

EL MONITOR MÉDICO.

ORGANO DE LOS INTERESES CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES DEL CUERPO MÉDICO.

PUBLICADO BAJO LA PROTECCIÓN DE LA ACADEMIA LIBRE DE MEDICINA DE LIMA.

SECCIÓN EDITORIAL.

CONGRESO DE HIGIENE Y DEMOGRAFÍA.

Los grandes y provechosos resultados recogidos diariamente de las Asambleas científicas, reunidas periódicamente en todos los países, para discutir la más importante de las cuestiones de la ciencia, especialmente de la médica, sirvieron el año pasado a la Academia Nacional de Medicina, el pensamiento de reunir en el presente un Congreso Nacional de Higiene y Demografía, cuyo programa y Reglamento fueron discutidos inmediatamente, nombrándose la Comisión organizadora.

Los documentos, que publicamos en seguida, revelan que dicha Comisión no perdió tiempo, deteniéndose desgraciadamente sus esfuerzos ante obstáculos que hacen de carácter insuperable las circunstancias económicas de la nación.

Según el plan del Congreso, debían formar parte de él los médicos titulares, así como los inspectores de higiene de las Juntas municipales y los de hospitales de Beneficencia, para cuya concurrencia se solicitó el auxilio pecuniario del Supremo Gobierno y de dichas instituciones.

Uno y otras, desgraciadamente, no se encuentran en aptitud, en medio de la crisis financiera actual, de suministrar este auxilio, como lo ha hecho notar el Gobierno, limitándose, por su parte, a recomendar á dichas instituciones la remisión de datos é informes, que suplan hasta cierto punto la presencia de sus representantes en el Congreso convocado.

Muy léjos están sin duda estos datos de suplir las explicaciones é informes verbales, así como la discusión personal de aquellos funcionarios, cuya situación y experiencia les permite formar un caudal de hechos y luces con que ilustrar las cuestiones; pero ante una necesidad invencible, hay que resignarse indefectiblemente.

Así lo ha comprendido la Comisión organizadora del Congreso, reformando su plan de organización y comenzando por aplazar su reunión, como lo propuso y lo ha aceptado la Academia. Conforme á la nueva organización, los invitados no estarán ya obligados á concurrir personalmente á la Asamblea; pero sí á remitir los trabajos que hayan podido preparar, á fin de someterlos á su deliberación.

Estos trabajos serán sometidos á Comisiones que formularán las respectivas conclusiones, sometiéndolas á los debates del Congreso. Así no todo será perdido; se reunirán importantes datos y ellos serán

examinados y comprobados, deduciéndose importantes consecuencias.

Bajo este aspecto la obra iniciada no será, pues, completamente estéril y siempre será un paso avanzado en nuestro progreso, que nos conducirá á otros mayores.

No creemos que las dificultades con que hoy ha tropezado la realización de tan fecunda idea pueda desalentar la iniciativa de la Academia en esta senda, y ántes bien creemos que ellas le harán redoblar su celo para empeñarse más y más en aquella, cuando se tiene fé en el progreso y amor á la humanidad y á la ciencia.

Felicitemos, en consecuencia, á la Academia de Medicina por el testimonio de perseverancia en sus propósitos que acaba de dar al país, como una garantía de las esperanzas que tiene fijadas en ella y que tantas promesas ofrece para el porvenir de la República; y por nuestra parte le prestaremos con tal objeto toda nuestra cooperación.

JOSÉ CASIMIRO ULLOA.

MINISTERIO DE JUSTICIA, CULTO, INSTRUCCIÓN Y BENEFICENCIA.

Lima, Enero 12 de 1889.

Señor Presidente de la « Academia Nacional de Medicina. »

El día de ayer se ha expedido la suprema resolución que sigue:

Visto el presente oficio del Presidente de la Academia de Medicina, en que propone:

1.º Que las Juntas Departamentales, las Municipalidades y Beneficencias de la República, costeen respectivamente la traslación y permanencia en esta capital de los Médicos titulares, Inspectores de higiene y de hospitales, á fin de que concurren al Congreso de Demografía é Higiene, que aquella Corporación se propone convocar para el 10 de Julio próximo;

2.º Que el Gobierno concorra con las partidas de extraordinarios del Presupuesto General, á completar el déficit que resulte para esos gastos; y teniendo en consideración que la traslación y residencia en esta capital de los Médicos titulares, de los Inspectores de higiene y de hospitales de las Beneficencias y Municipalidades de la República, no es indispensable por ahora, tanto porque los servicios que prestan esos funcionarios son de carácter local, irremplazables por otros medios, cuanto porque las instituciones enunciadas, como la Tesorería General, carecen en sus respectivos presupuestos de partidas para gastos de la naturaleza del que se trata; y que es, sin embargo, conveniente prestar á la Academia los auxilios indispensables para la realización de su importante proyecto; se dispone:

1.º Autorízase á la Academia de Medicina para solicitar directamente de las Juntas Departamentales de Sanidad, de los Concejos Provinciales y de las Beneficencias de la República, así como de los Médicos titulares, todos los informes que juzgue necesarios sobre los puntos que han de servir de tema al Congreso de Demografía é Higiene;

2.º Recomiéndese por el Ministerio del Ramo á las mencionadas Corporaciones, atiendan en lo posible los pedidos que les haga la Academia de Medicina, para llenar con el mejor éxito el laudable objeto á que este expediente se refiere.

Que trascibo á US. para su conocimiento y fines consiguientes.

Dios guarde á US.

A. VILLAGARCIA.

Pase á la Comisión Organizadora del Congreso Nacional de Higiene y Demografía.

C. BAMBARÉN.

COMISIÓN ORGANIZADORA DEL CONGRESO DE HIGIENE Y DEMOGRAFÍA.

Señor Presidente de la «Academia Nacional de Medicinal.»

S. P.

En virtud del angustioso estado rentístico de las Municipalidades y Sociedades de Beneficencia de la Republica, no ha creído conveniente el Supremo Gobierno imponerles el gravámen del envío de los miembros que deberían representarlas en el Congreso de Higiene y Demografía, convocado por esta Academia, para el próximo Julio, resolviendo sólo autorizar á nuestra Corporación para recabar de las indicadas Instituciones, así como de los Médicos titulares, los informes que juzgue necesarios sobre los puntos comprendidos en el Programa de dicho Congreso, recomendándoles que atiendan debidamente los pedidos á este respecto.

La resolución suprema restringe, en consecuencia, considerablemente el personal que debe formar el Congreso, que sería ya insuficiente para resolver con acierto las cuestiones que le fueran sometidas, cambiando también por otra parte la forma de sus trabajos y discusiones; lo que, á nuestro juicio, nos impone la necesidad de variar el carácter de aquella conferencia.

Quedará reducida, en efecto, á recibir casi sólomente los informes que solicite la Comisión Organizadora del Congreso, la cual tendrá que limitarse á compulsar dichos informes y formular las conclusiones que resulten de ellos, convirtiéndose así la tarea del Congreso en el exámen únicamente de las informaciones que se reciba.

El escaso número de miembros que, por tales circunstancias, constituirá el Congreso, podrá dividirse en comisiones para efectuar el citado exámen, cuyas conclusiones serán los únicos puntos de discusión.

Deben, pues, modificarse en este sentido tanto el Programa como el Reglamento del Congreso convocado, debiendo la Academia autorizar á la Comisión Organizadora para que así lo verifique, formulando en este sentido su demanda de informes á las Corporaciones correspondientes.

El cambio tan esencial en la forma de los trabajos del Congreso, operado cuando apenas faltan tres meses para su reunión, hace indispensable una prórroga no menor de cuatro á seis meses que requerirá el recibo de la mencionada información.

No creemos que sea necesario introducir con motivo del referido cambio, modificación alguna en el Programa de las cuestiones del Congreso, por lo que nos hemos abstenido de proponer ninguna, dejándolas todas tales como fueron aprobadas por la Academia.

En mérito de lo expuesto, la Comisión Organizadora del Congreso de Higiene y Demografía de Lima propone á la Academia:

1º Que se la autorice para solicitar de los miembros que no puedan concurrir los informes más completos sobre las cuestiones del Programa de dicho Congreso.

2º Que la reunión de éste se prorrogue ó aplase hasta el 15 de Diciembre próximo.

3º Que se mantenga en todo su vigor el programa del Congreso, tal como está aprobado por la Academia.

Lima, Mayo 28 de 1889.

JOSÉ CASIMIRO ULLOA.—M. C. BARRIOS.—ANTONIO PEREZ ROCA.—MANUEL R. ARTOLA.—JUAN C. CASTILLO.

SECCIÓN OFICIAL.

LA FIEBRE AMARILLA DEL CALLAO.

Señor Presidente de la Suprema Junta de Sanidad.

S. P.

Nombrados por la H. Junta de la H. Presidencia de U.S. con el objeto de determinar la naturaleza de la enfermedad en los varios casos que existían en el Callao, asegurándose ser de fiebre amarilla, nos constituimos en dicho puerto, así como en el distrito de Bellavista, el Miércoles 10 de los corrientes, á fin de cumplir nuestra honrosa misión.

De los informes que recibimos de casi todos los facultativos del Callao, que se asociaron á nosotros, resulta no existir caso alguno en la población, de carácter siquiera sospechoso, y sólo en los hospitales de la localidad y de Bellavista, los tres miembros de una familia, llegada con procedencia de Chimbote al Callao, el Miércoles 5, de los cuales había fallecido en la madrugada, Claudio Ovillos, el hijo, existiendo la madre en el hospital de dicho distrito de Bellavista, y el padre en una de las salas del de Guadalupe.

Recomendada igualmente, por orden de esa H. Junta, la práctica de la autopsia del fallecido, la verificamos inmediatamente en unión de los médicos del indicado hospital, así como del Titular y varios Facultativos del Callao y de la Policía de Lima y de ese puerto.

Procedimos al exámen clínico del padre de la familia y la madre, y habiendo solicitado de los médicos asistentes las respectivas historias de estos casos, cumplimos el deber de expresar nuestra opinión sobre la naturaleza de la enfermedad á que ellos se refieren.

Desde luego el que ha tenido un éxito fatal y fue observado casi desde el origen de su mal, aunque no haya ofrecido en el curso de éste todos los síntomas que caracterizan la fiebre amarilla, especialmente el vómito negro, el conjunto de los comprobados, confirmado por las lesiones anatómo-patológicas, encontradas en el cadáver, nos autoriza para juzgarlo, si no un caso típico, uno de los comprendidos en la especie de fiebre amarilla esporádica.

La madre del fallecido, Petronila Pelacs, asistida por el Dr. Vélez en el hospital de Bellavista, según la historia de la enfermedad que nos ha comunicado, dicho facultativo, presentó los síntomas de la forma benigna de la misma enfermedad, de que es asistida en una de las salas comunes de aquel hospital, no habiendo podido comprobar nosotros sino los síntomas del estado de remisión del mal.

En cuanto al padre, que se encuentra afectado de la verruga andina, no pudimos reconocer en él otros síntomas que los de esta enfermedad; y si presentó los de la fiebre amarilla, no debieron ser tan pronunciados, cuando no se creyó conveniente trasladarlo al Lazareto del hospital, donde se asistió al finado Claudio Ovillos.

Todos estos enfermos eran vecinos y residían en el asiento mineral de Macate, en el departamento de Ancachs, en alguno de cuyos pueblos ha existido y parece existir todavía una epidemia, que si se ha calificado de biliosa palúdica, por el comisionado médico, para estudiarla, el titular de la provincia de Santa y otros han creído encontrar casos de verdadera fiebre amarilla, tanto en Casma, como en el puerto de Chimbote, donde vino á embarcarse toda la citada familia.

Un informe del mencionado médico titular de Santa, comunicado á uno de

nosotros, afirma haber existido la fiebre amarilla en aquel puerto, y esta circunstancia explicaría cómo ha podido la familia Ovillos adquirir el mal, que, tan limitado en la marcha, revela tener muy poco poder de invasión.

No deben, sin embargo, omitirse por esto las necesarias precauciones para impedir el ingreso de atacados, que se pudieran presentar, en las poblaciones sanas, especialmente de nuestros puertos. Los que suscribimos opinamos que la H. Junta Suprema de Sanidad recomiende á las Juntas litorales y á los médicos titulares la más activa vigilancia, así del estado sanitario de sus respectivas localidades propias y vecinas, como de los pasajeros y buques que entran á sus puertos, así como la mejora de la correspondiente higiene de dichas localidades, desde que existen cerca de ellas epidemias de fiebres de carácter maligno, y entre ellas casos de fiebre amarilla esporádica, que parece reinar en alguna de las indicadas localidades.

No debemos concluir sin declarar que, aunque por una premiosa ausencia, nuestro colega el Dr. Sosa no ha podido firmar este informe, nos ha autorizado á que hagamos la declaración de estar en perfecto acuerdo de opiniones, que él debió formular como relator de esta comisión.

Lima, Abril 13 de 1889.

LEONARDO VILLARI. — J. MARIANO MACEDO. — JOSÉ CASIMIRO ULLOA.

EL TIFO-MALARIA EN CHACHAPOYAS.

Con fecha 31 de Marzo, el Médico titular de aquel departamento escribe al Decano de la Facultad de Medicina:

« El vasto territorio que comprende el departamento hace que se observen en él enfermedades de casi todas las zonas, siendo de advertir que la más general y dominante es la fiebre tifoidea, que recorre epidémicamente todas sus estancias en las épocas del año correspondiente al verano y al otoño, que en algunas poblaciones y valles tiende á volverse endémica.

Esta circunstancia motiva que, con bastante frecuencia, en gran parte de las enfermedades agudas intervenga el elemento tífico, sobre todo en las ocasionadas por el paludismo, que grasa entre los valles de Guayabamba y más todavía en los del Morante, constituyendo el síndrome tífico que los autores norte americanos describen con el nombre de «Tifo-malaria fever.»

La última epidemia de fiebres que se ha cebado en estas poblaciones, se extinguió aunque no del todo, con el riguroso invierno del presente año, y digo no del todo, porque tengo noticias de que actualmente existen casos en el citado valle de Guayabamba, lo cual me hace temer que con las primeras señales del verano, el veneno tífico, hoy latente, en las demás localidades adquiera toda su actividad y vigilancia.

« El paludismo que, como he dicho, reina en los valles de Guayabamba y del Marañón, y que últimamente por el desborde de los ríos y la formación consecutiva de los pantanos que se han presentado por la primera vez en otras localidades, merece también una mención especial, por el hecho de su tendencia á inveterarse en el organismo á despecho de todo tratamiento. »

LA EPIDEMIA DE TRUJILLO.

(*Conclusión.*)

Creo conveniente reproducir sus juicios, ya que existiendo en casi todo el litoral del Norte fiebres biliosas graves y casos de fiebre amarilla, ó caracterizados como tales, aunque sin poder de invasión, es preciso fijar bien las ideas á este respecto, á fin de que, por equivocados juicios, no se comprometa la salud pública, ni se sacrifiquen los intereses sociales con innecesarias é injustificables medidas de preservación.

« Pero, dice Corre, si la fiebre amarilla permanece distinta de las enfermedades biliosas y de la fiebre inflamatoria, es preciso reconocer que ella presenta con estas enfermedades, y muchas otras, relaciones clinicas bastante estrechas, para poner muchas veces en falta, cerca de los enfermos, la observación más atenta. Es que, con demasiada frecuencia en la determinación de una enfermedad, se considera de una manera exclusiva ciertos elementos sintomáticos, que traduciendo la reacción de la economía contra las impresiones morbigenas, no pueden ofrecer una gran diversidad de caracteres, en razón de la extrema limitación de modalidades funcionales del organismo. Los grandes sindromas son necesariamente comunes en las enfermedades; pero ellos se ligan á impresiones muy diversas, infinitas como el mundo exterior de donde se derivan (Faget), que solicitan desde luego las propiedades de nuestros tejidos y la actividad de nuestros órganos de una manera particular. »

Omito el desarrollo de la teoría de Corre, para explicar estos hechos, llegando á sus conclusiones, que son las que me han servido para establecer mi diagnóstico; á saber:

CONCLUSIONES.

Se debe tomar como base indivisible para el diagnóstico de la fiebre amarilla la apreciación combinada de los elementos etiológicos, sintomáticos y necroscópicos.

Si la causa no es todavía accesible (como no lo es, á pesar de los descubrimientos de Carmona y Freyre) á ciertos medios de investigación, su naturaleza se revela por las condiciones que han presidido al desarrollo de la enfermedad, la génesis del tífus amarillo en ciertos medios endémicos, su trasmisibilidad, su tendencia á la irradiación fuera de sus focos de origen, la inmunidad que confiere después del primer ataque.

Si la mayor parte de los síntomas pueden encontrarse en diversas pirexias, ellos se mezclan siempre en la fiebre amarilla en un orden característico; algunos, como el vómito negro, toman un valor considerable por su constancia habitual en la especie y la marcha del pulso, con relación á la de la temperatura, parece patognómica.

La lesión propia está todavía por determinarse; pero un cierto conjunto de lesiones aisladamente comunes á todos los tífus y otras enfermedades, adquiere, por su frecuencia y su cohesión, más importancia relativa, de la que es preciso tener cuenta todas las veces que el exámen cadavérico sea posible.

Agregaré, para concluir, que todas estas dificultades aumentan cuando en la localidad ha coexistido ántes, ó ha existido aisladamente la fiebre amarilla; cuando casos aislados de ella se presentan allí anualmente, pudiendo presentarse otra vez en medio de la endemia ó epidemia de las otras fiebres biliosas, que la observación permanente de la enfermedad puede descubrir, lo que no les puede ser dado á todos, menos á los que han asistido á las agonias de la epidemia.

De allí por qué no me aventuraré á negar de un modo absoluto la referencia que algunos médicos de Trujillo han hecho de ciertos casos de la epidemia á la

fiebre amarilla; aunque en la generalidad sólo haya podido reconocer yo, como esos mismos facultativos, los de la *fiebre biliosa palúdica*.

Tengo que decir lo mismo respecto al otro diagnóstico diferencial entre esta última y la llamada biliosa hematórica, de la que algunos forman una especie aparte, principalmente por la hematuria ú orinas negras. Esta tiene muchas analogías con la fiebre amarilla, hasta el punto de llamársela en el Africa la *fiebre amarillo de los criollos y aclimatados*; pero su independencia de las condiciones maláricas, su invasión franca, su rápida evolución, el mayor número y frecuencia de las hemorragias, especialmente de la hematórica, la distinguen de la fiebre palúdica biliosa, así como de la amarilla; si bien que algunos autores, como Pellmin, la consideran como una variedad de la fiebre biliosa palúdica. Como quiera que sea, la detenida demostración en que me ha parecido conveniente entrar, creo no dejará duda de que en la endemo-epidemia de Trujillo, como la de Chiclayo, nacida en las condiciones maláricas indicadas, presentando la forma y la marcha en que me he fundado para caracterizarla, así como las lesiones necroscópicas que he podido comprobar, deben reconocerse los caracteres de la entidad mórbida denominada fiebre biliosa palúdica; sin desconocer que en razón de las mismas condiciones de origen y de desarrollo hayan podido interpolarse casos de la variedad de fiebre biliosa hematórica, como también la de la fiebre amarilla esporádica, tan comunes en aquellas localidades, en las estaciones de verano, que en años próximos pasados revistieron carácter epidémico.

PROFILÁXIS.

El conocimiento de las causas ó condiciones que han producido y favorecido la epidemia de la provincia de Trujillo, así como las de las provincias vecinas, revela cual es la naturaleza de los medios de preservación que habrán de ponerse en práctica para evitarlas en lo futuro.

Esos medios están indicados por la higiene general, y están reducidos á evitar, especialmente en las estaciones correspondientes, tanto la formación como la permanencia de las aguas estancadas, ó de los pantanos, á que dan lugar las crecientes de los ríos en dichas estaciones.

El mal estado de su cauce, la mala distribución del servicio de sus aguas, los abusos que se consuman en dicho servicio, y un abandono punible de sus malos efectos, es lo que debe tratarse de mejorar ante todo.

En Ascope es el servicio del agua al que se acusa allí como causa principal de la epidemia; pues se afirma haberse privado á la población de su agua potable; y he podido convencerme, por el mal estado de la acequia madre, que ese servicio no es atendido debidamente.

La mala calidad del agua potable de los demás lugares de Trujillo mismo, revela la necesidad, como medida de preservación, de mejorar á este respecto aquel estado de cosas.

En todas las poblaciones de la provincia, la policía higiénica se encuentra igualmente en mayor ó menor abandono; pues en las pequeñas, como en el mismo Ascope, las calles no pueden encontrarse más desaseadas, siendo igualmente muy próximos á las habitaciones y muy descuidados los botaderos públicos, que ni se incineran siquiera de vez en cuando, y mucho menos se desinfectan de otra manera.

No me tocaba iniciativa alguna á este respecto, como se solicitó de mí en Ascope; siendo este el lugar de cumplir mi deber de llamar la atención de la Junta Suprema de Sanidad, á este respecto.

Entre otras reformas de Higiene Pública, como medida preservativa, debo hacer mención de una vigilancia activa por parte de la autoridad á quien corresponda, de las condiciones sanitarias de la inmigración serrana, destinada al trabajo de las haciendas; así como del estado de los plantíos de éstas, á fin de establecer á este respecto algunas reglas higiénicas que impidan el establecimiento de

los de cierto género, como el del arroz y la yuca; igualmente que el de las oficinas para elaborar el almidón, cerca de las vecindades, caseríos ó pueblos.

Otra medida de precaución de Higiene General es la prohibición de la venta de alcoholes de caña mal desinfectados y de bebidas alcohólicas de mala calidad, cuyo excesivo consumo por los serranos es también causa del desarrollo de las epidemias.

Finalmente, aunque el servicio médico y farmacéutico de los pueblos, valles y haciendas de Trujillo, cuente con agentes suficientes, pululan allí, como hasta en los caseríos populosos del Perú, curanderos á quienes ocurre la generalidad, no llamando á los médicos, ni acudiendo á las boticas, sino cuando ya no tiene casi remedio el mal. Esa plaga allí, como en todas partes, es tan funesta como las epidemias mismas.

Cierto es que en las poblaciones interiores las boticas no están regentadas por farmacéuticos con título; pero he podido conocer que no están mal provistas, y que los que las sirven han pasado algunos años en los establecimientos farmacéuticos de esta capital.

Conviene, sin embargo, que la Delegación de la Facultad de Medicina en Trujillo, vigile mucho ese servicio y reprima los abusos que pudieran cometerse en él.

Las incomunicaciones entre los pueblos, ó cuarentenas terrestres, no son posibles en poblaciones de fácil acceso por todos lados, como lo ha manifestado la experiencia en Laredo mismo, que si se pudo impedir la entrada de los serranos allí, no se impidió por otras partes la entrada á Trujillo, donde han continuado suministrando combustible á la epidemia, por las condiciones telúricas de todos sus valles.

Es ya tiempo de que los Poderes Públicos se preocupen de todo este género de medidas, y de otras, desde que se hacen demasiado frecuentes las epidemias en las poblaciones de nuestra costa, y desde que sus endemias, en las que van ingresando cada día enfermedades infecciosas de carácter muy grave, van tomando con todos los motivos anteriormente indicados las mayores proporciones.

Tal es todo lo que tengo que exponer en la presente memoria, en cumplimiento del deber que me impuso la resolución suprema, por la que se me confirió la honrosa misión de estudiar la epidemia desarrollada en Trujillo é informar sobre su naturaleza.

En en mi nota de 5 de los corrientes, acompañando copia de la que en la misma fecha me dirigí el Inspector de Higiene del H. Concejo Provincial de Trujillo, que declaraba terminada en la ciudad la epidemia, di cuenta á US. de un pequeño retroceso ó recrudescencia, que no dejará de sostenerse por algunos días, hasta el cambio completo de la estación; pero no creo que vuelva á asumir las proporciones anteriores, ni que se transforme su naturaleza hasta el punto de justificar medidas severas de precaución, que sólo podría autorizar el carácter de trasmisibilidad ó contagio del mal, que no se ha podido comprobar todavía.

Lima, á 17 de Abril de 1889.

JOSÉ CASIMIRO ULLOA.

TRABAJOS NACIONALES.

DE LAS LESIONES CONSECUTIVAS AL ATEROMA DE LAS CORONARIAS.

por el Dr. ERNESTO ODRIOZOLA.

[Continuación.]

ESCLEROSIS DEL CORAZÓN.

SUMARIO.—Esclerósís distróficas.—Esclerósís inflamatorias.—Esclerósís mixtas.—Miocarditis esclerosa hipertrófica.—Cirrosis hipertrófica del corazón.—Arterio—Esclerosis del corazón.—Cirrosis cardíaca.—Degeneración fibrosa del corazón.—Esclerósís del corazón de origen vascular.—Esclerósís arterio-capilar del corazón.

RESÚMEN CRÍTICO DE LOS TRABAJOS CONTEMPORÁNEOS QUE SE REFIEREN Á LAS ESCLEROSIS CARDIACAS DE ORIGEN VASCULAR.

No queremos insistir aquí en las consideraciones generales que hemos expuesto al principio de esta tesis con respecto al ateroma de las coronarias en sus relaciones con las lesiones crónicas del corazón. Sólomente la esclerosis del miocardio nos interesa por el momento y no queremos investigar sino las correlaciones que puede afectar con las lesiones crónicas de los vasos nutricios del corazón. Se puede decir sin temor de exageración, que esa parte del problema, apenas entrevista por los autores del principio del siglo (Kreysig, Corvisart, Burus, Cruveilhier, Andral Bristowe,) no comienza realmente á llamar la atención de los observadores sino después de la aparición del notable trabajo de Pelvet, sobre los aneurismas del corazón. Por otra parte, como lo observa juiciosamente el Dr. Weber, en la historia muy completa que encabeza su trabajo sobre la arterio-esclerósís del corazón, el estudio histológico más profundo de la Anatomía patológica del sistema arterial llamaba por la misma época la atención sobre las lesiones viscerales consecutivas.

Pelvet refiere, entre varias otras observaciones, dos casos de aneurismas del corazón, en los cuales había al mismo tiempo que un aneurisma fibroso de la punta del ventrículo izquierdo, una calcificación extrema de las arterias coronarias y principalmente de la coronaria anterior. En el primer caso la arteria coronaria izquierda contenía « en la parte terminal, al nivel del tumor, un coágulo fibroso antiguo que la obliteraba por completo. » Desgraciadamente el autor no quiere ver en las alteraciones de las coronarias (que se encuentran á menudo, según él, en lo que se llama las aneurismas por transformación fibrosa) sino una lesión consecutiva al aneurisma. « Concluyen como el pericardio por ser invadidas por la transformación y pasan al estado cartilaginoso y aún al calcáreo. Resulta de esto un nuevo obstáculo para la nutrición del corazón que se traduce por una degeneración grasosa de la fibra muscular. » Ahora bien, como algunas páginas más lejos Pelvet atribuye al estrechamiento progresivo de las coronarias la degeneración grasosa del corazón, pudiendo llegar hasta la formación de aneurismas (aneurismas por degeneración grasosa) y que, por otro lado, en las ocho observaciones de aneurisma fibroso en que la osificación de las arterias coronarias ha sido indicada la degeneración grasosa no había aparecido todavía en algunas, comete la petición de principio siguiente: « Esto basta, dice, para demostrar que ella (la osificación de las coronarias) no es en este caso sino un resultado y que estos hechos no pueden incluirse, por consiguiente, en las aneurismas que suceden á la

«transformación grasosa.» Es inútil insistir en todo lo que tiene de defectuoso tal razonamiento. Habría sido necesario demostrar primero que el estrechamiento de las coronarias produce siempre la degeneración grasosa y además, que la misma lesión *no puede* determinar el aneurisma fibroso del corazón. Para más amplios detalles véase el capítulo consagrado á la degeneración grasosa.

Apesar de todo el interés que tiene el estudio de la hipertrofia cardíaca ligada, como lo habían demostrado las bellas investigaciones de Traube, á la evolución de la nefritis intersticial, y apesar de todas las discusiones teóricas que se sucedieron, no es sino después que Gull y Sutton hubieron publicado su notable memoria, que se estudió con más cuidado las lesiones histológicas del músculo cardíaco y de su tejido conjuntivo intersticial. Al mismo tiempo el estudio histológico de las arteritis crónicas y del ateroma se perfeccionaba, gracias á los trabajos de Cornil y Ranvier, Friedlander, Lancereaux, Kóster. Poco á poco se formaba en el mundo científico una concepción patogénica más clara de las alteraciones viscerales de origen isquémico y en particular, cosa que nos interesa más, de las esclerósisis orgánicas secundarias á las lesiones vasculares (esclerósisis orgánicas de origen arterial).

En 1879, en su tesis inaugural, M. Letulle consagra al tejido conjuntivo intersticial del corazón en las hipertrofías cardíacas un largo capítulo. Estudia no sólo la esclerósisis intersticial difusa consecutiva á las afecciones valvulares, sino también la *la esclerósisis por islotes diseminados* y muestra que esta esclerósisis se liga á menudo de una manera incontestable á las lesiones valvulares concomitantes. El exámen histológico que dá de ellas y que acompaña con planchas explicativas le permite describir una cirrosis *perivascular* que opone á una cirrosis *perifascicular*, cuyo origen le parece ser á menudo vascular pero desarrollada á expensas de los capilares. «En el caso de cirrosis perivascular, dice, es siempre al rededor de las arterias de mediano y pequeño calibre, excepcionalmente al rededor de las gruesas arterias, donde el tejido fibroso se ha acumulado; la placa de esclerósisis se extiende en una área variable rodeando de una manera muy irregular, disociando los manojos secundarios vecinos é infiltrándose siempre entre cierto número de manojos primitivos que aísla y que atrofia.»

«La arteria envuelta de ese modo se presenta como esculpida en medio de la cirrosis y se comprende fácilmente cuán mal debe efectuarse allí la circulación.»

«El tejido fibroso que forma esas fajas es fácilmente reconocible por su coloración rosa vivo por el picro-carmin; su *homogeneidad* aparente explica su gran densidad. Los núcleos poco numerosos, de formas variadas que lo surcan en distintos sentidos, indican su antigüedad. Esos núcleos poco voluminosos (3 á 6 μ), son redondos, fusiformes, estrellados, muy rojos, limitan todavía en algunos puntos espacios y vasos linfáticos de los cuales un gran número son aplastados, dislacerados por el tejido de neoformación, pero, sin embargo, permeables todavía en su mayor parte. No tenemos que investigar aquí la causa probable de esta esclerósisis perivascular; digamos sólomente que de ordinario los vasos cardíacos están alterados, atacados de endarteritis crónica y desempeñan, por consiguiente, en medio del tejido conjuntivo que les rodea, el papel de cuerpos extraños.»

Algunos meses más tarde, M. M. Dbove y Letulle volvían á ocuparse detalladamente de la anatomía patológica de la hipertrofia cardíaca que acompaña la nefritis intersticial y de la esclerósisis miocárdica concomitante. Demostraban que las lesiones renales y miocárdicas derivan ambas de un estado patológico general, de una especie de «diátesis fibrosa.» En fin, si estos autores han insistido demasiado quizá en la importancia de la esclerósisis periarterial y en la anterioridad de la periarteritis fibrosa, es necesario reconocer que á ellos se debe la prueba del origen vascular de las lesiones conjuntivas del *corazón renal* y la concepción patogénica de la esclerósisis intersticial del corazón considerada como una de las causas de la hipertrofia cardíaca.

Continuará.

REVISTA EXTRANJERA.

INTERPRETACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA COCAINA.

Hacemos un extracto de un trabajo publicado por el Dr. Baldi en los *Annali di chimica* etc. del mes de Octubre de 1888.

La acción local de una solución de cocaína al 10 por 100 sobre los nervios sensitivos produce *movimientos activos del animal como si estuviese estimulado el nervio por una corriente inducida*.

La reacción cesa pronto, y pasado este que puede llamarse *primer período ó transitorio* de la acción cocainica, el nervio queda *insensible*, pasando al *segundo período ó permanente*.

Debajo del punto de aplicación de la cocaína, aunque se estimule el nervio, no se provocan movimientos generales que demuestren la existencia de excitación dolorosa general; sólo se notan ligeros movimientos en el miembro correspondiente. Pero el estímulo aplicado sobre el punto cocainizado produce siempre movimientos generales. Estos resultados se asemejan á los obtenidos con un nervio ligado ó cortado.—Al cabo de algún tiempo desaparece este fenómeno, y el ciático responde en todos sus puntos á la excitación.

Preguntóse el autor: ¿es que obra sobre las células nerviosas sensitivas ó sobre las mismas fibras conductoras? El resultado de los experimentos efectuados en este sentido le demuestra que no obra ni sobre el bulbo ni sobre la médula; que obra sólo sobre la fibra sensitiva y sus terminaciones, respetando no sólo las células y fibras motoras, si que también las células sensitivas. Su acción es local, como lo es la de la curarina sobre las terminaciones motrices.

De esto último deduce el autor «que la médula espinal es directamente excitable, independientemente de la raíz.»

De modo que esta manera de obrar contradice lo sustentado por C. Bernard, que al admitir en las fibras nerviosas *extremidad activa* (la que emite la impresión recibida) y *extremidad pasiva* (la que recibe la impresión), había dicho que en la motilidad es la extremidad activa la placa motriz y la pasiva la célula central y que en la sensibilidad es central la extremidad activa y periférica la extremidad pasiva. Pero la cocaína pone á la inversa esta ley, pues ataca la extremidad pasiva y deja intacta la central ó activa de las fibras nerviosas sensitivas.

Ya conocemos las modificaciones que imprime á los elementos nerviosos su aplicación local; pues bien, iguales fenómenos determina su administración interna.

Existen también dos fases, una de excitación y otra de depresión. Hay convulsiones, tetania que dificulta los movimientos respiratorios, aumento de la secreción biliar, de los latidos cardiacos, etc., y al mismo tiempo insensibilidad cutánea. En un segundo período viene la calma y la muerte. Este cuadro es semejante al que ofrece la intoxicación por la estricnina.

Los fenómenos vaso motores observados por Anrep con la aplicación local de cocaína sobre el intestino, consisten en una constricción inicial, hasta poner pálida la mucosa, y aumento de movimiento, cuya constricción vascular es pronto sustituida por dilatación como ya observó el Dr. Mosso mediante la circulación artificial en algunos órganos. La constricción vascular depende de excitación inicial de la cocaína; la dilatación es una acción neuropalítica. Análogamente el corazón ofrece los latidos acelerados primeramente por excitación de las fibras sensitivas, y después disminución por neuroparálisis.

La pupila se constriñe primero y se ensancha después por igual motivo.

Los efectos estudiados explican que Ploss obtuviese en un caso de intoxicación por la cocaína excelente efecto de la administración de la morfina. Debía tra-

tarse de una intoxicación en su primer periodo, y la morfina evitó que la excitación de los filetes sensitivos se trasmitiese á las células para reflejarse sobre los nervios motores y determinase convulsiones.

Conocida esta acción de la cocaína, interpreta el autor de la siguiente manera el modo de obrar de la coca en los individuos que mascan sus hojas. *A*, la cocaína excita las fibras sensitivas que á su vez obran sobre las células motoras. *B*, porque siguiendo á la excitación la obtusión de las fibras sensitivas, no se percibe la sensación dolorosa de fatiga que sigue á todos los esfuerzos y ejercicios gimnásticos. *C*, si esto es cierto, faltando los elementos necesarios para la alimentación, ha de venir el enflaquecimiento.

Hay algunas sustancias que pueden llamarse reactivos fisiológicos porque su acción inicial y á pequeña dosis se limita á un tejido ó parte de él. Tales son la veratrina, el sulfato de cobre, cuya acción se ejerce sobre los músculos estriados y lisos; la curarina y la mayor parte de las sales de amonio, etcétera, que paralizan las placas motrices; la morfina y el cloroformo, etc., que obran sobre el sistema nervioso central. La cocaína ocupa buen sitio no sólo en la práctica quirúrgica, si que también en el laboratorio de Fisiología por su acción característica sobre las fibras sensitivas y sus terminaciones. Cuando queramos destruir la función de estos elementos dejando intacta la de las células sensitivas, usaremos la cocaína, así como para eliminar la acción de las placas motrices nos servimos del curare.

Lo observado con la cocaína recuerda lo que tiene lugar en histo-química al usar el método de Weigert para colorar los elementos nerviosos: con la hematoxilina y ferro cianuro se coloran en azul solamente las fibras, quedando incoloras las células, hecho que indica que no sólo morfológicamente, si que también químicamente son diferentes estos elementos histológicos.

(Indép. Méd.)

TRATAMIENTO DE LA PLEURESIA POR LA LECHE.

La medicación de las hidropesias por la leche es conocida desde los tiempos más remotos, y los trabajos de Serres (d'Alais) de Guinier y de Pécholier (de Montpellier), la han aún hecho conocer mejor.

En 1872 el Dr. Siredey dió á luz una observación de derrame pleurítico agudo curado por la leche, y después de él el Dr. Jaccoud ha insistido siempre en sus clínicas sobre los beneficios de esta medicación. Por último, el Dr. Clonard ha citado en su favor diez y seis observaciones en su reciente tesis inaugural.

Apoyándose en todos estos trabajos y en su experiencia personal, el Dr. Ch. Eloy acaba de llamar de nuevo la atención de los prácticos sobre este hecho eminentemente práctico. En primer lugar demuestra por los hechos y las estadísticas, que esta medicación es eficaz. Limitémonos á la relación del siguiente hecho: El enfermo del Dr. Siredey estaba atacado hacia 25 días de un derrame pleurítico que había resistido á los medicamentos clásicos, diuréticos y drásticos. Bajo la influencia del régimen láctico se vió sobrevenir una diuresis abundante, una disminución de la dispnea, y por último, la desaparición del derrame, y de este modo se evitó la toracentesis. Las estadísticas del Dr. Clonard demuestran aún, que se puede con esta medicación obtener la curación de un plazo notablemente inferior á la duración de la cura por los diuréticos, y los vejigatorios repetidos.

El Dr. Eloy demuestra aún que esta medicación es *legítima*. Los hechos han probado desde hace tiempo que produce el aumento cuantitativo de las orinas y modificaciones en las secreciones intestinales. La constipación que puede resultar, indica la administración preventiva de los purificantes y de los laxantes. Pero, en ciertos individuos, sobreviene, por el contrario, una diarrea serosa abundante, y en estos casos, la cantidad de orina aumenta en menores proporciones lo que prueba que la diuresis está no sólo *transportada á otro sitio*, como dice

Jaccoud, sino *reemplazada*, como hace Eloy observar muy juiciosamente. Conclusión: La reabsorción del líquido pleurítico y la corrección de los síntomas de dispnea ó de compresión, están en razón directa de la abundancia de la eliminación serosa por el filtro renal ó la mucosa intestinal.

¿Cuál es el momento *oportuno* de la administración de la leche en el curso de la pleuresía aguda? Al principio del período febril y francamente inflamatorio de la enfermedad no debe administrarse la leche, en cuyo caso sería por lo menos inútil. En este período deben emplearse los antíflogísticos ó bien los anti-térmicos; pero cuando sobreviene la apirexia, siendo sólo el derrame y su abundancia los que representan el peligro, surge ya la indicación del tratamiento lácteo. Así pues, los dos períodos (inflamatorio ó hidrópico) de la pleuresía ofrecen indicaciones terapéuticas diferentes. La leche conviene en el segundo cuando la abundancia del derrame, la violencia de la dispnea, la dislocación de las vísceras y los trastornos cardíacos, no motivan con urgencia la toracentesis.

Como tratamiento de elección convendrá la dieta láctea al pleurítico que puede aguardar, pues la diuresis y la diarrea curativas sólo pueden obtenerse al cabo de cuatro ó cinco días. Deben usarse con moderación los vejigatorios que pueden determinar complicaciones renales y diarreas repetidas que á menudo debilitan á los enfermos.

Relativamente al *modo de administración* es el siguiente: cruda ó hervida, fría ó tibia, pura ó adicionada de sustancias aromáticas para evitar el mal gusto, ó bien de bicarbonato de soda, de agua de cal, ó de alguna agua mineral para obtener la tolerancia del estómago, debiendo ser la leche la base exclusiva del régimen. Es preciso hacerla tomar á sorbos, administrarla por tazas cada hora y media ó cada dos horas, para evitar los trastornos digestivos y evitar la sensación de sed y de hambre. Debe darse en cantidad de un litro y medio á tres litros al día, y es de regla el *continuar este régimen* muchos días después de la resolución del derrame, para evitar las recidivas; además, antes de permitir la alimentación habitual, se aconsejará el empleo durante una ó dos semanas del régimen lácteo mitigado.

Este tratamiento dirigido del modo indicado, según el Dr. Eloy, es uno de los más poderosos medios hidragogos destinados á reemplazar á menudo la toracentesis, y por esta razón puede decirse, á veces la uretra sustituye al trocar.

(*Rev. gen. de Clin. et de Thér.*)

ETIOLOGÍA DE LA FIEBRE AMARILLA.

Resumen de las investigaciones de los Doctores Finlay y Delgado, durante el año de 1888-89.

(Conclusión.)

En los últimos días (28 al 31) de Enero cuando la temperatura del ambiente era de 20° á 23° C., hemos recogido serosidad de vejigatorio en una enferma atacada de fiebre amarilla mortal, y con la precaución de mantener los cultivos en la estufa entre 30° á 32° C., obtuvimos los mismos resultados que en el verano, demostrándose así que nuestros fracasos en los inviernos anteriores, provinieron probablemente de la temperatura insuficiente en que proseguimos las tentativas de cultivo al aire libre y sin auxilio del calor artificial.

Licuación de la gelatina.—Hemos dicho que las colonias obtenidas en nuestra nueva serie de casos eran iguales á las de los años anteriores; más esto no debe entenderse sino con respecto á los caracteres macroscópicos y morfológicos, por que con una sola excepción, que más adelante mencionaremos, todas las colonias que hemos logrado con la gelatina semi fluida de 30° á 33° C. de la manera ántes indicada, al ser trasplantadas en gelatina sólida, la licuaban con mayor ó menor

lentitud, según los casos, mientras que aquellas de nuestras colonias de los años anteriores que pudimos someter á esa prueba, no licuaba la gelatina, quizá por que se habían desarrollado sembrando directamente el material en agar-agar sólido de reacción sub-ácida. No teníamos entonces gelatina que resistiese las temperaturas del verano, como la que hoy preparan con tanto acierto nuestros distinguidos colegas del Laboratorio de la *Crónica Médico Quirúrgica*, á quien debemos la atención de habernos facilitado la necesaria para nuestros estudios, por cuyo motivo sólo en dos ó tres casos pudimos hacer esa comprobación con nuestros anteriores cultivos.

La propiedad de licuar la gelatina ha sido generalmente considerada como un distintivo para diferenciar micro-organismos, aún cuando su morfología fuese idéntica; pero en vista de los experimentos de V. Rozzahegyi que refiere el tomo 3º del *Anuario Baumgarten* (Bd. 3, p. 458) no parece que deba atribuirse á esa propiedad significación tan absoluta. Resulta, en efecto, de los experimentos del citado autor sobre la manera de desarrollarse las bacterias en gelatina nutritiva adicionada con diversas materias colorantes, que la solución de tales materias suele modificar el desarrollo de algunas de esas bacterias normalmente dotadas de la facultad de licuar la gelatina, de tal manera que dicha propiedad se pierde por completo, ó bien la licuación se verifica con mayor lentitud ó alterada en su forma. Si esto acontece en virtud de una alteración del medio nutritivo coloreado, claro está que también podrá resultar por otras causas capaces de alterar la idoneidad del medio nutritivo, y estimamos que la diferencia señalada en este particular entre nuestros cultivos anteriores y los más recientes, no es bastante para negar su idoneidad en vista de la semejanza que ofrecen sus otros caracteres y de tener una procedencia análoga.

Dijimos haber encontrado una excepción. Tratábase de un caso interesante del cual S. Srias, habian ya tenido noticias, por ser el de un joven cubano de 14 años de edad, que nunca había salido de la isla, pero que por vez primera pasaba el verano en un foco de fiebre amarilla cuando fué atacado por esta enfermedad á fines de Octubre último. Comisionados por esta Corporación para visitar el caso sobre el cual llamó la atención de V. S. S. nuestro apreciable compañero el Dr. La Guardia, tuvimos ocasión de comprobar, en efecto, los síntomas de la fiebre amarilla melano-albuminúrica. Invasión brusca, con dolor de cabeza, raquialgia y quebrantamiento general, albuminuria desde el tercer día, según referencia, é ictero, escasez de orina y fenómenos urémicos; el quinto día vómitos de borras características y fallecimiento el sexto día. Nosotros no pudimos concurrir á la autopsia que practicaron los Dres. La Guardia, Fernández y Tamayo, pero á petición nuestra recogió este último con todas las precauciones debidas, jugo del hígado, bazo y riñón, en tres balones Sternberg con caldo esterilizado. Pues bien, el cultivo de esos jugos y especialmente el del hígado, por el método que ahora tenemos adoptado, produjo colonias de microscocos en tétradas y cadenas cortas, que tuvimos la satisfacción de mostrar á nuestro citado amigo el Dr. Tamayo, ofreciendo empero dichos micro-organismos la particularidad de no licuar la gelatina. Los jugos del bazo y del riñón, contenian en abundancia un bacilo corto, cuyo estudio no hemos seguido.

De todo lo expuesto en el presente resumen podemos deducir las siguientes conclusiones.

1ª Bajo el punto de vista clínico, los casos de fiebre amarilla puede calificarse en tres grupos; *albuminúricos, simples y melano-albuminúricos*, debiéndose considerar los dos primeros como grados de la infección pura y simple por el germen específico de la fiebre amarilla, mientras que el tercero, ó sea la forma melano-albuminúrica, parece ser efecto de una infección secundaria debida á un germen patógeno habitualmente presente en el intestino grueso de individuos sanos, pero que sólo logra desarrollarse é infectar la economía en circunstancias como las que termina la infección primaria por el germen de la fiebre amarilla. El agente de esta infección secundaria capaz de convertir los casos *albuminúricos simples* en

melano-albuminúicos parece ser el *bacillus a* descubierto por Dr. Sternberg y por él identificado con el *bacterium coli commune* de Escherich.

2ª La objeción hecha á nuestros resultados anteriores, suponiéndose que nuestras colonias de micrococos pudieron provenir de gérmenes existentes en la piel de los enfermos atacados de la fiebre amarilla, no puede hoy sostenerse, toda vez que el mismo Dr. Sternberg encontró una vez idéntico micro-organismo en el hígado y en el riñón de un caso de dicha enfermedad, y nosotros hemos encontrado de nuevo esas mismas colonias en la sangre y serosidad de vejigatorio durante la vida, y también en el hígado, bazo y riñón, después de la muerte, en circunstancias que excluían la introducción de gérmenes cutáneos superficiales.

3ª Los caracteres que se observan en el desarrollo de nuestro micrococo, por el método que hoy empleamos son: 1º La formación de un sedimento blanco en la gelatina neutra semi fluida conservada á la temperatura de 30º á 32º C.— 2º La aparición de colonias superficiales en tubos de Esmarch con agar-agar homogéneas, de bordes lisos, redondos y de color blanco ó pajizo, y otras profundas, pequeñas, fusiformes y de color algo más oscuro que las superficiales. Examinadas en cultivos en gota, resultan consistir en micrococos cuyas formas más notables son las de tétradas simples ó provistas de apéndices de uno ó varios elementos, y de cadenas de tres á cuatro y á veces hasta de cinco ó seis elementos.— 3º Las colonias obtenidas con el cultivo preliminar en gelatina neutra á la temperatura de 30º á 32º C, licúan por lo regular la gelatina, mientras que las obtenidas con la inoculación directa del material primitivo en agar agar sub ácido solidificado, generalmente no la licúan.— 4º En las preparaciones permanentes con bálsamo de Canadá suelen á veces disociarse y confundirse las tétradas y cadenas, presentando entonces el aspecto de un estafilococo.

4ª y última. En los cultivos y preparaciones microscópicas del micrococo que hemos denominado *fiebre flava*, hemos observado variaciones: 1º en la intensidad y el matiz del color amarillento que al cabo de algún tiempo suelen adquirir las colonias sembradas en agar agar.— 2º En la facilidad de licuar la gelatina con mayor ó menor lentitud ó en la carencia de esa propiedad.— 3º En la preponderancia del agrupamiento en cadenas cortas sobre la disposición en tétradas y grupos triangulares ó vice versa; resultando por punto general, que las colonias en que más predomina la forma tetrágena son las que menos licúan la gelatina, ofreciendo un color amarillo más claro; mientras que las otras suelen presentar un matiz ligeramente anaranjado.— 4º En el tamaño de los micrococos, que en una misma preparación suelen ofrecer diferencias muy notables, siendo unos grandes, otros medianos y muchos pequeños.

En una entrevista reciente que tuvieron los Dres. Finlay y Delgado con el tDr. Sternberg, este profesor les manifestó haber obtenido un micrococo en tétradas en sus cultivos de hígado y riñón procedentes de la autopsia número 8; así como en los cortes de riñón de la autopsia número 10, los halló en los vasos capilares. El Dr. Sternberg igualmente rectifica su opinión tocante á la licuación de la gelatina por dicho micro organismo, habiendo comprobado que positivamente la licúa aunque con mucha lentitud.

Califica el Dr. Sternberg de *versátiles* este micrococo tetrágeno en vista de la variedad de caracteres que presenta; no lo considera, sin embargo, igual al micrococo hallado por los Dres. Finlay y Delgado en la mencionada autopsia practicada en el Hospital Militar, las muestras que se le remitieron las encontró puras, aunque consideraba el agrupamiento en tétradas como accidental, manifestando que lo contenido en dichas muestras es un estafilococo linador, al cual ha dado el nombre de *micrococcus Finlayensis*.

(Revista de Ciencias Médicas de la Habana).



NECROLOGIA.

Los vacíos que una muerte más ó menos prematura hizo en las filas de la Facultad de medicina y del Cuerpo Médico el año anterior, han continuado en el presente.

En el mes pasado y en los pocos días del que corre han desaparecido, en efecto, el antiguo profesor de clínica interna de mujeres Dr. D. José Jacinto Corpancho y el auxiliar de la cátedra de Química Dr. D. José Maria Capitán.

Así mismo, en su país natal, en una de nuestras provincias del Sur, vino á terminar también su existencia, el miembro correspondiente de la Academia de Medicina Dr. D. Mariano Zevallos Torres, radicado hacia algunos años en la provincia de Pacasmayo.

Todas estas existencias contaban algunos servicios á la Medicina, á su enseñanza y á la práctica.

El Dr. Corpancho fué uno de los más antiguos Profesores de la Facultad, habiendo tenido el honor de suceder, muy joven todavía, en la indicada cátedra al célebre clínico italiano Dr. D. Manuel Solari, de la Universidad de Bolonia.

Haciéndose digno de este honor, sirvió su cátedra con la mayor consagración, llevando á su mejor desempeño el contingente de su larga experiencia, recojida en su numerosa clientela.

El Dr. Capitán se distinguió por su vocación á los estudios químicos, siendo algunos años el sustituto de la cátedra de estos ramos, la que desempeñó en varias ocasiones, en ausencia del principal.

Fué, además, algunos años también auxiliar en el servicio del hospital de insanos y desempeñó igualmente algunos cargos médicos municipales.

Su prematura muerte arrebató algunas lisonjeras esperanzas para el porvenir de la Medicina Nacional.

No eran menos las que hacía concebir el Dr. Zevallos Torres, cuyo sensible alejamiento de los centros científicos no le impidieron contribuir con sus modestos trabajos al progreso de los estudios médicos nacionales.

El más joven de todos, su fallecimiento ha sido para sus colegas y discípulos una dolorosa sorpresa.

La prensa médica cumple, por este órgano, el triste deber de honrar la memoria de esos tres obreros de la ciencia y de llevar al borde de su tumba el homenaje de su pesar y de su recuerdo.