

# GACETA MÉDICA

DE

## COSTA RICA

### REVISTA MENSUAL

ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPÚBLICA.

Encargado de la edición,  
la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Dirigir la correspondencia á la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Para anuncios de Europa ó suscripciones, dirigirse al Doctor Alberto Alvarez Cañas, Cónsul General de Costa Rica en París, 4, rue Papillon, quien está exclusivamente encargado de la agencia.

La GACETA MÉDICA se publica cada mes.— No se admiten suscripciones por menos de un año.— El precio de la suscripción adelantada por un año, es de ₡ 4.00.— Precio de un número, ₡ 0.50.— El precio de avisos, convencional.

Año VIII

San José de Costa Rica, Agosto de 1904

Núm. 11

### Actas de la Facultad de Medicina

18ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, celebrada el veinticinco de Julio de mil novecientos cuatro, con asistencia de los Doctores: Pánfilo J. Valverde, Presidente; Francisco J. Rucavado, Secretario; Amancio Sáenz, Fiscal; Jenaro Rucavado, Tesorero; y Marcos Zúñiga, Vocal.

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

Art. II.—A solicitud del señor Secretario de Estado en el Despacho de Gobernación, se publicaron algunos consejos prácticos contra el sarampión, redactados de modo que estuvieran al alcance de todos.

Art. III.—Se leyó, discutió y aprobó el siguiente dictamen.

*Señor Secretario de la Facultad de Medicina*

P.

Los infrascritos médicos comisionados por la Junta de Gobierno de esa Facultad, para dictaminar en la sumaria seguida para averiguar si los indiciados Domitilo Céspedes y Juan Chaves Arias cometieron el delito de fabricación de aguardiente clandestino, vecino este último de Boca de Peñas, con respecto dicen:

a) Que acompañado del policial n° 21 de Alajuela, compareció á la segunda citación en la Secretaría de la Facultad, Juan Chaves Arias, á quien examinaron como lo pide el señor Juez de lo Contencioso Administrativo; y su dictamen es como sigue:

b) Tomada en cuenta la corta edad de Chaves, catorce años, y su incompleto desarrollo; el ignorante medio ambiente en que ha vivido y vive; su absoluta carencia de cultura, tal que no sabe leer ni escribir y se expresa con bastante dificultad; y por último, tomados en cuenta los datos que arroja el sumario, somos de opinión que, aun cuando es casi, en muchas ocasiones, imposible determinar la malicia con que se verifica un hecho, en circunstancias como las del presente caso, Juan Chaves Arias es irresponsable del acto de contrabando que se le trata de atribuir.

San José, 7 de Julio de 1904.

P. J. VALVERDE

G. RUCAVADO

Art. IV.—Del Juzgado del Crimen de Cartago se recibió la causa contra E-miniano Barquero, por lesiones á Antonio Chinchilla, y atentado al Juez de Paz de Palomo, para que este Centro dictamine en cuánto tiempo debió sanar la lesión sufrida á Chinchilla dicho. La Junta comisionó para que dictaminen á los Doctores: F. J. Rucavado y M. Zúñiga. Se despachó la citación del lesionado.

Art. V.—Con fecha cuatro de los corrientes se recibió un oficio del señor Cónsul de Costa Rica en Francia, Dr. don Alberto Alvarez Cañas, el cual dice: que la Sociéte Mutuelle de Publicité le entregó 328 Frs. 55 ctms., cantidad perteneciente á la Dirección de la *Gaceta Médica* de Costa Rica, por la publicación de avisos y por suscripciones. Propone el Dr. Alvarez Cañas, á este Centro, que le autorice para nombrar un agente de la "Gaceta Médica", en Europa, y que él quedará como Tesorero y cuidará los intereses de la Revista. La Junta acordó, en cuanto á lo primero, que la Secretaría dé muestras al Dr. Alvarez Cañas de lo agradecidos que le están sus compañeros de la Junta de Gobierno, por sus buenos servicios prestados á la Facultad de Medicina de Costa Rica. Y en cuanto á lo segundo, que se le da poder para que arregle el asunto como más le convenga á la Facultad, siempre que el Dr. Alvarez sea el Tesorero.

Art. VI.—Se leyeron los siguientes telegramas, los cuales se ordenó archivar:

TELEGRAMA DE PUNTARENAS

Recibido en San José el 11 de Julio de 1904.

*A Presidente de la Facultad Médica*

Formas atrófica y edematosa del beriberi son desconocidas aquí; la que prevalece es la nerviosa, muy benigna, que tan solo requiere cambio de clima y de alimentación para desaparecer. Hay en la actualidad siete casos en plena convalescencia, procedentes del Papagallo. Hasta ahora la enfermedad no se ha transmitido á personas ajenas á la localidad de donde procedían los infectados. Tan solo un caso se registra, y ésto en un caquéctico palúdico. En la tos ferina no se ha notado cambio alguno en la marcha de la enfermedad; sigue con carácter de benigna y se tiene noticia como de treinta casos. La aislación se practica tan rigurosa como es posible, habiéndose prohibido el traslado de niños de ésta á otras localidades. Hasta ayer no había en Esparta ningún caso. Pronto enviaré informe general.—JULIO BORBÓN O.,—Médico del Pueblo.

TELEGRAMA DE TURRIALBA

Recibido en San José el 18 de Julio de 1904.

*A Presidente Facultad de Medicina*

En esta población la epidemia no ha presentado ningún signo desfavorable, más bien he observado mejoría notable en muchos casos con las medicinas que he prescrito y que me fueron facilitadas por el Gobierno. En la Hacienda Aragón he encontrado algunos niños con tos que no se ha caracterizado como ferina. Tengo esperanza que sean simples afecciones catarrales, por el alivio inmediato que han tenido con el tratamiento impuesto. Esta hacienda está incluida en el cordón sanitario establecido. Ayer encontré dos niñitos con tos ferina en el Bajo de Turrialba, lugar situado á un kilómetro y medio de aquí. Los hice trasladar en seguida á ésta,

donde tengo otros cinco casos del mismo lugar. Estos enfermitos salieron de allí para Chis, cerca de Juan Vías, el dieciocho de Junio, sanos, desarrollándose la tos el seis del presente, volviendo al Bajo de Turrialba el quince. El Dr. Carranza, á quien avisé, me comunica hoy que la casa donde estuvieron está aislada en medio de un potrero y que los niños que la habitan tuvieron tos ferina en otro tiempo y que en las demás casas no encontró ningún caso.—El Médico especial,—R. FONSECA CALVO.

Art. VII.—Por telégrafo tuvo noticia este Centro:

a) De que en Liberia hay un caso de tos ferina;

b) " " " Cañas " tres " " coqueluche benigno;

c) " " " Santo Domingo de Heredia hay un caso de sarampión, el primero de la actual epidemia que allí se presenta. De Santa Ana se tuvo exactamente la misma noticia que de Santo Domingo; y

d) En San Marcos de Tarrazú hay siete casos de sarampión.

Han tomado las medidas conducentes á evitar las víctimas, no sólo los respectivos señores Médicos del Pueblo, sino también la Presidencia de esta Facultad.

Art. VIII.—El Cirujano Dentista W. A. Blackburn, vecino de puerto Limón, en nota de fecha doce de Julio en curso, escrita en inglés, manifiesta que hay en el citado puerto dos personas que ejercen sin autorización la cirugía dental. La Junta acordó: que el Fiscal se dirija al señor Blackburn diciéndole que el idioma oficial de la Facultad de Medicina de Costa Rica es el castellano, en el cual deben dirigirse las solicitudes, so pena de no atenderlas, y que se sirva presentar acusación formal, dando los nombres de los individuos que practican la dentisteria sin estar para ello autorizados.

Art. IX.—Se leyó el siguiente oficio, el cual se archivó:

Medicatura del Pueblo.—San Ramón, 21 de Julio de 1904.

*Señor Secretario de la Facultad de Medicina*

San José

SEÑOR:

Con esta fecha he dirigido una nota al señor Jefe Político de esta ciudad, que dice así: La Sociedad de Señoras de San Vicente de Paul me notifica que desde el día diecinueve de los corrientes cesaron en la obligación de extender boletos justificativos de pobreza á los necesitados de asistencia médica y medicamentos, como así mismo de la inspección inmediata del Hospital de esta ciudad, de sus enfermos.

Ante determinación tan firme, me creo en el caso de molestar su atención para rogarle que con arreglo á los artículos 18 y 19, Cap. 5º de la Ley de Médicos del Pueblo, se sirva enviarme su padrón de pobres, comprendiendo todos los del cantón, para conocer por mí á todos los que por dicha ley merezcan asistencia médica gratuita.

También debo manifestar á V. que por atención y á instancias de esa benéfica Institución, he venido suministrando los medicamentos necesarios, tanto á los enfermos domiciliarios como á los de este Hospital, pero no conviniendo á mis intereses continuar con esta obligación, la rescindo ante V. para los fines oportunos.

En lo sucesivo y con vista del derecho que me confiere el artículo 88º, inciso 5º, Cap. 2º de la Ley de Médicos del Pueblo, giraré visitas de inspección á las boticas establecidas en esta ciudad, toda vez que ninguna de ellas tiene farmacéutico titulado, responsable de los medicamentos que elabore, reservándome el derecho que la ley me confiere para proceder contra las irregularidades que encuentre.

De este modo, espero que los medicamentos á los pobres sea lo eficaz que merece sin detrimento de la enfermedad que se trate de curar.

Además, para poder constatar con mayor facilidad la pureza de las fórmulas medicamentosas, se servirá V. ordenar á la botica que preste este servicio, que lleve un recetario donde copiará todas las recetas expedidas por mí, devolviendo el original al enfermo.

Lo que tengo el honor de transcribir á V. para su conocimiento, soy de V. con toda consideración, su atento servidor y colega,

El Médico del Pueblo,  
DR. JOAQUÍN BERROCAL

Art. X.—Se leyó el informe sobre la fiebre amarilla de "El Llano" de Alajuela, presentado por su autor el Dr. don Roberto Cortés, y se ordenó publicarlo en la *Gaceta Médica* por creerlo de importancia.

Art. XI.—Se acordó que la Tesorería de esta Facultad, pague:

a) 150 francos de una incubadora para la Maternidad y algunos instrumentos de cirugía para el mismo establecimiento; y

b) ₡ 21.00 para papel [forros de la "Gaceta Médica"], un libro copiador, un "libro registro" de médicos simplemente autorizados para ejercer la medicina y tres libras de goma arábiga.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

P. J. VALVERDE,  
Presidente

F. J. RUCAVADO,  
Srio.

19ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, celebrada el primero de Agosto de mil novecientos cuatro, con asistencia de los Doctores: Pánfilo J. Valverde, Presidente; Jenaro Rucavado, Tesorero; Francisco J. Rucavado, Secretario; Marcos Zúñiga y Rafael Calderón Muñoz, Vocales.

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

Art. II.—Se leyó la siguiente comunicación y se tomó buena nota de ella:

—Legación de Costa Rica.—  
Washington, 14 de Julio de 1904.

*Señor Presidente de la Facultad Médica*

San José de Costa Rica

Señor:

Aunque ese importante Centro tiene los mejores medios de información, me permito llamar la atención de V. á las dos publicaciones adjuntas: una en que se asegura que han sido curados doce casos de lepra, en el estado de Luisiana, de los Estados Unidos de América, y la otra, en que acaba de avisarse, vía Londres, que en la India del Este se ha encontrado y aislado el bacilo de la citada enfermedad, con el cual se ha preparado un suero que ha producido los mejores resultados. Tendré cuidado de remitir á V. cualquier noticia que posteriormente tenga acerca de esta importante materia.

Soy de V. muy atento y seguro servidor,

J. B. CALVO

Art. III.—Por telegrama depositado en Santa Bárbara el 28 de Julio último, el Médico del Pueblo de esa localidad comunica que hay un enfermo de escarlatina, llegado del Seminario de esta Capital, el cual ha sido aislado.

Art. IV.—Fue presentado á la Junta un recibo cuyo valor es de trescientos veintiocho francos cincuenta y cinco céntimos, firmado por el Dr. Alvarez Cañas. El recibo fue enviado por la Societé Mutuelle de Publicité.—París. Se tomó nota de él.

Art. V.—Se autorizó al Tesorero para que pague el valor de una canastilla para la Maternidad y una pieza de lienzo.

Art. VI.—La Junta acordó:

1º—Créar una galería de retratos póstumos, destinada á perpetuar la memoria de los Presidentes de la Facultad de Medicina;

2º—Formarán esta galería los retratos de los Presidentes que hayan fallecido y los que sigan;

3º—Destínase el Salón de la Facultad para dicha galería; y

4º—Todos los retratos serán hechos de busto, pequeños y costeados con los fondos de la Facultad.

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

M. ZÚÑIGA,  
1er. Vocal

F. J. RUCAVADO,  
Srio.

20ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, celebrada el quince de Agosto de mil novecientos cuatro, con asistencia de los Doctores: Pánfilo J. Valverde, Presidente; Jenaro Rucavado, Tesorero; Francisco J. Rucavado, Secretario; Amancio Sáenz, Fiscal; Marcos Zúñiga y Rafael Calderón Muñoz, Vocales.

Art. I.—Por haber llegado tarde el señor Presidente, hizo sus veces, abriendo la sesión y firmando el acta, el Segundo Vocal, Dr. M. Zúñiga, quien cedió después al Dr. Valverde su puesto de Presidente.

\* Art. II.—Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Art. III.—Se leyó, aprobó y discutió el siguiente dictamen:

San José, 15 de Agosto de 1904.

*Señor Secretario de la Facultad de Medicina*

P.

Los infrascritos médicos, comisionados para dictaminar en la causa seguida contra Eminiano Barquero, por lesiones á Antonio Chinchilla y (atentado á la autoridad de Palomo), dicen:

a) Que para cumplir con el auto dictado por el Juez del Crimen de Cartago, á las dos de la tarde del treinta de Junio de mil noveciento cuatro, en el cual se solicita de la Facultad de Medicina que diga en cuánto tiempo debió sanar la herida inferida al señor Chinchilla, tratada científicamente, leyeron el expediente y examinaron al lesionado Chinchilla;

b) Que la herida debió sanar, científicamente tratada, en unos nueve días.— Pero advierten que las consecuencias de esta lesión pueden ser muy graves en un tiempo más ó menos largo, por el traumatismo y lugar de la herida.

AMANCIO SÁENZ

RAFAEL CALDERÓN MUÑOZ

Art. IV.—Se leyó, discutió y aprobó el siguiente dictamen:

San José, 15 de Agosto de 1904

*Señor Presidente de la Facultad de Medicina*

Los infrascritos médicos, comisionados por esa Facultad para dictaminar en la causa seguida contra Francisco Acuña Berrocal (a.) Cápiras, por lesión á José María Cambronero Arroyo, dicen:

a) Que de acuerdo con el auto dictado por el señor Juez del Crimen de Alajuela, á las ocho de la mañana del dieciocho de Junio del año en curso, que en lo conducente dice: que por cuanto resulta contradicción entre los dictámenes vertidos por los Doctores Eduardo Trejos y Manuel Cabezas, como Médicos del Pueblo de Atenas, en cuanto á la duración para sanar de la herida más grave inferida á José María Cambronero, debe resolver la Facultad de Medicina, la contradicción, examinaron á Cambronero dicho y estudiaron el expediente;

b) Que la lesión de más importancia, que es la herida en el dedo pulgar de la mano derecha, deja impedimento relativo de por vida, y que científicamente tratada debió sanar en veinte días.

F. J. RUCAVADO

M. ZÚÑIGA

Art. V.—Los Doctores don Pánfilo J. Valverde y don Jenaro Rucavado vertieron verbalmente su dictamen en la causa seguida contra Aniceto Chavarría y otros, por lesiones á Eulogio Sánchez y otro, así: el auto dictado por el Juez del Crimen de Heredia, á las dos y media de la tarde del cinco de Abril de mil novecientos cuatro, requiere á la Facultad Médica de la República para que informe cuál de los dos dictámenes médicos que obran en autos á fojas treinta y cincuenta y cinco es atendible, el del Dr. don Manuel J. Flores ó el del Dr. don Policarpo Trejos, con respecto á la lesión reconocida á Eulogio Loría. Para dictaminar se citó cuatro veces, por medio del Juzgado del Crimen, al lesionado Eulogio Loría. Este no compareció á ninguna citación, y el susodicho Juez, en oficio n.º 306 del nueve de los corrientes, pide atentamente á este Centro que, si le es posible, como no ha podido ser habido el lesionado, dictamine simplemente con los datos que arroja el proceso. La Junta, con informes de los señores médicos dictaminadores, después de examinar el expediente, acordó dictaminar como sigue: La Facultad siempre ha acostumbrado emitir sus informes en estos casos, previo examen de los lesionados, pero atenta á que no ha sido posible haber al herido Loría, y á la necesidad del informe, resuelve acceder á esa solicitud del señor Juez del Crimen de Heredia, y dice: que se atiende en un todo al dictamen de fojas cincuenta y cinco, emitido por el Dr. don Policarpo Trejos, á la una de la tarde del dos de Junio del año mil novecientos tres.

Art. VI.—El artículo V anterior fue aprobado de una vez, así como los anteriores III y IV.

Art. VII.—Del Juzgado Primero del Crimen de San José se recibió la causa seguida contra Juan Castillo Lanza, por homicidio en la persona del que fue Simón Ramírez, en el Juzgado del Crimen del Circuito Primero de la provincia de Guanacaste. El Juez de Guanacaste, para mejor proveer, pide, en auto de las 8 a. m. del nueve de Julio último, que dictamine la Facultad de Medicina en la susodicha causa. La Junta comisionó para ello á los Doctores Valverde y J. Rucavado, á quienes se entregó el expediente para que lo estudien.

Art. VIII.—El Sr. don Mauro Rafael Fernández Le Cappellain, mayor, soltero, Médico de la Universidad de Pensilvania (Estados Unidos de Norte América) y vecino de aquí, solicita su incorporación á este Centro, para lo cual acompaña á la solicitud su diploma debidamente autenticado, y un recibo de la Tesorería de la Facultad de Medicina, cuyo valor es de cien colones. La Junta, considerando que la solicitud y los atestados están conforme á ley, resolvió: a) Que las tres pruebas se verifiquen en los días diecisiete, dieciocho y diecinueve de los corrientes; y b) Que el Cuerpo examinador lo compongan los Doctores: Marcos Zúñiga (Embriología, Histología y Anatomía humana). R. Calderón Muñoz (Fisiología humana y Anatomía Patológica). Amancio Sáenz (Materia Médica, Terapéutica, Higiene y Medicina legal). Jenaro Rucavado (Medicina Interna y Cirugía). Francisco J. Rucavado (Ginecología y Obstetricia).

Art. IX.—El artículo VIII fue aprobado de una vez.

Art. X.—El señor Enrique Montiel, nicaragüense, mayor, soltero, Médico Cirujano de la Facultad de Nicaragua, vecino actualmente de la ciudad de Cartago, dice: Que según título debidamente autenticado, que ya otra vez presentó á este Centro, es Doctor en "Medicina del Medical Chirurgical College de Filadelfia". En virtud de ese título, de que es ciudadano nicaragüense, y al amparo de la ley de primero de Febrero de 1890, solicita su incorporación á la Facultad de Medicina de Costa Rica, con sólo la formalidad de la presentación del título y la prueba de identificación personal que ofrece rendir en seguida. Agrega á su solicitud un recibo de ₡ 100-00, expedido por la Tesorería de la susodicha Corporación. La Facultad de Medicina, considerando:

1.º) Que el decreto número 7, referente á incorporación de profesores de Medicina ciudadanos de algunas de las Repúblicas de Guatemala, Honduras, Nicaragua ó El Salvador, en la Facultad Médica de esta República, expedido el 1.º de Febrero de 1890, se refiere como lo dice su preámbulo á las "personas que tienen derecho al reconocimiento inmediato de títulos Médicos, en virtud de tratados internacionales"; y por nota fecha el 5 de Julio de 1900, el señor Ministro de Relaciones Exteriores comunicó á la Secretaría de la Facultad de Medicina, que el Tratado con Nicaragua de 30 de Julio de 1868 dejó de estar vigente el 5 de Julio del

año 1899, y no ha habido posteriormente ningún tratado entre Costa Rica y Nicaragua que se refiera al ejercicio de las profesiones, en ambos países;

2º) Que el decreto en que se apoya la solicitud, dice en su artículo 3º: "Queda así modificado el Reglamento del Protomedicato expedido el 27 de Abril de 1872", y hoy no existe Protomedicato ni mucho menos sus accesorios, como son las disposiciones especiales y reglamentos que lo regían. (Lo accesorio sigue á lo principal);

3º) Y que la disposición á que se acoge el señor Montiel para exigir su incorporación en la forma expresada, en la Facultad de Medicina de la República, es un decreto del Ejecutivo que no puede ir contra una ley del Congreso Constitucional de la República; cual es en el presente caso, la ley orgánica de la Facultad, publicada el 3 de Abril de 1895 y que dice en su artículo 4º: "Sin la previa autorización de la Facultad, nadie podrá ejercer en el país las profesiones de médico, cirujano ó farmacéutico". (Se hace observar que este art. 4º se reformó para excluir de él á los Farmacéuticos, nada más, el 12 de Agosto de 1902.) Y dice en su artículo 29: "Esta ley entrará en vigencia el día 21 del corriente mes y desde dicha fecha queda abolida la institución del Protomedicato, y derogadas todas las leyes que traten de las mismas materias que la presente". Y la ley orgánica de la Facultad de Medicina es posterior, con mucho, al citado decreto del Ejecutivo; por tanto, resuelve:

a) Denegar la solicitud de incorporación del señor don Enrique Montiel, á menos que se presente á examen, conforme con el Reglamento de la Facultad de Medicina; y

b) Devolver al señor Montiel los cien colones que pagó á la Tesorería de este Centro como derechos de incorporación.

Art. XI.—La Municipalidad de Alajuela creó á favor de doña América García una beca en la Escuela de Obstetricia, con la dotación mensual de cuarenta colones, con tal que la señora García se comprometa, terminados sus estudios, á ejercer su profesión en el Cantón central. Se acordó inscribir desde ahora á la nueva alumna, y comunicarlo así á la Secretaría Municipal de Alajuela.

Art. XII.—Se autorizó al Tesorero para que pague el valor de los siguientes objetos, comprados por el Doctor Zúñiga para la Maternidad: dos termómetros, cinco varas de tela ahulada, cuatro peines, un cepillo para cabeza, media docena de bombillas eléctricas, dos pisteros largos de vidrio y dos de loza.

Art. XIII.—Se leyeron y archivaron los siguientes telegramas de Turrialba, suscritos por el Dr. Roberto Fonseca Calvo, fecha primero de Agosto, el primero, y quince el segundo:

#### TELEGRAMA DE TURRIALBA

Recibido en San José el 1º de Agosto de 1904

#### *A Presidente de la Facultad Médica*

En la quincena que termina hoy la marcha de la epidemia ha sido favorable, registrándose algunos casos completamente curados y muchos con mejoría notable. He encontrado unos 3 casos más en una colina situada al Oeste de esta villa, en una casa que se encuentra en medio de un potrero como á 700 metros de aquí, que se contagiaron de otro niño que venia á la escuela. Estos niños, que en realidad son casos viejos, están aislados naturalmente por la posición en que está la casa, no teniendo vecinos cerca. Trepiezo á veces con dificultades para encontrar los enfermos con la rapidez que las circunstancias exigen, por la poca voluntad de algunas gentes, que por temor ó por negligencia, no dan aviso como está ordenado; luchando á menudo contra el fatalismo que reina en los campos, con respecto á las enfermedades y su contagio. Una inspección por Turrialba viejo, la región de Tuis y Aquiares, me convenció que todo va bien en esos lugares: la epidemia parece estar circunscrita á esta población.—El Médico Especial de Higiene,—R. FONSECA CALVO.

## TELEGRAMA DE TURRIALBA

Recibido en San José el 15 de Agosto de 1904

*A Presidente de la Facultad Médica*

Me es grato enviar á V. un resumen de la epidemia tos ferina. Si bien se ha presentado con carácter benigno, puesto que no he tenido ninguna defunción, no por eso deja de ser alarmante el número de casos que he descubierto y existían á mi llegada, agregando á éstos los nuevos que después han aparecido. La explicación de este número crecido de casos está para mí en el tiempo que hace que la tos ferina existe en estos lugares. Según mis observaciones, desde principios de Mayo (hay quien crea que en Abril) se presentaron los primeros casos, pasando desapercibidos tal vez por su benignidad. El número de enfermitos hasta hoy asciende á 83, que se pueden clasificar de la manera siguiente: curados 33; casi curados 14, en el 2º período 36. La población más azotada ha sido esta villa, pero también es donde el estado sanitario ha mejorado mucho, á pesar de todo, la epidemia la creo localizada en Turrialba, el bajo de Turrialba y Hacienda Aragón.—El Médico de Higiene,—R. FONSECA CALVO.

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

P. J. VALVERDE  
Presidente

F. J. RUCAVADO  
Secretario

**LA HIGIENE DE LAS BARBERÍAS**

Por el Doctor A. Calmette, Director del Instituto Pasteur de Lille, miembro correspondiente del Instituto y de la Academia de Medicina.

Nadie ignora hoy cuán frecuentes son los casos de transmisión de enfermedades contagiosas por medio de los instrumentos de los barberos; y muchos higienistas han llamado la atención de los Poderes Públicos sobre la necesidad de reglamentos especiales para evitarlas.

La América nos aventajó hace tiempo en esto: la provincia de Quebec y el estado de Massachussets, por ejemplo, han puesto en vigor una legislación rigurosa, la cual, sus barberos deben acatar. En Francia el Consejo de Higiene del Sena y el departamento del Herault se han preocupado ya en este asunto; en 1889 M. Lancereaux fué invitado por el prefecto de Policía de París á redactar unas instrucciones en forma de avisos con el objeto de prevenir al público de los riesgos que presenta el uso en común de los mismos objetos de tocador en las barberías y en las escuelas, desde el punto de vista de la propagación de las tiñas y de las sífilis.

Recientemente, en 1897, M. Vallin hizo un informe documentado sobre la misma materia, y el Doctor Jorissenne presentó á la sociedad de salubridad pública de la provincia de Lieja, una memoria con el fin de que se reformaran los hábitos de los barberos; pienso que no deben esperarse reglamentos de administración pública para adoptar medidas eficaces; más vale, sin duda alguna, esforzarse en difundir los conocimientos de los peligros reales de contagio que ofrecen las barberías mal servidas.

Nuestros figaros modernos no desean sino poder atender al mayor número de clientes y tener una mano liviana para poder satisfacer sus solicitudes. A nosotros, médicos, nos toca dar consejos y no reglamentos.



Lejos de nosotros la idea de lastimar la libertad de una profesión tan respetable como útil; pero tenemos el deber de poner al público en guardia contra los riesgos de enfermedades contagiosas y de indicarle los medios de evitarlas ya que son evitables.

Las barberías deberían estar rigurosamente prohibidas á las personas atacadas de tiña (polilla), tiña (favus), sycosis, herpes (herpes circiné), impetigo, eczema, acné, molluscum contagiosum, ectima, foliculitis, sífilis, sarna, piojos de la cabeza y del cuerpo.

Desgraciadamente, en la inmensa mayoría de casos, el barbero se encuentra en la imposibilidad de reconocer si su cliente tiene algunas de estas afecciones y en todo caso, no sería capaz de retirarlo.

Toca al médico de la familia, ejerciendo su autoridad é influencia, inducir á éste á hacerse cortar los cabellos y afeitarse la barba en su casa, con los objetos del tocador que le pertenecen. Debe indicarle el peligro en que pone á la sociedad y su familia y las precauciones que debe tomar. Pero cuando un barbero conozca la tiña por ejemplo, en un cliente suyo, debe por su propio bien no recibirlo ofreciéndole ir á su casa y reservar los instrumentos especiales, de fácil desinfección.

Para examinar rápida y discretamente á los clientes es menester que éstos no entren de súbito en la barbería, como hoy sucede.

Toda barbería debe, pues, tener un local de espera que sirva como de vestíbulo á la sala de barbería propiamente dicha.

Es, como dejamos dicho, muy repugnante é impropio exponer á los clientes recién llegados á respirar y recibir sobre sus vestidos el polvo y las escamas arrojadas en el piso, en las paredes y muebles, cepillos, tijeras ó esquiladoras en acción. Se evitaría sus proyecciones de vez en cuando nocivas y siempre desagradables, aislando cada "paciente" y su "operador" en una especie de (boxe) cuartito cuyo suelo y paredes impermeables fuesen fáciles de enjutar con un lienzo húmedo, antes de que un nuevo cliente viniese á ocupararlo. El aspecto del salón no perdería nada si las paredes de estos cuartitos se construyesen de vidrios ó cristales transparentes, y se evitarían así los inconvenientes que acarrea el cortar el pelo á un tiñoso ó á un simple pityriásico, en un local abierto á todo el que llega, y expuesto á las corrientes de aire que produce incesante abrir y cerrar de las puertas de entrada.

Otra medida general, importantísima aun cuando haya sido desconocida hasta ahora por todos, es la obligación del barbero, de lavarse las manos en agua caliente, con jabón y cepillo antes de pasar de un cliente á otro. No se trata de realizar una asepsia absoluta como para una operación quirúrgica, pero no es posible pasar sin esta precaución elemental.

En las barberías frecuentadas por los elegantes, éstos poseen un completo juego de objetos para su uso exclusivo; indudablemente es este el mejor medio de evitar todo contagio.

Los objetos pertenecientes á cada cual se colocan en un agujero especial ó casillero que lleva el número de orden; pero no son nunca desinfectados. Sucede á veces que estos clientes elegantes están tocados de furúnculos, de acné ó herpes y que las navajas, peines, cepillos de su uso reservado, cada vez que los toman, les reinoculan el mal, de suerte que la afección que sufren persiste cambiando de lugar y repite á pesar de los mayores cuidados.

Para evitar estas infecciones continuas, es necesario que los barberos se habitúen á esterilizar todos los instrumentos cada vez que se han servido de ellos, con tal que éstos no se utilicen para la misma persona.

Esta precaución es todavía más necesaria cuando los instrumentos sirven para varios.

¿Cómo puede verificarse esta esterilización cómoda y eficazmente?

Los procedimientos empleados varían según sea cada objeto.

Es evidente, por ejemplo, que ciertos objetos metálicos pueden soportar la inmersión en los líquidos antisépticos, en el agua hirviendo ó la llama directa del alcohol ó gaz; los peines, cepillos y navajas no podrían soportar tales tratamientos. Las tijeras y los trasquiladores deben ser fácilmente desmontables. El mejor medio para ellas consiste en hacerlos sumergir durante cinco minutos en una solución de carbonato de soda á 50 gramos por litro. Después de haberlos enjutado se les conservará hasta nuevo uso, en armario metálico donde el aire será constantemente desecado por el cloruro de calcio.

Las navajas de mango metálico son las únicas recomendables, pueden ser tratadas de la misma manera sin ningún inconveniente. En lugar de enjutarlas después de haberlas hecho hervir, será preferible dejarlas sumergidas, la hoja cerrada, en una solución de carbonato de soda saturada al frío. El temple y la integridad del filo quedan entonces perfectos y el herrumbre no es de temer.

Los cueros para las navajas no son de fácil desinfección; tanto que los vapores secos de formol los vuelven ásperos y algún otro antiséptico gaseoso no les conviene: pero si se tiene cuidado al servirse de éstos, no más que para asentar las navajas, previamente desinfectadas, no hay peligro que temer.

Para los peines difíciles de limpiar, porque retienen en sus intersticios muchas escamas y pelillos aglutinados por la grasa de la piel, el mejor procedimiento de desinfección es sumergirlos durante un cuarto de hora más ó menos en una solución de lysol al 5 0/0.

El lysol es una mezcla antiséptica, buena, de cresyl y de aceite de potasa.

Gracias al aceite, el cresyl se emulsiona, y por la potasa, las partículas grasosas que se han adherido á los peines ó á los cepillos se saponifican rápidamente al mismo tiempo que los restos epiteleales se hinchan y se descomponen.

Actualmente hay, en el comercio de perfumes, soluciones de lysol mezclado con diversas esencias aromáticas muy agradables, empleadas exclusivamente para limpiar los objetos del tocador que no soportan la ebullición.

El alcohol con amoniaco tiene la ventaja de disolver fácilmente las grasas, pero el olor es muy penetrante y desagradable, y su precio muy caro.

El formol gaseoso ó líquido tiene el inconveniente de que sus vapores irritan mucho las mucosas; como además es mal antiséptico para los objetos engrasados, todos lo ponen de lado.

Los lienzos, servilletas, peinadores, no deben jamás servir á varios clientes sin haber estado previamente desinfectados. La lejía hirviendo es el medio de desinfección más eficaz y el más simple que se puede aplicar.

Los barberos deben renunciar completamente al uso de los defumadores de barba, esponjas y sustituirlos por las bolitas de algodón hidrófilo esterilizado, usándolas para una sola vez.

La esponja de polvar será reemplazada por una bola de algodón esterilizado, no hidrófilo, ó por un atomizador.

Las sillas ó sillones de respaldo móviles, sobre los cuales el paciente apoya la cabeza, deberán siempre estar provistos de un apoya-cabezas recubierto de papel japonés que se renovará para cada cliente.

Después de cada operación, los restos de algodón empleados para proteger la nuca, los cabellos cortados y los papeles de seda después de haberlos servido para limpiar las navajas serán recogidos con cuidado en un vaso metálico esmaltado que contenga una solución de lysol al 5 0/0, antes de botarlos.

La barbería no debe barrerse en seco. Su suelo deberá ser siempre impermeable ó cubrirse con tela encerada, y limpiarla dos ó tres veces al día con un lienzo húmedo.

Píntense sus paredes con pintura de aceite; se evitarán los artesones esculpidos, los plintos y los frisos que sirven de receptáculo al polvo.

Los muebles serán de madera, encolados, los estantes de vidrio, ó de lo que sea susceptible de lavarse, de bordes redondos no salientes.

Se proibirán siempre las escupideras de arena ó de serrin, tan peligrosas desde el punto de vista de la propagación de la tuberculosis. Las que se sustituirán por pequeños vasos esmaltados ó por escupideras con líquidos antisépticos: lysol al 5 o/o por ejemplo.

Las medidas de limpieza y de desinfección que preceden no tienen nada de ridículo ni de exageradas: son simples y fáciles de aplicarlas en las barberías más modestas. Es muy de desearse que se hagan con este objeto instrucciones especiales, y se distribuyan á todos los barberos y al público.

El día en que los clientes escrupulosos y entendidos prefieran los establecimientos que ofrezcan las garantías formuladas por los higienistas, todos los otros establecimientos se conformarán con aceptar los mismos preceptos y se habrá dado un paso en pro de la profilaxis de las enfermedades evitables. —(L'Echo Medical du Nord).

Traducido especialmente para la "Gaceta Médica de Costa Rica, por J. M. Cruz C."

## ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA

### COLITIS MUCOMEMBRANOSA

Por el Doctor BOTTENTUIT.—Médico consultor de la Estación termal de Plombières.—Ex-interno de los Hospitales de París.—Chevalier de la Légion d'honneur.

El signo principal de un estado mórbido, conocido hoy bajo el nombre de colitis mucomembranosa, es la aparición, en las deposiciones, de mucosidades y falsas membranas. Esta afección no ha sido desconocida por los médicos de otra generación: Morgagni, Lancisi, Van Swieten, han escrito todos sobre ese tópic. En el siglo XIX, llamó mayormente la atención y fué señalada bajo varias denominaciones. Esta multiplicidad de denominaciones es la mejor prueba de que no se tenía una noción muy precisa sobre su naturaleza. Van Swieten la llama diarrea glutinosa; Good, diarrea tubular; Powell, afección dolorosa del intestino.

Hasta el año 1861, los autores que han estudiado esta afección, no están de acuerdo sobre la naturaleza exacta del exudado; algunos aún lo comparan al exudado de la difteria.

Sólo, en 1861, Laboulbène comprobó su origen mucoso, pero no apareció trabajo importante alguno al respecto antes del 1890. Hay que mencionar, sin embargo, algunos trabajos interesantes publicados en Francia por Nonat, Wannebroucq, profesor Potain y Gaston Lyon. Citaremos también: Whitehead, Williams, Doč, Kilbourn, Edwards, Findley, etc.

He publicado en el *British medical Journal* (april 6<sup>th</sup> 1892) un artículo titulado: "Catarrhal Enteritis, etiology and treatment." Durante los veinte años de ejercer mi profesión en Plombières, he asistido 4,500 enfermos, ataca-

dos de desórdenes gastroentéricos, tanto de dispepsia gástrica como de enteritis, atonía intestinal y diarrea crónica. De este número de enfermos, he comprobado que 460 sufrían de enteritis flegmosa, afección que no debe confundirse con la disentería. He señalado en este trabajo, que casi todos los enfermos presentaban signos de la diátesis artrítica ó herpética y también que dicha afección era más frecuente en las mujeres que en los hombres.

He encontrado 250 casos en mujeres, 150 en hombres y 60 en niños. Las estadísticas, publicadas al respecto desde 1892, dan guarismos más ó menos idénticos; las discrepancias pueden explicarse por causas accidentales ó por la clientela diferente de cada autor. Desde doce años á esta parte, se han publicado demasiados trabajos sobre este tópicó, para que puedan citarse todos, pero asimismo volveremos sobre muchos de ellos.

## Síntomas.

Los síntomas de la colitis mucomembranosa difieren según la forma que reviste y su intensidad.

La expulsión por el recto de flegmas ó de falsas membranas es un síntoma invariable, y á veces aún, el único apreciable. A veces, puede presentar una forma tan benigna que pasa desapercibida hasta para los mismos pacientes. Ciertas personas evacúan sin dolor flegmas en sus deposiciones; sus digestiones son más ó menos buenas, y su estado general parece satisfactorio. De vez en cuando, sobre todo en tiempos húmedos, después de un resfriado ó de un período prolongado de estreñimiento, hay evacuación de flegmas en las deposiciones. A fuer de haber llamado su atención sobre el particular, no lo notan, ni le ponen cuidado.

Lo que notan primero, es la irregularidad de las funciones intestinales.

Los enfermos atacados de colitis mucomembranosa pueden dividirse en tres clases:

1º Los que están generalmente constipados;

2º Los que padecen alternativamente constipación y diarrea;

3º Los que tienen una diarrea persistente. Las dos primeras clases

son más frecuentes que la tercera. Hay más enfermos generalmente constipados, que enfermos que padecen alternativamente constipación y diarrea.

Entre los casos que he asistido en Plombières, 50 por ciento eran constipados consuetudinarios, 40 por ciento padecían alternativamente constipación y diarrea, y 10 por ciento tenían diarrea.

Voy á describir ahora los principales síntomas que he notado en esos casos:

a) Expulsión de materias flegmosas y falsas membranas;

b) Dolor;

c) Irregularidad de las funciones intestinales. Referiré luego los síntomas secundarios que derivan de aquel estado del intestino y, en fin, las complicaciones.

El primer síntoma que llama la atención del enfermo es la presencia de una materia y de falsas membranas que se hallan generalmente en las deposiciones. En ciertos casos, esas secreciones bastan para provocar solas una evacuación, y entonces compruébase que son el único producto de la masa excretada.

La forma, la consistencia, el color y la cantidad de esas masas son muy variables. Presentan á veces una forma membranosa y están compuestas de largos filamentos, de cilindros, de tubos que tienen muy á menudo la apariencia de una cinta: lo que explica cómo han podido confundirse con la ténia.

La forma más frecuente es tal vez la forma flegmosa. En esta forma, las materias pueden asemejarse á materias amorfas, á veces mezcladas con las materias fecales, y, otras veces, formando una masa bastante voluminosa para llenar una copa; pueden también asemejarse á un esputo.

Cuando las falsas membranas se expulsan tales como han sido formadas en el intestino, sin ser despedazadas, revisten diferentes formas. Tienen á veces la forma de cilindros y llevan en su superficie las señas de los pliegues y de las vellosidades del intestino. Estas señas hacen creer á los que las ven y sobre todo á los enfermos [que han evacuado un fragmento del intestino. Cuando están divididas en trozos, muéstranse bajo varios aspectos: se parecen también á cintas; he visto algunas de más de un metro de largo. No se asemejan á la ténia, pues su volumen es uniforme, pero más bien á un ascárides lombricoide.

Los enfermos las comparan á menudo á macarroni ó á fideos ganosos. A veces, cuando las divisiones están muy marcadas, se parecen á oxyuros ó á granos de arroz.

Toman asimismo la forma de pequeños discos chatos que se han comparado á *confetti*. Todas esas formas diferentes pueden encontrarse en la misma persona. El color de la secreción es variable: depende de la duración de su estada en el intestino, donde sufre cambios por su mezcla con las secreciones intestinales y los productos de la digestión.

He visto algunas que, después de la expulsión, eran claras y transparentes y se parecían á clara de huevo. A veces, presentan estrías sanguinolentas, pero son casos raros, excepto cuando los enfermos padecen almorranas.

En ciertos casos, la expulsión de estas materias acompaña cada deposición; á veces, están completamente separadas de las materias fecales; están entremezcladas, más ó menos las envuelven ó, como lo he dicho más arriba, expúlsanse juntas.

Pero, cualquiera que sea la forma que revistan y su volumen, la composición de la masa es siempre idéntica. Están formadas de materias amorfas, semitransparentes, conteniendo en su centro células epiteliales cilíndricas, leucocitos, sales y gránulos grasos, é invariablemente grandes colonias de bacterias.

Entre los numerosos bacilos que han sido encontrados el más frecuente es el colibacilo.

Es verosímil que la flora microbiana, que tiene su origen en el intestino, tenga un papel preponderante en el desarrollo y el progreso de la colitis mucomembranosa. Las fermentaciones intestinales entretienen un estado de irritación de la membrana mucosa y su reabsorción determina numerosos accidentes que son evidentemente de naturaleza infecciosa. Ya he demostrado que la colitis mucomembranosa caracterizase por la irregularidad de las funciones intestinales y que se encuentra la constipación lo más á menudo, pero no siempre, como lo suponen ciertos autores. Estos autores atribuyen el origen de la enfermedad á la constipación. Es verdad que la constipación se ha manifestado á menudo, aún desde la niñez, y ha persistido durante muchos años, antes que se haya desarrollado la colitis mucomembranosa.

Ya he señalado, en un precedente artículo publicado en 1892 (catarrhal enteritis), que, en los 4,500 casos de afecciones del tubo digestivo, por los que he sido consultado en Plombières, he encontrado 460 casos de colitis mucomembranosa, y que de estos 460 casos, sólo en la mitad se observaba estreñimiento; de los 4,500 casos asistidos en Plombières, la mitad eran de estreñimiento en enfermos que no padecían colitis mucomembranosa.

La intensidad de la constipación es muy variable. Ciertas personas tie-

nen una defecación espontánea después de 2, 3 ó 4 días, pero la mayoría se ven en la obligación de tomar lavativas ó laxantes. Las heces son duras, secas, ovoideas, á veces acintadas ó achatadas. Esta última forma ha sido atribuida á un estrechamiento de la S ílfaca, pero no es así, pues si existiese estrechez del canal, las heces presentarían siempre la misma forma: lo que no sucede. G. Lyon sugiere otra explicación: la contracción del colon.

El estado atónico del intestino es muy frecuente en la colitis mucomembranosa; pero el estado atónico alterna á menudo con un estado de contracción. He notado muchas veces esta contracción del intestino, que ha sido ya observada por Glenard, Fleiner, Geoffroy y Gaston Lyon. Volveré sobre este punto.

La segunda forma, la que tiene alternativas de estreñimiento y de diarrea ó "débâcle", es más bien menos frecuente que la primera, ó sea un 40 por ciento de los casos.

Caracterízase por períodos de estreñimiento durante varios días, seguidos de una deposición compuesta de materias duras de olor fétido, luégo deposiciones algo líquidas, y otras del todo líquidas, después vuelve el estreñimiento.

He mencionado ya que la forma diarreica es mucho menos frecuente que las otras. He llamado la atención sobre este punto en 1892: la había observado sólo en 10 casos de 100, en los enfermos que había asistido. Los enfermos no tenían constipación y nunca la habían tenido. A menudo la diarrea había existido mucho tiempo antes que hiciese su aparición la colitis mucomembranosa.

Uno de los síntomas más importantes que se manifiesta en casi todos los casos de colitis mucomembranosa es el dolor.

Hay que distinguir el dolor habitual del dolor provocado por la crisis.

En general, los enfermos experimentan una sensación penosa sobre todo el trayecto del intestino grueso. Es más ó menos intensa, sobre todo en los dos ángulos del colon.

Esos puntos son los más á menudo afectados. Prodúcese asimismo, pero con menos frecuencia, puntos dolorosos en la fosa ílfaca, del lado derecho ó del izquierdo, cerca del ciego ó de la S ílfaca.

Existe también un quinto punto doloroso, entre el ombligo y el apéndice xifoide.

El dolor en todos esos puntos es á menudo espontáneo, pero puede provocarse siempre por la presión.

Hay que tener el mayor cuidado al examinar esos puntos, sobre todo respecto al diagnóstico. Si los dolores son violentos, puede cometerse el error de tomarlos por cólicos hepáticos ó gástricos, ó por un dolor situado en el apéndice, cuando en realidad el dolor tiene su sitio en el colon transversal.

El dolor, situado en el punto de Mac Burney, es una causa fácil de error, puede hacer creer en la existencia del apendicitis.

En muchos casos, hemos encontrado una hiperestesia cutánea en la región del ciego y de la S ílfaca.

Es un punto importante, pues en la apendicitis existe también á menudo una exageración de la sensibilidad en el punto de Mac Burney, una hiperestesia cutánea.

Los dolores son generalmente más intensos en el momento de la defecación.

Ciertos enfermos evacúan solo una pequeña cantidad de materias, insuficiente, y, en consecuencia, no experimentan el alivio propinado por una evacuación completa. Están molestados por la necesidad de una nueva eva-

cuación. Media hora más tarde tienen una nueva deposición, pero es incompleta y se dan cuenta de que es insuficiente. Están obligados á volver al excusado tres ó cuatro veces. En casos semejantes, una laxativa, tomada después de la segunda ó tercera deposición, presta grandes servicios. A más de los dolores ya mencionados, los enfermos se quejan á menudo de sensaciones penosas, como son: pesadez, tensión, torcijones. Sufren asimismo, á más de esos dolores habituales y persistentes, crisis muy dolorosas que pueden durar varios días ó varias semanas. Descarrios de régimen, purgantes violentos, el cansancio, excesos de cualquier naturaleza, ó causas morales pueden determinarlas. Las crisis están generalmente precedidas de un período de constipación. En esos casos, existe una gran exageración de los desórdenes digestivos, anorexia, dolor gástrico, flatulencia de origen gástrico ó intestinal, meteorismo, vómitos, constipación. En esos casos, existe una gran exageración de los desórdenes nerviosos. El dolor tiene generalmente su sitio alrededor del ombligo y al nivel de la S ilíaca. Existe también tenesmo, pero ese último síntoma es más frecuente, cuando la irritación tiene su sitio cerca del recto.

He notado á menudo esas crisis paroxísticas de dolor. Hay que tener sumo cuidado de distinguirlas del cólico hepático y de la apendicitis. El error de diagnóstico es fácil y frecuente. He observado á menudo aquellas crisis paroxísticas de dolor confundidas equivocadamente con cólicos hepáticos. Casi todos esos enfermos son neuroartríticos; son nerviosos, han sufrido desórdenes de naturaleza reumatismal ó hepática. Hay exceso de ácido úrico en sus orines, están predispuestos á jaquecas, tienen la circulación perezosa y padecen almorranas.

Cuando se les interroga, se comprueba que son neuroartríticos; investigando sus antecedentes, se les encuentra parientes gotosos ó asmáticos.

Los primeros síntomas han sido desórdenes digestivos, como ser flatulencia, dispepsia gástrica, lengua cargada, apetito irregular ó caprichosa dilatación de la región gástrica é intestinal, eructos y tendencia al sueño después de las comidas. He encontrado casi siempre hipercloridia. El estómago está generalmente dilatado y él riñón derecho desplazado.

Enteroptosa con su cortejo de síntomas.

Obsérvase también un abdomen flojo, atónico, en forma de alforja: los músculos de la pared abdominal están relajados, hay decaimiento de los intestinos y más tarde del estómago.

El hígado está generalmente distendido, sensible y hasta doloroso. Ciertos autores han encontrado el hígado disminuido de volumen en la mitad de los casos. Por mi parte, solo lo he comprobado en un número reducido de enfermos, pero en más de la mitad de los casos, por mí tratados, había decoloración de las materias fecales, lo que han constatado la mejoría de los que han estudiado esta enfermedad.

Esos enfermos tienen á menudo dificultad para respirar, desde la respiración corta hasta una disnea completa con palpitaciones del corazón, aritmia y hasta crisis de dolor cardíaco que se asemeja á angina de pecho.

Estos síntomas son, sin duda alguna, de origen nervioso, y consecuencia de desórdenes gástricos. Ya lo he mencionado en 1879 (Des dyspepsis flatulentes á forme douloureuse) *Union médicale*.

Ciertos autores han propuesto varias clasificaciones de esta afección, según el predominio de tal ó cual síntoma. Froussard la divide en:

a) Forma gástrica, caracterizada por el predominio de desórdenes gástricos.

b) Forma nerviosa, caracterizada por una neurastenia exagerada y desórdenes cardio-pulmonares.

c) Forma intestinal que depende de los diferentes desórdenes intestinales.

Esta división ingeniosa tiene la ventaja de permitir la descripción de los diferentes aspectos de la enfermedad; pero, no pensamos que coincida siempre con los diversos aspectos presentado por cada enfermo aislado. A veces, encuéntrase en el mismo enfermo el predominio de los desórdenes gástricos, otras veces una gran exageración de los síntomas nerviosos y también las diversas formas de los desórdenes intestinales que hemos descrito.

La relación de la colitis mucomembranosa con la apendicitis ha sido el tema de muchas divergencias de opinión y de muchas controversias.

Ciertos autores piensan que precede siempre la apendicitis. De allí se ha sacado la conclusión de que toda persona atacada de colitis mucomembranosa era predestinada á la apendicitis en un lapso de tiempo más ó menos remoto y que, en consecuencia, debía hacerse operar para contrarrestar esta amenaza.

En una discusión notable, que tuvo lugar en la Academia de Medicina de París en 1896, el Doctor Reclus relató 20 observaciones sobre casos de colitis mucomembranosa que habían precedido á la apendicitis. Sin embargo, era un hecho excepcional; ni Potain, ni Charrin, ni Comby han señalado en sus trabajos al respecto casos en los cuales la apendicitis sea la consecuencia de la colitis mucomembranosa. Según mi propia experiencia, en Plombières, en 1,000 casos no he observado un sólo caso de apendicitis verdadera.

Basándose en esta estadística, Dieulafoy es de opinión que la apendicitis verdadera, comprobada por la operación, es muy rara y constituye un hecho excepcional.

Al decir: apendicitis verdadera, Dieulafoy habla de la apendicitis que es el resultado de la transformación de una parte del canal apendicular en una cavidad cerrada, donde se desarrolla el foco de infección y de intoxicación consecutiva debida á los microbios encarcelados.

Pero al lado de estas causas infecciosas de apendicitis existen otras de forma tórpida subaguda. Dieulafoy las denomina: Enterotiflocolitis. He observado, en Plombières muchos casos de tiflitis ó apendicitis catarrales.

Las aguas de Plombières tienen un efecto de los más satisfactorios en esta forma: pueden considerarse aun como un verdadero específico.

Esta forma de apendicitis catarral es, á veces, acompañada de colitis mucomembranosa, pero raramente. En resumen, los enfermos atacados de colitis mucomembranosa no se hallan mas expuestos al peligro de la apendicitis que otras personas. La lithiasis intestinal coincide á menudo con la colitis mucomembranosa: he observado muchos ejemplos.

Sobre este punto, durante estos doce últimos años, E. C. Jones, Ed. Shattock, E. S. Thompson, S. Delépine, Dieulafoy y, Mathieu, etc. han llamado la atención. Sir Dyce Duckworth y el Doctor Archibald Garrod, han publicado interesantes artículos sobre ese tópico (*Medico Chirurgical Transactions*, 1902).

Encuéntrense á menudo en las materias, pequeños granos de arena de color amarillento, evacuados con las mucosidades ó fuera de ellas. No se percibe siempre la presencia de la arena en los intestinos; pero, á veces, determina cólicos, dolores, náuseas, y vómitos. Es importante no confundir esas crisis con cólicos hepáticos ó con los de la apendicitis. Dieulafoy observa que esta lithiasis intestinal es de la misma naturaleza que las demás lithiasis y está bajo la dependencia de la diátesis gotosa artrítica. Esas sales están compuestas de fosfatos y de carbonatos de calcio y de fosfatos amoniaco-magnesianos contienen también materias orgánicas.



La colitis mucomembranosa es muy frecuente: es de todas las edades. El número de los niños atacados es importante, aproximadamente 7 á 8 por ciento. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Casi todos los enfermos son de diátesis gotosoartrítica y agregaré que casi todos tienen una disposición neuroartrítica.

Como lo he hecho notar ya, ciertos autores piensan que la constipación es una causa constante de esta afección. He publicado estadísticas en 1892 al respecto; hoy llegarían á la cifra de 6,000 casos. La mitad de estas personas estaban realmente constipadas; las otras tenían alternativas de constipación y de diarrea, una décima parte sólo tenía diarrea. Además he asistido 2,000 personas atacadas de constipación, pero que no presentaban signos de colitis mucomembranosa.

Sin duda ninguna, la constipación tiene un papel importante en esta afección. La presencia de materias endurecidas irrita la mucosa del intestino; pero no debe olvidarse que una digestión imperfecta es un agente importante de infección y de auto-intoxicación. Toda persona de diátesis artrítica es propensa á la irritación catarral de la mucosa de los bronquios, de la laringe, del útero y del intestino. La constipación puede ser sólo una causa excitante pues, casi todos estos enfermos habían sufrido en el principio de dispepsia, flatulenta gastrointestinal y de hipercloridria; luego, casi todos están atacados de dilatación estomacal, seguida de ectopia del riñón y en fin de desórdenes intestinales. Es ésa la marcha habitual de la enfermedad que seguimos al interrogar los pacientes; sin embargo, á veces la colitis mucomembranosa es la consecuencia de la enteritis aguda y de la disentería. Ciertos autores consideran la neurastenia como su causa inicial. El resultado de mis observaciones propias está en pugna con esta teoría, pero es positivo que el nerviosismo de los artríticos está fuertemente aumentado por la presencia de la colitis mucomembranosa.

Se ha atribuído también esta afección á la existencia de metritis, á la congestión de sus anexos ó á la infección que de ello resulta.

Las estadísticas publicadas prueban que la mitad de los casos de colitis mucomembranosa se observan en los hombres y niños y otra mitad en las mujeres. Las tres cuartas partes de estas últimas no tenían afección de la matriz ó de sus anexos, y como lo hace notar Langenhagen, cuántas mujeres sufren de afecciones uterinas y cuán pocas tienen colitis mucomembranosa.

Creo haber demostrado que esta afección se desarrollaba en las personas pertenecientes á familias gotosas. La causa predominante es una alimentación defectuosa que causa una digestión estomacal é intestinal difícil, fermentaciones ptoinaicas y autointoxicación. La presencia de materias endurecidas y de ptomaínas irrita la mucosa intestinal y entonces se produce la secreción mucomembranosa.

Esos desórdenes de la digestión intestinal son seguidos luego de una secreción defectuosa del hígado. Los síntomas nerviosos aparecen aumentando por su presencia todos los síntomas tan numerosos que hemos descrito. En resumen, es un círculo vicioso.

## Diagnóstico.

La presencia de flegmas y de falsas membranas en las materias fecales nos permite reconocer inmediatamente la colitis mucomembranosa. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado de no confundirla con la tenia. Cuando el dolor tiene su sitio en el colon ó en el punto de Mac Burney, no hay que atribuirlo á apendicitis ó cuando se localiza en el ángulo derecho del colon confundirlo con cólicos nefríticos ó hepáticos, ni tampoco, cuando está lo-

calizado en el ángulo derecho, creer en la existencia de un tumor. Sólo es difícil el diagnóstico cuando existe crisis paroxísticas. Entonces la intensidad del dolor, el estado febril y los vómitos pueden hacer creer en la existencia de apendicitis, de cólicos nefríticos ó hepáticos, ó también de dolores del ovario.

### Pronóstico.

Esta enfermedad es rara vez mortal, pero el pronóstico es serio, pues es una afección de larga duración, difícil de curar y que causa numerosas complicaciones. Entre otros, provoca un estado caquético que va siempre aumentando y se acompaña de un estado neurasténico bastante grave.

Cuando están atacados los niños, se observa un enflaquecimiento notable, pérdida del apetito, tristeza y generalmente una suspensión del desarrollo. En las niñas, la aparición de los menstros está retardado: ninguna de las niñas de menos de quince años, que he asistido, había menstruado.

### Tratamiento.

Las indicaciones para el tratamiento dependen de la forma que reviste la enfermedad y de su duración. Hay que tener en cuenta, al mismo tiempo, los tratamientos precedentes. Casi todas las enfermas que he asistido, habían abusado en demasía de los purgantes. En el principio de enfermedad, los purgantes parecen generalmente prestar servicios; pero, á la larga, su efecto disminuye y su empleo repetido irrita la mucosa intestinal y aumenta así la constipación y la secreción de las mucosidades, eso se refiere sobre todo á los purgantes drásticos y á las aguas salinas. Todos los enfermos que he asistido de esta afección, se habían puesto primero al régimen lácteo, sin conseguir buenos resultados. Las personas atacadas de colitis mucomembranosa digieren mal la leche: por lo general, su uso aumenta la constipación y determina flatulencia.

Hay que dividir el tratamiento de la colitis mucomembranosa en dos clases: el que debe prescribirse durante la marcha regular de la enfermedad, y el que debe ponerse en práctica, cuando prodúcense las crisis paroxísticas. El régimen es de la mayor importancia: es preciso que el enfermo se nutra bien, pero con alimentos que le permitan digerir y asimilar perfectamente.

Muchos enfermos, por temor del dolor ocasionado por la digestión, disminuyen la cantidad de alimentos y aun lo reducen á una cantidad insuficiente; tienen miedo de comer y el resultado es la pérdida de fuerzas, el enflaquecimiento, que llega á tomar proporciones inquietantes.

El régimen en semejante caso, es el mismo que debe seguirse en la dispepsia gastrointestinal y en la dilatación del estómago.

Voy á indicar sumariamente las reglas que deben guiarnos para prescribir el régimen. Este artículo está escrito para los médicos: es inútil, pues, enumerar aquí todos los alimentos que deben permitir ó proscribirse, ó describir el modo de aderezarlos: nos llevaría muy lejos. Todos los que han leído los hermosos trabajos de Lauder Brunton, Oertel, Bouchard, tienen sobre la materia los datos más precisos.

En primer lugar, es sumamente importante evitar todo alimento que deja residuos, como son pellejos, fibras, pepitas, ó los que el líquido estomacal no puede disolver ni digerir. Su presencia entretiene la inflamación de la mucosa intestinal y provoca á veces contracciones perisfálticas, y muy á menudo dolorosas; pero, á más, tienen su acción sobre los intestinos, á la que deben su reputación como laxantes las ensaladas y las legumbres. Muy á menudo ese resultado no se consigue, y al contrario, la constipación aumenta. Es fácil demostrar en qué estado ha de evacuarse el residuo de esas materias des-

pués de su estada en el intestino. Si se coloca en un cedazo, y si se va vertiendo agua hasta que pierda color y olor al pasar por la materia fecal, queda en el cedazo el residuo de los alimentos, como son fibras de ensaladas, chauchas, fibras tendinosas de carne y el pellejo de las legumbres harinosas. He encontrado las escamas de pescado tragadas evidentemente al comer demasiado ligero.

Es sumamente necesario aconsejar á estos enfermos comer despacio, masticar cuidadosamente, de manera que los alimentos estén bien divididos y bien mezclados á la saliva. Es preciso tomar sólo una pequeña cantidad de alimentos, pero todos nutritivos, como son huevos, aderezados de cualquier modo, excepto huevos duros, carnes livianas asadas, á la parrilla ó estofadas, pero sin salsa. Si el enfermo no tiene dientes ó muelas en buen estado, es preciso que se le pique la carne, ó que use un masticador.

Deberán preferirse las carnes que se deshacen fácilmente. Jamás hay que comer carnes avanzadas, ó insuficientemente cocidas, y generalmente alimento alguno en estado de descomposición, como son ciertos quesos, que naturalmente están llenos de toxinas, de microbios. Puede permitirse el pescado blanco, hervido ó frito, pero si es frito, con la condición de sacar el pellejo; las legumbres harinosas, finamente pasadas al tamiz, pueden asimismo permitirse (papas, alverjas, porotos, lentejas castañas). Recomendando á mis enfermos comer las legumbres con la carne y tener cuidado de no tragar los alimentos demasiado ligero. El efecto algo prolongado de la mezcla de la saliva con los alimentos ayuda la digestión.

Debe permitirse el macarroni, los fideos, el arroz, que constituye un alimento precioso en razón de las varias maneras como puede adherarse.

Asimismo puede recomendarse el pan tostado en pequeña cantidad, pero preferio las breakfast bizcochos. Puede comerse también sopa de leche espesada con pastinas, ciertas frutas que no tienen pepitas, duraznos, albaricóques muy maduros, sobre todo cuando están cocidos; pero deben proibirse en absoluto, por el contrario, los alimentos grasosos, las crudezas; las frutas agrias, la carne insuficientemente cocida, las salsas, los guisados, la caza, los moluscos, el cerdo (excepto el magro del jamón) lo mismo que el vino, la cerveza y todas las bebidas alcohólicas. Puede tomarse una pequeña cantidad de agua ó de te en las comidas: aún es cosa útil, cuando se toma una alimentación ricamente azoada, es de temer la acumulación de productos azoados; es pues, necesario tomar agua, á fin de lavar y arrastrar esos productos azoados. Tenemos por hábito en Plombières prescribir antes de las dos principales comidas, una copa de agua de la "Source des Dames" (Fuente de las Damas), á 52 grados centígrados.

Agrego á esta agua, para los enfermos que tienen el hígado perezoso y materias decoloradas, 1 gramo de sales de Carlsbad, sales sprüdel. Las dos copas de agua contienen, pues, 2 gramos de sales de Carlsbad por día. Esta mezcla de una pequeña cantidad de sales de Carlsbad en el agua de la Fuente de las Damas da siempre excelentes resultados. En ocho ó diez días, las materias fecales vuelven á su color normal, y el olor fétido ha desaparecido. En estos casos hay que regularizar las deposiciones. He dicho ya que el empleo de los purgantes salinos drásticos deben evitarse; pero, como hay que conseguir un resultado, es preciso recurrir, sea á los laxantes sea á las lavativas. Uno de los mejores laxantes es el aceite de castor. El enfermo se dará personalmente cuenta de la cantidad que le es necesaria, siendo la dosis muy variable según la persona. Es un excelente laxante, sin acción irritante, cuyo empleo puede continuarse largo tiempo. En ciertos casos, sin embargo, el aceite de castor está mal tolerado; hay que recurrir entonces á la magnecla, ai

azufre y al cremor de tártaro, separadamente ó mezclados por partes iguales. Es imposible fijar reglas absolutas, pues deben tenerse en cuenta las susceptibilidades de los enfermos.

A veces, cuando purgantes que generalmente producen efectos satisfactorios, no dan resultado, otras fórmulas tienen mejor éxito. De vez en cuando hay que recurrir á los colagogos y también al calomel, sobre todo en los casos de hígado tórpido.

Los supositorios de glicerina son muy útiles, ó asimismo, cuando existe un estado espasmódico del recto, los supositorios belladonados. Otras veces, en caso de constipación pertinaz, hay necesidad de emplear todos esos remedios combinados.

Por la noche, en horas de la comida, un laxante ó antes de acostarse una inyección de aceite de olivo puro por el recto, como lo prescribe Fleiner. Por la mañana, á una hora de intervalo, uno ó dos supositorios glicerinados, y en fin una lavativa.

El médico de cabecera es el que debe buscar y encontrar cuál es el medicamento de mejor resultado.

Cuando hay diarrea, hay que emplear el salicilato de bismuto, y lavar los intestinos con antisépticos suaves. En caso de crisis paroxísticas, hay que prescribir apósitos calientes en el abdomen, cataplasmas y fricciones belladonadas.

Los baños de Plombières, de una duración de cuarenta minutos á una hora, á 35 ó 37 grados centígrados, tienen un efecto sedativo y calmante sobre el sistema nervioso y sobre toda la circulación. No podemos dudar de su acción sobre el cerebroespinal, y consecutivamente sobre los nervios del intestino. Esos baños calman el dolor y disminuyen el eretismo nervioso del intestino.

Son sumamente útiles en los casos de espasmo del colon y de crisis de enteralgia. Su primer efecto es de devolver el sueño. Consigue muy a menudo la desaparición de las mucosidades, regularizan las secreciones intestinales y disminuyen las crisis de diarrea.

Hay que emplear, con los laxantes, el lavaje del intestino. Esos lavajes tienen por objeto, no sólo de arrastrar las materias fecales y las secreciones intestinales, sino que, al mismo tiempo, disminuyen el dolor causado por la irritación intestinal y el espasmo. Merced á su empleo, la mucosa recupera sus poderes de absorción y de secreción, y el estado contráctil del intestino está aumentado. No se propinan, como un medio mecánico para evacuar el intestino, sino como un agente terapéutico, que, merced á la virtud específica del agua de Plombières, obra sobre la mucosa intestinal. Las aguas de Plombières obran sobre la mucosa intestinal, como otras aguas minerales obran sobre la mucosa de la garganta, cuando se toma en gargarismo. Es un baño intestinal, ó como se ha dicho, un gargarismo intestinal.

Sin embargo, hay que dar esas duchas con las mayores precauciones. Es preciso que la presión no sea demasiado fuerte, pues si lo fuese, provocaría crisis dolorosas ó exageraría los espasmos.

El recipiente que contiene el agua debe colocarse á 40 ó 50 centímetros más alto que la cama del enfermo. El agua debe tener de 38 á 40 grados centígrados. La cantidad introducida en el intestino no debe ser muy grande: una inyección de un litro y medio ó de dos litros, provoca á veces dolor y espasmos. Prescribo generalmente medio litro por cada inyección. Hay que guardar el agua durante algunos minutos sin hacer esfuerzos para detenerla. El enfermo deberá acostarse, primero del lado izquierdo, luego

del derecho, de manera que así pueda el agua circular á través del colon entero y del ciego.

Cuando ha sido expulsada esta agua, luego de haber descansado el enfermo durante algunos minutos, hay que inyectar nuevamente la misma cantidad de agua.

Aconsejo á mis enfermos practicar esos lavajes, después de haber defecado, porque, como lo he dicho anteriormente, no hay que conceptualarlos como un medio mecánico de evacuar el intestino, sino como un baño intestinal.

La instalación de estas duchas, en Plombières, realiza todos los progresos de la higiene y del confort.

En cada sala de ducha, hay un sofá en que se acuesta el enfermo, y al pie de dicho sofá, está colocado el recipiente para el agua á la altura indicada por el médico; un termómetro con un cuadrante indica la temperatura del agua. En fin, un nivel indica la cantidad de líquido contenida en el recipiente, y un cursor marca la cantidad de agua que sale: lo que tiene por ventaja permitir al enfermo conocer exactamente la cantidad de agua inyectada en el intestino.

En 1897, existían en Plombières solamente quince salas de duchas, como la descrita; ahora existen cien salas.

En estos últimos seis años, el número de duchas ha pasado de 3,000 á 28,000. En el tratamiento de la colitis mucomembranosa, hay que tener en cuenta las indicaciones especiales dadas por las diferentes complicaciones. Las más frecuentes son: las afecciones gástricas, la hipercloridria, el riñón flotante; las afecciones del útero y del ovario y la neurastenia.

## HIGIENE PÚBLICA

Comunicación oral del Dr. Eduardo Liceaga á la Academia Nacional de Medicina de México en la sesión del 27 de Febrero de 1904, dando á conocer el plan de campaña que se ha adoptado para la extinción de la fiebre amarilla en la República Mexicana.

### SEÑORES:

Así como tuve la honra de dar cuenta á esta respetable Academia, de la aparición de la peste bubónica en el puerto de Mazatlán el año próximo pasado, vengo ahora á comunicar á ustedes todo lo relativo á la última epidemia de fiebre amarilla observada en varios lugares de la República: medidas que se han dictado por las autoridades sanitarias para evitar la propagación de la enfermedad y las que últimamente se han comenzado á poner en práctica con el objeto de impedir la reaparición del mal. Abrigo la esperanza de que en día no remoto podré anunciar aquí, con la misma satisfacción que lo hice respecto de la peste bubónica en el Estado de Sinaloa, que la fiebre amarilla ha desaparecido del territorio nacional.

La fiebre amarilla ha ocasionado á la Nación gravísimos perjuicios; no solamente los trastornos que consigo acarrea un mal que se extiende á diversos lugares de un país, sino también las dificultades que origina en las transacciones comerciales, tanto por la vía marítima como por la vía terrestre.

A pesar de que tanto en la Habana como en los Estados Unidos se había impuesto contra las procedencias de México, una cuarentena de cinco días, contados desde de aquel en que llegaran los buques, se hizo todavía una

restricción arbitraria: se declaró que aquellas embarcaciones que anclaran en el muelle de Veracruz se considerarían como infectadas, y, las que no hubieran llegado al muelle ó permanecieran en bahía, no tendrían semejante restricción, pues serían reputadas como idemnes.

Voy á exponer á ustedes el plan que se ha propuesto seguir el Gobierno Federal para hacer la campaña contra la fiebre amarilla.

Es á ustedes muy conocida la doctrina de la transmisión de dicha enfermedad por intermedio del mosquito del género "stegomya"; sin embargo, voy á tomarle la libertad de insistir sobre este punto, porque me va á servir como base, á fin de establecer ciertas reglas fundamentales para evitar el desarrollo de una epidemia de la mencionada enfermedad.

Como es bien sabido, el Dr. Finlay, notable médico de la Habana, sostenía que la fiebre amarilla se propagaba por la picadura del mosquito "Culex fasciatus", pero los estudios de este sabio no fueron tomados en consideración, y, sólo cuando el Gobierno de los Estados Unidos intervino militarmente en la Isla de Cuba, comprendió que, si no desterraba la fiebre amarilla su dominio no sería eficaz, teniendo como ejemplo el destrozo que dicha enfermedad causó en los ejércitos españoles. Es conocida la historia de esa campaña, durante la cual la muerte sobrevenia más frecuentemente por la enfermedad que por las balas de los enemigos. De manera que no se podía establecer una dominación permanente si no se comenzaba por extinguir el vómito.

El Gobierno americano puso en actividad á sus hombres de ciencia, y éstos, después de experimentos, que serán memorables, llegaron á definir que la propagación de la fiebre amarilla se efectuaba por intermedio del mosquito "stegomya fasciata."

Permítanme ustedes que establezca los hechos fundamentales.

Para que se propague la fiebre amarilla, se necesita:

I. Que haya un individuo atacado de dicha enfermedad.

II. Que un mosquito del género "Stegomya" pique al enfermo y se infecte en un período no menor de doce días; y

III. Que ya infectado pique á un hombre no inmune.

Estos son los tres elementos de que se tiene demostración satisfactoria en la actualidad; han sido comprobados por los estudios que la Comisión Americana hizo en Veracruz, é igualmente por los de la Comisión que el Instituto Pasteur envió al Brasil con tal objeto.

Vamos á entrar en detalles: la Historia Natural ha llegado á demostrar los hechos siguientes:

I. Que solamente los mosquitos del género "Stegomya" son susceptibles de infectarse y transmitir la enfermedad.

II. Que estos mosquitos están en aptitud de inocular la fiebre amarilla después de doce días de haberse infectado.

III. Que esta aptitud para inocular la fiebre amarilla, tiene la duración de toda la vida del mosquito, habiéndose llegado á definir por medio de experimentos adecuados que un mosquito de este género puede muy bien vivir ciento cincuenta y cuatro días.

IV. Que dichos mosquitos viven, por lo general, dentro de las habitaciones, y no se transportan fácilmente ó al menos tienen ciertas dificultades para ir de un lugar á otro.

V. Que estos mosquitos depositan sus huevos en las aguas limpias.

VI. Que las larvas allí formadas necesitan subir cada minuto á la superficie del agua para respirar el aire atmosférico.

Estos son los datos científicos que han servido de apoyo para dictar

las disposiciones conducentes á la extinción de la fiebre amarilla en la República. De manera que si necesitamos estos tres elementos: *hombre enfermo de fiebre amarilla, mosquito que le pique y que sea capaz de infectarse, y hombre no inmune que sea picado*, deberemos fijar nuestra atención en cada uno de estos tres factores y disociarlos para evitar la propagación de la enfermedad.

Para que el enfermo no sea peligroso, debe ser aislado. Aquí hay que recordar un punto de experimentación, que es el siguiente: el atacado de fiebre amarilla es capaz de infectar al mosquito desde el primer día de la enfermedad.

El problema es este: aislar al enfermo desde luego, y este aislamiento no se lleva á cabo de la misma manera que se hace para otra clase de infecciones: consiste únicamente en colocar al enfermo en la imposibilidad de ser picado por el mosquito; y esto se realiza por una serie de medidas muy sencillas: basta colocarle en un lugar que tenga sus puertas y ventanas protegidas por un alambre finísimo; que haya dos puertas á distancia de un metro, arregladas de tal modo que para abrir la exterior, se cierre forzosamente la interior y vice-versa; lo que se consigue por medio de una cadena de determinada longitud, que no permita abrir una puerta sin que se cierre la otra.

En un cuarto que tenga esta clase de puertas, indudablemente no puede penetrar un mosquito, y si no entra, claro está que no puede infectarse.

Esta es la forma de aislamiento que debe emplearse para los enfermos de fiebre amarilla, desde que comienza la fiebre, pues se considera sospechoso de tener la enfermedad á todo el que tiene calentura.

De lo anterior se desprende que si después de haber secuestrado á cualquiera persona como sospechosa, se define que no está atacada de la enfermedad, á pesar de haber permanecido en el mismo departamento con otras realmente infectadas, no correrá peligro su salud, pues ninguna ha podido ser picada por el mosquito.

¿Cómo se llega á averiguar que un individuo se encuentra enfermo de fiebre amarilla? El Código Sanitario impone á los médicos la obligación de dar oportuno aviso de que asisten ó han visto á un enfermo de vómito; la misma obligación tienen los jefes de talleres, los directores de colegios, etc.; mas, como no puede conocerse desde el primer momento la fiebre amarilla, es preciso recurrir á otro medio: éste es el de la visita domiciliaria.

La visita domiciliaria debe practicarse por un personal adiestrado que pase revista á los habitantes no inmunes de las casas, para sorprender si existe algún individuo que tenga fiebre. Se pone el termómetro á cada uno, y si se comprueba que hay elevación de temperatura, se le aísla, cualquiera que sea la enfermedad que produzca la fiebre; si se confirma que tienen el vómito, se les deja aislados, y si no, se levanta el aislamiento.

Resuelto el primer término del problema, abordemos el segundo.

Puede suceder que con anterioridad hayan existido enfermos de fiebre amarilla que pasaron inadvertidos, pero que fueron picados por mosquitos que se infectaron á su vez y quedaron, por lo tanto, en aptitud de transmitir la enfermedad.

Para evitar este peligro, se procura á toda costa la destrucción de los mosquitos existentes en un local determinado, sin preocuparse de que estén ó no infectados; y el medio de conseguirlo es proceder á la desinfección de las casas. La desinfección en este caso tiene como único objetivo la destrucción del mosquito.

Los procedimientos usuales de desinfección, según la experiencia ha enseñado, son los siguientes: el del ácido sulfuroso, que se obtiene quemando

azufre en la proporción de 20 gramos por cada metro cúbico de capacidad de la pieza que se quiere desinfectar; el de la combustión ó esparcimiento de los polvos de crisantemo, el de la combustión del tabaco y el empleo del ácido cianhídrico.

El tabaco tiene el inconveniente de que su humo produce manchas, por lo que no se emplea sino en condiciones excepcionales. El crisantemo no da resultados satisfactorios, según experimentos hechos en México por el señor Dr. Fernando López, quien ha llegado á comprobar que el crisantemo no aniquila por completo al mosquito, sino que solamente lo enferma, lo embriaga por cierto tiempo, y por este medio se consigue que no moleste durante una noche, pero es ineficaz para hacerlo morir.

Queda el ácido cianhídrico, que sí es recurso de gran eficacia. El señor Dr. López, en sus experimentos efectuados en el Hospital Militar, ha confirmado la utilidad del ácido en cuestión, y señalado, además, las proporciones en que debe emplearse para que pueda matar á los mosquitos sin que su uso sea peligroso para el hombre.

De lo expuesto resulta que sólo es conveniente aplicar, para la destrucción de estos, insectos el ácido cianhídrico y el ácido sulfuroso.

Del ácido cianhídrico me ocuparé después; voy á hacerlo desde luego del ácido sulfuroso.

Si, como he indicado, se emplea el azufre en una proporción de 20 gramos por metro cúbico de capacidad de la pieza de que se trate; si se hace la combustión, extendiéndola en gran superficie, para que no deje de quemarse ninguna parte de esta sustancia; si se cierra herméticamente la pieza, cubriéndose todas y cada una de las hendeduras de las puertas ó ventanas con tiras de papel engrudado; y, por último, si se prolonga esta operación por dos ó tres horas consecutivas, con toda seguridad los mosquitos quedarán muertos; pero, para mayor garantía, se barrerán los que han caído al suelo y se quemarán en seguida.

El tercer término del problema de extinción de la fiebre amarilla consiste en impedir el desarrollo de nuevas generaciones de mosquitos, pues mientras mayor sea el número de éstos, mayor será el peligro de que se infecten y propaguen la enfermedad. Hay, pues, que procurar no sólo destruirlos sino también impedir su desarrollo ó propagación, y los medios con que contamos para emprender esta lucha los encontraremos, reflexionando un poco, en las nociones biológicas que de estos insectos nos ha proporcionado la Historia Natural; por ella sabemos que los mosquitos depositan sus huevos en el agua limpia, y que las larvas allí formadas necesitan subir á cada minuto á la superficie para respirar el aire atmosférico. Es, pues, allí, en esos depósitos, donde debemos fijar nuestra atención.

En Veracruz, los depósitos de agua son muy malos; generalmente se usan barriles más ó menos grandes, ó se toma el agua de los aljibes; para que no sean perjudiciales tales depósitos, es menester que no contengan larvas (*gusarapos*, como los llama la gente de la costa). Para destruir las larvas es necesario desalojar el líquido, lavando á continuación con gran cuidado tales depósitos.

La presencia de las larvas es muy fácil de advertirse. Una vez encontradas hay que vaciar el agua del barril y restregar perfectamente su fondo, hasta adquirir la seguridad de que aquellos animales han muerto.

Ya que se tenga conciencia de que están perfectamente lavados estos depósitos, se pone el agua limpia y se cubren con una tapa ajustada ó provista de red metálica muy fina, para impedir que los mosquitos pongan sus huevos en aquélla. Para otros depósitos de agua, como los charcos, los estanques, los que se hacen accidentalmente por causa de las lluvias, aun las



pequeñas oquedades que dejan en la tierra las pisadas de los animales, etc., se debe recurrir á cubrirlos con una capa delgada de petróleo crudo. Si el agua del depósito sirve para la bebida, es indispensable que el petróleo que se use sea refinado; en ese caso, el agua se toma por la parte inferior del depósito. El petróleo obra de dos maneras: la primera, impidiendo que depositen los mosquitos sus larvas, y la segunda, evitando que las larvas vivan; pues como tienen que salir á la superficie á respirar el aire atmosférico, si se encuentran con la capa de petróleo, no podrán verificar tal operación, y en consecuencia, morirán asfixiadas.

Se entiende que los charcos grandes que puedan ser rellenados ó los pantanos que sea fácil canalizar ó desecar, no necesitan petróleo. Con este procedimiento se oponen obstáculos para la creación de nuevas generaciones de mosquitos; y siguiéndolo con constancia, conforme á las recomendaciones señaladas, si no se llega á extinguirlos por completo, se conseguirá al menos disminuirlos notablemente.

He aquí, pues, los tres procedimientos capitales que sirven para impedir el desarrollo de la fiebre amarilla: *aislamiento, desinfección y destrucción de larvas.*

Ahora bien, para ejecutar convenientemente estas tres operaciones, se requiere un personal apropiado, convencido y empeñoso.

El personal que haga las visitas domiciliarias, no necesita ser formado precisamente de médicos, pues cualquiera persona que se penetre de la responsabilidad que contrae y que tenga celo y perspicacia, puede hacerlas.— En Mazatlán llegaron á adquirir una rara habilidad las personas encargadas de este servicio, si bien es cierto que allí era más fácil, porque sólo se trataba de enfermos que tuvieran fiebre y bubones. Hubo individuos que se distinguieron en esta investigación: penetraban á los domicilios para inquirir si había enfermos de peste bubónica; abrazaban á las personas de la casa como demostración de afecto, y al tocarlas, por este medio llegaban á saber si tenían calentura. Así casi era imposible que no se descubriera á los que estaban enfermos; sin embargo, hubo ocasiones en que los atacados de la peste, al tener noticia que iban á practicarse tales visitas, procuraban cambiarse á otros lugares.

El plan propuesto ahora para combatir la fiebre amarilla no es una concepción teórica, pues ha comenzado á hacer sus pruebas desde hace seis meses en Veracruz. En efecto, desde Setiembre del año pasado se comenzó la campaña formal, dividiéndose la ciudad en cuatro distritos, para lo cual no se atendió precisamente á la cifra total de habitantes, sino al número de personas "no inmunes" alojadas en las habitaciones correspondientes á cada sección. Cada distrito está á cargo de un médico, quien tiene á sus órdenes uno ó dos agentes de primera clase, cinco ó seis de segunda y cierto número de mozos. Los agentes llevan una libreta en la que consta el padrón de los no inmunes de su distrito: asientan el nombre y apellido de dichas personas, el lugar de procedencia, el tiempo que llevan de residir en Veracruz y la casa en donde viven. Organizado así el servicio, el personal visita diariamente las casas de su demarcación y puede por un medio análogo al que se seguía en Mazatlán, descubrir si hay entre los visitados alguno que tenga calentura, lo que se comprueba por medio del termómetro. Si hay fiebre, cualquiera que sea la causa que la produzca, el enfermo es considerado como sospechoso é inmediatamente es aislado en las salas con puertas y ventanas alambradas, en el Hospital Militar, si el individuo es de la guarnición; en el Hospital Civil, si es paisano, y si se trata de personas que puedan pagar su asistencia, se les aísla en la "Casa de Salud" especial que el Consejo Superior de Salubridad ha establecido en el citado puerto.

En la "Casa de Salud" tienen derecho los enfermos á ser asistidos por el médico que quieran elegir y, cuando se define que padecen de otra enfermedad que no es la fiebre amarilla, cesa el aislamiento, y continúan asistiéndose allí, pero sin temor de haber sido infectados, pues en el departamento en que estuvieron no había mosquitos. En el caso de que resulten atacados de vómito, se les llevará al salón arreglado que tiene las condiciones antes dichas.

El plan de campaña empezó á llevarse á efecto en algunas casas habitadas por individuos *no inmunes*; la desinfección podía hacerse más ó menos bien; mas, donde se dificultó de un modo extraordinario fue en las cuadras de los Cuarteles, en los lugares muy grandes y en sitios ó locales abiertos con patios y amplios corredores. Entonces fue preciso ejecutar la operación, valiéndose de lienzos que se hacían impermeables, y ya que esos locales se convertían en lugares cerrados, se practicaba la desinfección por medio del azufre, con resultado evidente por lo que toca á la eficacia de este procedimiento.

Al empezar los trabajos del Consejo Superior de Salubridad, el número de enfermos de vómito era de 90, y en Octubre siguiente se redujo á 3 ó 4, pero no obstante esto, se repetían los casos porque al relevar las guardias tanto en los Cuarteles como en la fortaleza de Ulúa, soldados no inmunes, que habían estado de servicio en el Hospital Militar, volvían enfermos é inoculaban otra vez á los mosquitos.

La desaparición de la última epidemia en Veracruz no puede atribuirse á la llegada del invierno, porque allí casi no es perceptible el cambio de estación, y en otras ocasiones se ha prolongado hasta el verano siguiente, siempre que ha habido personas no inmunes, susceptibles por lo tanto de adquirir la enfermedad. La prueba de que en este año la extinción del vómito debe atribuirse á la campaña emprendida y no á otra causa, la tenemos en este hecho: llegaron últimamente al puerto dos batallones de soldados no inmunes y se exacerbó la enfermedad hasta el grado de convertirse en epidemia, como había sido la regla en años anteriores.

Hay otro punto muy importante que debo mencionar: durante los últimos meses de Diciembre, Enero y Febrero, la concurrencia de excursionistas y viajeros en Veracruz fue tan grande, que muchas personas no encontraron alojamiento donde pasar la noche. (A los señores Dres. Orvañanos y Gaviño, que estuvieron allí en dichos meses, les consta el hecho que acabo de mencionar.)

De aquí podemos sacar esta consecuencia: si se continúan llevando á cabo estas medidas, podrá, si se quiere, haber casos aislados de fiebre amarilla en aquel puerto, pero la epidemia es probable que no se reproducirá.

Hace dos años y medio que se solicitó del señor Gobernador del Estado de Veracruz un subsidio para comenzar la campaña contra la fiebre amarilla. Este funcionario, con un celo que no me cansaré de elogiar, proporcionó al Consejo Superior de Salubridad la suma de \$ 5000-00 mensuales, destinados á dar los primeros pasos para organizar en Veracruz los servicios sanitarios respectivos, siguiendo el plan que con el nombre de "Defensa contra la Fiebre Amarilla", tengo la honra de presentar á ustedes en folleto marcado con el número 1. Como, por desgracia, la epidemia se propagó durante el año que acaba de pasar, á Tampico y de aquí á Victoria, Linares, Monterrey y Laredo, y por otro lado á diversos pueblos de los Estados de San Luis Potosí y Coahuila, se pensó abrir una nueva campaña, pero no ya limitada al puerto de Veracruz, sino haciéndola extensiva á todos los lugares que fueron invadidos. Coincidió con este propósito la iniciativa que hizo el señor Gobernador del Estado de Veracruz para que el Gobierno Federal se

encargara de llevar á cabo la campaña, confiando la dirección de ella al Consejo Superior de Salubridad. El señor Gobernador del Estado de Tamaulipas secundó esta iniciativa, mas, para emprender los trabajos en todos los Estados á donde se extendió la epidemia, fue preciso pedir un crédito de \$ 100,000-00 á la Cámara de Diputados, y este Alto Cuerpo decretó el subsidio solicitado, con fecha 19 de Octubre del año anterior.

Contando con ese elemento, se dirigió una iniciativa á los Gobernadores de los Estados interesados en la extinción de la fiebre amarilla, á fin de que se sirviera conceder al Consejo Superior de Salubridad la dirección de la campaña, como lo habían hecho ya los de Veracruz y Tamaulipas. En dicha iniciativa, que ustedes pueden consultar en el folleto marcado con el número 2, se presentó el nuevo plan de campaña con sujeción á los preceptos que la ciencia ha conquistado hasta ahora, y en él se indicaron las medidas que deberían adoptarse para desterrar el vómito de todo el territorio nacional. Aceptado por los señores Gobernadores de los Estados de Veracruz, Tamaulipas, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco, Campeche, Chiapas, Oaxaca y Yucatán, el plan propuesto, se procedió á hacerlo efectivo.

Para dar uniformidad á los trabajos, se organizó una pequeña brigada con agentes sanitarios que habían hecho ya sus pruebas en Veracruz y Laredo, y que iría á poner en práctica las medidas (que tan eficaces habían resultado en Veracruz) á los otros lugares que invadió la epidemia en el año anterior. Esta brigada quedó bajo la dirección de un médico experimentado, y está ya en Tampico, donde ha establecido una organización sanitario semejante á la de Veracruz. De allí pasará á Victoria, Linares, Monterrey, etc., hasta terminar en Yucatán. Debo advertir que los médicos americanos del Servicio de los Hospitales de la Marina de los Estados Unidos, acaban de demostrar que los mosquitos se albergan durante el invierno en pasto seco, y aprovechando este conocimiento, se ha ordenado á la brigada que destruya ese pasto por el fuego.

Diré de paso, por temor de olvidarlo después, que la desinfección por medio del ácido cianhídrico, que á primera vista parece peligrosa en grado extraordinario, no lo es tanto, pues por experimentos que ha practicado el señor Dr. López en el Hospital Militar, se han podido fijar las cantidades que se necesitan de tal substancia para destruir los mosquitos sin riesgo alguno para los operadores. Esto, por una parte; por la otra, los mismos experimentos á que me refiero han conducido á establecer una técnica sencilla para que cualquiera persona con toda seguridad y tranquilamente pueda abrir el aparato y verter el ácido sulfúrico sobre el cianuro de potasio, teniendo tiempo suficiente para salir de la pieza donde se ejecuta la operación. Así, pues, está ya demostrado que puede usarse sin riesgo el ácido cianhídrico para el objeto de que se trata, y en aquellas casas donde hubiere objetos delicados, como telas finas, cuadros, etc., susceptibles de deteriorarse, hay que preferir el uso de éste al del ácido sulfuroso y del tabaco, cuyo humo produce siempre manchas.

Es un hecho bien comprobado que cuando alguna epidemia aparece en cualquier punto, se tiende, naturalmente, á la emigración, lo que nunca debe evitarse, porque así disminuye el número de personas que pueden ser infestadas; pero hay que establecer como requisito indispensable para permitirlo, que no salga de la localidad ninguna persona enferma, ni siquiera sospechosa de estarlo.

Para obrar en tal sentido, se forma una comisión de médicos que reconozcan á todo aquel que pretenda salir del lugar infectado. A fin de que el reconocimiento se verifique del modo más acertado posible, á los otros

medios de investigación de que se valga el facultativo, se debe agregar el uso del termómetro, para aislar inmediatamente á toda persona en la cual se compruebe elevación de temperatura. Si de la investigación practicada resulta que la persona que pretende emigrar no se encuentra enferma, se le extiende entonces un pasaporte en el que se hace constar su nombre, edad, sexo, profesión ú ocupación y que está sana, anotando la hora en que se hizo el examen, y cuál es lugar á donde se dirige. Se llevará, además, un registro en donde asentarán todos y cada uno de estos datos, dándose aviso á la autoridad política y sanitaria, si la hubiere, del lugar á donde se dirige el interesado, quien tiene la obligación de presentar el documento que se le expide, en las Estaciones sanitarias respectivas por donde pase, con el objeto de que se le pueda vigilar hasta por cinco días.

A fin de que la disposición anterior dé los resultados que se desean, es necesario aplicarla á toda clase de pasajeros, á los que viajan por ferrocarril, á caballo ó á pie, castigando con severidad á los infractores.

Para que los mosquitos ya infectados no puedan alojarse en los coches del ferrocarril, en los de tracción animal ó en cualquiera otro vehículo, se desinfectarán éstos, valiéndose del ácido sulfuroso, antes de permitir su salida del lugar infectado, y se seguirá la misma práctica en cada Estación sanitaria.

La desinfección de los furgones y de la mercancías, sirve también para destruir los mosquitos que pudieran haberse alojado allí; esta operación puede hacerse llevando hasta el interior de los furgones, por medio de una manga ó de un tubo metálico, los vapores del ácido sulfuroso generado afuera, en aparatos adecuados. Cuando se trata de desinfectar carros que contengan telas delicadas, objetos metálicos, etc., que puedan sufrir algún deterioro, en vez del ácido sulfuroso deberá usarse el cianhídrico, tomando las precauciones indispensables para evitar cualquier accidente, y sujetándose á las reglas del instructivo especial formulado para este objeto por el Consejo Superior de Salubridad.


Para que los señores Académicos se formen idea de los perjuicios que ha causado la fiebre amarilla en los diversos lugares invadidos, he creído conveniente presentarles los cuadros gráficos que ha formado la sección de Estadística del Consejo, en los cuales se indica la marcha que siguió la epidemia en cada uno de los lugares infectados.

Hay otros muchos detalles de los que podría seguirme ocupando, pero los emito en este momento para no cansar demasiado la atención de los señores Académicos, á quienes doy las más cumplidas gracias por haberse dignado escucharme en esta ocasión.

México, Febrero 17 de 1904.

E. LICÉAGA

*(Gaceta Médica de México)*



## NOTAS

### *Lucha contra la Tuberculosis.*

La tuberculosis es contagiosa.  
La tuberculosis es evitable.  
La tuberculosis es curable.

El germen de la tuberculosis es un microbio, el bacilo de la tuberculosis.

Este microbio se encuentra por millones en los esputos de los tísicos. Desecados y mezclados con el polvo, estos esputos llevan á todas partes el bacilo de la tuberculosis.

Este bacilo no respeta órgano ninguno, atacando preferentemente á los pulmones, en los que penetra por medio de la respiración.

Todo esputo es sospechoso, pues á la simple vista nada prueba que no tenga bacilos.

La tuberculosis, á pesar de ser tan grave, es posible curarla en todos sus períodos.

#### MEDIOS DE PRESERVACIÓN:

##### 1º—*Contra los gérmenes provenientes de los esputos:*

La escupidera higiénica.—La desinfección de las habitaciones, muebles, vestidos, etc.—La supresión del barrido á seco.—La protección de los alimentos contra el polvo.

##### 2º—*Contra los gérmenes provenientes de los animales tuberculosos:*

La esterilización ó hervida de la leche.—El cocimiento prolongado de la carne.

##### 3º—*Contra la predisposición:*

Observar una buena higiene. Poner en ejercicio, por medio de la gimnasia, todos los músculos para que alcancen su completo desarrollo. Evitar los excesos, la insalubridad de la habitación y, sobre todo, las bebidas alcohólicas.

**Contribución al tratamiento de la flegmasia alba dolens puerperal; ensayo de tratamiento opoterápico.—Método de M. G. Kein por el Doctor C. Sobrecasas.**

Las experiencias sobre la circulación de la sangre, han llegado á los siguientes resultados: "que bajo la acción de ciertas substancias introducidas en el organismo, en particular las de la peptona, el hígado adquiere una función nueva, la de producir una materia que se opone á la coagulación de la sangre" y como durante el puerperio hay casi siempre una insuficiencia hepática, Kein ha unido la peptona al hígado fresco de vaca para combatir la flegmasia alba dolens.

Con esta medicación he visto desaparecer en una semana todos los síntomas de una flegmasia.

A los tres días de tratamiento, desaparecen los dolores espontáneos. De la Revista Obstétrica de Buenos Aires.)

**Apendicitis: tratamiento médico.**—Robin no admite en principio el uso del opio porque paraliza el intestino. Como opina que lo primero es desembarazar el intestino, aconseja dar sin demora 30 gramos de aceite de ricino ó 0'40 de calomelanos.

Obtenida la primera evacuación, prescribe grandes inyecciones intestinales mediante una sonda blanda (un litro y medio aproximadamente), con diez gotas de tintura de salvia, que excita las contracciones intestinales. Inyectado el líquido, se levantan las piernas y la pelvis de modo que llegue al colon descendente; cuando se nota, gracias á un ruido característico, que cae el líquido, se vuelve bruscamente el enfermo sobre el lado derecho para que se vacíe el colon transversal, de donde se desaloja enderezando el tronco. Una vez comprobada la presencia del líquido en el colon descendente y ciego, se practican ligeras fricciones en todos los puntos asiento de coprostasis, para mover las materias fecales endurecidas, y se ejecutan movimientos en sentido inverso de la marcha del líquido, de modo que se le encamine hacia el recto. Así se logra dos ó tres deposiciones abundantes, en las cuales se nota la presencia de escibalos negros ó amarillos, de olor característico.

Todas estas operaciones se repiten diariamente para que las materias fecales no se endurezcan y acumulen en el intestino. También ordena el aceite de ricino cada dos días.

Si hay hiperestesia cutánea viva, se dan fricciones ligeras con unguento mercurial y belladona:

Ungüento mercurial doble.....	50 gramos.
Extracto de belladona.....	10 "

poniendo encima una cataplasma.

En caso de ser muy intensos los dolores, inyecciones de morfina y este linimento:

Bálsamo tranquilo.....	40 gramos.
Extracto tebaico.....	2 "
"    de belladona.....	2 "
"    de beleño.....	2 "
Cloroformo.....	10 "

Este tratamiento se refiere sólo á los casos de evolución normal; pero si por la flegmasia de la mucosa ó de la submucosa á la apendicitis se une una infección microbiana con foco de supuración, lo racional es intervenir quirúrgicamente. Robin cree que esta intervención será precisa todo lo más en el 10 por 100 de casos (1).

**Diabetes: tratamiento.** El tratamiento medicamentoso que instituye Robin es el siguiente:

1º Durante tres días, una hora antes de las comidas y con una poca agua de Seltz, un papel que contenga:

Antipirina.....	} aa 1 gramo.
Bicarbonato sódico.....	

Se logra con ello reducir el azúcar un 50 por 100.

2º Después, 60 centigramos de biclorhidrato de quinina por la mañana, durante seis días.

3º Una cucharada antes de las comidas: de:

(1) Bull. gén. de Thérap.

Arseniato sódico.....	0'05 gramos.
Agua destilada.....	500        "        "

Al mismo tiempo puede darse el carbonato de litina (20 centígramos) un cuarto de hora antes de la cena y comida en un vaso de agua de Vichy.

4º Al llegar á este punto hay curados el 30 ó 40 por 100 de diabéticos (dice Robin).

Los no curados deben ser sometidos á esta medicación:

Alcalinización de la sangre con citrato sódico (5 gramos un cuarto de hora antes de la cena y comida) ó tartrato sódico (4 antes de lo cena) en agua y durante diez días.

Si fracasa este medio, se recurre á los sedantes nerviosos:

Extracto de belladona.....	0'05 gramos.
"    tebaico.....	0'01        "        "
"    de valeriana.....	0'15        "        "

para una píldora. Ordena tres diarias y aumenta una más al décimo día. Esta fórmula es útil en la diabetes pancreática.

5º Usa, además varias medicaciones accesorias:

La quina en forma de un buen vino ó el extracto en píldoras de 0'20 gramos. Se empleará durante toda la enfermedad.

Las hojas de *Geranium Robertianum*, remedio popular algo valioso, se prescriben en infusión á las cuatro.

El tratamiento hidro-mineral completará la medicación.

Si aparece la tuberculosis, queda relegada á segundo término la diabetes. Entonces se recurre á la creosota en lavados estomacales:

Creosota de haya.....	10 gramos.
Cosimiento de madera de Panamá (al 2 por 100).....	90        "        "

poniendo de esta preparación una cucharadita en 150 gramos de agua para un lavado.

Contra la fiebre ordena la antipirina, que es á la par antidiabética: medio gramo dos veces al día.

El arrenal puede ser utilizado: veinte gotas de la solución al 5 por 100 antes de la cena cuatro días consecutivos, interrumpiéndolo otros cuatro.

En vez del arrenal se puede recurrir á las inyecciones subcutáneas de cacodilato sódico.

El tanino substituirá al arrenal en las interrupciones: un gramo antes de la comida y cena.

En vez del tanino puro se puede emplear el extracto de hojas de nogal, que lo contienen en combinación orgánica:

Extracto de hojas de nogal.....	30 gramos.
Agua destilada.....	150        "        "

para tomar una cucharada antes de las comidas (1).

#### Grietas de las manos: tratamiento

Mentol.....	1 gramo.
Salol.....	2        "        "
Aceite de oliva.....	10       "       "
Lanolina.....	30       "       "

(1) Gazz. sicil. di Med. e Chir.

ó bien:	Manteca de cacao.....	7 gramos.
	Aceite de almendras dulces.....	5     "
	Óxido de zinc.....	10     "
	Borato sódico.....	10     "
	Esencia de bergamota.....	VIII gotas.

Úsese mañana y noche (Herzen) (1)

**Síncope: tratamiento con la excitación de la conjuntiva.** A consecuencia de una observación hecha por Bonnet, de Troyes, pensaron A. y L. Lumière y J. Chevroliér, que la excitación de la conjuntiva, bien efectuada, podía ser un método general para tratar los síncope. Han hecho los experimentos en perros, conejos de India, etc., asfixiados por sumersión ó sometidos al cloriformo, anhídrido carbónico, etc.

Cuando con estos medios lograron el paro de la respiración y á las veces la del corazón, instilaron en la conjuntiva productos irritantes (éter, benzina, formol, amoniaco, ácidos orgánicos, soluciones salinas diversas, etc.), notando que la vuelta á la vida es más rápida y más segura que con los medios hasta ahora usados (2).

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Caracas, 11 de Junio de 1904.

Señor Director de la *Gaceta Médica* de Costa Rica.

San José.

Hoy, atendiendo al artículo 5º del Decreto del Congreso que crea la Academia Nacional de Medicina, procedióse á elegir los funcionarios de esta Corporación, y constituirla, resultando: Presidente, el infrascrito. Primer Vicepresidente, Doctor T. Aguerreverre Pacanins. Segundo Vicepresidente, Doctor Emilio Ochoa. Secretario perpetuo, Doctor Luis Razetti. Subsecretario, Doctor J. D. Villegas Ruiz. Tesorero, Doctor B. Herrera Vegas. Bibliotecario perpetuo, Doctor E. Fernández.

Previo juramento, el que suscribe tomó posesión de la Presidencia; y, cumplidas las formalidades respectivas, declaró instalada la Academia Nacional de Medicina.

Y es altamente honroso para mí llevarlo á conocimiento de usted.

A. MACHADO

(1) Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux.

(2) Toc. de Thérapeutique.

