

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, adelantado por un año, es de ₡ 4-00.— Precio de un número, ₡ 0-50. El precio de avisos, convencional.

Año XI

San José de Costa Rica, diciembre de 1906

Núm. 3

Junta de Gobierno

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA de la REPUBLICA

QUE FUNCIONARÁ DURANTE EL AÑO DE 1907

Doctor don Carlos Durán	Presidente
„ „ Jenaro Rucavado	Primer Vocal
„ „ Vicente Lachner Sandoval	Secretario
„ „ Roberto Fonseca Calvo	Tesorero
„ „ Luis P. Jiménez	Fiscal
„ „ Rafael Calderón Muñoz	Segundo Vocal
„ „ Benjamín Hernández	Tercer Vocal

ACTAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

6ª SESIÓN ordinaria de Junta General de la Facultad de Medicina de la República, celebrada á las doce del día dos de diciembre de mil novecientos seis, para verificar las elecciones á que se refiere el Capítulo I del Reglamento General de la Facultad de Medicina, con asistencia de los Doctores: Carlos Durán, Presidente; Francisco J. Rucavado, Secretario; Teodoro H. Prestinary, Fiscal; Vicente Lachner Sandoval y Mauro R. Fernández, Vocales; y Tomás M. Calnek, Marcos Zúñiga y Federico Carlos Alvarado.

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

Artículo II.—El Presidente leyó el capítulo de "Elecciones de Junta de Gobierno, del Reglamento General" y manifestó á la asamblea que iba á proceder á la elección de la Junta de Gobierno que ha de funcionar durante el año de 1907.

Artículo III.—El Secretario Dr. don Francisco J. Rucavado presentó á la Mesa 42 votos que constaban cada uno en una papeleta impresa con los nombres de los candidatos á los diferentes puestos de la Junta de Gobierno y firmada cada una por el votante interesado.

Artículo IV.—El Presidente nombró escrutadores á los dos miembros de título más antiguo, de la asamblea, Dres. don Tomás M. Calnek y don Marcos Zúñiga.

Artículo V.—Verificado el escrutinio, el Secretario publicó el siguiente resultado de las elecciones:

El Dr. don Carlos Durán obtuvo para *Presidente* cuarenta y un votos; y el Dr. don Tomás M. Calnek uno, (total 42 votantes); el Dr. don Jenaro Rucavado obtuvo para *Primer Vocal* treinta y nueve votos; el Dr. don Tomás M. Calnek uno; el Dr. don Roberto Fonseca Calvo uno; y el Dr. don Mauro R. Fernández otro, (total 42 votos); el Dr. don Luis P. Jiménez obtuvo para *Fiscal* cuarenta y un votos, y el Dr. José María Barrionuevo uno, (total 42 votos); el Dr. don Roberto Fonseca Calvo obtuvo para *Tesorero* treinta y nueve votos; los Dres. don Jenaro Rucavado, don Francisco J. Rucavado y don Benigno D. Tamayo, uno cada uno, (total 42 votos); el Dr. don Vicente Lachner Sandoval obtuvo para *Secretario* cuarenta y un votos; y el Dr. don Rafael Calderón Muñoz uno, (total 42 votos); el Dr. don Rafael Calderón Muñoz obtuvo para *Segundo vocal* treinta y ocho votos; el Dr. don Teodoro H. Prestinary, dos votos, y los Dres. don Vicente Lachner Sandoval y don Eduardo Uribe, uno cada uno, (total 42 votos); el Dr. don Benjamín Hernández obtuvo para *Tercer vocal* treinta y ocho votos; y los Dres. don Antonio Giustiniani, don Mauro R. Fernández, don Jorge Lara y don José María Soto Alfaro, uno cada uno, (total 42 votos). De modo, pues, que la Directiva de la Facultad de Medicina para el año de 1907, quedó electa así:

Doctor don Carlos Durán,.....	Presidente
" " Jenaro Rucavado.....	Primer Vocal
" " Vicente Lachner Sandoval.....	Secretario
" " Luis P. Jiménez.....	Fiscal
" " Roberto Fonseca Calvo.....	Tesorero
" " Rafael Calderón Muñoz.....	Segundo Vocal
" " Benjamín Hernández.....	Tercer Vocal

Artículo VI.—El Presidente sometió á la aprobación de la Asamblea General la elección que acababa de verificarse, y fue aprobada la elección por unanimidad de votos.

Artículo VII.—El Secretario pasó las comunicaciones respectivas á los señores electos.

Artículo VIII.—La Junta señaló las ocho de la noche del próximo jueves 3 de enero de 1907, en el Salón de la Facultad, para dar posesión á la nueva Directiva.

La sesión se levantó á la una de la tarde.

32ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada el veintiuno de noviembre mil novecientos seis, con asistencia de los Doctores: Carlos Durán, Presidente; Jenaro Rucavado, Tesorero; Roberto Fonseca Calvo, Vicente Lachner Sandoval y Mauro R. Fernández, Vocales.

Art. I.—Por ausencia motivada del Secretario, Dr. don Francisco J. Rucavado, hizo sus veces el Dr. don Mauro R. Fernández.

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

Art. III.—Se recibió una carta del Dr. don Francisco A. Segreda, fechada en Guápiles el trece de los corrientes, en la cual da las gracias á este Centro por el pésame que se le envió con motivo del fallecimiento de su señor padre don Rosendo Segreda Zamora.

Art. IV.—Habiendo preguntado el Jefe político de Puriscal, si el señor José María Zelaya está incorporado en esta Facultad, se le contestó que no.

Art. V.—Se leyó el siguiente oficio:

Nº 841

Secretaría de la Sala 2ª de Apelaciones de la Corte Suprema de Justicia.

Palacio de Justicia.—San José, 10 de noviembre de 1906.

Señor Secretario de la Facultad Médica

Le acompaño la causa seguida contra Isidro Castro Alfaro, por lesiones á Leoncio Delgado, para los efectos que indica el auto decretado por esta Sala, que dice: "Sala Segunda de Apelaciones de la Corte Suprema de Justicia.—San José, á las tres de la tarde del tres de noviembre de mil novecientos seis.—Para mejor proveer, remítase la causa á la Facultad de Medicina para que se sirva determinar en definitiva cuánto tardó para sanar la herida principal causada al ofendido Leoncio Delgado, pues hay contradicción muy notable entre los dos dictámenes médicos que figuran en autos.—Ezequiel Herrera.—Ramón Bustamante.—Elías Castro.—Tomás Fernández Bolandi. De V. Attº y s. s.,—Tomás Fernández Bolandi."

La Junta comisionó á los Doctores T. H. Prestinary y Jenaro Rucavado para que viertan el dictamen preliminar.

Art. VI.—Se leyó y aprobó la siguiente acta de

EXAMEN DEL DOCTOR DON FRANCISCO CORDERO QUIRÓS

En la ciudad de San José, á los veintiún días del mes de noviembre de mil novecientos seis.—Salón de la Facultad de Medicina.—Los infráscritos médicos, comisionados por la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República para verificar en los días trece, catorce y quince de noviembre en curso las tres pruebas reglamentarias, anteriores á la incorporación á que fue sometido el Doctor en Medicina y Cirugía don Francisco Cordero Quirós, graduado de la Universidad de Montpellier, Francia,

CERTIFICAN:

Que han cumplido con el Reglamento de Incorporaciones de mil novecientos tres, siendo dicho señor Francisco Cordero Quirós aprobado por unanimidad de votos.

El Presidente,
[f.] CARLOS DURÁN

Secretario,
[f.] F. J. RUCAVADO

Vocales:

[f.] R. FONSECA CALVO

[f.] TEODORO H. PRESTINARY

[f.] JENARO RUCAVADO

Art. VII.—Con respecto á la Escuela Dental, la Junta acordó: a) Que los exámenes de los alumnos del Primer Año se verifiquen así: el 10 de diciembre próxi-

mo, á las 7 de la noche, en el Salón de la Facultad, Elementos de Anatomía y Fisiología generales; y Anatomía y Fisiología especiales de la boca. El 11, á la misma hora y en el mismo local, el de Teoría de la Mecánica Dental. b) Para presidir estos actos la Facultad nombra como su delegado al Cirujano Dentista don Emanuel A. Friis. c) El examen será oral, de cada una de las materias especificadas, sobre todos los puntos del programa y no durará más de veinte minutos cada prueba. Y d) El delegado ganará cinco colones por noche de trabajo.

Art. VIII.—Con respecto á la Escuela de Obstetricia, la Junta acordó: a) Que los exámenes se verifiquen así: *Primer Curso*: el 17 de diciembre próximo entrante, de Anatomía; el 18, de Fisiología y Antisépticos; el 19, de Embriología y Embarazo. Los delegados de la Directiva para estos exámenes son los Doctores Roberto Fonseca Calvo y Mauro R. Fernández. *Segundo Curso*: el 20 de diciembre citado, examen de todas las asignaturas que corresponden á este Curso. Los delegados de la Directiva para estos exámenes son los Doctores Vicente Lachner Sandoval y Jenaro Rucavado. b) Que todos estos exámenes se verifiquen á las siete de la noche en el Salón de la Facultad. c) Que tanto cada delegado, como el Presidente de la Facultad, que asistirá á estos exámenes, ganen cinco colones por noche de trabajo.

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

[f.] CARLOS DURÁN
Presidente

[f.] F. J. RUCAVADO
Secretario

33.^a SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada á las ocho de la noche del miércoles veintiocho de noviembre de mil novecientos seis, con asistencia de los Doctores: Carlos Durán, Presidente; Jenaro Rucavado, Tesorero; Teodoro H. Prestinary, Fiscal; Francisco J. Rucavado, Secretario; Roberto Fonseca Calvo, Vicente Lachner Sandoval y Mauro R. Fernández, Vocales.

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

Art. II.—El señor Jorge Sáenz Gutiérrez, mayor, soltero, médico, vecino de San José, solicita su incorporación en este Centro. Presentó para ello su título de Médico y Cirujano expedido por la Universidad de Montpellier, Francia, debidamente autenticado, y el recibo en el cual consta que hizo en la Tesorería de esta Facultad el entero de los derechos correspondientes. La Junta lo admitió al examen respectivo y le señaló para que verifique las pruebas reglamentarias, los días cuatro, cinco y seis de diciembre, á las horas reglamentarias. Y nombró el tribunal examinador así: Doctor Carlos Durán (Medicina operatoria y Cirugía); Dr. Jenaro Rucavado (Ginecología, Obstetricia y Embriología); Dr. Teodoro H. Prestinary (Medicina interna, Anatomía patológica y Medicina legal); Dr. Mauro R. Fernández (Materia Médica, Terapéutica é Higiene); y el Dr. Vicente Lachner Sandoval (Anatomía y Fisiología).

Art. III.—El Cirujano Dentista don Emanuel A. Friis aceptó el cargo de delegado de la Directiva de la Facultad de Medicina á los exámenes de la Escuela Dental.

Art. IV.—Se recibió, con fecha veintitrés de noviembre en curso, una carta del Dr. don Benjamín D. Tamayo, en la cual le dice á este Centro que circulan anuncios en los que se ofrecen específicos del Dr. Frau para curar la lepra y la sífilis; y como se cita en ellos su consultorio, cree inevitable la explicación que sigue:

“Mis oficios se reducen en este caso á examinar al paciente, y una vez diagnosticada la enfermedad, proponerle si quiere adoptar el tratamiento que acostumbro en mi clínica ó el del Dr. Frau. Si se decide por este último le recomiendo que pida el específico al señor Ramón Bellart Vives, representante del Dr. citado en esta ciudad. Ahora bien, como repugna recetar una medicina que no se conoce, suplico á la Facultad que si lo tiene á bien, se sirva nombrar una comisión de profesores para que, con la autorización respectiva, hagamos los ensayos del caso en el Lazareto de esta ciudad. El señor Bellart ofrece darnos la medicina para este fin. Tratándose

de una enfermedad tan funesta como la lepra, no debe desairarse todo esfuerzo, aunque sea de ensayo, que se haga por dominarla."

La Junta acordó contestar la carta del Dr. Tamayo, así: que ya la Facultad había mirado con mucho disgusto que al amparo del nombre de uno de sus miembros se favoreciese á un desconocido en nuestra profesión, cuyo negocio consiste en especular con medicamentos secretos. Y una vez que el Dr. Tamayo en su carta explica la conducta que sigue con respecto á ese medicamento secreto; y conocido el aviso sobre el particular, publicado en "El Noticiero" número 1334 del miércoles 28 de los corrientes, manifiesta al Dr. Tamayo, con sentimiento, que considera incorrecto su proceder. En cuanto al nombramiento de una comisión, y demás, que se pide haga este Centro, la Facultad no se cree obligada á ensayar ó examinar medicinas cuyos componentes se le ocultan, ni debe hacerlo. Por otra parte, ¿A dónde iría á parar la Facultad si se pusiera á verificar el examen de todos los medicamentos ocultos preparados por comerciantes charlatanes y de cuyos anuncios están llenas las páginas de avisos de los periódicos? Es claro que eso no podrá ser tarea de este Cuerpo, como el Dr. Tamayo lo comprende, ni habría tiempo para darle fin.

Art. V.—A moción del Dr. don Mauro R. Fernández se acordó pasar oficio al señor Agente Principal de Policía, denunciando como *curandero* peligroso á Ramón Bellart Vives.

La sesión se levantó á las nueve de la noche.

[f.] CARLOS DURÁN,
Presidente

[f.] MAURO R. FERNÁNDEZ,
Srio. ad hoc

34ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada á las nueve y media de la noche del miércoles cinco de diciembre, de mil novecientos seis, con asistencia de los Doctores: Carlos Durán, Presidente; Jenaro Rucavado, Tesorero; Teodoro H. Prestinany, Fiscal; Roberto Fonseca Calvo, Vicente Lachner Sandoval y Mauro R. Fernández, Vocales.

Artículo I.—Por ausencia motivada del Secretario, Dr. don Francisco J. Rucavado, funcionó como Secretario ad hoc el Tercer Vocal, Dr. don Mauro R. Fernández.

Artículo II.—Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Artículo III.—De la Jefatura de Sanidad de la Comarca de Puntarenas se recibió el cuadro demostrativo de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas, durante el mes de noviembre último. Se acordó publicarlo.

Artículo IV.—El Fiscal presentó dos cartas que le habían sido dirigidas, la una de fecha cinco de los corrientes, suscrita por el Dr. don Benigno D. Tamayo, manifiesta que este comprofesor no ha querido recetar todavía los específicos del Dr. Frau, de los cuales se habló en el acta anterior, trigésima tercera. Que no habrá quién diga que él, el Dr. Tamayo, le ha indicado que haga uso de las medicinas del señor Frau, que al contrario, les ha dicho á algunos de sus pacientes, que han llegado á su consultorio atraídos por el anuncio de esos específicos, que no puede asegurarles nada de un producto cuya eficacia no conoce.

En cuanto al aviso publicado, y del cual se hizo mención en el acta anterior citada, el Dr. Tamayo mandó quitar su nombre. Se archivó la carta del Dr. Tamayo.

La otra comunicación es del señor Ramón Bellart, está fechada el cinco de los corrientes y dice en ella el mencionado Bellart que él no es *curandero*. Se archivó también esta última carta.

Artículo V.—A solicitud del Lic. don Luis Cruz Meza se ordenó á la Secretaría que extienda una certificación en la cual se de fé de que la señorita Concepción Cruz Meza, cumplidos los requisitos legales fue autorizada para que ejerza la Mecánica Dental en Costa Rica.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

(f.) ROBERTO FONSECA CALVO
1er. Vocal

MAURO R. FERNÁNDEZ
Srio. ad hoc

Jefatura de Sanidad de la comarca de Puntarenas.
1º de diciembre de 1906.

Señor Secretario de la Facultad de Medicina

San José

Tengo la honra de remitir á V. el cuadro demostrativo, tanto de las defunciones habidas en la ciudad, como del movimiento del Hospital de San Rafael, en el trascurso del mes de noviembre próximo pasado.

Soy de V. attº y s. s.,

AMANCIO SÁENZ

CUADRO DEMOSTRATIVO

de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas
durante el mes de noviembre de 1906.

Fecha	Nombres	Edad	Vecindario	Nacionalidad	Enfermedad
3	Pablo Ant. Hernández	2 a. 8 m.	Puntarenas	Costarricense	Ataque lombrices
6	Juana Muñoz	45 a.	—	—	Tuberculosis pulmonar
7	Innominado	n. m.	—	—	Nació muerto
9	Petronila G. v. de Paz	73 a.	—	Nicaragüense	Úlcera gástrica
9	Pacífica Ríos	72 a.	—	Costarricense	Reumatismo crónico
10	Celedonia Altamirano	11 m.	—	—	Ataque lombrices
14	Innominado	n. m.	—	—	Nació muerto
15	José Agustín Mosquera	76 a.	—	Peruano	Nefritis
15	José Ma. Coronado	51 a.	—	Costarricense	Reumatismo
16	Ernesto Rosales	7 a.	—	—	Malaria
<i>En el Hospital</i>					
8	Enrique B. Pérez	40 a.	Puntarenas	Mejicano	Disentería
11	Natalia Miranda	19 a.	Miramar	Costarricense	Laringitis tuberculosa
21	María de J. Alvarado	75 a.	Las Cañas	—	Acceso pernicioso
22	Alejo Santana	25 a.	Puntarenas	Nicaragüense	Inf. purta, de la vegiga

Movimiento de enfermos:

Existencia anterior	21
Entradas	43
Salidas	27
Existencia actual	33
Varones	26
Mujeres	7
Niños	00

DE NUESTROS CANJES

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 13 de junio de 1906

De la medicación sugestiva.—El Dr. *Mathieu*: Todos los médicos emplean la medicación sugestiva consciente ó inconscientemente, y yo me sirvo de ella todos los días y me presta muy buenos servicios, sobre todo en ciertos dispépticos nerviosos. En estos casos prescribo, á título de calmante, el vulgar diente de león, pero como *extracto de taraxacon dens leonis*, diciendo á los enfermos que se trata de un medicamento muy activo. De esta suerte obtengo curaciones admirables de sialorreas nerviosas. Recorro á las aplicaciones de *colodion coloreado con azul de metileno*, contra los dolores que los neurodispépticos sienten en el estómago. Un gramo de *agua clorofórmica* hace dormir los enfermos que padecen de insomnio. Este resultado es aún más frecuente con un gramo de *fosfato de sosa* que, en los dos tercios de los casos, obra también como el cloral y hasta he llegado á preguntarme si este medicamento no poseería una acción real soporífera. También empleo las inyecciones de *morfina B*, la cual no es otra cosa que una solución fisiológica de cloruro sódico. Esta misma solución, pero disfrazada con el nombre de *antifímica*, empleada también en pequeñas inyecciones subcutáneas repetidas cada dos días, me ha dado mejorías muy manifiestas en los tuberculosos, los cuales comían y dormían mejor, cesaban de enflaquecer, espectoraban, tosían y sudaban menos y hasta acusaban una cierta mejoría de los signos físicos de sus lesiones pulmonares, todo lo cual nada tiene de sorprendente, puesto que los tuberculosos, forzosamente algo descuidados en una sala de hospital, conciben algunas esperanzas desde que se ocupan en ellos.

Hablando de los resultados que me da la medicación sugestiva, no pretendo enseñaros nada nuevo. Mi comunicación más bien tiene un objeto patológico que terapéutico. El punto sobre el que deseo insistir particularmente es el de que la medicación sugestiva nos permite con frecuencia reconocer la naturaleza puramente nerviosa, psíquica, de una manifestación morbosa. He mencionado ya las sialorreas que, cuando son de origen psíquico, ceden á la medicación sugestiva. Desde este punto de vista voy á citar un ejemplo referente á una mujer á la vez tabética é histérica. Esta enferma sufría crisis gástricas de dos clases diferentes: las unas, de origen francamente tabético, acompañadas de disminución en la cantidad de orina, resistían á las inyecciones de *morfina B*; y las otras, de naturaleza histérica, acompañadas de poliuria, cedían á dichas inyecciones. Para terminar haré observar que los resultados de mi medicación sugestiva en los tuberculosos dan un criterio para apreciar el valor de los nuevos sueros y otros medios preconizados contra la tuberculosis. Para que puedan reconocerse como eficaces es necesario que estos tratamientos hagan más y mejor que lo que es posible obtener por la acción psíquica y fisiológica (según *Cheron*) de las pequeñas inyecciones de cloruro de sodio concurrentemente con la modificación favorable de la ambiente de los enfermos.

El Dr. *Barbier*: Para apreciar el efecto de un tratamiento en la tuberculosis, es preciso guiarse, sobre todo, por el aumento de las masas musculares, la reconstitución de la sangre y la disminución de los esputos y de los bacilos; tampoco debe olvidarse que la mejoría aparente de los signos físicos es con frecuencia el resultado de una simple disminución de los fenómenos congestivos de alrededor de las lesiones tuberculosas.

El Dr. *Le Gendre*: Como el Dr. *Mathieu*, estoy convencido de la importancia de la sugestión en terapéutica y en particular en las enfermedades crónicas. He curado parálisis histéricas con píldoras de azul de metileno. En la medicación sugestiva es necesario distinguir dos elementos: la sugestión común y el efecto psíquico particular de los nuevos medicamentos y tratamientos. El hombre es un animal que vive de la esperanza; hay enfermos que se sienten mejor cada vez que toman un nuevo medicamento ó que consultan á otro médico. Convendría que tuviéramos á nuestra disposición toda una maga de agentes de la medicación sugestiva.

(*Le Bull. Méd.*, núm. 48).—CODINA CRSTELLVÍ.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 30 de Mayo de 1906.

Tumores de la médula espinal operados con éxito.—El Dr. *H. Hoppenheim* refiere dos casos que demuestran cuánto han contribuído los progresos del diagnóstico local para favorecer los resultados de las intervenciones terapéuticas.

En el primer caso se trataba de una mujer de treinta y tres años, que se presentó en noviembre de 1905 quejándose de que, desde julio del 1904, padecía de dolores entre los hombros y la nuca; en octubre del mismo año se presentaron, además, dolores y sensación de debilidad en el miembro superior izquierdo. Había estrechez de la pupila izquierda, síntomas de parálisis en la extremidad mencionada, más marcada en el tríceps y en los músculos de la mano y de los dedos, y muy principalmente en los músculos pequeños de la mano. También la había en la porción costal del pectoral mayor. Ligera disminución de la excitabilidad eléctrica; moderada reacción de degeneración; parestecias y embotamiento de la sensibilidad en el brazo; el miembro inferior izquierdo arrastra algo al andar y presenta paresia espasmódica ligera, pero nada de atrofia ni de trastornos vasomotores. No hay nada de sífilis. En el lado derecho está muy disminuída la sensibilidad (dolorosa y térmica), hasta el nivel de la segunda costilla. El proceso morbozo revela la existencia de una neoplasia de origen meníngeo, á nivel de las opósis transversas de las vértebras cervicales sexta y séptima. En dicho punto había también sensibilidad á la presión y debilitación á la percusión.

Los rayos X no revelaron ninguna alteración en la columna vertebral. La paciente no consintió en la operación, pero habiendo empeorado mucho después, volvió en setiembre de 1905 con parálisis completa de las extremidades inferiores, más acentuadas en la izquierda, gran excitabilidad refleja, y además, fenómenos espasmódicos en el lado derecho. También estaban paralizados los esfínteres. Por lo tanto, la comprensión de la médula era completa, pero habían cesado los dolores, hecho que no es raro observar en este período de la enfermedad.

El 23 de setiembre fue operada la enferma por *Boschardt*, habiéndose encontrado el tumor en el sitio previsto. Al extirpalo se vió que era infradural, habiendo sido necesario, para extraerlo, quitar los arcos vertebrales sexto y séptimo. En dicho punto la médula espinal había sido aplastada por la compresión, hasta convertirse en una especie de cinta. El tumor, cuyo diámetro mayor siempre había sido vertical, resultó ser un fibrosarcoma. Al poco tiempo de la operación se inició la mejoría, empezando por el tríceps; la parálisis espasmódica se convirtió en flácida. A los cuatro días se empezaron á mover un poco las extremidades inferiores, sobre todo la derecha. Después se fue acentuando la mejoría hasta tal punto, que la parálisis de los esfínteres desapareció á primeros de octubre, y que la enferma pudo hacer algunos ensayos de progresión. También mejoró, aunque poco, la parálisis del miembro superior izquierdo; posteriormente se presentaron contracturas en flexión de la mano y de los dedos. La enferma anda ahora perfectamente bien, presentando tan sólo ligeros resíduos de la parálisis de *Brown Sequard*. El brazo derecho funciona normalmente pero en el miembro homónimo hay atrofia muscular.

El segundo caso se refiere á un inspector de contribuciones, de cuarenta y nueve años de edad, quien se presentó en la policlínica el 28 de julio de 1905. Enfermó en otoño de 1904, iniciándose el mal con parestesia en las extremidades inferiores, seguida más tarde de dolores en las mismas, en la espalda y en el vientre, y posteriormente de debilidad y rigidez en dichas extremidades, con debilidad vesical é impotencia. La exploración dio á conocer la existencia de debilidad en el miembro inferior derecho con rigidez muscular y exageración de los reflejos tendinosos. En ambos lados, ataxia motora y alteración de la sensibilidad, especialmente de la térmica, que está completamente abolida en el lado derecho hasta el nivel de la séptima costilla; en el izquierdo está menos acentuada. Con los movimientos se presentan dolores en la región dorsal media. También se descubre sensibilidad á la presión á nivel de la quinta vértebra dorsal.

El diagnóstico fluctuaba entre una neoplasia en el conducto vertebral ó una parálisis de los cordones laterales posteriores. Con estas dudas el autor ensayó el masaje y otros procedimientos que proporcionaron una mejoría muy pasajera, seguida de agravación en los síntomas motores y sensitivos. Entonces diagnosticó el autor

un tumor á nivel de la quinta vértebra dorsal y propuso el tratamiento quirúrgico, que fue ejecutado el 22 de marzo por Borchardt. El tumor se encontró en el sitio previsto, resultó ser un fibrosarcoma y su extirpación exigió resecar tres arcos vertebrales. La extirpación del tumor hubo que hacerla á trozos por que era muy deleznable. En los días siguientes se presentó una gran mejoría, después un corto período de agravación con aumento de temperatura é incontinencia de orina, pero desde el sexto día, la mejoría fue haciendo continuos progresos. Lo que más llama la atención, aun hoy en día, es cierto grado de ataxia, pero como sólo hace dos meses que ha sido operado el paciente, es de esperar que lleguen á desaparecer los últimos restos de parálisis.

El Dr. *Borchardt* dice que la operación expone á dos peligros: el de la hemorragia y el de la evacuación de líquido cefalorraquídeo. Para evitar una gran hemorragia, se ha propuesto la operación en dos tiempos, pero operando rápidamente y teniendo ayudantes que sepan hacer el taponamiento, la hemorragia es pequeña. Se evita la gran evacuación de líquido cefalorraquídeo, colocando al paciente en decúbita abdominal y con la pelvis elevada. Se ha propuesto la resección temporal de los arcos vertebrales, pero es preferible quitar éstos. El peligro de la infección secundaria es debido á que á causa de la hemorragia posible y de la salida de líquido cefalorraquídeo, hay que dejar abierta la herida, la cual se ensucia fácilmente con la evacuación involuntaria de orina y heces fecales. Contra este peligro no cabe otra defensa que un aseo extremado, y renovar el vendaje tan pronto como se humedezca, si es preciso cada dos horas. Para evitar la úlcera por decúbito, que en estos enfermos sobreviene con la más mínima presión, hay que mantener alejada toda causa nociva que pueda ocasionar semejante lesión. En estos enfermos, á pesar de la asepsia más rigurosa, puede suceder que el cateterismo uretral dé origen á una cistitis, pero ésta desaparece á las pocas horas.

El primer paciente fue operado el 28 de diciembre de 1905. Hecha una incisión vertical desde la cuarta vértebra cervical hasta la segunda dorsal, y disecada á ambos lados la capa muscular, se taladraron los arcos vertebrales, é introducidos por los orificios los extremos de una pinza cortante, se seccionaron y extrajeron dichos arcos. Dividida la dura madre, apareció á la vista el tumor, y se aisló y desprendió con instrumento romo. Sutura de los musculos con catgut y de la piel con seda.

En el segundo caso, la gran sensibilidad á la presión de la punta vértebra dorsal, indicaba dónde había que trazar la incisión. Después de dividida la dura madre fue cosa fácil extirpar el tumor, y la herida curó con tal rapidez, que pudo darse de alta á las seis semanas.

Posteriormente operó el autor otro caso. Se trataba de una señora muy obesa, en la que trazó una incisión de 25 centímetros de largo, extirpando después el tumor, que estaba un poco á la izquierda y á la altura de la sexta vértebra dorsal. A los dieciséis días estaba curada la herida.

La mortalidad de la operación se calcula en un 50 por 100.

El Dr. *Oppenheim* presenta fotografías de cinco tumores que él había diagnosticado y que han sido operados. Las probabilidades de éxito de la operación son favorables cuando no se aplaza mucho. Los tumores de la médula espinal son menos raros de lo que se cree, y á veces se interpretan como casos de mielitis crónica, etc.

El Dr. *Pick* presenta seis preparaciones de tumores de la médula espinal. La primera se refiere á un tumor procedente de la misma vértebra, que es la forma más frecuente. Este enfermo murió en abril y la autopsia confirmó el diagnóstico. El segundo tumor radicaba en el espacio epidural; se trataba quizá de un goma. Los tumores tercero y cuarto provienen de la dura madre, y se han desarrollado en el espacio subdural (fibro-endotelomas). El quinto caso es de gliosis, y el sexto de tumor melánico de la médula espinal, tumor que hay que calificar de primitivo porque no se encontró ningún otro en el resto del cuerpo. Esta particularidad se explica recordando que es la piel, el ojo y la médula espinal se desarrollan á expensas de la meninge blanda.

El Dr. *Fedor Krauss* dice haber operado, de 19 casos de tumor de la médula, 18; cinco sucumbieron como consecuencia de la operación, y uno algunas semanas más tarde de pulmonía. Perjudica mucho á estos enfermos, el hecho de permanecer

mucho tiempo echados sobre el corazón, por lo cual el autor cuida de que descansen principalmente sobre los hombros, para que el tórax quede lo más libre posible. Tampoco es partidario de la operación en dos tiempos ni de la resección temporal de los arcos vertebrales que reseca, incluso el del atlas, si es preciso, puesto que es injustificado el temor á intervenir quirúrgicamente en las vértebras cervicales superiores, mucho más si se tiene en cuenta que se trata de afecciones que abandonadas á sí mismas, es seguro que terminan en poco tiempo con la vida del enfermo.

El Dr. *Hort* refiere que en la Caridad falleció hace algún tiempo un individuo que había sufrido la extirpación de un tumor melánico del cerebro, viéndose en la autopsia que había más tumores en dicho órgano, y que en cambio no se encontraron en otros donde es frecuente hallarlos (ojo, piel, intestino); en cambio se encontró en una cápsula suprarrenal un tumor mayor, que sin duda era el primitivo, siendo digno de mención que en los tumores cerebrales descubrió el microscopio acumulaciones celulares que recordaban la estructura de la cápsula suprarrenal.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD ALEMANA DE CIRUGÍA

Reunión XXXV celebrada en Berlín del 4 al 7 de Abril de 1906.

Cirugía de la úlcera del estómago.—El Dr. *Rydygier* de Lemberg): Como no conocemos la causa remota de la úlcera gástrica, no hay tampoco ninguna operación que pueda evitar su recidiva. La resección no puede compararse con la gastroenterostomía, porque se ejecuta mucho menos, pero en principio no puede negarse que la operación que ofrece más probabilidades de curación es aquella que, como la resección, coloca al órgano en condiciones más normales. Verdad es que hay casos de úlcera múltiple, pero son los menos frecuentes, y aun en ellos cabe extirpar las úlceras que presenten peores condiciones. La resección coloca al estómago en mejores condiciones de evacuación que la gastroenterostomía; el contenido gástrico se mezcla con los jugos pancreáticos y biliar en el sitio normal; como consecuencia de la gastroenterostomía se observan no raras veces úlceras pépticas, y después de dicha operación puede suceder que úlceras con bordes callosos determinen la muerte por perforación y hemorragia, y en cambio la resección las hace desaparecer. Verdad es que después de la resección pueden sobrevenir hemorragia y perforación por úlceras que han pasado inadvertidas, pero con la gastrotomía se dejan intencionalmente dichas úlceras. Después de esta última operación es frecuente que queden adherencias que provocan estiramientos y fuertes dolores.

De 33 pacientes á los que practicó Clairmont la gastroenterostomía por úlcera gástrica, ocho sucumbieron desde luego. De los 25 restantes, nueve recobraron la salud, ocho no se curaron, seis murieron y de dos no se ha vuelto á saber de ellos en dos á cinco años.

En las estadísticas de la gastroenterostomía se ha borrado, sin razón, de la lista de éxitos funestos los casos que fallecieron más tarde de carcinoma, pues éste pudo haberse desarrollado sobre el fondo de la úlcera, y en esto precisamente lleva mucha ventaja la resección, única operación que puede prevenir tal eventualidad, cuya frecuencia varía según las estadísticas entre un 5 y un 6 por 100. Por lo mismo, es también la resección la operación indicada en el carcinoma incipiente. Ciertamente es que los defensores de la gastroenterostomía dicen que debe de hacer la resección cuando se sospeche un carcinoma; pero ¿cómo se diagnostica éste? Por otra parte, el peligro de la resección en los casos de úlcera no es tan grande como se ha afirmado, y no se puede comparar con el que implica en los casos de tumores malignos; además, con una técnica más perfecta son mejores aún los resultados de la resección. También tiene mucha importancia el tratamiento dietético consecutivo.

Aquí presento una mujer de cincuenta y cinco años, á la que le he practicado la resección del estómago, á causa de úlcera, hace veinticinco. La función motora del estómago es normal: la secretoría no tanto. La úlcera era muy extensa y penetraba hasta el páncreas. Esta enferma ha tenido varios hijos después de haber sido operada.

El Dr. *Kümmell* (de Hamburgo): La resección es una intervención incomparablemente más grave que la gastroenterostomía, y no siempre hace desaparecer la úlcera, sobre todo si ésta es múltiple. El peligro de que se desarrolle un carcinoma disminuye con la gastroenterostomía, porque ésta, al facilitar la evacuación del estómago, suprime la acción irritante que ejerce el contenido de la viscera. Importa mucho alimentar pronto á los operados. Hay casos en que, después de bien hecha la operación, sucumbe el paciente en un estado de nutrición muy deplorable. Por esta razón alimento muy bien á los operados desde un principio; además, para impedir que sobrevenga el vómito post operatorio empleo la anestesia con la escopolamina. Doy desde luego huevos y leche, y con estos he obtenido una restauración de fuerzas muy rápida hasta en pacientes que estaban muy dacaídos.

He practicado la gastroenterostomía por úlceras 60 veces, con nueve muertes á consecuencia de embolia y pulmonía. De cuatro pacientes á los que practiqué la resección por tener estómago bilobulado, perdí uno. Con los rayos X se establece con bastante seguridad el diagnóstico diferencial entre el cáncer, la úlcera y el estómago bilobulado. De 17 casos de perforación aguda salvé siete con la operación practicada en las primeras horas siguientes al accidente.

El Dr. *Kelling* (de Dresde): Desde 1899 hasta fin de 1904 he hecho 74 operaciones por úlcera crónica del estómago, con tres fallecimientos. Prefiero la gastroenterostomía posterior con enteroanastomosis. Tres cuartas partes de los casos se curaron de un modo definitivo. En seis casos sobrevino recidiva con hemorragia, pero sin terminación mortal. En seis casos continuaron las molestias por tratarse de sujetos neurasténicos. En un caso se desarrolló una úlcera péptica del duodeno, y en otros dos se formó más tarde un cáncer gástrico de cuya existencia no se había percibido el menor indicio durante la operación.

En el sexo masculino una de las causas más frecuentes de la úlcera es la arterio-esclerosis; en el femenino, el espasmo vasomotor en la época del desarrollo y en la de la menopausia. Las causas más frecuentes de que no se cure la úlcera son: su localización desfavorable en el píloro, las malas condiciones de su fondo, v. gr.; cuando lo forman el hígado ó el páncreas, la gastropstosis muy acentuada y ciertos factores de índole constitucional, tales como la anemia y la neurastenia. Es evidente que no está en nuestra mano evitar con seguridad las recidivas, pero es también indudable que el curso de éstas es mucho mejor en los enfermos á los que se les ha practicado la gastroenterostomía.

El Dr. *Kocher* (de Berna) Puedo dar noticia de los éxitos definitivos observados en 92 casos de gastrotomía operados por mí. Dos fallecieron de hemorragia secundaria por la úlcera, después de la operación; otro de hemorragia tardía, y otro de carcinoma. Los demás casos, ó sea el 95'6 por 100, se curaron. La gastroenterostomía es una operación sencilla y eficaz; la resección es mucho más difícil en los casos de úlcera que en los de cáncer, porque en los primeros está mucho más difundida la infiltración de la pared estomacal. Verdad es que después de la gastrotomía han enfermado de cáncer dos pacientes y que cuatro siguen quejándose de molestias, muy notables en unos é insignificantes en otros, porque la úlcera aún no está curada. El método operatorio más sencillo es el que da los mejores resultados; en este concepto, el que figura en primer término es la gastroenterostomía anticólica anterior, le sigue la gastroenterostomía retrocólica posterior (método v. Hacker), y en tercer lugar la gastroduodenostomía, con la que también se consigue buenos resultados. El método en cuestión no es tan bueno, porque con los procedimientos sencillos son menos de temer las complicaciones, y en especial la pulmonía y las adherencias.

El Dr. *Kausch* (de Schöneberg): En mi concepto, se han juzgado con demasiada severidad la gastrolisis y la piroloplastia de Krodlein. Con ambos procedimientos he logrado buenos resultados en casos en que estaban indicados, pero no deben más que en éstos. Fuera de ellos prefiero la gastroenterostomía anticólica de Kocher, que es el procedimiento que expone menos á la formación de una úlcera péptica.

El Dr. *Nortzel* (de Farnfort, sobre el Mein): Según las estadísticas de los casos de úlcera gástrica en que se procedió á la operación, se salvaron próximamente la mitad. También en Francfort se curaron siete y fallecieron seis. Yo practiqué esta operación en ocho casos; su técnico varía según las condiciones de cada uno.

En dos de los casos no había peritonitis; en los otros ya se había desarrollado. Esta peritonitis es más maligna que la secal. En estos casos se debe proceder siempre á la extirpación de la úlcera y al lavado de la cavidad abdominal. Importa mucho proceder pronto á alimentar bien al operado, pues de lo contrario sucumbe éste á la postración de fuerzas. Seis de los pacientes que se salvaron han podido ser examinados posteriormente; en todos ellos existía una sensación subjetiva de bien estar; en dos se encontró disminuída la acidez. También se hizo la excisión, siempre que fué posible, en los casos de úlcera no perforada, é igualmente la piroloplástica.

El Dr. *Körte* (de Berlín) da cuenta de 36 casos de perforación de la úlcera; dicha perforación se realizó 24 veces en la cavidad abdominal libre y 12 en el espacio subfrénico. El pronóstico de la operación depende de la prontitud con que se ejecute, á partir del momento de la perforación. En las primeras veinticuatro horas se obtiene buenos resultados; pasado dicho plazo, el pronóstico es malo. Conviene lavar muy bien la cavidad abdominal. El autor ha operado en 145 casos de úlcera; en 12 casos hizo la resección por sospecha de cáncer y úlcera cólica, con dos fallecimientos. La resección no conviene por el peligro de la hemorragia y porque la cisatriz puede ser punto de origen de un carcinoma. Además, tampoco preserva dicha operación del peligro de las recidivas, que el autor ha observado dos veces.

El Dr. *Katzenstein* (de Berlín): Al juzgar del valor de la gastroenterostomía en los casos de úlcera gástrica, no se ha tenido hasta ahora muy en cuenta la influencia que dicha operación ejerce en el quimismo estomacal, pues si bien es verdad que algunos autores, como *Krusch*, han hecho ensayos con la comida de prueba en sujetos á los que se les había practicado la gastroenterostomía, no nos han ilustrado acerca de este punto, porque no han seguido los procesos químicos más que hasta cierta época. Así que para dilucidar este punto, he establecido fistulas gástricas en unos cuantos perros y he estudiado en estos animales el quimismo gástrico antes y después de la gastroenterostomía. Después de hecha esta operación, sea por el método anterior ó por el posterior, y con botón ó sin él, el contenido del intestino delgado pasa de un modo regular al estómago y lo hace en períodos que se acomodan á determinadas fases de la digestión. La consecuencia de este paso de jugo intestinal alcalino al estómago lleno de contenido ácido, no es otra que una disminución ó desaparición de la acidez; pero este proceso se debe, según lo han demostrado experimentos realizados *ad hoc*, no sólo á un cambio químico, sino muy principalmente á fenómenos nerviosos de naturaleza refleja.

Como el fermento gástrico que digiere la albúmina no obra más que en disolución ácida, de aquí que la primera consecuencia de la gastroenterostomía sea la deficiente digestión de la albúmina, deficiencia que se supl e en parte con la tripsina del jugo pancreático. Además de esto he encontrado en el estómago, después de la gastroenterostomía, un nuevo proceso; á saber, una digestión muy manifiesta de las substancias grasas, digestión que reconoce por causas la propiedad emulgente de las grasas, de la bilis y el fermento que contiene el jugo pancreático. Según esto, después de la gastroenterostomía se conduce el estómago, respecto á la digestión de algunos alimentos, de un modo distinto á como se conduce el estómago normal, pues mientras para éste son de digestión difíciles los manjares grasos, el estómago gastroenterostomizado los digiere muy bien, tolerando hasta la misma mayonesa, que no puede tolerar un estómago normal. En cambio, los principios albuminoides puros que este último dirigiere fácilmente, lo hace con mucha dificultad el estómago que ha sufrido la gastroenterostomía.

En resumen: 1º.—La gastroenterostomía no determina la curación de la úlcera, como se venía creyendo, por el hecho de probocar una evacuación más rápida del estómago, puesto que yo he demostrado que los ingesta permanecen en el estómago gastroenterostomizado tanto tiempo como en el normal. La curación de la úlcera se debe más bien á ciertas modificaciones químicas y muy principalmente á la disminución ó desaparición de la hiperclorhidria antes existente. Según esto, la gastroenterostomía viene á ser un tratamiento causal en los casos de úlcera gástrica. 2º.—Como tratamiento consecutivo, aconsejo, en vista de estos hechos experimentales y de otros de carácter clínico, que se dé la preferencia á los alimentos grasos (desde el primer día nata, después manteca, tocino, etc.), para que dichas substancias grasas se combinen ó neutralicen con la bilis y el jugo pancreático existente en el estómago, disminuyéndose de este modo el vómito post operatorio. Además de esto, á

consecuencia del abundante desdoblamiento de las grasas que se realiza en el estómago, se asimilan rápidamente dichas substancias, y el enfermo se nutre también con mayor rapidez.

El Dr. *Lorenz* (de Viena) se declara partidario de la gastroenterostomía. La excisión de la úlcera no conviene más que en casos excepcionales, y no da resultado si no va seguida de la enterostomía. Al intentar la resección, es muy fácil que pase inadvertida alguna úlcera muy oculta. El orador da cuenta, en pocas palabras, de 90 gastroenterostomías practicadas en la clínica de Hochenegg; seis pacientes, cuyas fuerzas estaban muy quebrantadas, sucumbieron después de la operación, o tres fallecieron de complicaciones pulmonares.

El Dr. *Fiebig* (de Viena) refiere haber observado el efecto curativo de la gastroenterostomía en perros, á los que había hecho contraer una úlcera gástrica.—La curación se obtenía al muy poco tiempo de haber hecho la gastroenterostomía.

El Dr. *Lauenstein* (de Hamburgo) hace observar que la nueva aglutinación de adherencias no se puede evitar por medio de la asepsia; sólo deja de presentarse cuando después de cortadas adherencias queda una gran tensión. La multiplicidad de la úlcera puede tener gran significación cuando existe perforación. Así en la autopsia de una joven que ingresó en el hospital con síntomas de peritonitis por perforación, pero que no fue operada por estar con un colapso extremo, se encontraron dos úlceras perforadas, una en la pared anterior del estómago, y otra en la posterior. El autor aconseja, cuando no hay ningún neoplasma, limitarse á la sutura de la úlcera perforada, porque dicha intervención nunca es tan grave como la excisión de la úlcera.

El Dr. *Graser* (de Erlangen) refiere haber hecho 190 operaciones en el estómago en los últimos cinco años. Un paciente con úlcera péptica del yeyuno se murió á la media hora, en la clínica, por hemorragia. En estos últimos años ha renunciado al botón de Murphy en la gastroenterostomía. Los síntomas de la estrechez pilórica no son á veces tan ostensibles como suele decirse. Así en un caso en que se sospechaba dicha estrechez y en el que un clínico como Sahli no se atrevía á establecer un diagnóstico, después de seis semanas de observación, se vió al fin, en la operación practicada por el autor, que había una estrechez pilórica del calibre de un cañón de pluma.

La operación en *ípsilon*, de Roux, la ha practicado el autor diez y seis veces seguidas y con buen resultado, y aunque es algo complicada, puede terminarse en menos de una hora; pero es preciso, para garantir el éxito, seguir exactamente la técnica aconsejada por Roux. El autor ha renunciado á la piroloplastia, porque en tres casos exigió operaciones secundarias. La resección la ejecuta por el método de Kocher; en tres casos adoptó un método mixto de Kocher-Billroth. Como después de una gran excisión queda el estómago muy pequeño y es difuñ, por lo tanto, unirle á él el intestino, el autor, lo que hace en estos casos, es unir el estómago al yeyuno.

El Dr. *Clairmont* (de Viena) se muestra poco propicio á adoptar las ideas de Kronlein, en vista de lo que se ha observado en la clínica de Eiselberg. De 91 casos de gastroenterostomía sólo en un 50 por 100 se logró la curación. En un 35 por 100 no se obtuvo ningún resultado. Para el éxito de la gastroenterostomía es de importancia decisiva el sitio de la úlcera; si ésta radica cerca del píloro, el resultado es favorable; si radica más arriba, ya no lo es, y habrá entonces que apelar á otros métodos, á una combinación con otras intervenciones, tales como la exclusión del píloro y la yeyunostomía á las doce semanas. En los casos de hemorragias graves está indicada la resección.

El Dr. *Barth* (de Dauzig) dice haber operado en cinco casos de úlcera del duodeno; con la gastroenterostomía se consigue la curación. El diagnóstico diferencial con la úlcera del estómago es difícilísimo; el pronóstico de la úlcera no operada es absolutamente desfavorable.

El Dr. *De Hacker* (de Graz) y en su nombre un ayudante, dice que en 50 casos de úlcera se empleó casi siempre la gastroenterostomía, con una mortalidad de un 17 por 100. En los casos de úlcera de la pared abdominal está indicada la excisión. La gastroenterostomía siempre fué la retrocólica posterior.

Operaciones plásticas en el sistema biliar.—El Dr. *De Stubenrauch* (de Munich) refiere el caso de un hombre de cuarenta y seis años

que, habiendo caído enfermo en el año 1904 con calofríos, dolores y vómitos, presentó después ictericia. Más tarde fueron desapareciendo poco á poco todos los síntomas, pero el 27 de abril de 1905 se presentaron de nuevo dolores muy violentos, y el 1º de mayo fue operado el paciente, encontrándose que había una estrechez del conducto colédoco, producida por una pancreatitis. El 27 de junio se practicó una operación autoplástica para cubrir la fistura.

Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago.—El Dr. *Braun* (de Gotinga) impugna la resección á causa de la frecuente multiplicidad de la úlcera gástrica. Así sucedió que un paciente falleció de hemorragia por una ulcerita que había quedado después de practicada la resección. Los bordes callosos de la úlcera tampoco indican esta operación, puesto que desaparecen después de la gastroenterostomía; las mismas adherencias tampoco son de gran importancia.

El Dr. *De Wrieden* (de San Petersburgo) hace algunas observaciones respecto á la técnica de la gastroenterostomía. Es muy común que los pacientes lleguen á la operación en un estado muy deplorable. En este caso les inyecta 15 miligramos de morfina y practica después la gastroenterostomía bajo la acción de la cocaína y empleando el botón de Murphy. La operación resulta así muy fácil, y el autor la ha hecho con éxito veintiocho veces.

El Dr. *Heidenhain* (de Worms) llama la atención acerca de la combinación frecuente de la úlcera gástrica con el catarro de vértice; dicha combinación indica la intervención quirúrgica. Después de la gastroenterostomía ha visto sobrenir recidiva en algunos casos. El hecho de que el operado quede sin ninguna molestia no es prueba segura de que se ha curado la úlcera; sta puede subsistir, aunque latente, y por lo tanto, conviene seguir examinando las heces fecales por si aun contienen algo de sangre. Sólo cuando no se encuentra ésta después de estar sometido el paciente á un régimen alimenticio exento de carne y al mismo tiempo de materias no blandas, es cuando se puede deducir con seguridad que está curada la úlcera.

El Dr. *Kader* (de Cracovia) aconseja que después de la gastroenterostomía se introduzca un tubo blando de desagüe por la nariz, de modo que llegue hasta el intestino. Este tubo se dejará colocado durante cierto tiempo. También recomienda la anestesia espinal con tropococaína.

El Dr. *Brodnitz* (de Francfort, sobre el Mein) hace observar que á pesar de la yejunostomía, es muy abundante la secreción de ácido clorhídrico en el estómago, y que por lo tanto, dicha operación no preserva á la úlcera. La gastroenterostomía anterior protege contra el desarrollo de una úlcera péptica.

El Dr. *Seefisch* (de Berlín) dice que con la gastrolisis rara vez se logra el objeto propuesto, sobre todo en los casos de adherencias en superficie, pero tampoco suele servir cuando las adherencias son en forma de brida. En uno de estos casos sobrevino recidiva, y también la ha observado á menudo después de la piloroplastia. En la gastroenterostomía emplea la sutura; si se quiere usar el botón de Murphy hay que adoptar la gastroenterostomía retrocólica; de este modo no cae el botón en el estómago.

El Dr. *Kuhn* (de Cassel) insiste en que en la gastroenterostomía tiene mucha importancia la magnitud de la incisión hecha en el estómago. No debe hacerse una abertura muy grande, porque en el acto de la operación se encuentra el órgano en contracción. Las consecuencias de incisiones demasiado grandes son las operaciones secundarias; basta con una abertura muy pequeña en el estómago. Después de la gastroenterostomía anticólica nunca ha visto un círculo vicioso.

Tumor piloso del estómago.—El Dr. *De Bramann* (de Halle) presenta una preparación procedente de una niña de diez años, la cual había recibido hacía un año una contusión en la región epigástrica que estaba muy dolorosa. Aumentando la sensación de compresión tuvo que guardar cama; no había habido vómito ni ninguna perturbación funcional del estómago. Poco á poco se fue desarrollando un tumor del tamaño de un puño á dos dedos por encima del estómago. El tumor era poco dislocable, y el sonido de percusión por encima de él se percibía obscuro; el apetito y la digestión se conservaban bien. Al inflar el estómago desaparecía el tumor y lo mismo al inflar el intestino. El autor no acertaba á descifrar la naturaleza de la neoplasia. Se hizo la laparotomía, y se vió entonces que la pared an-

terior del vientre estaba adherida al colon, al estómago y al hígado. Una vez desprendidas las adherencias de la pared anterior se incendió el estómago y se vió que el tumor contenido dentro de éste, y que representaba un molde completo del mismo, era un *tumor piloso* que enviaba una prolongación estrecha hacia el píloro y el duodeno. Llama la atención que la enferma no sintiera en el estómago otras molestias que una ligera presión al estar en pie y que no hubiese salido ningún pelo con las deposiciones. El tumor es negro, aunque la enfermedad es rubia, pero esto se explica porque había tomado muchos ferruginosos á causa de su supesta anemia. La curación se efectuó sin ningún incidente.

Cuerpo extraño en el abdomen.—El Dr. *De Bramann* (de Halle) presenta una aguja de siete centímetros de largo que se había tragado una muchacha seis meses antes de haberse presentado al orador. Al hacerle la operación se vió que la aguja estaba alojada en una infiltración de la fosa ilíaca derecha; había salido del yeyuno por el pliegue yeyunal, y con su extremo puntiagudo penetraba todavía en dicha porción del intestino. Después de extraída se cerraron los orificios por medio de sutura. Al lado derecho del duodeno existía una cicatriz callosa. Era evidente que la aguja había pasado por el estómago, que después había perforado la rama descendente del duodeno, y que, por último, había llegado hasta el yeyuno.—Existía un hematoma retroperitoneal.—(*Deutsche Medizinische Zeitung.*) R. DEL VALLE.

Proyecto de ley estableciendo la profilaxis y tratamiento de la lepra

CAPÍTULO I

De la secuestación, aislamiento y denuncia de los enfermos

Art. 1º—El tratamiento de los enfermos de lepra, en un asilo especial ó en el domicilio, es obligatorio en las siguientes condiciones:

1º—Las personas pudientes serán aisladas en su domicilio, siempre que den su palabra de honor, de no salir jamás de la casa: no dormir en cama con otra persona, que nadie usará nunca objetos de su uso personal, ropas, útiles de comedor, de aseo, libros, etc.

El aislamiento se hará en un dormitorio ó departamento separado de las demás habitaciones, al que sólo tendrán acceso las personas que expresamente debieran comunicarse con el paciente ó sea deudos, médico, enfermeros, etc.

2º—Las personas indigentes serán *secuestradas* en asilos especiales.

Art. 2º—Los niños nacidos de padres leprosos indigentes, estarán bajo la vigilancia del Ministerio de Menores, el que ordenará su aislamiento en establecimientos especiales, por un término prudencial de observación, antes de darles otro destino.

Art. 3º—Los niños atacados de lepra que estén autorizados á vivir en aislamiento en sus domicilios, no serán admitidos en las escuelas públicas ni privadas, y los padres ó tutores que burlasen conscientemente la vigilancia del director del establecimiento, serán castigados con las penas establecidas en la presente ley, pudiendo los niños ser secuestrados de oficio.

Art. 4º—Todo sujeto pudiente atacado de lepra, que por sus actos y su manera de vivir autorice á suponer que propende á la difusión de su enfermedad, ó á su trasmisión á determinada persona, podrá ser secuestrado de oficio, y si fuese necerario su colocación en la leprosería, se hará en la sección destinada á alojados en calidad de detenidos.

Art. 5º—Toda persona abonada podrá solicitar de quien corresponda,

el aislamiento de oficio de un leproso que por sus actos, ó por cualquier otra causa, sea un peligro para la salud de los demás.

La denuncia á la autoridad correspondiente de la existencia de enfermos de lepra, ó de la omisión de las medidas de profilaxia y de desinfección á que deben ser sometidos éstos y las personas que los rodean, así como de la infracción de las prescripciones á que están sometidos los enfermos aislados en sus domicilios, es obligatoria para todos.

Art. 6º.—El Presidente del Departamento Nacional de Higiene en la capital, y los médicos de la Gobernación en los Territorios Nacionales, quedan autorizados para solicitar del Jefe de Policía, los medios para proceder á la secuestración de leprosos cuando ello fuere necesario.

Art. 7º.—Todo caso ó defunción de lepra, como también todo caso que de motivos para sospechar que se trata de dicha enfermedad, será denunciado sin pérdida de tiempo, verbalmente ó por escrito al Presidente del Departamento Nacional de Higiene en la capital, y al médico de la Gobernación en los Territorios Nacionales.

Art. 8º.—Tiene obligación de hacer la denuncia:

1º—El médico que asiste al paciente, ó que haya reconocido el cadáver.

2º—El jefe de la familia.

3º—Cualquier persona á cargo del enfermo.

4º—La persona en cuya casa ó habitación se ha producido el caso ó la defunción de lepra.

5º—Cuando el caso ó defunción se haya producido en hospitales, sanatorios, pensiones y otros establecimientos similares, le corresponderá al Director hacer la denuncia.

6º—En los navios y embarcaciones menores es el patrón ó su representante el encargado de hacer la denuncia.

7º—Los dueños de hoteles y demás establecimientos de hospedaje que recibieran un leproso, están obligados á hacer la misma denuncia dentro las 24 horas después de la admisión del huésped.

8º—Los directores y maestros de escuela que sospechasen un caso de lepra entre los alumnos, darán aviso de su sospecha inmediatamente.

Art. 9º.—Las personas que tuvieren á su cuidado un enfermo de lepra, están obligados á dar cuenta cuando cambiasen de alojamiento, indicando cual es su nuevo domicilio.

Art. 10.—Recibida la denuncia de un caso de lepra, el Departamento Nacional de Higiene, procederá á su comprobación y una vez hecho ésta, ordenará lo que corresponda, de acuerdo con lo establecido en los artículos 1º y 2º de la presente ley.

Art. 11.—El Departamento Nacional, de Higiene determinará la forma en que debe hacerse la comprobación de los casos denunciados.

Art. 12.—Los Jefes de Registro Civil darán aviso al Departamento de Higiene de todo certificado de defunción ocasionado por lepra, expedido por los médicos, á fin de comprobar si éstos y los particulares han dado cumplimiento á la obligación de denunciar el caso.

En dicho aviso se consignará el nombre del médico que dió el certificado y el domicilio en que se produjo la defunción.

CAPÍTULO II

Leproserías

Art. 13.—El P. E. procederá á la creación de un asilo en la Capital Federal, que será destinado exclusivamente al tratamiento de los enfermos de

lepra. El Departamento Nacional de Higiene determinará el sitio y condiciones en que debe ser construído.

Art. 14.—Hasta tanto no se disponga de otras leproserías, el asilo de la Capital Federal, recibirá los leprosos de los Territorios Nacionales.

Art. 15.—Para el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior, los médicos de las Gobernaciones, comunicarán al Departamento Nacional de Higiene las denuncias que reciban, previo reconocimiento del enfermo.

Art. 16.—Cuando el leproso se encuentre en las condiciones establecidas en el inciso 2º del art. 1º de esta ley, el Departamento ordenará su translación al asilo de la Capital, debiendo determinar en cada caso, las medidas de profilaxia que deberán tomarse.

Los gastos de translación y de desinfección que ocasione el viaje del enfermo, se harán por cuenta de la Nación.

Art. 17.—En el asilo leprosería existirán dos secciones perfectamente separadas, destinadas á enfermos varones y mujeres respectivamente.

Habrà también un pabellón de pensionistas y otro para leprosos remitidos por las autoridades en calidad de detenidos.

El pago de una pensión será facultativo del enfermo.

Art. 18.—La leprosería será administrada por un médico director, nombrado por el Departamento Nacional de Higiene.

CAPÍTULO III

Del funcionamiento de la leprosería

Art. 19.—El director de la leprosería, para dar entrada en esta á un enfermo, exigirá la orden correspondiente del Departamento Nacional de Higiene.

En el caso de que el enfermo se presente voluntariamente, lo admitirá sin más requisito, debiendo dar cuenta inmediatamente al Departamento, quien procederá á la comprobación del diagnóstico.

Art. 20.—El médico director de la leprosería no podrá en ningún caso administrativamente acordar la salida de un enfermo de la leprosería.

En el caso de que el enfermo solicite su salida por encontrarse en las condiciones establecidas en el inciso 1º del art. 1º de esta ley, dará cuenta al Departamento, el que acordará el permiso, previas las averiguaciones necesarias.

Art. 21.—La salida de un enfermo colocado en la leprosería en calidad de pensionista, podrá ser solicitada del Departamento de Higiene por la persona que gestionó el aislamiento y cuando aquél fuese mayor de edad será acordada previo su consentimiento.

Art. 22.—La evasión, alta ó defunción de una persona colocada en la leprosería se comunicará en el mismo día á quien hubiese gestionado su secuestración, así como al Departamento de Higiene.

Art. 23.—Técnicamente y administrativamente la leprosería dependerá del Departamento de Higiene.

Art. 24.—Los miembros del Poder Judicial y el Defensor de Pobres y Menores podrán visitar oficialmente la leprosería á objeto de comprobar el cumplimiento de las leyes que con sus ministerios se relacionen.

Art. 25.—El Departamento de Higiene dictará el reglamento interno del asilo y fijará las condiciones en que deben hacerse las comunicaciones directas é indirectas con el exterior.

CAPÍTULO IV

Art. 26.—Los facultativos que faltaren á lo dispuesto en el art. 8º de

la presente ley serán castigados con multa de 100 pesos moneda nacional por la primera vez; en caso de reincidencia con 200 pesos moneda nacional.

Art. 27.—Los directores y empleados de la leprosería que contravengan las disposiciones de esta ley, serán apercibidos por el Departamento de Higiene, el que podrá pedir su destitución del P. E. previos los esclarecimientos del caso.

Art. 82.—El propietario ó encargado que alquile una casa ó habitación en la que huviere vivido ó fallecido un leproso sin haberse munido previamente de un certificado de desinfección otorgado por la autoridad competente, será castigado con multa de 100 á 200 pesos moneda nacional sin perjuicio de ser conminado á cumplir las disposiciones contenidas en esta ley.

Art. 29.—El dueño ó encargado de una casa de venta, ó el director de un establecimiento público que consintiese la permanencia en él, de un empleado enfermo de lepra, será castigado con multa de 100 á 200 pesos moneda nacional; en caso de reincidencia el Departamento de Higiene ordenará la clausura de la casa, ó solicitará la destitución del empleado público que hubiere cometido la infracción.

Art. 30.—Aquel que pública ó privadamente enajene muebles, ropas ú otros enseres que hubieren pertenecido á un leproso, sin estar provisto de un certificado de desinfección otorgado por el Departamento nacional de Higiene, será castigado con multa de 50 á 200 pesos moneda nacional y pérdida de los objetos contaminados.

Art. 31.—Las penas pecuniarias se harán efectivas por el Departamento de Higiene y su producto ingresará á la caja del servicio de leprosos, el que podrá ser invertido únicamente por intermedio del Departamento en beneficio de la leprosería ó en las operaciones que con este servicio se relacionen.

CAPÍTULO V

Disposiciones reglamentarias

Art. 32.—Todo médico que asista á leprosos en el aislamiento, instruirá á las personas encargadas del cuidado inmediato de los enfermos y á las familias de éstos, sobre las medidas de profilaxia que deben tomar.

Art. 33.—La habitación, ropas y demás efectos de los leprosos, serán objeto de medidas de desinfección que serán establecidas por el Departamento de Higiene.

Art. 34.—Toda vez que el Departamento tenga dudas respecto al modo como se cumplen sus disposiciones relativas al aislamiento y profilaxia en una casa que se asista un leproso, podrá proceder á una inspección y desinfección general de toda la casa, todas las veces que juzgue conveniente, debiendo el jefe de la familia abonar cada vez el importe de la desinfección.

Art. 35.—La desinfección oficial de las habitaciones en que hubiese vivido ó fallecido un leproso, es obligatoria dentro de las 24 horas después de haber sido desalojadas, y cuando ella no fuere solicitada, el Departamento procederá á llevarla á cabo, debiendo en este caso resarcirse de los gastos que la operación ocasione. Este servicio será gratuito para los pobres.

Art. 36.—Los objetos deteriorables por los agentes de desinfección que hubiere pertenecido á un leproso, serán destruidos por el fuego, debiéndose en tal caso abonar su importe previa tasación.

Art. 37.—El Departamento adoptará las disposiciones reglamentarias de la presente ley.

S. ALVAREZ

(Anales del Departamento Nacional de Higiene.)

Médicos y Cirujanos y Obstétricas domiciliados en Costa Rica

A	Juan Arrea y Cosp	San José	O	Manuel Obregón F.....	Limón																							
	Francisco Arana.....	Alajuela		Eduardo J. Pinto	San José																							
	Federico Carlos Alvarado ..	San José		José M ^a Peralta	Cartago																							
B	Mauro Aguilar	Limón	P	Maximiliano Peralta	—																							
	Martín Bonnefil	San Mateo		Gregorio Peña H.....	Liberia																							
	Joaquín Berrocal	Alajuela		Teodoro Picado.....	San José																							
	John W. Begg	San José		Teodoro H. Prestinary	—																							
	José Crisanto Badilla	Heredia		Carlos Pupo	Escasú																							
	Santiago Baudrit	Barba		Henry H. Pirie	Cartago																							
	Julio Borbón	Cañas		Yadwisia de Picado.....	San José																							
	Joaquín Bernardo Badilla...	Heredia		Alejandro Pirie.....	Cartago																							
	José María Barrionuevo...	San José		R	Jenaro Rucavado	San José																						
	Narciso Barberena	Puriscal			Francisco J. Rucavado	—																						
C	Enrique Carranza .. Adán Cárdenas..... Tomás M. Calnek .. Rafael Calderón Muñoz .. Manuel de las Cuevas..... José M ^a Castro F..... Moisés Castro F..... Benjamín de Céspedes .. Roberto Cortés .. Adolfo Carit .. Mannuel Cabezas..... Francisco Cordero.....	Juan Viñas	S		Elias Rojas	—																						
		Puntarenas			Marcos M. Rodríguez.....	Heredia																						
		San José			Samuel F. Ruiz.....	Puntarenas																						
		—		Mariano Rodríguez	La Unión																							
		Santa Bárbara		Amancio Sáenz	Puntarenas																							
		Cartago		Andrés Sáenz (Decano)	San José																							
		—		Carlos de J. Silva	—																							
		Limón		José M ^a Soto A	—																							
		Alajuela		Septimus Steggall	Limón																							
		San José		F. A. Segreda S.....	—																							
		Alajuela		Jorge Sáenz	San José																							
		San José		Juan I. Toledo L.....	San José																							
D	Miguel Dobles.....	S. Isidro Heredia	T	Nazario Toledo	—																							
	Carlos Durán.....	San José		Benigno D. Tamayo.....	Santo Domingo																							
E	Emilio Echeverría	Limón	U	Polcarpo Trejos.....	Heredia																							
				Juan A. Escoto.....	Aserrí	Eduardo J. Trejos.....	Santa Cruz																					
F	Francisco E. Fonseca	San José	V	Eduardo Uribe R.....	San José																							
				Roberto Fonseca Calvo.....	—	Pánfilo J. Valverde	San José																					
				Mauro R. Fernández.....	—	Fernando Vásquez	San Ramón																					
				Manuel Flores.....	Heredia	Miguel A. Velásquez.....	Limón																					
				Sergio Fallas B.....	Naranjo	Carlos Volio	Cartago																					
				Mariano Figueres Forgas	San Ramón	Marcos Zúñiga	San José																					
				Manuel M. González B.....	Puntarenas	Federico Zumbado.....	—																					
G	Antonio Giustiniani	San José	Santiago Zamora.....	Heredia																								
	Ramón Gallegos	Orosi																										
	Alejandro García.....	Cartago																										
H	Benjamín Hernández.....	San José	Obstétricas autorizadas																									
I	David G. Inksetter	San José	Lastenia Cruz Calvo.....	Alajuela																								
			William Inksetter G.....	Alajuela	Francisca Durán v. de Arias.....	Curridabat																						
J	Luis Paulino Jiménez Ortiz.	San José	Elena Echeverría v. de Revelo ..	San José																								
			Ricardo Luis Jiménez N.....	—	Julia Orozco v. de Herrera.....	—																						
L	José López Cantillo.....	San José	Adelaida Paniagua v. de Castro..	—																								
			José López Godínez.....	—	Amelia Padovani	—																						
			V. Lachner Sandoval	San José	Cristina Salazar	Barba																						
			Jorge Lara	—	Adelaida Soldrano	San José																						
			M	Inocente Moreira h.....	Santa Cruz	María Luisa C. de Solano.....	Alajuela																					
						Gerardo Mora	Palmares	María Mora U.....	San José																			
						E. Montiel.....	Esparta	Elisa Madrigal.....	—																			
						N	Bernardo Nobo, J.....	Liberia	Elvira Madrigal.....	—																		
									Daniel Núñez.....	San José	Estela Molina de Bertoline.....	San Isidro																
									O	Manuel Obregón F.....	Limón	Julia Lizano v. de Sánchez.....	Puntarenas															
P	Eduardo J. Pinto	San José										América Villalobos	Mata Redonda															
												Q	José M ^a Peralta	—	Clara B. de Araya.....	Puntarenas												
															R	Gregorio Peña H.....	Liberia	Ernestina N. v. de Chaves.....	Cartago									
																		S	Teodoro Picado.....	San José	Emilia Calvo.....	La Unión						
			T	Teodoro H. Prestinary	—																María Rivas de González	San José						
																					U	Carlos Pupo	Escasú	Josefina Cordero	—			
																								V	Henry H. Pirie	Cartago	Lola Saborío de Lombardo.	Alajuela
						W	Yadwisia de Picado.....	San José																			Isabel Calderón	San José
																											X	Alejandro Pirie.....
									Y	Jenaro Rucavado	San José																	
Z	Francisco J. Rucavado	—																										

Facultad Médica de la República de Costa Rica.—San José, diciembre de 1906.

BIBLIOGRAFÍA

Las Novedades Quirúrgicas para 1906: nuevos aparatos de laboratorios, métodos nuevos de investigación, aplicados á la ciencia y á la industria, por Camille Poulenc, Doctor en Ciencias.—Excelente y práctico libro en su género, editado por el Etablissements Poulenc Frères, 92, rue Vieille—du—Temple et boul. Sain Germain, 122, París.

ACABA DE SALIR A LUZ: *Vocabulario de Medicina Doméstica ó Terapéutica Popular al Alcance de todos*. Obra esencialmente práctica, compuesta para los países sudamericanos y eu especial para el Ecuador, por el Doctor José María Troya, profesor propietario por oposición, de las asignaturas de Botánica y Física Médica en la Universidad Central del Ecuador, ex-Director y ex-Decano de la antigua Facultad de Medicina de Quito.

Segunda edición, corregida y profusamente aumentada, y adornada con el retrato del autor. En 8º (XIV y 726 págs.) Encuad. en tela. Fr. 7,50.

Casa editorial de B. HERDER, FRIBURGO DE BRISCOVIA (Alemania).

TABLETAS DE ANTIKAMNIA

Indicaciones

Eficaz ten euralgía, mialgía, ciática, reumatismo agudo, hemicránea y en todas las fiebres; también en dolores de cabeza y otros males nerviosos, debidos á irregularidades de la menstruación. Tomada en Asma, Resfriados, Influenza, ó enfermedades análogas, asegure los resultados apetecidos.

En una palabra, la Tableta de Antikamnia es un remedio seguro y sin peligro para todos los males que pueden ser dominados por medio de medicina tomada interiormente y difundida en la sangre. Dosis; una ó dos tabletas dos ó tres horas, seguidas de un trago de agua ó vino.

"CULTURA"

Revista de ciencias, artes y letras. Publicación quincenal de la Sociedad Librera de Costa Rica, Font y Compañía. Precio de suscripción, ₡ 1-00 el trimestre..