercana de la muerte.

El estudio del bacilo en la sangre suministra importantísimos datos para el diagnóstico en las formas septicémicas.

Como regla general, puede decirse que el bacilo se encuentre en la sangre en la $\frac{1}{3}$ parte más ó menos de los casos.

Los Médicos alemanes han encontrado el bacilo 43 veces sobre 124 enfermos, los austriacos 55 veces sobre 122, y los italianos 6 veces sobre 15.

En los casos graves, los bacilos son numerosos y se encuentran sucesivamente en cada examen. En los casos terminados por curación, son raros y su presencia efímera. Sin embargo, no sería posible sentar el pronóstico, sin reservas, con solo estos datos. Si bien es cierto que la mortalidad fué de 86 o/o en individuos cuya sangre contenía bacilos (misión alemana y

otras) también hay que tener en cuenta que Galeotti y Polverini lograron curar 3 enfermos sobre 6, cuya sangre contenía bacilos. Debemos agregar que los mismos médicos han tenido 5 defunciones sobre 9 enfermos cuya sangre no tenía bacilos.

Los exámenes bacteriológicos pueden hacerse en otros humores, pero por lo general los resultados son poco satisfactorios.

Sin embargo, Wilm ha encontrado el bacilo 38 veces sobre 45 exámenes de heces. Los Médicos alemanes no han confirmado estas experiencias; siempre han obtenido resultados negativos. En contra, Galeotti y Polverini, hacen mención de 4 observaciones en las cuales encontraron en las heces gran cantidad de bacilos. Sin embargo, no encontraron el bacilo de la peste en las materias vomitadas en las que Wilm pretende haberlas encontrado 18 veces sobre 20. El desacuerdo es aún más pronunciado tratándose de los orines: Wilm dice haber encontrado el bacilo 40 veces sobre 40 exámenes en los cuales la comisión alemana solo los encontró en dos enfermos en el período agónico. En la saliva, asegura Wilm haberlos encontrado 14 veces sobre 16, mientras que ningún otro observador ha comprobado estos hechos.

Se ha pretendido también que la aglutinación suministra datos útiles para el diagnóstico de la peste.

Los miembros de la comisión rusa, Wysookowicz y Zabolotny son los primeros en haber verificado el poder aglutinativo del suero de los animales inmunizados contra la peste, y demostrado que esta reacción puede observarse en el hombre.

Los médicos de la Comisión alemana han examinado 15 convalecientes bajo este punto de vista y reconocieron que la aglutinación existía en 11 de los casos examinados; sin embargo, sólo en 5 individuos el poder aglutinativo excedía de uno por 20. La reacción no está en relación con la gravedad del caso.

Estos señores llegan á la conclusión siguiente, que el Sero diagnóstico no tiene un valor absoluto. La ausencia de la aglutinación no prueba que el individuo no haya tenido la peste. Una reacción franca sí tiene un verdadero valor; los médicos alemanes no han encontrado aglutinación nunca en enfermos que no han tenido la peste.

Leumann ha hecho experimentos en mayor escala. Sus resultados son más satisfactorios todavía, pues encontró la aglutinación 39 veces sobre 40 casos; al quinto día de la enfermedad existía ya, siendo tanto más marcada cuanto más grave había sido el caso. El mismo autor encontró el poder aglutinativo en el suero de individuos vacunados por el método de Haffkine, resultado en abierta oposición con los primeros experimentos de los miembros de la Comisión alemana.

D Pestis mitior Pestis ambulans.

Aquí se presenta una de las cuestiones más importantes relativas á la historia de la peste, de fácil solución, en apariencia, gracias á la intervención de la bacteriología; pero que, sin embargo, ha dado origen, en estos últimos años, á un sin número de controversias. Me refiero á la peste atenuada, á la peste ambulante.

Hemos hecho notar que durante la última epidemia, ciertos individuos han sufrido una forma leve con fiebre efímera é infarto ganglionar que desaparece sin supuración; esto no tiene nada de extraño, pues igual cosa se observa en las enfermedades infecciosas. Hechos de esta naturaleza han sido notados en las epidemias de Bombay y Hong Kong; y también en todas las epidemias;

sólo citaremos por interesante las observaciones de Sydenham y de Chicoyneau.

Sydenham en la relación que hace de la peste de Londres en 1665, 1666, se expresa como sigue: "Algunas veces los tumores aparecen sin ser precedidos de fiebre ni de ningún síntoma importante, aunque siempre creo que se debe haber presentado algún pequeño calofrío que ha pasado desapercibido. Aquellos en quienes esto haya ocurrido, pueden circular libremente por doquiera, ocupándose en sus quehaceres como personas en buena salud, sin obligación de guardar régimen especial alguno."

En Marsella, en 1720 Chicoyneau daba, de esta forma, la descripción siguiente:

"La quinta y última clase se compone de todos aquellos enfermos que sin sentir ninguna emoción y desarreglo alguno aparente en la salud, padecían sin embargo de bubones y de carbunclos prominentes que entraban en supuración y tomaban, algunas veces, aspecto de esquirras, ó que, á veces, desaparecían por resolución sin consecuencias graves. Hemos visto, en nuestra última estada en Marsella, gran número de personas de ambos sexos sin postulación y sin suspender siquiera sus quehaceres, que iban y venían por calles y plazas públicas curándose ellas mismas con simples emplastos, y pidiendo á los médicos los remedios que necesitaban para esta clase de tumores. El número de enfermos de esta cuarta y quinta categoría ha sido tan considerable que más de 15 ó 20,000 habitantes se han encontrado en este caso y, si la enfermedad no hubiera revestido este carácter, no habría quedado en esta población, la cuarta parte de sus habitantes."

En 1840, época que pone fin á las epidemias de Constantinopla, Brayer hacía ya mención de estos infartos ó estados ganglionares, estado bubónico, peste frustrada, *aura pestilentialis minor*. Estas pestes atenuadas son relativamente más comunes al final de las epidemias. Su significación no deja lugar á duda, pero el caso es más delicado al principio de una epidemia ó cuando sólo existen casos leves. Además, la historia de la peste nos enseña que varias veces una epidemia de peste bubónica ha sido precedida de una epidemia de infartos ganglionares simples.

Algunas veces la presencia de esta epidemia inicial sólo dura pocos meses y es reemplazada por la peste.

En tiempos más cercanos de nosotros, cuando la epidemia de Wetlianka, 1878, 79, que, por primera vez, suscitó en nosotros preocupaciones sobre la posible reaparición de la peste en Europa, se observaron hechos análogos.

He aquí el aspecto de los enfermos, según Doppner. Los pacientes tenían fiebre; después de algunos paraxismos se presentaron, al cabo de 7 á 8 días, tumefacciones ganglionares linfáticas en las ingles ó en la región axilar. Este Médico que visitó los enfermos, los encontró levantados, con buen apetito, sueño y demás funciones normales. Los abscesos contenían pus de buen aspecto. Todos estos enfermos curaron.

En la peste de Mesopotamia en 1876 Dickson señala la frecuencia de los bubones sin fiebre, en los tres meses que preceden y en los dos que siguen á la epidemia.

Llegamos ahora á otra serie de hechos, de fácil interpretación en teoría, pero de grandes dificultades bajo el punto de vista práctico.

En una región invadida por la peste, ciertas localidades pueden presentar casos numerosos de fiebre bubónica benigna ó de simples bubones sin que, á ningún momento, se observe la verdadera peste.

En la epidemia de Tripolitania en 1858, la peste se presentaba bajo forma grave con los síntomas clásicos en Bengazi y en Derna. Al mismo tiempo en Mourzuk reinaba una epidemia de bubones inguinales que terminaban,

por lo general, por supuración y á veces por resolución lenta; su aparición estaba acompañada de ligera fiebre con nauseas, inapetencia, dolores en los miembros, pero sobre todo en la región lumbar. El desenlace fué siempre la curación, la cual sobrevénia en el término de 40 á 70 días.

Durante la epidemia de Mesopotamia, solo se observaron en Bagdad casos de bubones simples.

Antes de la epidemia de Wetlianka en 1878, se observaban en 1877 en varias localidades del Delta del Volga y en la ciudad de Astrakan, (julio y agosto) un gran número de casos de bubones simples. El número de estos enfermos podría calcularse en 250 ó 300 por lo bajo.

Se trata, lo repito, de localidades en las cuales no se presentó ningún caso de verdadera peste; pero situadas en la proximidad de regiones donde simultaneamente ó ulteriormente cundía la peste bubónica.

Este prámulo era necesario antes de hacer presente las dificultades con que tropezaron ciertos médicos de Calcuta hacia fines de 1896. *Dos médicos distinguidos, Simpson y Cobb, señalaron hacia fines de 1896, en Calcuta, cierto número de casos considerados por ellos como casos de peste atenuada.*

El primero de los enfermos examinado por M. Tomes, en Howrall, ciudad separada de Calcuta por el Hoogly, había salido de Bombay el 23 de setiembre de 1896 y había llegado el 26. Antes de su salida de Bombay, tenía ya infarto y dolor en el ganglio de la ingle izquierda. El 24, tuvo malestar general y pérdida del apetito. El 28 de setiembre, fiebre tipo remitente. Tomes lo vió, por la primera vez, el 8 de octubre. Parecía cansado y apático; la lengua estaba roja en la punta y en los bordes; en la región axilar derecha existía un ganglio del tamaño de un huevo de gallina y en la región axilar izquierda, dos ganglios de menor tamaño.

Dos casos análogos aparecieron, casi simultaneamente, en Calcuta, en la población civil. En fin, un regimiento, el de Shropshire que había permanecido en Hong-Kong durante la epidemia de 1894, presentaba numerosos casos de infartos ganglionarios inguinales no venereos.

Examinando la sangre tomada en el índice de seis de estos enfermos, Simpson y Cobb encontraron un diplo-bacilo idéntico al bacilo de la peste.

Los autores admiten que se trata, en todos estos casos, de peste ambulante. Invocan en favor de esta idea, el hecho de que, además del examen bacteriológico, siempre se ha encontrado en el cuarto del enfermo una rata medio muerta la cual ha presentado, á la autopsia, las lesiones que se encuentran en las ratas de las localidades apestadas; la sangre de estas ratas contenía el bacilo. En el barrio entero se encontraba, por otra parte, gran número de ratas en el mismo estado, que los niños cogían sin dificultad ninguna y que maltrataban de mil maneras.

Los médicos que acabamos de mencionar vieron un hombre que murió en menos de 3 días con accidentes muy graves y con infartos ganglionares.

La Comisión oficial [1] encargada de emitir su opinión sobre los hechos observados por Simpson y Cobb rechazó el diagnóstico de éstos y dijo que se trataba de bubones simples no venereos. La inmunidad de Calcuta contra la peste, que no hizo su aparición sino á fines de 1898, parece dar razón á la Comisión.

No sería posible afirmar que la opinión de Simpson y Cobb haya sido errónea, pues esta opinión hubiera sido aceptada por todo el mundo si la peste hubiera aparecido en Calcuta un año antes.

Es de suponer que en las localidades atacadas por la peste, los médicos

(1) Simpson y Cobb; "*Pestis ambulans*"—*Indian medical Gazette* 1896.

llamados á comprobar los primeros casos, tropezarán con las mismas dificultades y conviene, desde ahora, y para descargo de su responsabilidad, poner de manifiesto que el mismo examen bacteriológico no es siempre tan fácil como algunos se lo podrían imaginar. Simpson y Cobb creyeron firmemente haber visto el bacilo de la peste en todos sus enfermos de 1896, y su competencia no se puede poner, sin embargo, en tela de duda. [2]

Modo de propagación.—Profilaxis.—Influencia de las ratas

¿Qué conocimientos útiles hemos adquirido en estos últimos años relativos al modo de propagación y á la profilaxis de la peste?

A Contagio directo.—Contagio por medio de los objetos.—Ya era notorio que la peste puede transmitirse directamente por los enfermos y por los objetos que han permanecido cerca de ellos, en las habitaciones mismas de los apestados.

Las primeras pesquisas hechas en Hong Kong confirman estos hechos. Teniendo en cuenta que los bubones se encuentran generalmente en el grupo vertical de los ganglios inguinales y que es costumbre entre los chinos andar descalzos, Aoyama admitió que el contagio se efectuaba al nivel de las exco-raciones de los pies. Una pustula, un absceso (antrax) un punto de necró-sis superficial (antrax, carbunclo, sintomáticos de la peste) eran indicio frecuente del punto de contagio. Y, en algunas observaciones raras, por cierto, los vasos linfáticos que conducían á los ganglios vecinos dibujaban el trayecto rojo ó camino seguido por el virus.

En los casos de adenitis axilar ó cervical, el punto inicial debía encontrarse en la región correspondiente y fácil era imaginar que una herida, el piquete de un insecto, fuera el modo de penetración.

Aoyama en el informe japonés de la epidemia de Hong Kong señala ya dos casos de peste consentivos á pinchadura anatómica en médicos de la Comisión. En el *Indian Medical Gazette* de 1898 y 1899 encontramos la historia de cinco médicos ó mozos de anfiteatro infectados de este modo. Damos en el cuadro siguiente los principales datos concernientes á estos casos y al de Sticker miembro de la Comisión Alemana, haciendo presente que en cuatro de estos enfermos no hubo nunca el menor indicio de reacción en el punto de inoculación. Además, los médicos que han producido la peste en el mono por medio de inoculaciones superficiales, no han visto nunca ninguna manifestación en el lugar del piquete, mientras aparecía el bubón y la infección general.

NOMBRE DEL OBSERVADOR	FECHA DE LA AUTOPSIA	LUGAR DE LA INOCULACION	PRINCIPIO DE LA ENFERMEDAD	SITIO DEL BUBON	FECHA DE LA MUERTE
Brall (Bombay)	19 V	Piquete del índice derecho	21 V	Axila derecha	26 V
Green (Calcuta)	3 VI	Id. Id.	6 VI	Axila izquierda	10 VI
Niedl (Calcuta)	17 IV	Rasguño de la mano izquierda	19 IV	Axila "	3 V
Green (Madras)	7 X	Piquete en el dedo	10 X	Axila "	15 X
Clemow (Bombay)	14 III	Cortada de la mano izquierda	16 III	Ganglio de la epitroclea	20 III
Sticker (Bombay)	29 III	Vesícula del pulgar	30 III	Pústula axilar derecha	curado

[2] Todos sabemos que en 1879, Botkine creyó haber encontrado la peste en un habitante de San Petersburgo, atacado simplemente de infarto ganglionar.

Analizando las observaciones consignadas en el informe de la Comisión alemana, hemos encontrado una lesión local mortal en 31 casos sobre 377, sea en la proporción de 1 en 12.

Esta lesión se encontraba 18 veces en los miembros inferiores, 5 veces en los miembros superiores, cuatro veces en la pared abdominal, una vez en el cuello, una en pared torácica, una en el perineo, una en el pene. Esta lesión se presentaba bajo la apariencia de una vesícula: 11 veces; de una pústula: 8 veces; de un antrax: 4 veces; de un carbunclo: 3 veces; de una escara, una vez.

Simond ha analizado 61 casos de flictenas primitivos, de los cuales 51 se encontraban en los miembros inferiores, 6 en el tronco y 4 en los miembros superiores.

La introducción del bacilo de la peste por las vías respiratorias explica la neumonía pestosa tan frecuente relativamente en Bombay. Esta neumonía ha sido producida experimentalmente por los médicos rusos, por Roux y su discípulo Baszarow, etc. Cierta número de casos de peste de esta naturaleza han sido observados en la persona de los médicos y en los enfermeros del servicio hospitalario de Bombay, de Calcuta y de Hong Kong. ¿Será necesario hacer aquí mención del caso de Müller que contrajo la peste por esta vía, asistiendo á su ayudante de laboratorio Barisch ó al desinfectar su laboratorio?

Es menester insistir sobre dos particularidades que han sido bien puestas de relieve por los estudios bacteriológicos y que permiten concebir cómo el contagio directo ó mediato con todo y el papel importante que desempeña en la propagación de la peste, no bastaría á explicarlo todo: es la duración relativamente corta de la vitalidad y de la vivalencia del bacilo en el enfermo mismo y fuera del organismo.

En el enfermo, el bacilo de la peste no conserva por mucho tiempo su resistencia.

Si se examina atentamente el resultado bacteriológico, se verá 1º que el bacilo de la peste existe en abundancia en los infartos ganglionares, desapareciendo cuando estos llegan á la supuración, ya sea que el bubón haya sido incindido por el cirujano, ya sea que se haya abierto espontáneamente (Yersin, Comisión alemana y austriaca, Galeotti y Palverini); 2º que en la sangre de los enfermos su desaparición no es menos pronta.

Una vez salido del cuerpo, el bacilo presenta una resistencia muy débil á los diversos agentes físicos. Kitasato extendiendo pus de bubones sobre laminillas, á la temperatura de 23º ó 30º, ha encontrado los bacilos vivos á las 30 horas; al 4º día estaban muertos. Los miembros de la Comisión alemana han multiplicado estos estudios en culturas puras, en fragmentos de órganos, en esputos etc., colocándolos sobre pedazos de vidrio, hilos de seda ó de algodón, papel secante etc. El bacilo que más ha sobrevivido, en estas experiencias, fué 8 días (una sola vez); con frecuencia sobrevivieron 6 días. La completa disecación apresura su destrucción.

Los experimentos que preceden han sido hechos en la India. Repetidos en nuestros climas, á una temperatura de 16º ó 20º, han dado resultados un poco diferentes: Abel, Giaxa y Gozio, han encontrado el bacilo vivo después de 30 días. La Comisión alemana ha confirmado este dato; sin embargo, desde el décimo octavo día han señalado una disminución notable de la virulencia. Los autores alemanes han confirmado igualmente lo que Kitasato había dicho sobre la influencia de la *luz solar*, influencia sumamente rápida. Generalmente menos de una hora es tiempo suficiente para destruir los bacilos aun en los climas cálidos. Estos experimentos parecen á primera

vista, excluir la posibilidad de trasportar la peste por medio de los objetos después de corto tiempo, mientras la epidemiología nos suministra la historia de hechos auténticos que demuestran el transporte por medio de objetos contaminados desde mucho tiempo. Hechos de esta naturaleza han sido anotados en el curso de la actual epidemia.

Nos parece conveniente colocar aquí la historia de dos cocineros de abordó, de nacionalidad portuguesa, muertos en el Hospital de Marina de Londres, los días 27 de setiembre y 3 de octubre de 1896, á consecuencia de la peste. Estos cocineros pertenecían á la dotación de un buque que, habiendo salido de Bombay el 21 de agosto, llegó á Londres el 19 de setiembre. El resto de la dotación que se componía en todo de 199 hombres y los pasajeros en número de 119, no presentaron ningún caso de peste. Los cocineros no tomaron parte al desembarque de las mercaderías del barco; pero habían traído, de seguro, en sus baules, diversos objetos de uso íntimo (pañuelos de fantasía, pañoletas etc.) comprados en Bombay y, á su llegada, los sacaron para ponérselos. Creo que, en un todo, se puede aceptar la explicación invocada por Buchanan y adoptada por el Consejo de Salubridad de Inglaterra: que los objetos comprados en Bombay sirvieron para transportar el contagio cuya violencia duró más de un mes.

La contradicción entre estos hechos epidemiológicos y las experiencias de laboratorio no es sino aparente. Los agentes patógenos que se encontraron á la superficie de los objetos conservados en los baules no estaban en las mismas idénticas condiciones en que estuvo la capa de bacterias de las laminillas de vidrio y de los hilos de seda, la cual estaba bajo la influencia de la luz y de la desecación.

El contacto con los enfermos, la contaminación de los objetos y la de las localidades habitadas por los apestados, explican, en grandísima parte, por lo menos, los progresos de la epidemia pestosa.

Conocido es el extraordinario hacinamiento de la población en algunas ciudades indias y particularmente en Bombay, en donde se encuentran casas que dan abrigo hasta á 500 personas, reducidas á un estrecho cuarto por familia, en donde hay, en ciertos barrios, una población de 1,689 habitantes por hectárea, mientras que en Londres, el barrio más poblado no contiene sino 550 habitantes. Se comprende fácilmente cómo estas condiciones son favorables al desarrollo de una epidemia, y también se explica cómo las razas, tan diversas, domiciliadas en la India, han sido atacadas por la enfermedad en razón inversa del aseo y del confort.

B. intervención de las ratas y de los parásitos. Repartición según las estaciones.

Un gran número de observadores, y particularmente Weir, Grayfoot, Simond, Hankin, piensan que en la propagación de la peste en Bombay, debe darse gran importancia á las ratas. Se sabe que en la mayor parte de las epidemias de la China y de la India, una mortalidad excepcional existe en las ratas, y que la enfermedad de estos animales precede la del hombre, á tal punto, que en los valles del Himalaya y el Yuunam, los indígenas pueden evitar la peste si abandonan temprano sus habitaciones, tan luego como estalla esta epizootia de las ratas. Se sabe, además, que la enfermedad de las ratas es el resultado del agente patógeno de la peste humana. Numerosas observaciones han establecido como principio que las personas han contraído la peste tocando las ratas enfermas. Este punto está fuera de discusión; pero los autores mencionados van más allá: según ellos, las ratas, sin necesidad de

las comunicaciones entre los hombres, pueden llevar la peste. Al apoyo de esta opinión, Snow invoca, en primer término, la propagación de la peste en Bombay. La epidemia apareció en el distrito de Mandvi, casi exclusivamente habitado por obreros ocupados en desembarcar y suministrar los granos. Los primeros casos señalados son de setiembre, y la cifra más elevada de defunciones en octubre. La aparición de la peste provocó un pánico general y los habitantes de Mandvi se refugiaron en los diferentes barrios de Bombay y en sus alrededores. Si la epidemia no hubiera tenido otros medios de transporte que los emigrados, la peste, después de un intervalo igual, habría estallado en los diferentes distritos de Bombay y otras localidades. Mas, no fué así; transcurrieron nueve ó diez semanas entre el apogeo de la epidemia de Mandvi y el maximum de su intensidad en los distritos más vecinos, Chukla, Umakavi, Market, Rhamatypura. En algunos más lejanos llegó á su apogeo la 11.^a, 12.^a, 13.^a y 15.^a semana, y en los todavía más alejados, la 18.^a semana.

El desarrollo de la peste en estos barrios fué precedido de la aparición de ratas que morían en número considerable. Al mismo tiempo que las ratas enfermas aparecían en el centro de la población, desaparecían por completo en Mandvi, donde á principios de la epidemia se encontraban muertas por centenares en las calles. Más tarde Snow notó que estos roedores habían desaparecido de los barrios del centro, abundando al Oeste y al Norte. Un solo barrio hizo, en apariencia, excepción á la regla, el de Lower Calaba, en el cual la epidemia principió la 6.^a semana, después de la invasión. Lower Calaba está separado de Mandvi por barrios, en los cuales la peste apareció la 10.^a y la 11.^a semana. Este barrio contiene numerosos almacenes de algodón y está en relación marítima con Mandvi. Las ratas atraídas por los granos del algodón han podido trasladarse á Calaba por los barcos. Sea como fuere, las ratas de Lower Calaba fueron infectadas desde la 4.^a semana. Otros ejemplos que suministra la epidemia de Bombay demuestran que la peste invadió hasta la 18.^a semana el barrio de Walkeshwar, situado en las faldas de una colina menos accesible á las ratas; éstas solo se enfermaron poco tiempo antes de la epidemia.

En Kurrachée, en marzo de 1898, la mortalidad de las ratas fué notada en los depósitos de algodón y granos, situados en una calle donde no existían habitaciones. Las primeras víctimas de la peste fueron los guardas y empleados de estos depósitos que trabajaban durante el día y regresaban á sus hogares por la tarde. La ciudad de Kurrachée abraza una superficie de 2,008 hectáreas, y en los barrios muy alejados los unos de los otros, la mortalidad humana siguió siempre muy regularmente la vía trazada por la emigración de las ratas. Simond y Hankin citan muchos otros ejemplos.

La transmisión de la peste de las ratas al hombre puede efectuarse directamente, y se citan varios casos de hombres atacados de peste después de una mordedura por roedores enfermos.

Pero estos hechos son raros, y Simond dice que generalmente *la peste se transmite por el intermediario de los parásitos, y sobre todo, por medio de las pulgas, sumamente numerosas en las ratas enfermas.*

Este autor ha podido comprobar que las pulgas tomadas de una rata enferma podían transmitir la peste á otra rata. La intervención de los parásitos en la transmisión de las enfermedades contagiosas halaga indudablemente nuestra imaginación. Argumentos muy sólidos (1) que hemos traído á colación en otra ocasión, establecen que es así, sin duda ninguna, que se con-

(1) NETTER.—"Tifus recurrent" Tratado de patología y de terapéutica de Brouardel y Girode.

trae la fiebre recurrente, enfermedad que sin tener la gravedad de la peste, presenta con ésta grandes afinidades (enfermedad contagiosa, con germen en la sangre; que ataca sobre todo á las clases menesterosas y durante las épocas de hambre.)

No tenemos inconveniente en admitir, de acuerdo con M. Simond, que los parásitos pueden producir la peste de la rata á la rata y de la rata al hombre. Sin embargo, admitimos con más facilidad que su influencia se hace más sentir de hombre á hombre. De manera general opinamos que los insectos parásitos se especializan á una especie animal, y que relativamente el hombre no toma sino rara vez los parásitos de los animales. Al igual de M. Simond, hemos notado que los ratones de laboratorio, como las ratas, cuando están enfermas, están cubiertas de pulgas que se escapan en todas direcciones cuando se hace la autopsia de estos animales, pero jamás nos han picado, mientras que en los consultorios de los hospitales, sus congénéricas comensales del hombre no tienen esta discreción.

Facilmente se puede explicar cómo, sin la intervención de las ratas, los casos de contagio han sido excepcionales en los hospitales europeos bien montados y relativamente frecuentes en los hospitales indios.

La epidemia de Bombay, como la mayoría de las epidemias de esta enfermedad, se prolongó durante varios años consecutivos y el siguiente cuadro indica la repartición de las defunciones debidas á la peste, comunicadas á la autoridad, desde el 19 de agosto de 1896 hasta el 18 de julio de 1899. Para facilitar la lectura y la comparación hemos reunido las cifras de cada cuatro semanas.

I	II	III
19 agosto á 15 setiembre.	23 junio á 20 julio de 1897	22 junio á 19 julio de 1898
16 setiembre á 13 de octubre.	21 julio á 17 agosto de 1897	20 julio á 16 agosto de 1898
14 octubre á 10 noviembre de 1896.	18 agosto á 14 setiembre de 1897.	17 agosto á 13 setiembre de 1898.
11 noviembre á 8 diciembre de 1896.	15 setiembre á 12 octubre de 1897.	14 setiembre á 11 octubre de 1898.
9 diciembre á 5 en ro de 1897.	13 octubre á 9 noviembre de 1897.	12 octubre á 8 noviembre de 1898.
6 enero á 2 febrero de 1897.	10 noviembre á 7 diciembre de 1897.	9 noviembre á 6 diciembre de 1898.
3 febrero á 2 marzo de 1897.	8 diciembre á 4 enero de 1898.	7 diciembre á 3 de enero de 1899.
3 marzo á 30 marzo de 1897.	5 enero á 1º febrero de 1898.	4 enero á 31 enero de 1899.
31 marzo á 27 abril de 1897.	2 febrero á 1º marzo de 1898.	1º febrero á 29 febrero de 1899.
28 abril á 25 mayo de 1897.	1898.	1899.
26 mayo á 22 junio de 1897.	2 marzo á 29 marzo de 1898.	1º marzo á 29 marzo de 1899.
	30 marzo á 26 abril de 1898.	29 marzo á 25 abril de 1899.
	27 abril á 24 mayo de 1898.	26 abril á 23 mayo de 1899.
	25 mayo á 21 junio de 1898.	24 mayo á 20 junio de 1899.

Estas cifras no dan una idea exacta de la situación: cierto número de defunciones que deben achacarse á la peste figuran bajo otras rúbricas; por otra parte, la población de Bombay ha tenido durante estos tres años, oscilaciones de mucha consideración. En setiembre y octubre de 1896, era de 850,000, en noviembre de 761,000, en diciembre de 722,000, en enero de 1897, de 500,000 á 467,000, en febrero de 437,000, en marzo de 475,000, en agosto de 600,000, en mayo de 700,000, en junio de 740,000, en julio de 765,000, en agosto de 800,000, en setiembre y octubre 810,000, en noviembre de 830,000, en diciembre de 850,000, en enero de 1898, de 825,000, en febrero de 775,000, en marzo de 710,000 y en abril de 750,000.

En Bombay la peste es frecuente principalmente durante la estación fría y seca, notable por las grandes asolaciones de la temperatura.

Griesinger ha notado que lo mismo se observa en Egipto.

Haciendo el cómputo de las defunciones producidas por la peste de Alejandría de 1834 á 1843, encontramos:

En enero	329
„ febrero	1,112
„ marzo	4,952
„ abril	2,936
„ mayo	1,799
„ junio	547
„ julio	216
„ agosto	100
„ setiembre	15
„ octubre	18
„ noviembre	63
„ diciembre	195

En las regiones vecinas de los trópicos, los grandes calores tendrían, á juzgar por estos números, una influencia favorable, contrarrestando los progresos de la peste.

En nuestros países no sucede lo mismo: haremos mención de la estadística de Villermé que dá la mortalidad mensual de Londres, en cinco epidemias, de los años 1559 á 1665.

	1593	1613	1625	1636	1665
En marzo	63	11	23		
„ abril	138	26	35	37	2
„ mayo	167	83	224	162	43
„ junio	1,468	262	894	440	1,660
„ julio	2,930	2,999	5,887	456	5,667
„ agosto	2,880	8,919	16,454	1,239	18,036
„ setiembre	2,200	11,904	9,739	3,856	31,159
„ octubre	1,260	4,912	1,514	2,686	2,686
„ noviembre	710	1,362	256	2,592	2,592
„ diciembre	290	332	37	640	640

En Marsella, en 1720, la peste fué introducida á principios de junio; se hizo epidémica en julio, conservó su fuerza hasta mediados de octubre, declinó á partir de este momento y pudo considerarse como casi concluida en febrero. Hubo sin embargo, algunos casos hasta fines de junio.

Simond ha demostrado, á lo menos por lo que concierne á la India, que no se puede establecer relación constante entre el progreso de la peste y las estaciones: en Bombay, el máximo se consiguió en la primavera; en Mandvi Kutch, en el verano; en Gundulé, en el verano y en la estación de las lluvias; en Mundría, durante el verano; en Kunkhal, durante el frío; en Karad, durante el calor moderado y durante las lluvias. Estas cifras establecen que, á lo menos en la India, no hay estación ó clima favorable para el desarrollo de la peste.

Admitimos con Simond que si en Bombay, durante tres años sucesivos, la peste llegó á su máximo en el mes de marzo, el ciclo de la enfermedad en esta población fué de un año, pues el máximo se observó al cabo de doce meses.

M. Simond opina que únicamente la participación de las ratas puede explicar satisfactoriamente esta evolución especial de la peste. La epidemia de las ratas precede la de los hombres, y es, relativamente, más mortífera. Al cabo de algún tiempo, ya no se ven ratas: las que no han muerto, se han escapado, algunas se mantienen escondidas en sus cuevas subterráneas. Acontece que es, en este momento, cuando la peste disminuye en el hombre. La epidemia renace cuando la ciudad se ha vuelto a poblar de ratas y que éstas son atacadas por la peste virulenta.

Opinamos con Simond, que la marcha cíclica de la peste se debe sobre todo á la emigración seguida del regreso en masa de los individuos susceptibles de contraer la enfermedad.

Pero invocamos también las variaciones de la población humana. En momentos en que la peste arreciaba, se hizo en Bombay un éxodo de la población muy marcado. La cifra de la población no era sino de 437,000 en el mes de febrero de 1897. El regreso se hizo paulatinamente y no fue sino en diciembre que los habitantes de Bombay llegaron á la cifra primitiva. Este regreso al hogar, que había quedado apestado, dió lugar á un aumento sumamente rápido en las defunciones, las cuales sumadas por períodos de cuatro semanas, dan un total de 755, 2,862 y 4549.

(Continuará)

FIEBRE AMARILLA

Su naturaleza, diagnóstico, tratamiento.

Notas extractadas del "Marine Hospital Service de los Estados Unidos", correspondiente al año de 1898, por los

Doctores E. Pinto y R. Calderón M.

Casi todos nuestros médicos creían que la mayor parte de las poblaciones de la República se encuentran en condiciones favorables para el desarrollo de la fiebre amarilla (1). Hoy nadie tiene derecho á ponerlo en duda: es esta una realidad dolorosa que nos ha sido demostrada prácticamente. En tal virtud y con el objeto único de coadyuvar en lo posible á evitar que se repita en otras poblaciones lo recientemente ocurrido en Alajuela, publicamos estas notas extractadas en su totalidad del *Marine Hospital Service de los Estados Unidos*, correspondiente al año 1898.

¿La fiebre amarilla es endémica en nuestros puertos del Atlántico y del Pacífico?

Pregunta es esta al parecer extraña, pero que científicamente no puede ser contestada por nadie, y sin embargo su solución es para Costa Rica de grandísimo interés.

Su frecuente aparición en Puntarenas y en Limón nos induce á creer que desgraciadamente en esos puertos existe ya bajo forma endémica, con recrudescencias que hacen pensar en pequeñas epidemias, cuando nuestros puertos son más frecuentados por los habitantes del interior y por europeos.

(1) Véase *La Gaceta Médica* del 15 de agosto de 1899, N^o 1, año IV.

Carecemos de más datos sobre qué basar un estudio serio á este respecto, debido á que, por desgracia para nuestros intereses, no estamos á la altura de los países que tienen un bien establecido sistema de lazaretos y cuarentenas.

Y á propósito de lazaretos y cuarentenas, quisiéramos que los llamados á velar por la salud é higiene en la República, se sirvieran contestarnos á esta pregunta ¿Qué barreras naturales existen hoy en Costa Rica y cuáles se han opuesto para evitar la invasión de nuestro territorio por los enemigos infinitamente pequeños, por aquellos que siembran el pánico y la ruina al llegar, y el hambre y la desolación al retirarse? Entrad Peste bubónica, Cólera asiático, Sarampión, Escarlatina, Difteria, Viruela, Tos ferina, etc. que ya el comercio exterior destruyó el único obstáculo que impedía vuestro arribo, y á menos de que os mostréis revestidos de todas vuestras galas y esplendor, nadie os impedirá el paso.

Repetimos que lo recientemente ocurrido en Alajuela debe de haber convencido á los médicos que no creían en las estadísticas y observaciones extranjeras, de que la fiebre amarilla puede invadir nuestras ciudades del interior, ó en otros términos, las $\frac{1}{2}$ partes de las poblaciones del territorio costarricense.

Confiamos en que las medidas dictadas por la Facultad Médica y puestas en práctica por la enérgica Junta de Sanidad de Alajuela han de evitar la extensión de la actual epidemia, y esperamos que el número ya crecido de víctimas nos servirá de aviso eficaz y nos hará despertar de nuestro sopor y sacudir la indolencia que nos agobia.

Anotaremos primeramente que desde hace algunos años este terrible huésped intenta sus visitas al interior, manifestándose por pequeñas epidemias en Jiménez, en Esparta y quizá en Turrúcares. Podemos afirmar que no es esta la primera vez que se han presentado casos de fiebre amarilla en personas que no han ido más allá de Atenas.

Creemos, pues, de suma importancia llamar la atención de nuestros colegas de Costa Rica hacia la posibilidad de encontrar casos de fiebre amarilla desarrollados en el interior, y de la gran responsabilidad que pesa sobre el que tranquilamente confía en la altura considerable de nuestras ciudades.

Sentimos que el folleto publicado por los médicos del *Marine Hospital Service*, de los Estados Unidos, sea tan extenso y que por este motivo no nos haya sido posible traducirlo íntegramente; pero de su importancia se juzgará por las siguientes notas.

~~~~~

“Descubrir á tiempo un primer caso de fiebre amarilla es detener una epidemia mortífera. Prácticamente ha quedado demostrado esto en diversas partes de la América del Sur, y sobre todo en E. E. Unidos; últimamente en Perkington (Mississippi) y en Franklin (Luisiana) se han detenido epidemias que pudieron haber sido de fatales consecuencias. Todo médico está, pues, en el deber de hacer este diagnóstico y de dar parte inmediatamente á la autoridad competente. Una falsa alarma hace daño, pero no mata; un diagnóstico errado se puede disculpar, mientras que *no hacer el diagnóstico á tiempo es criminal*; y sobre todo, un hombre de ciencia no debe esperar, en ningún caso, que *el público le imponga el diagnóstico*. El mérito consiste en descubrir el primer caso y no en señalar los que se vayan presentando cuando una población está ya infestada.

Téngase presente que los casos benignos de fiebre amarilla son muy comunes, y que cuando esta enfermedad se presenta bajo forma leve, no hay ninguna, entre las fiebres graves, que sea más benigna; pero esto no impide que las formas benignas sean tan peligrosas como las más violentas, por la razón de que las unas como las otras constituyen un foco de contagio.



No debe esperarse encontrar, en los primeros casos, todos los síntomas clásicos, ni que se manifieste el vómito y menos aún que caiga la primera víctima, porque entonces de seguro estará muy extendida la peste: es, pues, de rigor una minuciosa observación de todos los casos sospechosos de fiebre, además de que así lo exigen del médico las obligaciones y deberes para consigo mismo y para con su familia.

Después de una epidemia se hace preciso observar escrupulosamente *el estado sanitario ulterior de la población*, con el fin de descubrir los primeros casos que puedan aparecer en la siguiente invasión; todos los médicos de la localidad están en el deber de anotar minuciosamente toda enfermedad febril, especialmente el pulso, la temperatura y el resultado del examen de los orines; también es de mucha importancia anotar si el paciente se indispone por la noche ó por la mañana, si se queja de dolor de cabeza ó de malestar general, si siente angustia en el estómago, y si, por último, no se presenta con regularidad el frío inicial.

Dice el Doctor Guiteras: "En una población donde principia una epidemia de fiebre amarilla existen signos que ponen alerta al Médico observador aunque intencionalmente ó de otra manera se niegue por los médicos y por las autoridades locales la existencia de dicha epidemia. Con frecuencia, y sin haber visto un solo caso, he afirmado la existencia de la fiebre amarilla en una población basándome únicamente en la naturaleza de las enfermedades que se dice reinan en ese momento. En primer lugar dirán que hay muchos casos de indisposiciones febriles benignas diagnosticadas como influenza, paludismo, *fiebres catarrales infecciosas*, etc.; se observará que entre estos casos se han presentado algunos con albúmina en los orines, y los que han tenido un desenlace fatal serán atribuidos á los malos antecedentes del paciente ó á una complicación.

"En segundo lugar, llamará la atención que la mayor parte de las víctimas son jóvenes, y casi enseguida uno ó más médicos declararán que están asistiendo enfermos que presentan síntomas muy parecidos á los de la fiebre amarilla. *Es de advertir que, de ordinario, los médicos que dan la voz de alarma son los más jóvenes* y los que menos oportunidad han tenido de observar la fiebre amarilla; pues *los médicos más antiguos* y que deberían estar más familiarizados con la enfermedad *son los que más tardan en reconocerla y los últimos en admitir la epidemia.*"

"En tercer lugar, se notará y se podrá reconocer gran número de convalecientes de fiebre amarilla en la calle, por el tinte icterico de las conjuntivas, tinte que persiste algún tiempo después de concluida la enfermedad. Creo que este sintoma puede algunas veces ser indicio premonitor de la enfermedad."

El Doctor Guiteras da otros datos aún más importantes que los anteriores; pero los omitimos porque, por desgracia, y para vergüenza nuestra, en Costa Rica no existe la base primordial de la estadística nosográfica: el Registro civil de las defunciones.

*Diagnóstico.*—Tres son los síntomas que constituyen el fundamento del diagnóstico de la fiebre amarilla y sobre ellos llamamos muy particularmente la atención: el facies, la albuminuria y la falta de correlación entre el pulso y la temperatura.

El abultamiento del labio superior es uno de los mejores signos: White, con ese solo dato ha diagnosticado dos veces la fiebre amarilla. Tan luego como aparece el sudor desaparece el abultamiento del labio.

Si la presión del globo ocular es dolorosa el pronóstico es grave.

El color amarillo no existe en el primer período.

El dolor de la espalda y de las piernas se localiza en los músculos, y no en los huesos ni en las coyunturas.

La albuminuria se observa con frecuencia en enfermedades febriles de



carácter agudo; pero en ningún caso es tan constante ni se muestra tan temprano como en la fiebre amarilla: en esta última, la albúmina aparece por lo general 60 horas después de las primeras señales de invasión; cuando no se encuentre no debe dejarse de tener por sospechoso al enfermo.

El herpes labial, frecuente aunque tardío, en el paludismo, no existe nunca en la fiebre amarilla.

Si se presentase diarrea en el enfermo sospechoso, casi se puede asegurar que no se trata de fiebre amarilla, porque jamás se ha observado ese síntoma en esta enfermedad.

*Profilaxis.*—El microorganismo de la fiebre amarilla es incuestionablemente un hongo saprofito que puede ir desarrollándose en los lugares vecinos de su punto de partida cuando encuentra condiciones favorables en ellos. El aire no lo lleva sino á muy corta distancia (220 metros); la opinión general es que no lo transporta más allá de 110 metros del punto inicial, y solo siguiendo la dirección de los vientos.

Es de notarse que una ciudad en donde reina la fiebre amarilla no se infecta toda, ni todos sus puntos son atacados en igual grado.

El microbio se localiza en el interior de las habitaciones, de preferencia en el suelo, en los lugares húmedos y oscuros y mohosos.

Su mayor actividad, desde el punto de vista del contagio, es durante la noche; así se explica lo que sucede en el Brasil: los habitantes de Río de Janeiro, aún los que no están aclimatados, permanecen inmunes á aunque reine una epidemia, porque siempre toman la precaución de pernoctar en Petropolis.

Un tiempo seco con viento favorece el desarrollo de la epidemia, excepto cuando los vientos son intensos y fuertes.

Las lluvias abundantes hacen cesar las epidemias, pero si no son frecuentes aparecen nuevamente con mayor intensidad. De lo dicho se deduce:

1º) Que para preservarse del contagio, deberán elegirse las habitaciones en lugares altos y secos, sin sombra, y que sean azotados por vientos que corran en dirección del punto infestado. Es preferible mucho sol á mucha sombra; en resumen, debe buscarse sequía, sol y ventilación. Es de advertir que, contra á lo que se cree generalmente, el agua no es un vehiculo del microbio, como se observa en la fiebre tifoidea; sin embargo, no es esta la última palabra de la ciencia y vale más emplear agua bien pura ó cocinada.

Las basuras, serrín, madera y hojas en descomposición al rededor de las casas son perjudiciales. Es preferible construir las habitaciones á cierta altura del suelo, de manera que el aire circule libremente debajo de ellas, y bien expuestas al sol.

No deben penetrar en las localidades infestadas más que personas inmunes y sólo durante el día, siendo necesario pernoctar en otro punto. Si no hay personas inmunes, la comunicación con los lugares infestados se establecerá por medios indirectos.

La raza negra y los blancos que han vivido mucho tiempo en lugares donde la fiebre amarilla es endémica están menos expuestos á contraer la enfermedad; parece también que la inmunidad se extiende á los hijos de los aclimatados.

Los individuos delgados y vigorosos son menos propensos á contraer la enfermedad y resisten mejor cuando los invade; lo contrario sucede con las personas pletóricas y sanguíneas.

Debe de evitarse todo resfrío, especialmente cuando se está sudando, lo mismo que exponerse á los rayos directos del sol.

La fatiga física, el miedo, la ansiedad, las preocupaciones morales, predisponen al contagio.



La constipación pertinaz constituye uno de los prodromos de la enfermedad, mientras que la diarrea es de buen augurio.

La alimentación abundante en carne dispone á contraer la fiebre amarilla y aumenta su gravedad. Esto se prueba con lo que sucede en la Martinica y en la Guadalupe, en donde los sirvientes negros que comen lo mismo que sus amos, son tan susceptibles para el contagio y se enferman tan gravemente como sus patrones; mientras que los negros que se ocupan en el cultivo, no se enferman. Agua pura en abundancia, frutas y verduras frescas, producen, pues, un efecto contrario al de la carne.

El vestido interior debe ser de franela, especialmente la camiseta; el sombrero ha de ser holgado y fresco.

Si alguna persona resultare enferma de fiebre amarilla se evitará la infección de la casa y de los alrededores, aislando el caso y desinfectando inmediatamente al enfermo y á lo que le rodea. Esto se consigue fácilmente, pues la fiebre amarilla no es contagiosa en el sentido corriente de esta palabra, y sólo se comunica en virtud de la infección de las casas y de lo que contienen, necesitándose sin embargo, para que la infección se produzca, el trascurso de varios días, de manera que durante ese tiempo el atacado es tan inofensivo para los que le asisten, como cualquier otro enfermo.

Lávese la ropa en la casa, pues la lavandería á donde se mande puede estar infectada y no es el agua ni el jabón los que impedirán que se contagie.

No se conoce medicina alguna que evite el desarrollo de la fiebre amarilla; sin embargo, el uso de los laxantes es ventajoso porque impide la constipación.

*Tratamiento.*—Puede decirse que el 75% de los casos de fiebre amarilla no necesita para mejorar más que la escrupulosa observancia de las reglas higiénicas aplicables á toda enfermedad, especialmente en los niños. La fiebre amarilla es, de entre las enfermedades que matan, quizá la más barata, la más trivial; si mata, lo hace en pocos días, si se cura no solamente no deja rastro ninguno, sino que confiere la inmunidad, y más del 50% de los atacados quedan inconscientes del peligro que han corrido.

La primera recomendación que hay que observar en el acto de sentirse enfermo, y mientras llega el médico, es tomar un purgante, el más cómodo, por ejemplo, 2 ó 3 ó 4 píldoras catárticas.

En cuanto á la alimentación, se tomará atol de arroz, ó de sagú ó de maizena, y más para satisfacer el apetito que como alimento nutritivo.

El suero de Sanarelli, ha dado hasta la hora los siguientes resultados:

En San Carlos de Vinhal (Brasil) 8 casos tratados, 2 muertos

En Río de Janeiro ..... 8 " " 4 "

Llama mucho la atención que habiéndose presentado 3 casos en la prisión de San Carlos de Vinhal, se procedió á la inoculación de todos los prisioneros y se detuvo la epidemia; no se presentó ningún otro caso.

## NOTAS BIBLIOGRAFICAS

*Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas.*—Entre los canjes con que hemos sido favorecidos en estos últimos tiempos, debemos hacer mención especialísima de la *Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas*, publicada en Madrid, bajo la dirección del eminente Cirujano Federico Rubio y Gali. Trae esta revista importantísimos trabajos originales que honran mucho, muchísimo á la escue-



la española. Hay que leer y saborear, sobre todo, las clínicas del profesor F. Rubio: ¡qué amena é instructiva lectura, cuánta ciencia y cuanta experiencia no están condensadas en estas lecciones!

Al publicar esta revista, el valiente y sapientísimo anciano, aspira á un fin que no puede ser más noble: "no nos proponemos, dice él, honra ni provecho propio. Rayando en la senectud, cansados y cercanos al descanso eterno, acometemos una empresa para nuestros escasos medios, con un fin exclusivamente patriótico: empujar nuestra raza de aquí y de más allá de los mares en el camino de la *investigación* de la Ciencia; ó, lo que es lo mismo, de la mayor y mejor distribución de sus beneficios.

Nos hemos quedado atrás con respecto á otros pueblos y razas. Necesitamos por eso salvar pronto las distancias, trabajar más y correr más.

Doy el ejemplo por el poco tiempo que me queda. ¡Benditos si pasáis hacia adelante por encima de mi cuerpo muerto; indignos, si seguís entumecidos viviendo solo para estar quietos y ver pasar á otros!"

Recomendamos calurosamente la lectura de la *Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas*.

*Medicaciones modernas. Seroterapia por el Doctor Núñez Granés.* Madrid, 1899, librería Hernando (1) No parece sino que el Doctor Núñez Granés, interpretando las altas miras del Doctor Fed. Rubio, quisiera cuadyuvar á su obra patriótica publicando un trabajo muy bueno sobre asunto tan importante y de tanta actualidad. El libro tiene una gran cualidad: es corto y en él encontrará el lector la descripción clara y concisa de todo lo que se relaciona con la Seroterapia.

A nuestra mesa de redacción ha llegado también el *Formulario Terapéutico para uso de los prácticos*, por J. B. Fonssagrives, 2.<sup>a</sup> edición española. Madrid, 1899. Librería Hernando.

El nombre de Fonssagrives, el sabio profesor de Montpellier, es suficiente para recomendar esta obra; por lo demás es "un formulario clínico, destinado á satisfacer las necesidades diarias del práctico, es una verdadera guía, un recordatorio permanente, en cuyas páginas encuentra el médico resueltos todos los problemas que á cada instante ponen en prensa su cerebro."

(1) En venta, en San José, en la Librería Española de Doña María v. de Lines.

## GACETILLAS

**Influenza.**—Por varios conductos sabíamos que esta enfermedad había hecho su aparición en la provincia del Guanacaste, y hace como un mes, uno de los señores médicos que ejercen en esa importante región del país, tuvo la atención, además de cumplir con su deber, de comunicarlo oficialmente á la Facultad Médica.



Como era de suponer, la epidemia se ha propagado rápidamente y hace como quince días que la tenemos en San José. En general y hasta la presente, la enfermedad se ha presentado bajo forma benigna. El ataque se reduce á dos ó tres días de alta temperatura acompañada de dolor de cabeza y quebrantamiento general; á eso se agrega invariablemente un catarro bronquial más ó menos intenso.—Sin embargo, se han señalado algunos casos de complicaciones pulmonares.

**Retraso.**—El presente número de la *Gaceta Médica* sale con algún retraso debido á que los cajistas de la Imprenta Nacional han sido atacados por la epidemia reinante, la influenza.—Como el numeroso personal de dicho establecimiento pagó ya, casi en su totalidad, el tributo á la enfermedad, dichosamente sin graves consecuencias, esperamos que no se repetirá el hecho apuntado.

**Fiebre amarilla y Peste Bubónica.**—Así como se nos "coló" la fiebre amarilla en Alajuela sin que hasta la hora haya sido posible exterminarla, así no nos extrañaría que uno de estos días se nos meta también la peste bubónica. ¿La razón?—La razón es muy sencilla. Supongamos que un barco se presente en el Limón trayendo en las mercaderías el germen de la peste, ya sea que éste se encuentre en los mismos efectos, ya sea que venga alguna rata enferma ó de cualquier otra manera ¿cómo nos vamos á arreglar para impedir que la peste se desarrolle en el país? Indudablemente que eso no es posible impedirlo, pues en el Limón no existe una estufa para llevar á cabo la *desinfección* rigurosa de las mercancías que allí lleguen de procedencia sospechosa ó infectada, y si esta *desinfección*, que es la base del sistema moderno de Policía Sanitaria y que ha reemplazado el antiguo régimen de cuarentenas, acordonamientos, lazaretos, cierre de fronteras, etc., etc., si esta *desinfección* no se efectúa ¿cómo no se ha de desarrollar, con toda facilidad, la peste lo mismo que cualquiera enfermedad contagiosa? En realidad, en el estado actual de las cosas, el trabajo es que el germen de la peste se presente que aquí no encontrará obstáculo ninguno para su propagación, y esto, hay que confesarlo, es muy grave.

El médico de puerto del Limón ha llamado la atención del Gobierno á este respecto y ha declinado, con razón, la responsabilidad que sobre este punto pudiera recaerle. La Facultad Médica no solo ha apoyado las observaciones de dicho médico, sino que, entre las medidas que ha aconsejado se tomen para evitar la invasión de tan terrible azote, está la de mandar pedir, sin demora alguna, estufas de *desinfección* para el servicio sanitario del Limón, Puntarenas y capitales de provincia del interior.

**Reproducción.**—El trabajo sobre la *poliomielitis aguda anterior* del Doctor M. Zúñiga que se publicó en el número anterior de esta *Gaceta*, por haber salido con graves errores de imprenta, lo reproducimos hoy.



# PILDORAS DE BLANCARD

DE YODURO DE HIERRO INALTERABLE



Mention honorable 1853

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.



Mention honorable 1853

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 (tales como los tumores, infartos, humores frios, etc.), y contra las que resultan ineficaces los ferruginosos simples. Son eficacísimas contra la **Clorosis** (colores pálidos), la **Leucorrea** (flujos blancos), la **Amenorrea** (menstruación 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 linfalismo y el apocamiento del temperamento.

ADVERTENCIA. — El yoduro de hierro impuro ó alterado es un medicamento infiel ó 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 pie de una etiqueta verde.

*Blancard*

PHARMACIEN A PARIS  
RUE BONAPARTE, 40.

CUIDADO CON LAS FALSIFICACIONES

## JARABE ANTIFLOGÍSTICO DE BRIANT

Farmacia, RUE DE RIVOLI, 150, PARIS y en todas las Farmacias.

El JARABE DE BRIANT recomendado desde su principio por los profesores Laënnec, Thénard, Guersant, etc., ha recibido la consagración del tiempo: en el año 1829 obtuvo el privilegio de invención. Este Jarabe, con base de goma y de ababoles, conviene sobre todo á las personas delicadas, como mujeres y niños. Su gusto excelente no perjudica en modo alguno á su eficacia contra los Resfriados y todas las Inflamaciones del Pecho y de los Intestinos.

## BÁLSAMO de PLATA

antiséptico (del Doctor) cicatrizante

ALFREDO LAMOUROUX

El BALSAMO de PLATA cura con una rapidez maravillosa las Desolladuras, Quemaduras, Grietas y Llagas de todas clases. Constituye una curación muy sencilla.

FARMACIA BRIANT  
150, Rue de Rivoli, 150  
PARIS  
y en todas las Farmacias.

## Apiol de los D<sup>res</sup> Joret y Homolle

Único admitido en los Hospitales de Paris.

La Amenorrea, la Dismenorrea y la Metrorragia ceden rápidamente si se usan las Cápsulas de **APIOL** de **JORET** y **HOMOLLE**.

Este medicamento, verdadero regulador de la menstruación, no ofrece peligro alguno aún en caso de preñez.

Medalla de Oro en la Exposición de Amberes 1894.



**Tisis Pulmonar**  
**BRONQUITIS CRÓNICA**  
 Tratamiento Hipodérmico  
 POR MEDIO  
 del Eucaliptol Inyectable Roussel  
 del Feneucaliptol Inyectable Roussel  
 del Arseniato de Estricnina Roussel  
 del Sulfuro de Allyle Mousnier.

**J. MOUSNIER, 26, RUE HO. DAN  
 SCEAUX (Seine), Francia**  
 en **PARIS, 6, rue Jacob, y 1, rue des Tournelles**

**Sifilis**  
 Tratamiento Hipodérmico  
 Por medio de  
**La Hydrargira inyectable de ROUSSEL**

**SIFILIS**  
 Clanuro de Hidrargira

**SIFILIS**  
 Biloduro de Hidrargira

**J. Mousnier**  
**SCEAUX (Seine)**  
 Francia

**SIFILIS**  
 Gránulos Dardel  
 de Arseniato de Mercurio

**INSOMNIOS - DOLORES  
 NERVOSISMO**

**Parabe ★  
 Gelineau**

(Bromuro Potásico Arseniacal  
 y Chloral combinados)

**EL MÁS POTENTE DE LOS HÍPNOTICOS**

**M**edicina infalible, cuya eficacia  
 indiscutible ha hecho que sea  
 adoptada por el cuerpo de medicina  
 casi entero.

Sin par en el tratamiento de la

**TOS FERINA**

**Epilepsia**  
 las Grageas Gelineau

constituyen el medicamento  
 Anti-epiléptico por excelencia

**M**uy superiores a los bromuros  
 combinados o asociados  
 (Polibromuros)

Las Grageas de Gelineau han  
 sabido adquirir, junto al Cuerpo de  
 Medicina, un lugar de predilección  
 muy merecido.

Las Grageas de Gelineau deben tomarse  
 siempre a la mitad o al fin de la comida.

**Anemia \*\*  
 Clorosis**

Tratamiento hipodérmico  
 POR MEDIO DEL  
**HIERRO INYECTABLE ROUSSEL**

Tres preparaciones ferruginosas  
 sin dolor en el acto de la inyección:

**Salicilato de Hierro naciente**  
 1 centigramo por centímetro cúbico.

**Cloruro doble de hierro y quinina,**  
 1 centigramo por centímetro cúbico.

**Glicero-Fosfato de Sosa y Hierro,**  
 dos centigramos de Hierro y cinco cen-  
 tigramos de Glicero-fosfato de Sosa.

**J. MOUSNIER, SCEAUX (Seine).**

**Medicamentos urgentes** que  
 todo Médico debe siempre tener  
 en casa en permanencia :

**Ergotina Mousnier**

**Ergotinina Mousnier**

**Quinina inyectable Roussel**

**Mixtura antineurálgica**  
 al acónito de Mousnier

**Solución vital dynamógena**  
**Vindevogel**  
 (Nervosténico, Cardioténico).

Todos estos preparados se venden en fras-  
 quitos de cinco centímetros cúbicos.

en **PARIS, 6, r. Jacob y 1, r. des Tournelles**

**Vino de J. B. Anduran**  
 Específico de la **GOTA y  
 REUMATISMOS.**

Para hacer desaparecer un  
 ataque de **GOTA** ningún medi-  
 camento puede ser comparado  
 al **Vino de Anduran.**

El favor de que Goza  
 esta medicación después de  
**QUARANTA Y DOS AÑOS** tanto  
 en el cuerpo médico como en  
 tre los enfermos es el mejor  
 encomio que puede hacerse.

**JABON QUIRURGICO  
 LESOUR**

**Il g-cy. 7000**

Este **JABON LESOUR** es un  
 fuerte antiséptico de la más  
 grande igualdad es indispen-  
 sable al cirujano, al médico y a la  
 partera.

**J. MOUSNIER**  
 26 Rue Anduran, SCEAUX.  
 SEINE