

Archivos del Hospital Rosales

DIRECTOR Y REDACTOR,

DOCTOR GUILLERMO TRIGUEROS.

AÑO X

San Salvador: Octubre, Noviembre y Diciembre. 1916 NOS 113, 114. Y 115.

MEMORIA DEL HOSPITAL ROSALES QUE SE PRESENTARA EL 16. DE ENERO DE 1917

SEÑOR MINISTRO:

Transcurrido el año de 1916, tengo la honra de elevar a esa superioridad, la Memoria de los trabajos efectuados en el Hospital Rosales, durante ese lapso de tiempo, dando así cumplimiento a lo dispuesto en la Ley reglamentaria.

Describiré a continuación, de una manera general, los actos principales, y en los respectivos anexos se encontrarán consignados todos los detalles.

SERVICIO CLÍNICO

Este servicio, durante el año de que doy cuenta, no ha sufrido ninguna modificación, existiendo actualmente las mismas seis clínicas de cirugía, cuatro de medicina y tres mixtas.

En el personal de este servicio no ha habido cambios permanentes, sino transitorios por permisos de po-

co tiempo que han solicitado los facultativos propietarios.

En el Anexo No. 1 aparece la nómina de los Jefes de Clínica, lo mismo que la división de dichos servicios.

CUADRO GENERAL DEL MOVIMIENTO DE ENFERMOS

El total de asistidos durante el año de 1916, ascendió a 5,626, según lo demuestra el cuadro que sigue:

	<i>Hombres</i>			Niños	Totales
	Paisanos	Militares	Mujeres		
Existencia anterior.	304	19	222	65	610
Entraron.	2,424	345	1,918	329	5,016
Total de asistidos.	2,728	364	2,140	394	5,626

Salieron:

Curados.	1,333	210	1,090	189	2,822
Mejorados.	730	107	541	82	1,460
Lo mismo.	134	17	91	...	242
Muertos.	259	11	227	49	546
Total de salidos.	2,456	345	1,949	320	5,070
Existencia para 1917	272	19	191	74	556

Las defunciones del año ascendieron a 546, dando una mortalidad de 9.7%, menor que la del año pasado, que fue de 10.06.

LABORATORIO QUÍMICO BACTERIOLÓGICO

Los exámenes verificados en este Laboratorio fueron los siguientes:

Exámenes bacteriológicos de esputos	902
" " y citológico de líquidos	
céfalo-raquídeos	42
Exámenes bacteriológicos de pus	223
" " de materias fecales.	45
" " de líquidos prostáticos	5
" " de productos patológicos.	40
" parasitológicos de materias fecales	600
" parasitológico y fórmula leucositoria de	
sangre	1,620
Exámenes parasitológicos de escamas.	20
Investigación del treponema de Schaudin.	50
Hemoculturas	10
Análisis de orina.	626
" " jugo gástrico	10
Suma.	4,193

INSTITUTO DE VACUNA

En el Instituto de Vacuna Animal se vacunaron durante el año 38 terneras y se han cosechado 19,460 tubos de fluido vacuno.

En el Instituto Antirrábico han recibido el tratamiento preventivo nueve personas mordidas por perros rabiosos.

GABINETE DE ELECTROTERAPIA Y RADIOLOGÍA

El total de enfermos tratados durante el año ascendió a 621, perteneciendo 396 a los asilados en el Hospital y 225 que concurrieron de fuera.

El número de aplicaciones a que dichos enfermos fueron sometidos, según las indicaciones médicas, ascendió a 4,752, conforme el resumen siguiente:

Corrientes farrádicas.	743
" de alta frecuencia	614
" franklínicas.	238
" galvánicas	460

Baños hidroeléctricos	1,002
Baños de luz y calor	14
Radioterapias	633
Radioscopías	53
Sismoteropías	460
Termoterapias	15
Gimnasia	20
Mecanoterapias	362
Yonizaciones	81
Electrolisis	30
Lávados rectales eléctricos	4
Electrodiagnósticos	5
Galvanocauterizaciones	1
Fotografías	17

Total. 4,752

Al total anterior hay que agregar 179 radiografías, de las cuales una tercera parte o sean 59 fueron tomadas dobles, es decir, dos en distinta posición, en el mismo cliché. Así, pues, el total general es de 4,931.

En el Anexo No. 3 se encontrarán detalladas las aplicaciones conforme a las enfermedades, lo mismo que los demás pormenores.

LAZARETO

En esta dependencia del Hospital se asistieron 134 enfermos durante el año, cuyo resumen general es el siguiente:

Entradas

Existencia del año anterior	5
Ingresaron en el año	129
Total.	134

Salidas

Curados	105
Lo mismo	6
Mejorados	4
Fallecieron	12
Pasan a enero de 1917	7
Total.	137

El Lazareto ha prestado sus servicios todo el año sin interrupción y queda abierto para el año entrante con una existencia de siete enfermos.

En el Anexo No. 4 se hace constar el diagnóstico y los demás detalles.

FARMACIA

Además de las recetas del servicio diario de todas las salas del Hospital, se despacharon gratuitamente 2,508, procedentes de la Oficina de Consultas Externas, cuyo detalle es el siguiente:

Enero	195	recetas
Febrero	200	„
Marzo	180	„
Abril	175	„
Mayo	280	„
Junio	230	„
Julio	160	„
Agosto	175	„
Septiembre	180	„
Octubre	230	„
Noviembre	245	„
Diciembre	258	„
Total	2,508	„

DONATIVOS

El único donativo que hubo en el año, lo hizo el señor don Félix Olivella, consistente en la suma de ciento veinte pesos (\$ 120.00).

GABINETE DE ESTERILIZACION Y ARSENAL QUIRURGICO.

El Gabinete de Esterilización, además de atender a todo lo que sobre el particular hay que hacer en el

Establecimiento ha continuado prestando sus servicios a los Médicos y al público en general; a los primeros proporcionándoles instrumentos y a los últimos desinfectándoles ropa, según la tarifa que estableció esta Dirección el año pasado.

El arsenal se ha aumentado con el instrumental que se compró al doctor F. Guillermo Cano, por la cantidad de *Tres Mil Pesos*, y que inventariado dió la suma de \$ 4,500.00.

Además se recibieron los siguientes pedidos:

1º De la Casa de Bachelet, consistente en 500 sondas de goma de diferentes números y 12 sondas uretrales para radiografía y cateterismo.

2º De la Casa Bruneau y Cía, 100 drenos de Pozzi, diversos modelos, 276 sondas elásticas, 2,000 garfios de Michel; 2 vendas elásticas de Esmarch y 100 pares de guantes de hule.

3º Instrumental completo para amigdalectomías, de conformidad con el nuevo método de descapsulación.

4º De la Casa Kny Scheerer y Cía. de New York, 3 Trépanos de Eliot; 1 separador abdominal de Balfour, modelo de los hermanos Mayo; 2 clamps amigdalinos y 1 pinza Kelly.

Por último, se consiguió con la Casa Jelwoold Leo y Cía, que remita mesualmente una docena de guantes quirúrgicos, para el servicio del Hospital.

SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

Se presentaron a pasar visita en las Consultas Externas de este Hospital, tres mil quinientos cuarenta, entre hombres, mujeres y niños, habiendo prevalecido las enfermedades siguientes: Paludismo, Gripe, Disentería, Tuberculosis Pulmonar, Bronquitis aguda, y Reumatismo poli-articular crónico.

Particularmente en los niños han prevalecido las enfermedades siguientes: Paludismo en sus diferentes formas, Enteritis aguda, Tuberculosis Ganglionar, Ezcema del cuero cabelludo y Conjuntivitis simples.

Los Exámenes bacteriológicos se han mandado a practicar de la manera siguiente:

Espustos investigando B. de Koch	136
Resultado positivo	22
Resultado negativo	114
Exámenes Orina, investigando Azúcar y albúmina.	15
Resultado pasivo	3
id. negativo.	12
Exámenes fecales investigando parásitos	13
Resultado positivo	6
id. negativo	9

OPERACIONES

El total de operaciones durante el año ascendió a 1.890, según lo demuestra el resumen siguiente; y va detallado en el Anexo No. 5.

1er. Servicio de Cirugía y Oftalmología	361
20. " " "	117
3er. " " "	121
50. " " "	51
60. " " "	65
70. " " "	13
Servicio de Maternidad y Pediatría	39
Servicio de Pensionistas	111
Médico Cirujano Interno y Practicantes I.	1,022
	<hr/>
Total	1,890

CONTRATAS

Se hicieron las siguientes contratas:

1a. Con don Rafael Castillo, para la proveeduría de ganado durante el año de 1916, firmada el 15 de enero del mismo año.

2a. Con el Jefe de Sanidad Militar (20 de Agosto de 1916).

3a. Con la Compañía Salvadoreña de Perforaciones, para la construcción de un pozo (11 de Septiembre de 1916).

4a. Con don Mauricio Meardi, hasta por *Cuarenta Mil Francos*, para cancelar las cuentas del exterior (2 de octubre de 1916).

5a. Con los señores don Joaquín Palomo y don Antonio Peña Martel para la proveeduría de ganado en el año de 1917. (30 de octubre de 1916).

TESORERIA

El resúmen general del movimiento de Caja, fué el siguiente:

Existencia del año anterior.	\$	3,319.05	
Ingresos totales en 1916.	\$	227,220.54	\$ 230,539.59
Erogaciones del año de 1916	\$	226,068.92	
Existencia a Enero de 1917	\$	4,470.67	

Del resúmen anterior aparece que los ingresos montan a \$ 227,220.54; pero si deducimos \$ 14,146.46 a que se redujeron en plata los \$ 5,000.00 oro que el Gobierno dió al Establecimiento de la Partida de Eventuales, quedan como ingresos líquidos \$ 213,074.08. Como los gastos autorizados por esta Dirección, en el límite del Presupuesto—que son las verdaderas necesidades reducidas a su mínimun—asciende a \$ 231,472.64, resulta que hay un déficit entre las entradas y los gastos, que se resuelve por un aumento de pasivo de \$ 18,398.54, el cual viene a agravar la situación económica del Hospital, y que solamente se remediaría restituyéndole la parte de subvención que se le rebajó hace algún tiempo.

El pasivo del Hospital al 31 de Diciembre último, se encuentra detallado en uno de los Cuadros del Anexo No. 6, y asciende a la suma de \$ 66,574.02.

MEJORAS Y TRABAJOS DE CONSERVACION

Al S. O. de los edificios de la Sección de hombres se reconstruyó un pabellón de nueve varas de largo, por siete de ancho, en donde se colocaron 12 excusados de lavar, de sistema americano, habiéndose mandado construir las tazas de cemento armado para mayor duración. En este mismo lugar se construyó una cloaca de 50 varas de extensión y de 9×8 pulgadas para conectar los excusados con la cloaca madre del Establecimiento; se pusieron además 35 yardas de cañería y se pavimentó todo el pabellón con ladrillo de cemento.

Habiéndose construido el año pasado un nuevo Lazareto, se refaccionó la casa que ocupó anteriormente, se pavimentó con ladrillo de barro, se repellaron las paredes y se colocó una pared divisoria, para formar dos piezas de ocho varas cada una. Esta casa sirve actualmente para dar alojamiento a empleados secundarios.

Se blanqueó y pavimentó con ladrillo de barro una casa perteneciente al Hospital, situada al Poniente, la cual mide 9 varas de largo por siete de ancho.

Se refaccionaron las paredes del Rastro, colocando en una de ellas varillas de hierro y tela de alambre para su mejor ventilación.

Se construyó una pieza pequeña, de madera, a continuación del pabellón de la pensión de mujeres, en donde se colocó un excusado de lavar para el servicio exclusivo de la pensión especial de la misma sección de mujeres.

Se colocaron los siguientes ramales de cañería: 15 yardas en la pensión de mujeres; 45 yardas para el servicio de la hortaliza; 35 yardas para el de la jabonería; 25 para el servicio del jardín y 25 para el servicio de la Hidroterapia.

Se refaccionó una cloaca del lado Sur de la Sección de hombres en una extensión de 50 metros.

Se construyó un escalerón de madera de 15 varas de largo por un metro de ancho para comunicar la sala de Impúberes con uno de los patios del lado Sur.

Se refaccionó el techo del departamento de los tuberculosos.

Se pintaron dos piezas de la pensión de hombres, la sala de operaciones de mujeres y todo el servicio de muebles de la sala de operaciones de hombres.

Se pavimentó con tabloncillo la mitad del piso de la sala de Impúberes.

Se construyeron 50 varas de tapial, en la parte que el establecimiento está lindando con el camino de automóviles.

Se cubrió con tela de alambre todo el patio de la cocina.

Se construyó una pila en el departamento de los tuberculosos.

Se colocó un estribo de calicanto de tres metros de alto por uno de ancho para sostener una pared al lado Sur de la pensión de hombres.

Se hicieron 100 varas de empedrado con capa de cemento para desaguar un pantano que se formaba al Oeste del establecimiento, cerca del pabellón Electroterápico.

Se empedró el contorno de la pila que está al lado de la calle del Volcán y se hizo un desagüe, también empedrado, con capa de cemento, de 25 varas de largo por uno de ancho.

Otro empedrado con capa de cemento, de 12 varas de largo por $2\frac{1}{2}$ de ancho, frente al portón principal.

Se reforzaron los cercos de los potreros, habiéndose empleado en este trabajo 400 postes.

Se sembraron 2,500 árboles de madera de construcción y 26 tareas de huateras.

Además de los trabajos que dejo relacionados hay otros de menor importancia, como la fabricación de cien marcos para camas, compostura de canales, etc., etc., que

los hacen el mecánico, el carpintero y demás artesanos que están empleados constantemente en el Hospital.

Para terminar mencionaré dos trabajos de alguna importancia, que están, el uno casi terminado, y el otro principiando a construirse.

El primero es un pozo que se contrató, en condiciones favorables para el Hospital, con la Compañía de Perforaciones. Se ha sometido a prueba varias veces, una de ellas, por espacio de cuatro horas consecutivas, habiendo dado durante todo ese tiempo la misma cantidad de agua, de 90 litros por minuto. Se ha calculado que si esa cantidad de agua permanece igual, durante diez horas, será suficiente para llenar uno de los tanques de depósito, el cual se destinará para el departamento de Hidroterapia y para la limpieza de los excusados, destinándose la otra agua potable que aquí existe para los demás usos, la cual es suficiente. Queda, pues, resuelto un problema de altísima trascendencia para la vida de este Hospital y que ha preocupado siempre a esta Dirección, porque de lo contrario hubiera sido necesario gastar unos *Cincuenta Mil Pesos*, para obtener el mismo resultado.

El otro trabajo a que me refiero, es la ampliación del Departamento de Hidroterapia, por ser ya insuficiente para los nuevos aparatos que hay que instalar. Dicha ampliación tendrá 12 varas de largo, por 11 de ancho, estando ya principiada la obra, comprada una parte de los materiales, teniéndose el propósito de inaugurarla el 1o. de marzo próximo.

Hay otras mejoras que se hace necesario implantar, como la construcción de una nueva sala de operaciones, la fundación de dos clínicas especiales, una para las afecciones oto-rino-laríngeas y otra para las enfermedades de la piel, tan comunes en el país como poco estudiadas. En fin todo esto puede llevarse a cabo, si el Gobierno continúa, como hasta ahora, prestándole al Hospital su eficaz apoyo, el cual solicito una vez más, como lo hice en uno de mis informes, a fin de que en el nuevo

Presupuesto General, se restablezca la parte de subvención que se rebajó hace más de dos años. Se trata de una necesidad imperiosa y es por este motivo que me permito insistir sobre el particular, pues si eso no se consigue, el Hospital llevará una vida llena de dificultades.

Réstame sólomente hacer constar que el nuevo Reglamento Interior, elaborado por esta Dirección y aprobado por ese Ministerio, principió a ponerse en vigencia a mediados del mes de mayo último.

Con respetuosa consideración, soy de Ud., Señor Ministro, muy Atento y Seguro Servidor.

(f). RAMÓN GARCÍA GONZÁLEZ.

DETALLE DE LOS ANEXOS

- No. 1.—Nómina de los Jefes de Clínica, de los Practicantes Internos y división de los Servicios Clínicos.
- No. 2.—Nómina de las Hermanas de la Caridad.
- No. 3.—Cuadro del Servicio de Electroterapia.
- No. 4.—Cuadro de los enfermos asistidos en el Lazareto.
- No. 5.—Cuadro General de las operaciones practicadas durante el año.
- No. 6.—Cuadros de la Tesorería del Hospital.

Anexo No. 1

*NOMINA DE LOS MEDICOS Y PRACTICANTES
DEL HOSPITAL ROSALES*

SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA

1er. Servicio de Medicina:

Jefe Propietario, Dr. Carlos Bonilla.

2o. Servicio de Medicina:

Jefe Propietario, Dr. Santiago Letona H.
„ Suplente, „ Guillermo Trigueros.

3er. Servicio de Medicina:

Jefe Propietario, Dr. Luis V. Velasco.

4o. Servicio de Medicina. (Tuberculosos):

Jefe Propietario, Dr. Luis Lazo Arriaga.

5o. Servicio Mixto. (Pensionistas):

Jefe Propietario, Dr. Luis Paredes.

6o. Servicio Mixto. (Párvulos):

Jefe Propietario, Dr. José S. Pacheco.

1er. Servicio de Cirugía:

Jefe Propietario, Dr. Tomás G. Palomo.
„ Suplente, „ Salvador Peralta L.

2o. Servicio de Cirugía:

Jefe Propietario, Dr. Francisco Guevara.

3er. Servicio de Cirugía:

Jefe Propietario, Dr. Alfonso Quiñónez M.
„ Suplente, „ Carlos Leiva.

4o. Servicio de Cirugía. (Maternidad):

Jefe Propietario, Dr. José Llerena.

5o. Servicio de Cirugía. (Vías Genito-Urinarias):

Jefe Propietario, Dr. F. Guillermo Cano.
„ Suplente, „ Alonso V. Velasco.

6o. Servicio de Cirugía:

Jefe Propietario, Dr. Pedro Mejía.

Servicio de Consultas Externas:

Jefe Propietario, Dr. don Adán Laínez.

Gabinete de Electroterapia:

Jefe Propietario, Dr. don David Escalante.

Gabinete de Bacteriología e Instituto Antirrábico:

Jefe Propietario, Dr. don Juan C. Segovia.
Médico Interno, Dr. don Rafael Villacorta.

NOMINA DE LOS PRACTICANTES INTERNOS

1er. Servicio de Medicina:

1er. Interno, Br. don Salvador Ambrogio.

2o. Servicio de Medicina:

1er. Interno, Br. don Luis B. Duarte.

3er. Servicio de Medicina:

1er. Interno, Br. don Rafael Guerrero.

40. Servicio de Medicina. (Tuberculosos):

1er. Interno, Br. don Felipe Hércules.

50. Servicio Mixto. (Pensionistas):

1er. Interno, Br. don Humberto Acosta.

2o. „ „ „ Luis Portal.

60. Servicio Mixto. (Párvulos):

1er. Interno, Br. don Virgilio Rodezno.

1er. Servicio de Cirugía:

1er. Interno, Br. don Engemberto C. Chávez.

2o. „ „ „ Orfilio Salinas.

2o. Servicio de Cirugía:

1er. Interno, Br. don César E. López.

3er. Servicio de Cirugía:

1er. Interno, Br. don Raúl Argüello.

40. Servicio de Cirugía. (Maternidad):

1er. Interno, Br. don Alfredo Liévano.

2o. „ „ „ Antonio Alvarez.

50. Servicio de Cirugía. (Vías Génito-Urinarias):

1er. Interno, Br. don Luis A. Macías.

60. Servicio de Cirugía:

1er. Interno, Br. don Humberto Fichnaler.

Servicio de Consultas Externas:

1er. Ayudante, Br. don Luis O. Arévalo.

Gabinete de Eléctroterapia:

1er. Ayudante, Br. don Fernando Gallegos.

2o. „ „ „ Baltasar Montes.

Fotógrafo, don Carlos Herrarte.

Gabinete de Bacteriología e Instituto Antirrábico:

- 1er. Ayudante, Srta. Dolores Azmitia.
- 2o. „ Br. Rafael Cortés Castro.

Arsenal Quirúrgico:

- 1er. Guarda Instrumentos, Br. don J. Ignacio Hernández.
- 2o. Guarda Instrumentos, Br. don Celestino Rodríguez.

Servicio de Autopsias:

Encargado, Br. don Antonio Raymundo.

Anexo No. 2

**NOMINA DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD
QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN EL
HOSPITAL ROSALES**

- Sor Trinidad Muñoz, Superiora del Establecimiento.
- „ Felicitas González.
 - „ Victoria Lomech.
 - „ Josefa Nájera.
 - „ Dolores García.
 - „ Josefina Rennard.
 - „ Melania Bonnel.
 - „ María Francisca Pereira.
 - „ María Luisa Mina
 - „ Magdalena Babled.
 - „ Genoveva Massot.
 - „ María Josefina Roynn.
 - „ Luisa González.
 - „ Clara Jaramillo.
 - „ Teresa Salgado.
 - „ Isabel Vides.
 - „ Cecilia Minera.
 - „ María Zamora.
 - „ Vicenta Ruiz.
 - „ Marta de la Vega.
 - „ Elena Sánchez.
 - „ María Teresa Lang.
 - „ Margarita Hernández.

Anexo No. 3

GABINETE DE ELECTROTERAPIA Y RADIOLOGIA

**CUADRO DEL MOVIMIENTO HABIDO DURANTE
EL AÑO DE 1916**

Presentado por el Primer Ayudante Bachiller P. Fernando Gallegos A., Revisado por el Jefe, Doctor David C. Escalante

Enero 1o. de 1917

Número de enfermos tratados

De fuera	225
Del Hospital.	346
Total.	<hr/> 621

Clasificados así:

SERVICIO DE ELECTROTERAPIA

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

1 Hemiplegia cerebral	29
2 " histérica	2
3 Paraplegia.	1
4 Estauroplegia	1
5 Ataxia locomotriz progresiva	5
6 Mielitis	4
7 Parálisis general.	1
8 " agitante	3
9 " infantil	4
10 " facial	12
11 " varias	25
12 Paresias varias	11
13 Corea	1
14 Tic doloroso de la cara.	1
15 Neuritis diversas	11
16 Neuralgias "	9
17 Neurastenia	7
18 Histerismo	7
19 Epilepsia esencial	4

20	Ciática	1
21	Lumbago	3
22	Hipo	1
23	Bocio exoftálmico	3
	Total	<u>146</u>

ENFERMEDADES DE LOS MUSCULOS

24	Atrofia muscular progresiva.	1
25	Torticolis	2
26	Miastenia	3
27	Reumatismo muscular	1
28	Retracción muscular	1
29	Contractura del tendón de Aquiles.	1
	Total.	<u>9</u>

ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSEO Y ARTICULAR

30	Artritis blenorragicas	3
31	Reumatismo agudo	20
32	„ crónico	7
33	Artritis simple	3
34	Anquilosis diversas	11
	Total	<u>44</u>

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

35	Arterioesclerosis	11
36	Hemorroides	3
	Total	<u>14</u>

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

37	Gastrectasia	1
38	Oclusión intestinal	2
39	Paresia „	2
40	Coprostasis	1
41	Constipación	5
42	Prolapso rectal	1
	Total	<u>12</u>

ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO

43 Endometritis	2
44 Enmesia esencial	1
45 Pérdidas seminales.	1
	<hr/>
Total	4

OTRAS ENFERMEDADES

46 Atrofia papilar	1
47 Forunculosis	1
48 Hiperdrosis	1
49 Térignon.	5
50 Tosis palpebral	1
	<hr/>
Total	9

51 Intoxicaciones.	4
52 Tumor nevi materni	2
	<hr/>
	6

53 Enfermedades de diagnóstico dudoso	13
54 Enfermedades sin diagnóstico	32
	<hr/>
Total	45

SERVICIO DE RADIOLOGÍA

RADIOTERAPIAS

1 Eitelioma	15
2 Cáncer	5
3 Sarcoma.	5
4 Osteosarcoma.	2
5 Rinoescleroma	17
6 Esplenomegalia	1
7 Adenitis diversas	20
8 Rinitis Fingosa	1
9 Lupus	2
10 Ulceras sifilíticas	5
11 „ atómica	2
12 Sicosis	1
13 Pelada	4
14 Micosis palmar	1

15 Micosis de la lengua	1
16 Prurito vulvar	1
	—
Total	83

RADIOGRAFIAS

17 Fracturas	30
18 Lujaciones	27
19 Por heridas arma de fuego.	28
20 „ cuerpos extraños	33
21 „ calculosis vesical	10
22 „ „ renal	1
23 „ afecciones óseas	16
24 „ contusiones varias	33
25 „ sinusitis frontal	1
	—
Total.	179

RADIOSCOPIAS

26 Por cirrosis atrófica	3
27 „ aneurisma de la aorta	6
28 „ pericarditis	2
29 „ fracturas varias	7
30 „ lujaciones	3
31 „ cuerpos extraños	16
32 „ contusiones diversas.	8
33 „ heridas arma de fuego.	8
	—
	35

FOTOFRAFIAS

1 Por sífilis	2
2 „ osteosarcoma	1
3 „ sarcoma	2
4 „ rinoescleroma	2
5 „ leismamiasis	2
6 „ actinomicosis	1
7 Pitíriasis	1
8 Dermatitis crónica recidivante	1
9 Mano de madura	1
10 Micosis de la lengua	1
11 Por causas varias.	3
	—
Total	17

Las modalidades diversas y el número de aplicaciones a que éstos enfermos fueron sometidos son los siguientes:

1	Corrientes farádicas	743
2	„ de alta frecuencia	614
3	„ panlilímicas	238
4	„ galvánicas	460
5	Baños hidroeléctricos	1002
6	„ de luz y calor	14
7	Radioterapias	633
8	Radioscopías	53
9	Sismoterapias	460
10	Termoterapias	15
11	Gimnasia	20
12	Mecanoterapias	362
13	Yonizaciones	81
14	Electrolisis	30
15	Lavados rectales eléctricos	4
16	Electrodiagnósticos	5
17	Galvanocauterizaciones	1
18	Fotografías	17
	Total	<u>4752</u>

OBSERVACIONES

Al total anterior hay que agregar 179 radiografías de las cuales una tercera parte o sean 59 fueron tomadas dobles; es decir, dos en distinta posición, en el mismo cliché.

Así el total general arroja 4,752
179

Total general 4,931

Anexo No. 4

**Cuadro general del Lazareto del Hospital Rosales
durante el año de 1916**

DIAGNOSTICOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Disentería amibiana.....		1											1
„ bacilar.....						1		10				1	12
Difteria laringia.....										1		1	2
Erisipela ambulante.....								1		2		2	5
„ flictenoide.....								1			1		2
„ gangrenosa.....											1		1
„ de la cara.....											1		1
Epilclioma de la cara.....	1												1
Gangrena cimétrica de las extremidades.....								1					1
Gangrena de la boca.....				1									1
Hidrocefalia (Niño de pecho, cuya madre está con difteria).....												1	1
Lepra tuberculosa.....												1	1
Meningitis cerebro-espinal epidérmica.....					2						1		3
Naso-miasis.....	1		1										2
Sarna.....			1								1		2
„ impetiginosa.....							1				1		2
Sarampión normal.....	2	2	7	7	4	6	12	3	4	2	3		52
„ con neumonía.....						1							1
„ abortado.....					1								1
Tos ferina.....	1	1	1	1		1	1	2	2	1	1	1	13
Tétanos traumático.....								1			1		2
Viruela discreta.....			2	2	4	2	1	3					14
Varicela.....	1		2										5
Varioloide.....			1								2		1
TOTAL.....													127

Entradas		Salidas	
Existencia anterior.....	5	Curados.....	105
Entraron en el año.....	129	Lo mismo.....	6
		Mejorados.....	4
		Fallecieron.....	12
		Pasan a enero.....	7
Suma.....	134	Suma.....	134

Felipe Hércules
Interno

Anexo No. 5.

Operaciones practicadas en el Hospital Rosales de Enero a Junio de 1916.

CABEZA Y CUELLO. (Organos de los sentidos)	1er. Servicio de Cirujía y Oftalmología	2o. Servicio de Cirujía	3er. Servicio de Cirujía	5o. Servicio de Cirujía	6o. Servicio de Cirujía	7o. Servicio de Cirujía	Servicio de Maternidad y Pediatría	Servicio de pensionistas	Médico Cirujano Interno	TOTALES
Operaciones de catarata.....	20	2								22
Iridectomias previas.....	19	1								20
Iridectomias antiglaucomatosas.....	15	2	2							19
Iridectomias ópticas.....	10									10
Trepanaciones de Elliot.....	3									3
Esclero-iridectomias Lagrange.....	2									2
Irido-capsulotomias.....	1									1
Cauterizaciones de hernias del iris.....	4									4
Paracentesis de la cámara anterior.....	2									2
Amputaciones del segmento anterior.....	2	2								4
Enucleaciones del ojo.....	3									3
Operaciones de pterigion.....	4									4
Operaciones de chalazion.....	2									2
Operaciones de triquiasis.....	3									3
Biefarorrrias.....	1									1
Operaciones de ectropion.....	1									1
Extirpación de tumores del párpado.....	2	1								3
Extirpación del saco lagrimal.....	2									2
Desbridamiento del canal lagrimal.....	2					2				4
Desbridamiento de las fosas nasales.....	1	1								2
Turbinotomias.....	3									3
Podas de pólipos nasales.....	1		1							2
Podas de rinoscleroma.....	4	3	6		3		1			17
Amigdalectomias.....	22				1					23
Podas de vegetaciones adenoidicas.....	5									5
Raspados conjuntivales.....	13		1							14

MATERNIDAD (Distocias).	1er. Servicio de Cirujía y Oftalmología	2o. Servicio de Cirujía	3er. Servicio de Cirujía	5o. Servicio de Cirujía	6o. Servicio de Cirujía	7o. Servicio de Cirujía	Servicio de Maternidad y Pediatría	Servicio de pen-sionistas	Médico Cirujano Interno	TOTALES
Extracción de restos placentarios.....	190	51	46	25	21	4	13	60	54	459
Vienen.....									4	4
RECTO Y PERINÉ										
Operaciones de hemorroides internas.....					3			1		4
Operaciones de hemorroides externas.....					2		1			2
Excisión de fistolas del ano.....		1								4
Extirpación de papilomas.....							1			1
Cauterización de placas mucosas.....						1				1
MIEMBRO SUPERIOR										
Amputaciones del brazo y antebrazo.....	1					1				2
Amputaciones de la mano.....									1	1
Resección de metacarpianos.....	1	1								3
Osteosíntesis cubitales y radiales.....									1	1
Osteosíntesis del húmero.....	1									1
Cura ortopédica de fractura del húmero.....	1		1							2
Tenorrrafias.....		3							3	6
Excisión y autoplastia de cicatriz viciosa.....	1									1
Extracción de cuerpos extraños.....				2				1		4
Regularización y sutura de heridas.....	2	1	1		3	1			1	9
Raspado de fistolas.....	2	1	3			2				8
Extracción de esquirolas.....			1					1		2
Abertura de flegmones.....	2						1			3
MIEMBRO INFERIOR										
Cura de un aneurisma arterio-venoso femoral.....		1								1
Amputaciones del muslo.....		1							1	2
Amputaciones de la pierna.....					1				1	2

CUADRO de Enero a Junio de 1916.

SERVICIOS

Primer Servicio de Cirugía y Oftalmología	205
Segundo Servicio de Cirugía.....	57
Tercer Servicio de Cirugía.....	61
Quinto Servicio de Cirugía.....	28
Sexto Servicio de Cirugía.....	39
Séptimo Servicio de Cirugía.....	10
Servicio de Maternidad y Pediatría.....	18
Servicio de Pensionistas.....	69
Médico Cirujano Interno y Practicantes de Turno	550
	<hr/>
	1,037

REGIONES

Cabeza y Cuello (Organos de los sentidos).....	183
Cabeza y Cuello (Otras regiones).....	48
Tórax.....	12
Abdomen	63
Organos Génito-Urinaros (hombres).....	47
Organos Génito-Urinaros (mujeres).....	89
Maternidad (distocias).....	21
Recto y Periné.....	12
Miembro superior.....	43
Miembro inferior.....	37
Diversas regiones por los practicantes de turno.....	482
	<hr/>
	1,037

Hospital Rosales: Arsenal Quirúrgico, San Salvador, 30 de Junio de 1916..

José Ignacio Hernández M.,
1er. Interno.

C. Rodríguez S.,
2o. Interno.

Operaciones practicadas en el Hospital Rosales de Julio a Diciembre de 1916.

	1er. Servicio de Cirujía y Oftalmología	2o. Servicio de Cirujía	3er. Servicio de Cirujía	5o. Servicio de Cirujía	6o. Servicio de Cirujía	7o. Servicio de Cirujía	Servicio de Maternidad y Pediatría	Servicio de pensionistas	Médico Cirujano Interno	TOTALES
CABEZA Y CUELLO (Organos de los sentidos).										
Operaciones de catarata.....	10									10
Extracción del cristalino por luxación congénita.....	1									1
Iridectomías ópticas.....	8									8
Iridectomías antiflogísticas.....	2									2
Iridectomías previas.....	13									13
Trepanaciones esclero-corneal de Elliot.....	4									4
Irido-capsulotomía por oclusión pupilar.....	1									1
Enucleaciones del ojo.....	3									3
Operaciones de pterigion.....	9									9
Operaciones de chalazión.....	1									1
Operaciones de triquiasis.....	4	1	1							6
Blefarorrafias.....	1									1
Operaciones de ectropión.....	4									4
Extirpación de tumores del párpado.....	2									2
Desbrindamiento del canal lagrimal.....	1									1
Extirpación del saco lagrimal.....	4	1								5
Turbinotomías.....	3									3
Podas de pólipos nasales.....		2								2
Podas de rinoscleromas.....	5	9	2					1		18
Amigdalectomías.....	16	1								17
Raspados conjuntivales.....	6									6
Abertura de flegmon de la órbita.....	1									1
Podas de vejetaciones adenoideas.....	5									5
CABEZA Y CUELLO (Otras regiones).										
Craniectomías (De urgencia y terapéuticas).....								1	3	4

Trepanaciones del seno frontal.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Trepanaciones de la mastoidea.....	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Trepanaciones del seno maxilar.....	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Operaciones del labio leporino.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extirpación de tumores labiales.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Osteosintesis del maxilar inferior.....	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Tiroidectomías.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Traqueotomías.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ligadura de la temporal superior por aneurisma.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extracción de esquirlas y raspado del maxilar inferior.....	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Extracción de cuerpos extraños del cuello.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extracción de quistes sebáceos.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extirpación de tumores cervicales.....	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Raspados de adenitis cervicales.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Abertura de absceso del ángulo del maxilar.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extirpación de tumores claviculares.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Regularización y sutura de heridas de la cara.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TORAX										
Amputaciones del seno.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extirpación de adenomas de la mama.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extirpación de ganglios axilares.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Operación de empiema.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Raspado de fistolas torácicas.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extirpación de tumores axilares.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ABDOMEN										
Laparotomías exploradoras.....	6	2	1	1	1	1	1	1	1	6
Laparotomías previas.....	4	6	2	2	2	2	2	2	2	20
Apendicectomías.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Colecistotomía.....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Pasan.....	135	32	21	21	4	4	5	10	9	216

ABDOMEN	1er. Servicio de Cirujía y Oftalmología	2o. Servicio de Cirujía	3er. Servicio de Cirujía	5o. Servicio de Cirujía	6o. Servicio de Cirujía	7o. Servicio de Cirujía	Servicio de Maternidad y Pediatría	Servicio de pen-sionistas	Médico Cirujano Interno	TOTALES
Vienen.....	135	32	21	4	4	5	10	9	216	
Tiflectomía.....			1						1	
Entero-anastomosis.....			1						1	
Gastrorrafia.....									1	
Drenaje de abscesos apendiculares.....									1	
Enterorrafias.....								18	18	
Quelotomías.....								1	1	
Curas de eventración.....	1	1							2	
Cura radical de hernias.....		1	4		7				13	
Operaciones de hernia estrangulada.....								2	2	
Sutura de heridas parietales.....								1	1	
ORGANOS GÉNITO-URINARIOS (Hombres).										
Nefrostomías.....								1		1
Nefropexias.....								1		1
Nefrorrafias.....									1	1
Tallas hipogástricas.....	1			1	2					4
Cistorrafias.....									1	1
Cistoscopias.....	4									4
Caterismo de los uréteres.....	2									2
Uretrotomías internas.....				12						13
Uretrotomías externas.....				1			1			3
Uretrotomías y restauraciones.....			1	1						3
Castraciones.....				1	2					2
Operaciones de fimosis.....		1			3					4
Cura de varicocele.....			1							1
Cura de hidrocele.....			1			1				2
Amputaciones del pene.....				1	1				1	2

Abertura de abscesos urinarios.....	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3
Raspados de adenitis inguinal.....										
ORGANOS GÉNITO-URINARIOS (Mujeres).										
Histerectomías abdominales.....	1	3								5
Histerectomías vaginales.....		1								2
Colporrafías.....			1							1
Perinorrafías.....			4							4
Amputaciones del cuello.....		1	2							3
Raspados intrauterinos.....	2	7	7						4	20
Histeropexias.....			1							1
Ovariotomías.....									1	1
Extirpación de quistes del ovario.....		1	1							2
Salpinguectomías.....			1					2		3
Poda de papilomas vulvares.....		4	1							5
Abertura de bartolinitis.....								1		1
Cura de fistulas recto-vaginales.....	1									1
Cura de fistulas vésico-vaginales.....	1							1		2
MATERNIDAD (Distocias).										
Operación Cesarea conservadora.....										1
Aplicación de forceps.....								1		9
Basiotripsias.....								4		1
Versiones internas.....								1		3
Cervicotomías.....								1		4
Cervicorrafías.....								4		4
Extracción de restos placentarios.....								4		4
										9
RECTO Y PERINÉ										
Operación de hemorroides internas.....									3	6
Operación de hemorroides externas.....	2							1		2
Excisión de fistulas del ano.....	1	1	2					2		9
Extirpación de papilomas.....		1	1							1
Cauterización de placas mucosas del ano.....								1		1
Pasan.....	16	55	50	41	20	2	20	34	59	412

MIEMBRO SUPERIOR	1er. Servicio de Cirujía y Oftalmología	2o. Servicio de Cirujía	3er. Servicio de Cirujía	5o. Servicio de Cirujía	6o. Servicio de Cirujía	7o. Servicio de Cirujía	Servicio de Maternidad y Pediatría	Servicio de pensionistas	Médico Cirujano Interno	TOTALES
Vienen.....	16	55	50	21	20	2	20	34	59	412
Resecciones del cúbito.....	1									1
Resecciones de metacarpianos.....		1	1		1		1			4
Tenorrrafías.....					1					1
Extracción de cuerpos extraños.....									1	1
Regularización y sutura de heridas.....					2					2
Abertura de flegmones.....	1							2		3
MIEMBRO INFERIOR										
Resecciones de la rodilla.....			1					1		2
Osteosíntesis del femur.....								1		1
Osteosíntesis de la rótula.....	1							1		2
Trepanaciones de la tibia.....			1		1					2
Raspado de úlceras e injertos dérmicos.....			2							2
Raspado de fistulas y extracción de secuestros.....		3	1	1	1	1				7
Extracción de cuerpos extraños.....	1	1	1							3
Operación de onixis.....				1						1
Abertura y drenaje de flegmones.....	1							1		2
Abertura y raspado de abscesos glúteos.....			3					2		5
<i>Operaciones de pequeña cirugía, practicada por los Internos de Turno en la Consulta Externa.....</i>									402	402
Totales.....	156	60	60	23	26	3	21	42	462	853

Hospital Rosales: Arsenal Quirúrgico, San Salvador, 31 de Diciembre de 1916.

José Ignacio Hernández M.,
1er. Interno.

C. Rodríguez S.,
2o. Interno.

Cuadro de Julio a Diciembre de 1916

SERVICIOS	REGIONES	
	Cabeza y Cuello (Organos de los sentidos)	123
	Cabeza y Cuello (Otras regiones)	49
	Torax	8
	Abdomen	77
1er. Servicio de Cirugía y Oftalmología	156	Organos Génito-Urinarios (hom- bres)
2o. Servicio de Cirugía	60	Organos Génito-Urinarios (muje- res)
3er. Servicio de Cirugía	60	Maternidad (distocias)
5o. Servicio de Cirugía	23	Recto y Periné
6o. Servicio de Cirugía	26	Miembro superior
7o. Servicio de Cirugía	3	Miembro inferior
Servicio de Maternidad y Pedria- tría	21	En diversas regiones por los prac- ticantes de turno
Servicio de Pensionistas	42	402
Médico Cirujano Interno y Prac- ticantes de turno	462	853
	853	853

Cuadro general de Operaciones durante el año de 1916

SERVICIOS	REGIONES	
	Cabeza y Cuello (Organos de los sentidos)	306
	Cabeza y Cuello (Otras regiones)	97
	Torax	20
	Abdomen	140
1er. Servicio de Cirugía y Oftal- mología	361	Organos Génito-Urinarios (hom- bres)
2o. Servicio de Cirugía	117	Organos Génito-Urinarios (muje- res)
3er. Servicio de Cirugía	121	Maternidad (distocias)
5o. Servicio de Cirugía	51	Recto y Periné
6o. Servicio de Cirugía	65	Miembro Superior
7o. Servicio de Cirugía	13	Miembro Inferior
Servicio de Maternidad y Pedia- tría	39	En diversas regiones por los Prac- ticantes de turno
Servicio de Pensionistas	111	884
Médico Cirujano Interno y Prac- ticantes de Turno	1,012	884
	1,890	1,890

Hospital Rosales: Arsenal Quirúrgico, San Salvador, 31 de diciembre de 1916

José Ignacio Hernández M.,

1er. Interno.

C. Rodríguez S.,

2o. Interno.

ANEXO

CUADRO de Ingresos y Erogaciones habidos en la Te

INGRE

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
A Existencia de 1915.....					
„ Patentes de Licores.....	102.00	104.00	101.00	100.00	100.00
„ Pan Francés.....	1,108.40	1,108.40	908.92	771.74	771.68
„ Subvención S. Gobierno.....	8,500.00	7,500.00	13,500.00	9,000.00	9,000.00
„ Gabinete de Vacuna.....	600.00			300.00	600.00
„ „ „ Electroterapia.....	11.00	46.00	40.00	34.00	17.00
„ „ „ Bacteriología.....	8.00	10.00			8.00
„ Carros Fúnebres.....	66.00	40.00		40.00	
„ Cueros y Untos.....	576.00	356.00	338.00	340.00	259.00
„ Sacos vacíos.....	44.00	10.00	40.00		
„ Estancias.....	971.25	917.00	1,478.50	1,126.50	1,270.00
„ Productos varios.....	21.00	12.00			161.00
„ Donativos.....		120.00			
„ Lotería.....		14,000.00	6,000.00	5,000.00	6,800.00
„ S. G. oro.....					
„ Cambio.....					
„ Arsenal*.....					25.00
	12,007.65	24,223.40	22,406.42	16,712.24	19,012.18

EROGA

De Sueldos de Empleados.....	812.50	792.50	1,282.50	512.50	1,212.50
„ Médicos y Practicantes ..	770.00	1,120.00	1,345.00	927.50	1,105.00
„ Gabinete de Electroterapia	81.50	89.50	143.75	105.00	122.50
„ „ „ Batereológico.....	279.75	250.00	259.00	228.00	205.00
„ Arsenal Quirúrgico.....	77.00	243.00	2,982.63	123.00	1,002.00
„ Sirvientes y Enfermeros.....	1,456.00	1,335.25	1,384.25	1,434.25	1,385.00
„ Houorarios Hermanas.....	263.00	262.00	275.00	275.00	275.00
„ Policía.....	146.87	113.13	120.00	150.00	120.00
„ Farmacia.....	656.68	2,633.68	882.58	398.98	2,929.46
„ Construcciones y reparaciones...	646.17	200.89	618.78	167.68	941.02
„ Mobiliario.....					
„ Depósitos.....					55.00
<i>Gastos Generales</i>					
Operarios.....	359.50	353.00	413.00	488.88	580.25
Panaderos.....	229.00	182.00	182.00	227.50	182.00
Maíz.....	764.00	2,521.00	955.75	2,220.00	662.42
Cárne.....	2,992.49	2,303.96	2,396.30	2,098.69	2,187.04
Leche.....	1,553.09	1,691.80	1,688.94	1,618.32	1,714.02
Azúcar.....	305.00	275.00	375.00	305.00	332.50
Arroz.....	393.50	793.43			241.50
Almidón.....	80.00	551.08	123.50	68.75	33.66
Sal.....	48.00	49.75		30.00	105.00

No. 6.

sorería del Hospital Rosales, durante el año de 1916.

SOS

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE	TOTALES
							3,319.05
93.00	93.00	95.00	94.00	94.00	96.00	102.00	1,174.00
771.74	751.68	771.74	771.74	751.68	771.74	751.68	10,011.14
9,000.00	9,000.00	9,000.00	9,000.00	9,000.00	9,000.00	9,000.00	110,500.00
600.00		300.00	300.00	300.00	300.00		3,300.00
76.00		9.00	5.00	16.00	39.00	50.00	343.00
5.00	5.00				5.00		41.00
292.00			80.00		80.00		598.00
246.00	342.00	347.00	514.82	392.00	515.00	466.00	4,691.82
	10.00		172.00		58.00		334.00
1,393.00	1,303.00	1,446.00	888.00	1,177.00	1,203.62	1,158.00	14,331.87
16.00						60.00	270.50
							120.00
12,000.00	4,000.00	5,000.00		5,000.00		9,500.00	67,300.00
				5,000.00			5,000.00
				9,146.46			9,146.46
				23.75			58.75
24,492.74	15,504.68	16,968.74	11,824.56	30,900.89	12,068.36	21,097.68	230,539.59

CIONES

1,142.50	642.50	1,142.50	1,032.50	842.50	872.50	1,202.50	11,490.00
935.00	1,260.00	1,319.99	1,105.00	1,015.00	1,349.16	1,153.33	13,404.98
102.00	121.66	105.00	172.00	92.72	130.00	105.00	1,370.63
218.50	205.00	247.63	216.50	220.25	242.50	205.00	2,777.13
1,598.33	735.00	396.00	22.00	1,690.00	92.00	146.75	9,107.71
1,355.00	1,427.75	1,407.75	1,463.25	1,349.00	1,427.00	1,457.25	16,882.33
275.00	275.00	275.00	275.00	275.00	287.50	287.00	3,299.50
120.00	150.00	248.63	150.00	120.00	120.00	150.00	1,708.63
4,656.48	1,216.22	44.30	869.45	9,521.89	210.31	6,106.43	30,126.46
90.50	644.52	755.40	690.00	3,212.57	296.75	707.55	8,971.83
160.00	24.00					80.00	264.00
50.00	50.00	95.00	25.00	67.00			342.00
639.63	711.13	499.13	650.25	499.87	576.63	525.76	6,297.03
182.00	227.50	182.00	227.50	182.00	182.00	227.50	2,413.00
361.06		63.00	425.00			406.00	8,378.22
1,965.80	2,579.65	3,604.61	2,136.05	2,133.99	2,174.92	3,430.86	30,004.36
1,636.80	781.10	850.55	883.22	1,641.53	824.81	140.62	15,024.80
332.50	665.00	430.00	225.00	978.00			4,223.00
42.00				600.00			2,070.43
			84.00	56.62		54.00	1,051.61
	26.25	51.00	45.00		42.00	35.25	432.25

Continuación

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Manteca.....	394.00	910.00	412.50	929.20	302.00
Jabón.....	20.50	257.50	15.25	21.75	78.50
Combustible.....	316.00	771.68	384.00	691.00	178.50
Luz y Fuerza.....	485.50	973.14	665.87	842.17	.....
Impresiones.....	44.00	59.00	42.00	30.00	75.00
Cocina.....	1,607.00	800.00	900.00	800.00	814.00
Harina.....	.....	17.25	992.00	966.00	2,050.94
Frijoles.....	.....	837.50	113.75	.....	.....
Petates.....	.....	90.00	54.00	.....	.....
Hielo.....	.....	.....	112.50	.....	253.75
Ropería.....	.....	.....	25.69	33.05	2,139.28
Café.....	.....	.....	.....	1,820.00	.....
Eventuales.....	80.91	90.35	197.05	197.65	218.00
	14,862.54	20,567.39	19,342.59	17,709.87	21,500.83

RESU

Existencia del año anterior

Ingresos al año de 1916

Erogaciones del año de 1916.....

Existencia a Enero 1o. de 1917...

Tesorería del Hospital Rosales: San

El Director,

RAMÓN GARCÍA GONZÁLEZ.

del anexo No. 6.

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTALES
	209.00	202.00	176.00	454.50	98.18	336.00	4,423.38
72.25	79.75		180.00		312.50		1,038.00
126.00	149.00	811.00	63.00	1,771.00	442.00	561.50	6,264.68
486.57	182.60	486.57	177.80	1,146.14	676.07	985.14	7,107.57
			19.50			20.00	289.50
914.00	807.00	800.00	800.00	900.00	800.00		9,942.00
3,291.78	936.50	1,122.34	104.61	1,394.83	207.89		11,084.14
1,233.12					594.00		2,778.37
60.00				70.50			274.50
	135.63	135.62			393.75		1,031.25
1,545.78	1,021.73	517.58	1,000.00	520.03	750.00	750.00	8,303.14
							1,820.00
222.30	187.50	111.66		92.03	214.00	461.04	2,072.49
23,814.90	15,450.99	15,904.26	13,217.63	30,846.97	13,316.47	19,534.48	226,068.92

MEN

\$ 3,319.05	
227,220.54	\$ 230,539.59
	226,068.92
	\$ 4,470.67

Salvador, 31 de diciembre de 1916.

El Tesorero,
VÍCTOR NOUBLEAU.



CUADRO que expresa con resúmen los gastos autorizados por la Dirección del Hospital Rosales durante el año de 1916.

Sueldos de Empleados.....		11,550.00
Médicos y Practicantes.....		14,196.67
Gabinete de Electroterapia.....		1,420.63
" " Bacteriología.....		2,633.13
Arcenal Quirúrgico.....		9,072.71
Sirvientes y Enfermeros.....		16,883.00
Honorarios Hermanas.....		3,299.50
Policia.....		1,709.13
Farmacia.....		31,492.79
Construcciones y reparaciones.....		9,712.02
Mobiliario.....		264.00
Gastos Generales.....		129,239.16
Planillas operarios.....	6,297.03	
" panaderos.....	2,413.00	
Harina.....	11,084.14	
Maíz.....	8,207.22	
Carne.....	30,186.06	
Leche.....	15,274.67	
Café.....	1,820.00	
Azúcar.....	4,841.00	
Frijoles.....	3,228.37	
Arroz.....	2,070.43	
Almidón.....	1,048.01	
Sal.....	432.25	
Manteca.....	4,209.38	
Jabón.....	1,238.00	
Combustible.....	6,617.68	
Hielo.....	1,601.22	
Luz y Fuerza Motriz.....	7,844.47	
Ropería.....	8,303.14	
Petates.....	274.50	
Impresiones.....	302.50	
Cocina.....	9,942.00	
Eventuales.....	2,003.99	
		231,472.64

Hospital Rosales: San Salvador, diciembre 31 de 1916.

ACTIVO Y PASIVO del Hospital Ro.

ACTIVO

Edificio	\$ 1,495,000.00
Terrenos	8,897.25
Sucesión Torres	500.00
Acciones Sociedad Anónimas	250.00
Mobiliario	75,000.00
Hidroterapia y Lavandería	44,000.00
Sanatorio	10,000.00
Finca Reyes	15,220.00
Ropería	10,000.00
Instituto Antirrábico	1,900.00
Semovientes	3,020.00
Obligaciones por cobrar	350.00
Caja	4,470.67
Farmacia	40,000.00
Carros Fúnebres	1,000.00
Gabinete de Electroterapia	16,500.00
" " Bacteriología	8,000.00
Arsenal Quirúrgico	58,000.00
Rosemblum Hermanos cta. plata	8,000.00
	<hr/>
	\$ 1,800,107.92

Hospital Rosales: San Salva

sales, al 31 de Diciembre de 1916.

PASIVO

Lotería.....	\$ 8,303.76	
Banco Occidental.....	858.62	
„ Salvadoreño.....	5,834.65	
Cuentas corrientes oro.....	7,928.50	
Cambios.....	15,857.00	
M. Meardi y Cía. cta. plata.....	11,539.18	
Sueldos de Empleados.....	360.00	
Médicos y Practicantes.....	966.67	
Sirvientes y Enfermeros.....	34.00	
Farmacia.....	1,501.33	
Construcciones y Reparaciones.....	927.48	
Gastos Generales.....	12,462.83	\$ 66,574.02
Hospital Rosales.....		1,733,533.90
		\$ 1,800,107.92

dor, diciembre 31 de 1916.

LA FIEBRE BILIOSA HEMOGLOBINURICA

Al apreciable colega y distinguido facultativo DR. LUIS V. VELASCO.

En los «Archivos del Hospital Rosales» números 104, 105 y 106, correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo del corriente año y bajo el acápite de «¿Existe entre nosotros la Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica?», he leído un artículo del distinguido facultativo Dr. Luis V. Velasco, en el cual demuestra la existencia de dicha fiebre en nuestro suelo y llama la atención de sus colegas a ese respecto. Ignoro el motivo de no haber recibido en su oportunidad dicho número de la expresada revista, pues siempre la he estado recibiendo con puntualidad, y no fue sino a mediados del mes próximo pasado, en que a propósito de un caso de dicha pirexia que fuí llamado a asistir, el joven estudiante de medicina don David A. Luna me llamó la atención sobre el artículo del doctor Velasco y él mismo se encargó de pedirme a San Salvador el ejemplar de los «Archivos» que tengo a la vista.

Aunque en mi práctica de medicina en el Hospital Rosales nunca tuve la oportunidad de abservar un tan solo caso de la expresada fiebre, creí, que dada la frecuencia con que dicha pirexia se presenta en esta ciudad, poco más o menos de las mismas condiciones climáticas que la Capital, allá sucedería de idéntica manera y por esta razón no había dado al asunto la importancia que requería. Hoy que por el artículo del Dr. Velasco veo que está lejos de ser así, he creído oportuno dar a conocer algunos casos que he tenido la oportunidad de observar en esta ciudad, en donde desgraciadamente se presenta con alguna frecuencia.

Ignoro si la Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica existía en esta población antes del año 1905, pues acerca del

particular carezco de datos, pero en noviembre de ese año hizo las dos primeras víctimas de que yo tengo conocimiento, en dos personas importantes de la población: un apreciable caballero como de 45 años de edad, a quien vino a asistir exprofesamente desde Santa Ana el Dr. Carlos Medina, entonces Director del Hospital de aquella ciudad, quien me refirió el caso, siendo yo entonces estudiante de Cuarto Curso de medicina. El segundo caso se presentó en una señorita como de 22 a 24 años de edad, quien fue asistida por el Dr. Marcos Figuroa. Ambos casos fueron fatales. También se presentó un tercer caso en un niño de 8 años de edad, que fué asistido por el Dr. Rafael Tobías, quien tuvo la satisfacción de salvar a su paciente. De estos casos no se llevó ninguna observación especial y guardo memoria de ellos únicamente por referencia de los médicos que los asistieron y por el carácter fulminante de los dos primeros casos que, como es natural, por tratarse de una enfermedad desconocida hasta entonces o casi desconocida, puso en alarma a los habitantes de esta población. Durante el año 1906 se presentó otro caso en un joven de 16 años, que fué asistido por el Dr. Miguel Angel Tobías, que fué también de terminación favorable. No tengo datos que se haya presentado otro caso durante el año 1907, hasta en diciembre de 1908 en que fuí llamado a asistir mi primer caso.

1ª. Observación.—Niña de 14 años de edad, quien desde hace algún tiempo viene padeciendo de paludismo crónico. Fuí llamado a las 11 de la mañana, dos horas después de iniciado el acceso por un escalofrío intenso, como de una hora de duración. La hemoglobiuria se presentó poco antes de las 11, presentándose las orinas desde el primer momento intensamente coloreadas y no paulatinamente como sucede en algunos casos. A mi llegada examiné detenidamente a mi enferma, comprobando: temperatura, 40 grados; conjuntivas y piel presentando un tinte ictérico algo pronunciado, así como la lengua; dolores en la región lumbar;

bazo hipertrofiado; vómitos mucosos y postración. Confieso que me encontré perplejo, casi sin saber qué hacer y por añadidura, sin poder recabar la opinión de ningún colega, pues en aquel entonces era yo el único facultativo de la población. En vista de la intensidad de la fiebre y tratándose de una palúdica inveterada, no vacilé en inyectar desde el primer momento un gramo de clorhidrosulfato de quinina, administrando seguidamente antipiréticos y una inyección de ergotina de un gramo; medicamentos antivomitivos y una poción de dos gramos de ergotina a tomar por cucharadas de hora en hora. Considerando el caso de suma gravedad, visité a mi enferma varias veces durante la tarde, comprobando cada vez el aumento gradual de la ictericia que ya por la tarde era intenso, presentándose las conjuntivas del color de la yema de huevo y la piel de color amarillo oscuro. Los vómitos que en mi primera visita eran mucosos, por la tarde se presentaron biliosos, siendo de un color igual al de la conjuntiva. Las orinas de color rojo-oscuro, semejan el color del vino de Málaga, dejando manchado de amarillo el recipiente. Ha habido un asiento también de color amarillo. Temperatura, la misma no obstante la quinina y los antipiréticos. Por la noche el mismo estado. Pongo otra inyección de gr. 0.50 de quinina y agrego a la poción de ergotina 15 gotas de solución de adrenalina al milésimo. Durante la noche permanece en el mismo estado; las micciones se repiten varias veces, siendo del mismo color que por la tarde. Por la mañana del siguiente día, estado idéntico, temperatura, la misma, sin que se haya logrado hacerla descender de ninguna manera. Pongo otra inyección de un gramo de quinina y otra de ergotina. En vista del estado de la enferma formulo un pronóstico fatal, que encuentra su confirmación a la 1 de la tarde de ese mismo día, hora en que la enferma sucumbió en el estado tifoideo. Para alejar la sospecha de un caso de hemoglobinuria de origen quínico diré: que la enferma en referencia, aunque palúdica inveterada, no había sido sometida a ningún tratamiento específico, conten-

tándose sus familiares con la administración de sudoríficos cada vez que se presentaba el acceso palustre. Se trataba pues, en mi humilde modo de pensar, de un caso de Fiebre Biliosa Hemoglobinúrica.

Siendo el Paludismo la enfermedad endémica por excelencia de esta población y en previsión de nuevos casos que pudieran presentarse idénticos al anterior, pedí por ese tiempo a París la segunda edición del "Traité du Paludismo" por Laveran y un «Traité Practique des Maladies des Pays Chauds et Tropicaux» por J. Brault, encontrando perfectamente descrita, especialmente en la primera de las obras citadas, la pirexia en cuestión.

Durante los años de 1909, 1910, 1911 y 1912 no pude observar ningún otro caso semejante, ni llegó a mis oídos que durante ese largo período se haya presentado otro caso de la misma naturaleza. Mi segundo caso se presentó en diciembre de 1913.

2ª. *Observación.*—En los primeros días de dicho mes fui llamado cerca de una jovencita de 14 años de edad, palúdica, que presentaba un ataque de bronquitis aguda, que me apresuré a combatir por los medios usuales. Durante dos días nada de particular. Al tercer día sobrevino un escalofrío intenso, seguido inmediatamente de elevación rápida de la temperatura, la cual alcanzó en pocos momentos a 40 grados. Aunque presentaba ya un ligero tinte icterico de las conjuntivas, no paré mientes en ello y creyendo que se trataba de un ataque de paludismo agudo, administré un sudorífico y clorhidrato de quinina por la vía gástrica. Una hora después se presentó la hemoglobinuria, seguida poco después de vómitos y dolores lumbares. Las orinas fuertemente coloreadas, se presentan desde el primer momento del color característico: rojo-oscuro, casi negras, manchando de amarillo el recipiente. Como en esta ocasión me encontraba ya preparado por haber estudiado con anticipación la fiebre biliosa hemoglobinúrica en las obras ya citadas, decidí poner en práctica el tratamiento aconse-

jado por esos autores. Practiqué seguidamente una inyección de un gramo de clorhidrato de quinina en la región glútea, una inyección de ergotina de un gramo en la región lumbar y la siguiente poción cloroformada aconsejada por Quennec: cloroformo 5 gramos, goma arábica en polvo cantidad suficiente y agua 250 gramos para tomar por cucharadas cada media hora. Bebidas aciduladas y lavados rectales de agua tibia, simple o ligeramente adicionada de sal marina. Estos lavados salen completamente amarillos, semejantes al color de una solución un tanto concentrada de ácido pícrico. A la mañana siguiente, la temperatura ha descendido a 39 y medio grados, pero los demás síntomas no presentan alteración alguna. Practico otra inyección de un gramo de quinina y otra de ergotina en la región lumbar. A la poción cloroformada agregó 5 centigramos de clorhidrato de cocaína y agua de menta en lugar de agua simple. Por la tarde la temperatura continúa siempre en gr. 39.5. Doy un gramo de piramidón repartido en tres dosis y practico otra inyección de gr. 0.50 de quinina. A la mañana siguiente la temperatura ha descendido a 38 grados y se nota la mejoría en el estado general de la enferma. Me parece notar que las orinas son menos pronunciadas de color; los vómitos continúan. Inyección de un gramo de quinina y se continúa administrando la poción cloroformada. Ordeno que se me guarde en diferentes recipientes la orina excretada durante el día y por la tarde compruebo con satisfacción que esta es normal, habiendo desaparecido la hemoglobinuria gradualmente, como pude comprobarlo por el examen de las diferentes orinas. Como lo aconseja Quennec, en la primera de las obras citadas, administré seguidamente hidrato de cloral en lavado y suspendo la poción de cloroformo. A partir de este momento la enferma continúa mejorando gradualmente: los vómitos se suspenden, así como los dolores lumbares, persistiendo únicamente un ligero estado febril (37.5) durante cuatro o cinco días, motivo por el cual continúo inyectando dia-

riamente gr. 0.50 de quinina y gr. 0.30 de antipirina. También se continúan los lavados rectales de agua tibia hasta desaparición de la ictericia ocho días después. Después continuó con tratamiento arsenical y antisépticos intestinales. El éxito fué completo.

3^a. *Observación.*—Niño de dos años de edad, que fué atacado el día 20 de septiembre de 1915 de fuerte escalofrío, con elevación rápida de la temperatura a 39.5 grados, vómitos verdosos, dolores lumbares y hemoglobinuria. El caso se presentó en una finca distante de esta población como tres kilómetros. Traído inmediatamente a la población, fuí llamado a asistirlo como cuatro horas después de principiado el acceso, comprobando ya cierto grado de ictericia de las conjuntivas y de la piel. La coloración de las orinas se hizo progresivamente, siendo ya bastante pronunciada a mi primera visita. Instituí el mismo tratamiento del caso anterior: poción cloroformada, a tomar por cucharadas cada media hora, alternándola con una poción de ergotina; inyección de gr. 0.50 de clorhidrato de quinina, y gr. 0.25 de piramidón por la vía gástrica. Por la tarde la temperatura ha descendido a 39 grados, pero los vómitos continúan. La coloración amarilla de las conjuntivas y de la piel es más intensa y las orinas de un color rojo obscuro, dejando manchado de amarillo el recipiente. Practico por la noche otra inyección de quinina de la misma dosis, continuando con la poción de cloroformo y la de ergotina. Por la mañana del día 21 encuentro que la temperatura ha descendido a 37.5 grados y habiendo hecho orinar al enfermito, compruebo que la orina es normal. Los vómitos son ya menos frecuentes. A seguir desde este momento ordeno lavados rectales de agua tibia, que son devueltos completamente amarillos. Por precaución continuó administrando la poción cloroformada por cucharaditas de hora en hora. Practico otra inyección de quinina de la misma dosis y administro una poción de 4 gramos de extracto blando de quina en 150 gramos de agua endulzada, a tomar por cucharadas cada dos ho-

ras. Durante dos días más practico una inyección diaria de gr. 0.50 de quinina y lavados rectales diarios de agua tibia hasta la desaparición de la ictericia. El enfermo se encuentra perfectamente curado.

4ª *Observación.*—Niño de tres años de edad, que como el del caso anterior fué acometido el día 19 de diciembre de 1915 de un violento escalofrío, presentando en seguida síntomas en un todo idénticos a los del caso anterior. Para no ser demasiado extenso diré solamente que desde el primer momento que fuí llamado, instituí el mismo tratamiento con el mismo éxito. Solamente agregaré que en este caso la hemoglobinuria desapareció sin ninguna transición hasta los tres días, persistiendo un ligero estado febril, (37.5 grados) durante seis días más, que desapareció con una inyección diaria de clorhidrato de quinina de gr. 0.50 y gr. 0.30 de antipirina. La ictericia, mucho más intensa en este caso, desapareció como ocho días después de desaparecida la fiebre.

Por esos mismos días se presentó otro caso idéntico en una joven de 18 años de edad, a quien fuí llamado a asistir diez horas después de haber aparecido la hemoglobinuria. Seguí con esta enferma el mismo tratamiento de los casos anteriores, habiendo desaparecido la hemoglobinuria dos días después. En este estado la enferma dejé de asistirle por haberse negado los familiares a que le practicara las inyecciones necesarias y haber adquirido la certidumbre de que conmigo colaboraba un empírico, quien de contrabando visitaba a la enferma haciendo las consiguientes indicaciones, que tal vez eran mejor atendidas que las mías. Considerándome ofendido en mi dignidad profesional por tan incorrecto proceder, hube de retirarme, quedando dicha enferma en manos del charlatán, (sus familiares se negaron a que la asistiera otro facultativo) quien desde luego hizo su diagnóstico de *fiebre tifoidea* y comenzó su ingrata obra de destrucción con la administración estúpida de medicamentos y pócimas, hasta ver coronada su obra con la muerte de la enferma seis u ocho días después.

5ª Observación.—El 9 de agosto del corriente año a las 6 p. m., fuí llamado cerca de una niña de 8 años de edad, quien sin escalofrío inicial fué acometida en pocos momentos de fiebre de 40 grados. Creyendo un ataque de paludismo agudo, pues se trataba de una niña que a cortos intervalos venía padeciendo de fiebres palustres, formulé unos paquetitos conteniendo gr. 0.50 de euquinina y gr. 0.30 de piramidón para tomar uno mañana y noche. A la 1 de la mañana fuí llamado nuevamente al lado de la enferma, pues al decir de sus familiares había orinado sangre. Demás está decir que, excepción hecha del escalofrío con que siempre se inicia la fiebre biliosa hemoglobinúrica, los demás síntomas fueron idénticos a los de los otros casos y que fué sometida al mismo tratamiento, logrando hacer desaparecer la fiebre y la hemoglobinuria dos días después. Desgraciadamente al 5º día sobrevino una poliomyelitis aguda de carácter grave, de fatal desenlace ocho días después.

6ª Observación.—El 9 de noviembre del corriente año a las 11 a. m., llegó a mi clínica particular un niño de 13 años de edad (hermano del niño de la observación 4ª), quien desde hacía como seis días venía padeciendo de fiebres palúdicas del tipo cotidiano. Sus familiares administrábanle pequeñas dosis de euquinina sin lograr hacerlas desaparecer. Fué traído a mi consulta por haber orinado sangre hacía un cuarto de hora. En el momento en que me fué presentado no tenía fiebre, pero el escalofrío se iniciaba ya por sensaciones de frío en los pies y las manos. Examinadas las conjuntivas noto ya un ligero tinte icterico y dolores vagos en la región lumbar. Formulé una poción cloroformada a tomar por cucharadas cada media hora y una poción de 2 gramos de ergotina. Dos horas después fuí llamado, encontrando al enfermo con una temperatura de 40 grados y vómitos verdosos. A partir desde este momento sometí al enfermo al mismo tratamiento seguido en los casos anteriores, sustituyendo a la poción de ergotina, las inyecciones de la misma, por ser aquella mal tolerada por

el estómago. La hemoglobinuria desapareció el día 11 paulatinamente, siendo ya normal la orina a las 12 de ese día. La fiebre es insignificante y los vómitos persisten. Ordeno un enema de 2 gramos de cloral y 2 gramos de bromuro de potasio, el cual es absorbido por el enfermo en su totalidad, produciendo un sopor que alarma a sus familiares. Llamado por este motivo, inyectó gr. 0.25 de cafeína y ordeno una lavativa de café. El enfermo despierta de su sopor sin vómitos, sucediendo al sopor una verborrea inusitada: el niño discurre sobre diferentes motivos con una verbosidad asombrosa, estado que se prolonga durante toda la tarde. El día siguiente nada de fiebre; el enfermo dice encontrarse perfectamente. Continúo durante cinco días inyectándole gr. 0.50 de clorhidrato de quinina y dos lavados rectales diarios de agua tibia hasta desaparición de la ictericia seis días después.

7ª Observación.— Joven de 17 años de edad, la misma de la observación 2ª. Fui llamado a asistirle a las 10 de la mañana del día 23 de noviembre del corriente año. Fue atacada de fuerte escalofrío la víspera a las 7 y media de la noche y elevación considerable de la temperatura. A las 11 de la noche se presentó la hemoglobina, pero desgraciadamente no fui llamado con la presura que el caso requería, sino 15 horas después de iniciado el acceso de fiebre. Examinada la enferma, la encuentro con una temperatura de 40 grados, pulso acelerado, respiración un tanto fatigosa, inquietud, dolores lumbares, ictericia intensa. Ha tenido cuatro o cinco micciones de color rojo oscuro, casi negro; los vómitos son escasos. Considero el caso de bastante gravedad, tanto por tratarse de una recidiva, como por no haber podido comenzar el tratamiento poco después de principiado el acceso, como en la primera vez. Practico una inyección de un gramo de quinina y otra de ergotina en la región lumbar, administrando al mismo tiempo medicamentos antipiréticos y la consabida poción de cloroformo. Por la tarde de ese día y durante las primeras

horas de la noche, la temperatura ha cedido, pero el estado general continúa grave. La enferma cae en el coma en el cual sucumbe a las tres de la mañana, a pesar de las repetidas inyecciones de cafeína y de aceite alcanforado que se le ponen para combatirlo. Debo advertir que esta enferma padecía de paludismo hacía 15 días y no había tomado quinina.

Después de este caso y durante el corriente mes, he asistido otro caso idéntico con feliz resultado en una niña de 12 años de edad, la cual se encuentra en la actualidad en vías de restablecimiento. Además de los casos que dejo apuntados y que han sido asistidos por mí, el doctor Manuel A. Ticas curó de la misma enfermedad a un niño de 14 años y durante el mes pasado fue llamado a asistir en el campo y para un caso idéntico, a un niño como de 14 años que falleció pocos momentos después de su llegada. También tengo conocimiento que durante el mes pasado, se presentaron en algunos caseríos de esta jurisdicción, tres casos fatales de fiebre biliosa hemoglobinúrica, todos ellos en personas adultas, quienes según datos que me han sido suministrados por sus familiares presentaron un cuadro clínico idéntico, solamente que tuvieron vómitos y asientos sanguinolentos, síntomas que no he encontrado en ninguno de mis casos. Creo pues que se trataba de casos de fiebre biliosa hemoglobinúrica de forma hemorrágica. Según puede verse en todas mis observaciones todos mis casos se han presentado en personas menores de 18 años, no habiendo hasta la fecha, observando personalmente ninguno en ningún adulto. De ello saco en consecuencia que dicha pirexia es más común en los jóvenes que en los adultos y que éstos están más expuestos que los primeros, a las formas hemorrágicas y mortales. Todos los casos observados, como los que me han sido referidos, se han presentado invariablemente durante los meses de agosto y diciembre, no habiendo observado uno tan solo, en otra época del año.

También he observado durante el corriente mes un caso de hemoglobinuria de origen químico. Se trataba de una joven de 16 años, en quien para combatir un paludismo agudo, hacia diez días que le inyectaba diariamente gr. 0.50 de quinina y a veces hasta un gramo. El undécimo día, sin escalofrío y sin elevación considerable de la temperatura tuvo una micción de color rojo obscuro bastante pronunciado. Llamado inmediatamente por este motivo, inyecté en la región lumbar un gramo de ergotina y por precaución formulé la poción cloroformada de Quennec y limonadas. Dos o tres horas después la enferma tuvo otra micción casi de color normal y la emoglobinuria no volvió a presentarse. Suspendí las inyecciones de quinina durante cuatro días. Al quinto día practiqué otra inyección de gr. 0.50 de quinina en 10 gramos de suero fisiológico y tres horas después se presentó nuevamente la hemoglobinuria. Mismo tratamiento que la vez anterior y suspensión definitiva de la quinina. Hoy la enferma se encuentra perfectamente.

Conviene aquí advertir que todos los enfermos atacados de fiebre biliosa hemoglobinúrica que he asistido, eran palúdicos atacados de esta enfermedad en sus diversas formas y algunos de ellos no habían tomado quinina, para hacer suponer una hemoglobinuria de origen químico. En todos ellos he administrado la quinina por las vías gástrica e hipodérmica sin haber notado por ese motivo exacerbación de los síntomas. Algunas estadísticas son desfavorables al empleo de la medicación química en el tratamiento de la fiebre bilioso hemoglobinúrica y condenan al empleo de la quinina, la cual debería excluirse del tratamiento. Laveran dice que es imposible excluirla y aconseja su uso moderadamente. En mi humilde modo de pensar y en vista de mis observaciones personales, creo que debe usarse la quinina, aunque vigilando sus efectos, pues la fiebre biliosa hemoglobinúrica no se presenta jamás en los países en donde no hay endemia palustre y ataca de preferencia las personas afectas de esa enfermedad.

De esta manera creo poder contestar afirmativamente el acápite del artículo del apreciable doctor Velasco: *La fiebre biliosa hemoglobinúrica existe entre nosotros.*

Metapán, diciembre 20 de 1916.

BENJAMIN E. MANCIA.

UN CASO DE ASISTOLIA AGUDA POR CORAZON FORZADO

(Observación recogida en el 3er. Servicio de Medicina del Hospital Rosales, a cargo del doctor LUIS V. VELASCO, por el alumno de Clínica Médica, don Ernesto Pavón.)

I

Martín Jacobo, de 48 años de edad, soltero, mecapanero, de esta ciudad, ingresa el 14 de noviembre próximo anterior al 3^{er}. Servicio de Medicina y ocupa el lecho N^o 365.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia, si se exceptúa el de su padre que murió probablemente de hemorragia cerebral.

Antecedentes personales.—Ha sido sano durante toda su vida. La única enfermedad de que ha padecido es la viruela que le atacó cuando tenía 13 años de edad. Después ha sufrido algunos traumatismos sin importan-

cia, que han dejado cicatrices. No presenta antecedentes venéreos de ninguna clase. Sus hábitos y costumbres han sido regulares y no ha abusado del alcohol ni del tabaco; sí, es un buen bebedor de café negro.

Historia de su enfermedad.—El 11 de noviembre próximo pasado hizo un viaje al vecino pueblo de Ilo-pango, que dista 12 kilómetros poco más o menos, conduciendo a costas una máquina de coser propia para zapatería, que pesaba once arrobas; de regreso, muy fatigado, sudando y bastante agitado por la caminata, pero sin sentir ningún malestar, fué alcanzado por un fuerte y prolongado aguacero con mucho viento. Sintió un frío bastante intenso, seguido de entumecimiento de los miembros, dolor de cabeza, elevación de temperatura y malestar general muy grande. Siguió su camino a duras penas; se quedó a dormir en Soyapango, a tres kilómetros de esta ciudad, pasando muy mala noche por sentir una fuerte opresión que le dificultaba la respiración. No tenía tos. El día siguiente (12), continuó su camino hasta llegar a su casa, sintiendo los mismos trastornos generales, entumecimiento y hormiguelo de las extremidades y notando que las inferiores se le habían edematizado. La fiebre le desapareció como al medio día y no ha vuelto a presentarse en lo sucesivo. Continuó del mismo modo el día 13 y el 14 ingresó a esta sala.

EXAMEN SOMÁTICO

Examinado ese mismo día, se ve que es un hombre de talla mediana, de buena constitución, no parece enflaquecido; esqueleto y sistema muscular bien desarrollados, que está en su lecho en decúbitus dorsal completamente horizontal por no poder soportar una almohada muy elevada. Llama la atención una disnea intensa que se aumenta al menor esfuerzo. El enfermo no puede sen-

tarse en su lecho sin ayuda. La cabeza es bien conformada, el cráneo no ha sufrido ningún traumatismo reciente ni presenta nada de particular; cabellos negros, medianamente abundantes, con algunas canas. *Psiquismo* normal. La cara vultuosa, ligeramente cianótica denota ansiedad y sufrimiento. En la cavidad bucal e istmo de las fauces, nada de particular. El cuello algo corto, grueso, sin estruma, ganglios, ni infarto venoso, ni pulso venoso. Tórax bien conformado, ligeramente infundibuliforme.

Aparato circulatorio.—No hay abombamiento de la región precordial; no se notan movimientos ondulatorios ni estremecimiento catario. La punta del corazón apenas perceptible, late en el 5º espacio intercostal izquierdo como a cuatro centímetros hacia afuera de la línea mamilar. A la percusión, el área de la macicez relativa está aumentada: para la línea A B da 9; para la B C da 16 centímetros, los que multiplicados entre sí y por la fracción 0.83 dada por Potain, resultan 139,52 c². Hay que hacer notar que la punta late un poco arriba de la línea inferior de la macicez. La macicez absoluta está ligeramente aumentada. A la auscultación los latidos del corazón se oyen muy debilitados, son frecuentes, irregulares e intermitentes; no se percibe soplo alguno, frote ni ningún ruido anormal; hay dolor precordial continuo, pero ligero; no se aumenta con la presión del epigastrio ni hay punto frénico. El pulso radial es frecuente: 98 por minuto, miserable, depresible, irregular e intermitente. Las arterias son blandas y parecen no haber perdido mucho de su elasticidad natural.

Aparato respiratorio.—Excursión limitada; el hemitorax derecho parece moverse aunque muy ligeramente, con mayor amplitud. La respiración es de tipo costo-diafragmático, algo superficial, anhelante, frecuente, 28 por minuto y dificultosa en los dos tiempos (polipnea). Hay un poco de aumento de las vibraciones vocales en ambas bases pulmonares, lo mismo que submacicez y a la auscultación se oyen estertores subcrepitantes finos disseminados. En el resto del pulmón nada de anormal. No hay tos.

Abdomen y órganos abdominales.— El abdomen es plano, de flancos algo salientes, de paredes lisas, suaves, depresibles, no hay gorgoteo, crepitación nevosa ni ascitis. El *higado* está aumentado de volumen, duro, de borde romo que sobrepasa como un través de dedo el reborde costal y alcanza hacia arriba hasta el 4º espacio intercostal derecho al nivel de la línea mamilar. Es poco doloroso a la presión. El *bazo* no es palpable, pero sí percutible. *Riñones* físicamente nada apreciable; el enfermo no ha notado ni aumento ni disminución de la cantidad de orina. En el *estómago* y demás órganos, nada apreciable. Apetito disminuído, no hay disfgia, digiere bien y hace dos cámaras al día. *Organos genitales* sanos y bien conformados.

El *sistema ganglionar* es normal. El *sistema nervioso* y *órganos de los sentidos*, normales. La piel es seca, fría; las extremidades cianóticas y las inferiores edematizadas hasta la rodilla.

Se prescribe un purgante de aguardiente alemán (45 gramos), reposo y régimen lácteo exclusivo.

Día 15.—Ligera mejoría. Se da un gramo de cafeína en poción con tintura de quina y se deja el mismo régimen. La orina es de 1,100 c. c. Se hacen los exámenes de sangre y orina que dan:

SANGRE:

Glóbulos rojos.	4,740.000	por m. m ³ .
„ blancos.	6.000	„ „ „
Hemoglobina.	80	por ciento.
Valor globular.	0.84	

FÓRMULA LEUCOCITARIA:

Polinucleares Neutrófilos.	71	por ciento.
„ Eosinófilos.	3	„ „
Linfocitos.	23	„ „
Grandes mononucleares	3	„ „

No se encontraron hematozbarios.

ORINA:

No hay azúcar ni albúmina; en el sedimento hay algunos cristales de ácido úrico y raros de oxalato de cal.

Día 16.—La disnea es menor. El mismo estado general. El mismo tratamiento. La orina es de 1,000 c. c.

Día 17.—El mismo estado. Orina: 1,300 c. c. Lo ve el doctor Velasco por primera vez y le deja XL gotas de solución de digitalina en dos dosis, que también las toma el 18. La mejoría se acentúa. El 19, tisana de grama. El 20 se prescriben XXX gotas de tintura de estrofantó en tres dosis, que toma los días siguientes, hasta el 29. En este período de tiempo la cantidad de orina aumenta, oscilando entre 1,500 a 3,300 c. c. La mejoría se hace cada vez más notable. El 22 los latidos cardíacos son un poco más fuertes y aparece un soplo suave, dulce, prolongado, que ocupa todo el primer tiempo, que se oye sólo al nivel de la punta y que no se propaga en ninguna dirección. El 27 los latidos cardíacos algo más intensos; ha desaparecido casi el edema de las extremidades inferiores, así como la congestión hepática y de las bases pulmonares. El soplo se caracteriza más, es más fuerte y se propaga hacia la axila izquierda; pero no se percibe en ningún otro foco de auscultación; se nota también una ligera acentuación del segundo ruido al nivel del foco de la pulmonar. Se cambia el régimen lácteo exclusivo por el lácteo-vegetariano. Se saca un trazado esfigmográfico del pulso radial derecho que pone de manifiesto todas las cualidades ya enumeradas, excepto que ahora es más fuerte.

El 30 se suspende el tratamiento del enfermo para dejarlo en descanso. La cantidad de orina continúa elevada sin embargo, llegando el 4 del corriente hasta 3,800

c. c. Como se nota disminución de la intensidad de los ruidos del corazón y pequeñez del pulso, el día 5 se administran de nuevo XL gotas de digitalina en dos dosis. El 6 y el 7 toma X gotas mañana y tarde. El corazón recobra su energía; la orina ha bajado a 1,900 c. c. Desde el principio hasta la fecha, la macicez relativa del corazón ha disminuído un centímetro de circunferencia. La mejoría es evidente, pero lenta.

Consideraciones.—En presencia de los datos suministrados por el enfermo y lo observado aquí en el Servicio: disnea, debilitamiento de los latidos del corazón, pequeñez del pulso, arritmia, congestión del hígado, el bazo y bases pulmonares, edema de las extremidades, no cabe duda que se trata de un caso de *asistolia*. La pericarditis con derrame puede a veces simular un ataque de asistolia; pero en el presente caso los antecedentes del enfermo, la falta de fiebre, los caracteres del dolor precordial, el hecho de percibirse el choque de la punta junto con la ausencia de disfagia, la poca extensión y la forma netamente triangular de la macicez absoluta hacen desde luego desecharla. Pero, si es una asistolia ¿a qué forma clínica pertenece?, ¿cuál es su causa?

Sabido es que cada enfermo, dice el doctor Barié, presenta la asistolia a su manera. En ese estado cada órgano lucha aisladamente según su situación anterior de integridad o deficiencia. De aquí las diferencias clínicas, porque las manifestaciones viscerales tienen su asiento en los *lugares de menor resistencia* constituyendo toda una serie de *asistolias locales* (Potain). En los alcohólicos por ejemplo, la congestión y éxtasis venosa comenzarán de preferencia por el hígado, lo que engendrará una ascitis precoz antes que los edemas de las extremidades inferiores y las complicaciones del pulmón y los riñones se hayan manifestado. Al contrario en los bronquíticos y enfisematosos los accidentes asistólicos se harán sentir desde luego en los pulmones.

Así se explica la razón que han tenido los autores de considerar en la asistolia muchas formas clínicas,

creadas un poco artificialmente, pero que facilitan la comprensión de la enfermedad. Se han hecho en primer término dos grandes divisiones:

- 1º—Asistolia aguda o transitoria, y
- 2º—Asistolia crónica.

Ambas pueden ser producidas por causas cardíacas o extra-cardíacas; pero la *crónica* tiene por característica que va estableciéndose poco a poco y cuando se muestra ya se ha hecho desde mucho tiempo atrás el diagnóstico causal. Es decir, es la terminación fatal o la complicación temible de toda una serie de enfermedades. La asistolia *aguda* al contrario, aparece bruscamente. Tal ha sucedido en nuestro enfermo que ha sido atacado de fenómenos agudos, repentinamente, de un modo casi brutal, sin haber sentido antes la menor alteración de su salud: se trata de una asistolia aguda. Ahora bien, ésta puede ser *secundaria* a las enfermedades infecciosas o *primitiva*. De una manera general todas las infecciones pueden producir una asistolia aguda secundaria por *miocarditis*, aunque a veces el desfallecimiento del músculo cardíaco en el curso de las infecciones se debe más bien a una *suprarenalitis* justificable por el tratamiento opoterápico. Entre las infecciones que producen más frecuentemente la asistolia aguda secundaria, se deben contar en primer término el reumatismo, la tifoidea, la difteria, la viruela, etc.

La asistolia aguda *primitiva* se observa sólo en dos casos: en los diabéticos y obesos cuyo corazón ha sufrido la degeneración grasosa y en lo que Beau llamó *corazón forzado*. Este es producido por un cansancio físico excesivo, por esfuerzos musculares considerables y sostenidos, por marchas forzadas, como se ha observado en los soldados jóvenes todavía no acostumbrados a las fatigas de la guerra, por ejercicios violentos, como se ha visto en los luchadores, en los *records* de bicicletas, en las carreras prolongadas, como por ejemplo el solda-

do de Maratón y el caso de Chauffard y Ramond que murió en asistolia después de haber corrido 30 kilómetros en 4 horas, etc. Sobreviene más fácilmente en los corazones ya enfermos con anterioridad; pero puede presentarse también en individuos indemnes de toda cardiopatía.

En el enfermo en cuestión es claro que no se trata de una asistolia aguda secundaria a las enfermedades infecciosas, porque no ha presentado el cuadro sintomático de ninguna de ellas; la temperatura que tuvo desapareció espontáneamente, sin tratamiento ninguno antes de 24 horas, sin acompañarse como se ha dicho de fenómenos especiales que hicieran pensar en una infección. No es tampoco un diabético ni un obeso; sólo nos queda pues, por considerar, el *corazón forzado*. Nuestro enfermo presenta bruscamente, en medio de una buena salud aparente el cuadro completo de una asistolia después de un esfuerzo considerable y sostenido y en ocasión de un enfriamiento. El examen físico del corazón pone de manifiesto un aumento muy considerable del volumen del órgano; la zona de macicez relativa es enorme, tiene la forma de *bollo*, ensanchada en sentido transversal; su línea derecha sobrepasa un poco el borde derecho del esternón, la punta no está baja; pero sí muy desviada hacia la izquierda; bate a un nivel superior al de la línea inferior de la macicez y aunque ésto último se observa en algunos casos de pericarditis con derrame, también se encuentra cuando la dilatación del corazón es muy grande como parece suceder en el presente caso. Se trata pues, de una dilatación aguda. Pero recordemos que también hemos constatado en nuestro enfermo después de algunos días de tratamiento, el sople característico de la insuficiencia mitral, lo que podría hacernos pensar que este corazón no estaba indemne antes de acusar los trastornos que ahora presenta. Aquí hay varios puntos importantes que dilucidar: 1°—¿Es ésta insuficiencia la que ha producido la dilatación? Se puede responder categóricamente que no; porque la di-

latación consecutiva a la insuficiencia va estableciéndose paulatinamente y no aparece de un modo insólito como en el presente caso; además, cuando se llega a cierto grado de dilatación consecutiva, ya los trastornos funcionales han repercutido en todo el organismo manifestándose de un modo evidente; y aquí, lo hemos visto, no ha pasado lo mismo. 2.º—¿Existía con anterioridad la insuficiencia mitral bien compensada y el cansancio físico exagerado no ha obrado más que como causa ocasional favoreciendo la dilatación brusca del órgano? Es lo que parecería más racional admitir a primera vista, tanto más cuanto que una dilatación aguda por exceso de fatiga sobreviene más fácilmente en un corazón ya enfermo y también porque una lesión mitral puede permanecer latente durante mucho tiempo, sin producir el menor trastorno. En cambio, si tomamos en cuenta los antecedentes del enfermo, no encontramos más que un ataque de viruela desde hace un cuarto de siglo, antecedente lo bastante remoto para no ser tomado en consideración; tampoco encontramos ninguna otra enfermedad infecciosa que pudiera haber producido una endocarditis y consecutivamente la insuficiencia, como el reumatismo que motivó la ley de Bouillaud; tampoco se trata de un ateromatoso y la costumbre de beber café negro es de acción dudosa, sobre todo, si se atiende a la clase de café que toman estos individuos que nunca es puro, sino mezclado con maíz, trigo u otras sustancias inofensivas; por consiguiente la etiología de esa insuficiencia, si hubiera existido, quedaría por encontrar. Y, si por otra parte, consideramos el género de vida del enfermo presente, sin comodidades materiales, sujeto a privaciones y dedicándose al transporte de carga pesada sobre sus hombros y por consiguiente sujeto a esfuerzos musculares frecuentes e intensos, pensaremos que no ha habido lesión valvular anterior por no haber sentido nunca la menor molestia: ni palpitaciones, ni disnea de esfuerzo, ni edemas fugaces, ni dolor precordial, ni ninguna sensación especial de lado del corazón y sabi-

do es que todo cardiópata, aunque sea portador de una lesión bien compensada, con motivo de esfuerzos musculares violentos, *siente su corazón*. Creo pues, que no ha habido lesión mitral anterior. 3º—¿Es entonces la dilatación la que ha engendrado la insuficiencia? Los autores están de acuerdo sobre que una dilatación considerable puede producir la insuficiencia mitral. Sobre el mecanismo hay varias opiniones; pero la más admitida es la que la explica diciendo que las paredes del órgano al dilatarse arrastran consigo los pilares, las cuerdas tendinosas y las bases de implantación de las válvulas, las que separadas de este modo, ya no podrán adosarse bien y por consiguiente la oclusión completa de la válvula es imposible: la insuficiencia se establece. No habiendo habido lesión valvular anterior, la insuficiencia mitral observada es puramente funcional, no es más que un epifenómeno de la dilatación. Ahora bien, ¿cuál es el mecanismo de esta dilatación? Todavía no está bien dilucidado; pero en él hay que considerar dos elementos importantes: las toximas producidas por la fatiga muscular y el agotamiento físico del músculo cardíaco que lo hace perder su tonicidad y entonces se deja distender fácilmente.

Como la consecuencia natural de la dilatación exagerada del corazón es la asistolia, podemos concluir: *nuestro enfermo parece ser un caso de corazón forzado, presentando una asistolia aguda primitiva por dilatación del corazón e insuficiencia mitral funcional.*

Pronóstico.—Para establecerlo sirven de base la edad del sujeto, la mayor o menor integridad de su organismo y su manera de reaccionar. En el presente caso se trata de un organismo casi indemne, ha reaccionado correspondiendo bien al tratamiento tonicardiaco, estableciéndose una diuresis abundante que en todo caso sirve de apoyo para establecer un pronóstico relativamente benigno; pero la edad del sujeto (48 años) es ya bastante avanzada para poder reparar bien sus desperfectos orgánicos o funcionales; y si se toma en conside-

ración la magnitud de su dilatación y el género de vida a que necesariamente está condenado por su pobreza, el pronóstico debe ser *grave* o por lo menos *reservado*; porque suponiendo que pueda dominarse por el momento su crisis de asistolia actual, será tal vez imposible que el órgano recupere por completo su buen estado anterior y quedará sujeto a nuevos ataques que con el tiempo se harán cada vez más difíciles de detener.

Tratamiento.—Es bien conocido de todos. Tiene por base el reposo, el régimen y la medicación tonicárdica.

San Salvador, 8 de diciembre de 1916.

CARTA DEL Dr. LAZO ARRIAGA

San Salvador, febrero 26 de 1917.

SR. DR. DON GUILLERMO TRIGUEROS, *Redactor en Jefe de «Los Archivos del Hospital Rosales»*, —Ciudad.

A mediados del año pasado apareció en «Los Archivos» una observación tomada con sumo cuidado por el Profesor de Clínica Médica, Dr. Luis V. Velasco, sobre ciertos accidentes tóxicos de la emetina. Más tarde, en un artículo de «Le Monde Medical» de París vi citada esta observación y si bien en el artículo que el Dr. Dalmier publica en «La Presse Médical» de enero de este año no cita al autor, sí hace mención de los autores Belgas citados en la referida observación.

Lo más completo que he encontrado sobre la toxicidad de la emetina es el trabajo publicado en el número de enero de «The Military Surgeon» de Washington, D. C. y que, por creerlo de utilidad para los médicos y especialmente para los estudiantes, lo he traducido *in extenso*. Hay que fijarse que muchos de los síntomas señalados en este trabajo como correspondientes al envenenamiento por la emetina, concuerdan con los encontrados por nuestro distinguido colega, lo que prueba la atención que él pone para tomar sus observaciones.

Si Ud. cree, como yo, que puede ser de utilidad la lectura de esta traducción, le agradeceré darle cabida en las columnas de su periódico.

Ojalá que los otros médicos salvadoreños publicaran sus observaciones, algunas de las cuales pueden ser bastante interesantes, porque en el extranjero se saben apreciar esos trabajos y se levanta así el nombre de la Facultad.

De Ud. atto. S. S. y compañero.

DR. LUIS LAZO ARRIAGA

EFECTOS TOXICOS DEL GLORHIDRATO DE EMETINA

Por el Capitán Howard H. Johnson, del Cuerpo Médico del Ejército Americano, y el Teniente Primero, John A. Murphy, del Cuerpo Médico de Reserva.—Traducido de «The Military Surgeon», correspondiente al mes de enero de 1917, por el doctor Luis Lazo Arriaga.

El hidrociorato de emetina ha sido empleado como remedio principal para el tratamiento de 142 casos de disentería amibiana en el Hospital Base, N° 2 del Fuerte Bliss en Tejas, desde el 28 de julio de 1916.

Ha dado todo lo que de él se podía esperar como remedio específico para el tratamiento de la disentería amibiana, especialmente en los casos agudos, y hemos encontrado que su uso, resultados y peligros, se asemejan un tanto a los del Salvarsan en la sífilis. Los efectos tóxicos que aquí señalamos son los primeros que hemos visto con el uso de la emetina, no obstante que la hemos empleado en mayor dosis y por un tiempo mucho más largo que el que aquí describimos.

Tenemos que señalar la muerte de dos hombres que estando sometidos al tratamiento de la disentería amibiana fallecieron bajo condiciones peculiares no comunes y que no tenían conexión con la enfermedad de que estaban sufriendo; y de cinco casos más que presentaron síntomas y signos físicos que creemos tener razón al achacárselos a la emetina.

La emetina se ha usado en los últimos tres años en todas partes del mundo y de una manera considerable, para tratar la disentería amibiana, la piorrea alveolar y varias otras condiciones entre las cuales está la disentería bacilar, en la que el efecto ha sido negativo. Todavía no ha alcanzado una bien definida reputación por su toxicidad o efectos peligrosos y no se ha escuchado aún una voz de alerta sobre los peligros de su administración.

Levy y Rountree en los «Archives of Internal Medicine», 1916, hablan de la toxicidad de varias preparaciones comerciales de emetina y describen dos casos, con una defunción, por la administración de 29 granos en 30 días. Los síntomas eran: diarrea, debilidad muscular e insuficiencia renal. Una mujer anémica que sólo recibió 2 granos de emetina, presentó diarrea y delirio tóxico a los cuatro días de la administración de medio grano al día. Dicen que, tomando en consideración los trabajos de otros autores, la electro-cardiografía demuestra una fibrilación ventricular en los casos de envenenamiento por la emetina. De los veinte casos de envenenamiento que ellos han recogido, resulta que seis han

recibido menos de 10 granos cada uno. Los síntomas eran: Diarrea con sangre: 4 casos. Diarrea: 3 casos. Neuritis periférica: 5 casos. Parálisis muscular: 1 caso y Delirio tóxico: 1 caso. Piensan que $\frac{1}{3}$ de grano dado durante diez días, tres veces al día es una dosis suficiente y que esto puede repetirse con intervalos de una semana o de varios días. Balfour y Pyman dicen en su artículo: «Toxicidad de la emetina», que no es juicioso ni útil, sino más bien un desperdicio someter a los pacientes al uso repetido y continuado de esta droga por largo tiempo. Conocemos muy poco del efecto acumulativo de la emetina. Tal vez no exista; pero en todo caso es suficiente usarla en dosis apropiada y en dos tandas pequeñas, para curar un caso de disentería amibica.

La primera tanda necesita por todo de 10 a 15 granos. Thomson y Thomson recomiendan en el «British Medical Journal» de 24 de julio de 1916 que no se baje de 7 granos y que si es necesario se suba hasta 18 o 20. No mencionan efectos tóxicos.

El Teniente Coronel Sir Ronald Ross dice en «The Lancet» de 1º de enero de 1916 que la práctica en la India es dar la emetina no sólo por semanas sino por meses y que ha sabido de casos que han recibido más de 100 dosis. Dice, además, con respecto a tres defunciones de disentería sin causa conocida, que se ha atribuido la muerte a suspensión del corazón debido a los efectos acumulativos de la emetina, pero que él duda que puedan atribuirse a esto.

En un caso se sospechó de la emetina como causa de la muerte después de haberse administrado 15 granos; pero Sir Leonard Rodgers piensa que éste era un caso verdaderamente mortal. El Mayor R. Markham Carter dice en «The Indian Medical Gazette» de marzo de 1914 que aun después de una semana de inyecciones y de una cura aparente por la emetina, hubo tendencia a la recaída en algunos casos; que los Oficiales indios no están inclinados a admitir que la emetina sea acumulativa o que dé resultados perniciosos y recomienda su ad-

ministración por períodos de 10 días, después de los cuales suspende el tratamiento. En los casos fatales, ha encontrado degeneración grasosa del corazón, pero no mayor que la que se encuentra en cualquiera otra enfermedad grave.

La dosis de emetina para un adulto debe ser de un grano al día por lo menos y en algunos casos se puede aumentar sin temor. Dice que las dosis pequeñas hacen mal porque sensibilizan la fuente donde está el residuo de las amibas no destruidas, en las paredes de los intestinos, como se puede demostrar por la prueba de la emetina.

El Dr. Nathan Barlow escribe de Honduras al “New York Medical Journal” con fecha 23 de octubre de 1916 recomendando un grano diario por 10 días a lo menos porque si se dá por menos de nueve días, la recaída es inevitable. Las Autoridades Británicas recomiendan 12 días, pero el Dr. Barlow considera mejor administrar un grano o más por uno o dos días, siguiendo la dosis diaria de un grano durante 15 días seguidos y después administrar 60 u 80 granos de ipeca diarios por otros 15 o 20 días. Si más tarde fuera positivo el examen, encontrando amibas o quistes, se repite el tratamiento.

Pellini y Wallace han publicado en el N^o. de septiembre del “Journal of American Medical Sciences” sus trabajos experimentales sobre la “Farmacología de la emetina” y deducen las conclusiones siguientes: 1.—La emetina deprime el corazón y al final lo paraliza. 2.—Es un irritante gastro intestinal muy poderoso, ya se ingiera, ya se administre por la vía hipodérmica. 3.—Produce un desarreglo definitivo del metabolismo caracterizado por el aumento de la pérdida de nitrógenos y por la acidosis. 4.—En las personas sanas, y administrada a dosis moderadas, no tiene importancia su acción, pero cuando la circulación intestinal es patológica o hay metabolismo, puede ser un agente muy peligroso.

Hare dice en el “Practical Therapeutics”, 13a. Edición, que esta substancia obra como *depresor de la mé-*

dula espinal y que también deprime el corazón cuando se le administra a altas dosis o que ha permanecido en el estómago por un tiempo suficiente para poderse absorber. La ipeca se elimina por los riñones, por la membrana gastro intestinal y por la piel. (Binz). Si se administra la emetina a dosis mortales a alguno de los animales inferiores, sobreviene la muerte por falta de respiración. Potter dice en su 12a. edición, que la emetina posee una gran acción constrictora sobre las vasos sanguíneos y que es además poderoso expectorante y emético, que produce la muerte en los animales por parálisis cardíaca y que en las autopsias se encuentra la prueba evidente de su acción irritante sobre la membrana gastro intestinal, así como también una *hiperemia* de los pulmones, con pedazos de *hepatización*.

En la 19a. edición del "Dispensatory" dice Wood que tanto la *cefelina* como la *emetina* son eméticos poderosos y son venenos si se dan a altas dosis. Ha observado que en los animales inferiores ambos son poderosos *depresores del lado motor de la médula espinal* y que *matan por asfixia paralítica central*. Son también depresores del corazón.

Estudiando los casos siguientes que, en nuestra opinión, demuestran los efectos tóxicos de la emetina se verá que hubo una debilidad general de los centros motores, y en los casos 1 y 2 fué evidente la acción sobre el vago.

Trayendo a la memoria los efectos tóxicos de la emetina deseamos hacer notar, principalmente, sus efectos sobre las células y centros motores, sobre los pulmones, (hepatización) y sobre el corazón. Nos ha sorprendido al leer en las obras de Kirke y Howell lo que ocurre cuando se secciona el vago porque hay mucha similitud con lo que ocurrió en los casos 1 y 2, esto es: 1.—Inhabilidad para tragar después que ha llegado el alimento al esófago, 2.—Hepaticación de los pulmones, y 3.—Acción rápida y sin control sobre el corazón.

Las observaciones a que nos referimos son las siguientes: observación 1.—22 años de edad, de oficio

albañil, entró al Hospital el 2 de agosto de 1916 con un ataque de diarrea que se demostró era causado por una infección con amibas histolíticas. La historia personal y la de la familia no tenían nada que ver con el caso sino era que este hombre vivía en Michigan y había estado en El Paso dos semanas antes de la infección.

Condiciones previas a su admisión: Diarrea desde hacía 5 días, la que sobrevino de repente con calambres y asientos de sangre; temperatura 101, pulso 112. La temperatura varió de día en día desde 98 a 102 y el pulso de 80 a 108. El 9 de agosto se hace el diagnóstico de disentería amibiana y el 10 se le pone $\frac{1}{2}$ grano de emetina, tratamiento que se continúa hasta el 16. Durante este período disminuyen los asientos y la temperatura llega a la normal en la mañana durante dos días, subiendo en la tarde a 100. Siguiendo el uso de la emetina por 9 días consecutivos y a la dosis de 1 grano diario, se mantuvieron normales la temperatura y el pulso.

Agosto 21.—Aumenta el número de asientos y se sostienen por varios días con alternativas positivas y negativas. Del 21 al 24 tomó un tercio de grano a mañana y tarde lo que disminuyó el número de asientos, pero no tuvo influencia sobre el pulso.

El enfermo siguió mejorando hasta el 14 de septiembre en que tuvo frío y fiebre de 101, 4, con pulso de 120, ocurriendo otra cosa semejante el 17 de septiembre. Se sospechó entonces en un absceso del hígado.

La emetina se usó del 5 al 15 de septiembre. Los trastornos febriles continuaron hasta el 23, con mucha irregularidad del pulso. Desde el 27 de septiembre al 3 de octubre se le administró diariamente medio grano de emetina. Octubre 3:—Pulso rápido, nerviosidades y debilidad muscular. Presión de la sangre: 108-64-44.

Octubre 4:—Frío, seguido de fiebre a 103, pulso irregular y rápido, 162 por término medio. Respiración: 42.

Hubo disfagia muy marcada y durante tres días tuvo mucha dificultad para tragar, temiéndose la estrangulación. El paciente estaba débil y asténico. Las bases

de ambos pulmones daban muestras evidentes de congestión; había espectoración y tos, siendo esta abortiva y suave.

Octubre 5.—Paciente lustroso: la respiración es hehionda, con olor diftérico, y en la pared posterior de la garganta se presenta un exudado pustular. Se hizo una cultura y se encontró un organismo que morfológicamente se parecía al bacilo de la pseudo difteria. La lengua roja, encarnada, seca y agrietada. El paciente demasiado débil para permitir el examen completo de sus pulmones. Respiración 42.—Pulso rápido, débil e irregular. Temperatura 101-6. Murió el 5 de octubre a las 10 a. m.

Cuadro clínico.—El enfermo había tenido diarrea casi constantemente y estaba tan asténico desde el principio de la enfermedad, que no tenía control sobre el recto. Después mejoró y fue progresando satisfactoriamente hasta que le vinieron los fríos del 14 al 17 de septiembre. El examen de las heces demostró la presencia de amibas así: agosto 9, positivo; agosto 28, negativo; septiembre 4 y 11, positivo; septiembre 13, negativo; septiembre 15, positivo; septiembre 25 y 30, negativo.

Tratamiento.—Se administró la emetina como sigue: del 10 al 19 de agosto, 9 granos; del 21 al 24 de agosto, 3 granos; del 5 al 15 de septiembre, 10 granos; del 27 de septiembre al 3 de octubre, 3 granos; total: 25 granos. La debilidad motriz se manifestó por la caída de la cabeza hacia adelante y la dificultad de tragar. Cuando se le decía que tomara alimento, contestaba que mejor no porque se escapaba de ahogar. El pulso demostró notable irregularidad, y durante los dos últimos días, una aceleración extremada. La respiración acelerada, con evidencia de congestión en la base de ambos pulmones.

Diagnóstico clínico.—Disentería amibiana aguda. Complicación, octubre 3 de 1916 (se agrega al diagnóstico) neumonía lobar aguda, lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Autopsia. Murió el 5 de octubre de 1916, a las 10 a. m., y se practicó la autopsia una hora más tarde. La inspección del cuerpo no reveló nada que pudiera indicar

la causa de la muerte. Cuerpo pobremente nutrido y pobremente musculado. No había heridas, contusiones ni decoloraciones. *Tórax*: esternón negativo. Pericardio, corazón, válvulas y vasos gruesos, negativos. Pulmones: pocas adherencias triviales en la base de ambos pulmones. El lóbulo inferior del pulmón izquierdo se hunde al ponerlo en el agua y sangra fácilmente al cortarlo y sale pus de los bronquios y de las bronquiolas cortadas. Se examinó después este pus y no se encontraron amibas, pero sí unos diplococos desconocidos. Lóbulo inferior enteramente congestionado, pareciéndose enteramente a un pulmón neumónico con hepatización. El pulmón derecho presenta las mismas condiciones en los dos lóbulos inferiores. Los lóbulos superiores de ambos pulmones están medianamente congestionados y presentan unas áreas pequeñas de solidificación. Las culturas post-morten de la garganta exhibieron organismos que tenían todos los caracteres de la difteria. (¿difteroides?). El panículo abdominal estrecho. No hay líquido ni distensión en el abdomen. Omentun negativo. Estómago pequeño y no más ancho que un banano delgado: negativo. La región intestinal no presenta úlceras ni procesos inflamatorios. No se encontraron amibas en el colón ni en su contenido y su mucosa era normal. Intestinos casi vacíos. Bazo, páncreas, hígado y riñones, normales. Resumen de la autopsia: Neumonía aguda lobar atípica, comprendiendo los lóbulos inferiores de ambos pulmones. Bronquitis séptica.

OBSERVACIÓN N^o. 2.—28 años de edad. Ha estado en el Ejército americano 13 años 7 meses. *Diagnóstico*: Disentería amibiana crónica (recurrente). La historia de su familia no úa nada. Durante su infancia tuvo las enfermedades generales de la edad. No se volvió a enfermar hasta en 1906 que contrajo la disentería en las Islas Filipinas, y otra vez en México, al poco tiempo de haber llegado a aquel país. No se presentó a las consultas de enfermos porque estaba acostumbrado a tener ataques de diarrea desde su infección original en 1906

y asegura que puede pronosticar un ataque por cierta sensación pesada del abdomen o por fuerte dolor. Ha observado que sus asientos tienen mucosidades desde su primer ataque y sus tripas se mueven de dos a cuatro veces al día cuando se siente bien. Su historia durante su permanencia en México demuestra períodos de diarrea, alternando con períodos en que se siente bien o casi bien. Durante su servicio se ha distribuido su tiempo así: 1900-4, New Port, R. I.—1905-7, Filipinas.—1908-10, Fuerte Sam, Houston, Téjas.—1910-13, Filipinas.—1913-16, Estados Unidos. Regresa de México en abril y tiene un ataque de diarrea en mayo que persistió con más o menos agudeza hasta que entró al Hospital de Colonia Dublan el 1º de septiembre y después trasladado a este Hospital el 5 del mismo mes con el diagnóstico de sub-lujación lumbo-sacra y disentería amibiana crónica. Ambas cosas se confirmaron, pero la disentería era lo más predominante.

El paciente progresó favorablemente desde la fecha de su admisión hasta el 12 de octubre, día en que se quejó de agotamiento y debilidad motriz caracterizada por la imposibilidad de mantener derecha la cabeza si no era por muy pocos segundos y dificultad para tragar. No podía llevar sus manos a la boca y cada esfuerzo voluntario lo hacía con brusquedad y con temblor muscular. Una cultura de la garganta demostró la presencia de estreptococos.

Octubre 17.—Evidencia de congestión de los lóbulos medio e inferior del pulmón derecho, con marcada necesidad de aire y disnea. Hacia el medio día dió muestras de trastornos cardíacos manifestados por la rapidez (196 latidos por minuto, contados con el estetoscopio) y pérdida del pulso radial.

La víspera había tenido un ataque semejante pero menos pronunciado.

El 17 fué la temperatura de 96° en la mañana y 101° al medio día; pulso 130°, respiración de 36° a 40°. El 18 pudo tragar mejor, pero conservando su extrema

debilidad, con disnea y pulso rápido y los sonidos cardíacos velados e irregulares. Temperatura axilar 98-4, respiración 30°, pulso de 128° a 140. Murió a la 1 y 45 p. m.

Cuadro clínico.—Debilidad motriz; habilidad para principiar un esfuerzo muscular voluntario sin lograr completarlo, debido a la falta aparente de fuerza muscular. *Deglución*.—capaz de cumplir con la fase voluntaria de este acto, pero inhábil para completarlo; los alimentos se regurgitan y producen extrangulación. *Respiración*.—ansiedad, con respiraciones rápidas pero los músculos auxiliares no ayudaban con el vigor con que ayudan en los casos de neumonía. El deseo del aire era prominente, pero faltaba el esfuerzo muscular necesario para inflar los pulmones. *Corazón*.—El examen físico demostró que no hubo evidencias ante-mortem de dilatación o hipertrofia. El corazón estaba rápido e irregular y no respondía a los estímulos medicamentosos.

Tratamiento.—Primer curso.— $\frac{1}{2}$ grano de emetina dos veces diarias, durante 10 días y $\frac{1}{2}$, o sean 12 y $\frac{1}{2}$ granos. Segundo curso.— $\frac{1}{2}$ grano de emetina diario durante 14 días, igual a 7 granos. Se aumentó otro grano diario por la presencia de amibas en un asiento, por cuatro días, lo que hizo 11 granos o sea un total de 23 y $\frac{1}{2}$ granos en los dos cursos, con intervalo de 5 días.

El 9 de octubre se suspendió la emetina a causa de las nerviosidades que también habían aparecido como síntomas en el caso anterior y se tomaron vigorosas medidas estimulantes. La nerviosidad del paciente y su debilidad fueron más marcadas durante los últimos 6 días de su vida y murió el 18 de octubre de 1916. *Diagnóstico clínico*.—(1). Dilatación aguda del corazón. (2).—Disentería amibiana crónica.

Autopsia.—Se practicó a las 3 p. m., hora y cuarto después de su muerte. Puntos esenciales: se inspecciona el cuerpo que no presenta heridas o marcas que tengan relación con la muerte. Cuerpo bien nutrido. Abundancia de tejido muscular aunque flácido. Mucho ta-

toage en los brazos y hombros. Pecho abierto. Cartílagos costales parcialmente osificados, requiriendo la sierra. Esternón negativo. No hay timus. Corazón ensanchado. Al seccionar el pericardio no se encuentra aumento del líquido pericardico. Corazón en diástole. Distensión de las aurículas. Engurgitamiento del ventrículo derecho. Grasa en exceso en todo el corazón derecho, principalmente en la región de los vasos. Se extrae el corazón y se abre. El ventrículo derecho está extremadamente flácido, semejante a la jalea de gelatina. La grasa era de color de oro y de 6 a 12 mm. de espesor, reemplazando el grueso de la pared del miocardio que en algunos puntos no tiene más que 1 mm. de espesor y teniendo por término medio de 2 a 3 mm. de espesor. El lado izquierdo del corazón (ventrículo) está engrosado, teniendo como término medio 2 y $\frac{1}{2}$ cm. No hay exceso de grasa en este lado, excepto en el área de las coronarias. Válvulas, negativo. Se extrae el pulmón izquierdo. No hay adherencias. El pulmón es pequeño y aparenta estar en colapso parcial. Todo el pulmón flota. El lóbulo inferior está duro y parece una hipostásis post-mortem; pero esta condición no existe sin embargo. El lóbulo superior presenta áreas aisladas semejantes a las del lóbulo inferior, pero son crepitantes hasta las mayores. Seccionando el lóbulo superior, se le encuentra uniformemente congestionado. El grado de congestión es trivial; no es una hepatización verdadera ni un cambio post-mortem. La sangre es de un color rojo brillante. Al seccionar el lóbulo inferior, se encuentra pus en todos los bronquios. En los espécimens de este pus que se examinaron, no se encontraron amibas. Todo el lóbulo inferior, congestionado como en la neumonía atípica. Cortando algunas porciones de las áreas menos comprometidas, se hunden rápidamente en el agua. No hay absesos ni tubérculos. El pulmón derecho tiene un aspecto muy semejante, pero da más pus de los bronquios y de las bronquiolas que del lado izquierdo. Gran congestión de los dos lóbulos inferiores.

No hay distensión gaseosa del abdomen. El pánicula que se secciona tiene 4 cm. Músculos abdominales bien desarrollados. Peritoneo, negativo. Mucha grasa en el omento. Estómago distendido. El tubo alimenticio, examinado desde el cardias hasta el recto, *todo normal*. En todo el colón se encontraron masas fecales duras. Apéndice, normal. Vesícula biliar, negativa. Bazo pequeño y adherido fuertemente al estómago y negativo por todo lo demás. El páncreas tenía pequeños aumentos de grasa debajo de la cápsula, negativo. Hígado de tamaño normal. Una área pequeña de la superficie anterior del lóbulo izquierdo, como del tamaño de una moneda de 10 centavos, presenta un levantamiento de color oscuro que es suave al tacto. Haciendo una sección de esta área, se encuentra una masa esférica de una pulgada de diámetro que no tiene pus ni absceso amibico. Contiene esta área tejido hepático estrumoso y un tejido parenquimatoso necrosado y manchado de sangre. No se encontraron otras áreas semejantes. Riñones, negativos. Cortados los cuerpos suprarenales se les encontró normales en color y tamaño, però muy blandos. La médula necrosada y descolorida.

Sumario de la autopsia. 1 Dilatación del corazón (derecho). 2 Neumonía atípica lobar. 3 Degeneración grasa del corazón (derecho) y 4 Bronquitis séptica.

Hay que fijarse que en los casos 1 y 2 se observó desde el principio una debilidad motriz afectando principalmente los músculos de la parte posterior del cuello, con tendencia la cabeza de caer hacia adelante; después, dificultad para tragar y finalmente, neumonía de tipo lobar. Un caso presentó signos decididamente cardíacos que posiblemente se pueden atribuir a la pérdida de control del vago. Estos casos fueron tratados con emetina, principalmente durante el período agudo de la enfermedad y recibieron por todo 23 y $1/2$ y 25 granos cada uno.

OBSERVACION N^o. 3. *Diagnóstico:*—Disentería amibiana aguda. *Tratamiento:* Inyecciones hipodérmicas de eme-

tina de $\frac{1}{2}$ grano cada una, dos veces al día, durante diez días. Los asientos permanecieron positivos por ambas y se continuó el tratamiento por la emetina, reduciéndolo sin embargo a una inyección diaria de $\frac{1}{2}$ grano. Esto se sostuvo por otro período de 16 días dando por todo 26 días de tratamiento no interrumpido, en el que se administraron 18 granos de emetina.

Hacia el día 22 sintió el paciente una sensación de debilidad, agotamiento y nerviosidad general. La nerviosidad se manifestó por un brusco temblor muscular general, más pronunciado en las manos, especialmente cuando se quería hacer un esfuerzo voluntario, pareciéndose al temblor que se nota en la parálisis agitante.

El día 24 se quejó de debilidad en los músculos del cuello y 2 días después ya estos músculos estaban inhábiles para sostener la cabeza en posición derecha por más de unos pocos minutos. Este enfermo presentó diarrea irritativa varios días antes de suspender el tratamiento por la emetina. Al describir su condición, declara que se siente cansado de todos modos y falta de energía necesaria para llenar cualquier esfuerzo físico. Se suspendió la emetina el día 26 y el enfermo se sintió mejor de todas maneras, notándose más la mejoría a los tres días de haberse suspendido. Al cabo de dos semanas pudo volver a sus ocupaciones.

Los puntos de especial interés en este caso son: debilidad motriz, diarrea irritativa y moderados trastornos circulatorios manifestados por ligera aceleración y variación del pulso. 18 granos de emetina no es una cantidad excesiva; pero se dió durante largo período y esto indica que la administración no interrumpida, por largo tiempo, aun cuando sea pequeña la dosis, produce efectos tóxicos o deletéreos.

OBSERVACION N^o. 4. *Diagnóstico*:—Disenteria amibiana aguda. *Tratamiento*:—Emetina, administrada continuamente por treinta días, recibiendo por todo 29 granos variando la dosis de $\frac{1}{2}$ a 1 grano diario. Este paciente fué admitido en el Hospital el 1^o. de septiembre

de 1916 con una historia previa de ataques de diarrea recurrente mientras estuvo en México con la Expedición Punitiva, habiendo estado en el Hospital de Campaña N^o. 7, del 18 al 30 de julio y en el Hospital del Cuartel de Columbus, N. M., del 1^o. de agosto al 1^o. de septiembre. En este último lugar se hizo el diagnóstico de Disentería amibiana. Antes de eso, en mayo de 1916, se le había hecho una operación por hemorroides y tuvo períodos de debilidad asociado con agotamiento y dolores precordiales, sudor frío y temblor desde el 1^o. de junio precediendo esto a la aparición de la disentería. Tanto el agotamiento como la debilidad han ocurrido frecuentemente desde su entrada al Hospital y son acompañados de náusea y vértigo, apareciendo sin causa, durando cerca de 15 minutos y seguidos de aceleración en los latidos del corazón.

A los 26 días del tratamiento por la emetina el enfermo pasó por una fase de depresión motriz asociada con extremo agotamiento, debilidad muscular, pulso rápido, ligera disnea y diarrea. En vista de la historia anterior del paciente no se asoció esta fase con el tratamiento y esta interpretación fué mantenida por la declaración del mismo, que desde el principio de la disentería no habían aumentado en severidad y frecuencia, y se administró la emetina ocho días más en dosis reducidas. Cuando se suspendió el tratamiento específico, hubo disminución de diarrea, mejora en la intensidad y aceleración del pulso y una mejoría general de sus fuerzas físicas, lo que prueba que la emetina estaba produciendo un efecto acumulativo o tóxico en este caso.

OBSERVACION N^o. 5. *Diagnóstico*:—Disentería amibiana aguda. *Tratamiento*:—Se empleó la emetina durante 28 días usando por todo 25 granos y $\frac{2}{3}$, lo que prácticamente dió 1 grano diario. El día 23 del tratamiento se quejó el enfermo de debilidad muscular y de aceleración del pulso que varió de 104 a 140. Estos síntomas se mantuvieron durante cinco días y no sufrieron influencia por la estimulación. El día 28 del tratamiento

por la emetina, se quejó de dolores abdominales y diarrea a la vez que el pulso era muy rápido y con notables variaciones y los ruidos del corazón casi no se distinguían. El enfermo presentó los signos inequívocos de extremo agotamiento, demostrados por la falta de poder o energía para llevar a cabo los esfuerzos musculares. Había una debilidad motriz general, principalmente en los músculos del cuello, brazos y piernas. La cabeza tenía tendencia de caer hacia adelante y las mociones voluntarias de las manos eran acompañadas de bruscos temblores musculares. No había dificultad en la deglución. La respiración parecía normal, aun cuando las expiraciones eran un poco prolongadas. La depresión circulatoria y la debilidad motriz tan evidente en este caso, no podía achacarse a la disentería y fué mirada como manifestaciones tóxicas de la emetina.

OBSERVACION N^o. 6. *Diagnóstico*:—Disentería amibiana aguda. *Tratamiento*:—Un grano diario de emetina durante 22 días. Total 22 granos. Cuando el enfermo entró al Hospital, se quejaba de debilidad y de dolores musculares en los antebrazos y piernas. Dos semanas después, cuando había recibido 14 granos de emetina, dijo que se sentía muy débil y con fuertes dolores en los antebrazos y piernas. En esta época, el dolor seguía los nervios del tronco y pudo seguirse hasta los nervios periféricos, lo que clínicamente se debía a una neurítis. También había un alto grado de debilidad muscular que podía igualmente atribuírse a su neurítis y el pulso, muy acelerado, tenía variaciones frecuentes. Estos síntomas persistieron no obstante las medidas tomadas para aliviarlos y se continuó con la emetina el día 22. La neurítis desapareció en 5 o 6 días, pero la debilidad motriz continuó y creemos que, por lo menos en parte, se debió al efecto tóxico de la emetina.

OBSERVACION N^o. 7. *Diagnóstico*:—Disentería amibiana crónica. *Tratamiento*:—Durante su permanencia en México recibió 23 granos de emetina y al entrar al Hospital se hizo una segunda serie de 22 granos, dando un

total de 45 granos. Durante el curso de su enfermedad se quejaba de estar débil y nervioso y aseguraba que carecía de la fuerza física necesaria para hacer cualquier esfuerzo muscular. La debilidad motriz en este caso era general; pero mucho más marcada en las extremidades inferiores. Había bruscos temblores musculares generales, malestar, y sentía que se caía debido a la imposibilidad en que estaban los músculos locomotrices para sostener el peso del cuerpo, pero no había vértigos. La diarrea era fuerte y el pulso ligeramente acelerado. A los 4 días de haber suspendido la emetina se contuvo la diarrea y la debilidad fué menos. Este enfermo recibió mayor cantidad de emetina que los otros, no obstante lo que, en proporción a la cantidad usada, se mostró menos tóxica; lo que puede indicar ya sea una tolerancia mayor para la emetina en este caso o una idiosincrasia en los enfermos anteriores.

Las dos muertes relacionadas aquí no pueden de ningún modo atribuirse a la disentería amibiana, porque clínicamente ambos casos iban mejorando de una manera notable y en el examen post-mortem no se encontró evidencia de amibas muertas. En vista del hecho de que el envenenamiento por la emetina se manifiesta por síntomas semejantes a los observados en estos casos, parece claro achacarle a este remedio, por lo menos una parte, muy importante, en la causa de los accidentes no comunes en otros casos de disenterías amibianas. Puede tomarse en consideración que haya habido cierta susceptibilidad particular del tejido nervioso y muscular, ya que estos efectos no se han presentado en muchos casos.

En este Hospital se administra la emetina en los casos de disentería amibiana de la manera siguiente: $\frac{1}{3}$ de grano diario, aumentando otro $\frac{1}{3}$ cada día hasta llegar a 1 grano, dosis con la que se continúa hasta que se hayan administrado 8 granos. Al mismo tiempo que la emetina, se da subnitrito de bismuto en grandes dosis. Para el período siguiente de 10 días se hacen irrigaciones al colón una o dos veces al día, con una so-

lución de quinina al 1 por mil. Si los asientos continúan todavía positivos, se vuelve a administrar la emetina a la dosis de un grano diario por 3 días. Siguiendo este método de tratamiento, el paciente recibe 11 granos, dosis menor que la señalada como mortal por Sir Leonard Rodgers, cuando se administra de una vez. Este procedimiento es suficiente por lo general para dejar a los asientos libres de amibas y de quistes. Hay algunos casos raros en que se necesita un tercer curso, pero éste no debe emplearse sino hasta que haya pasado suficiente tiempo y no se presente astenia o contra indicaciones especiales como serían: la debilidad motriz, la acción irregular del corazón, el agotamiento nervioso y la diarrea irritativa. En vista de los hechos citados, nos parece recomendar la vigilancia más estricta al usar la emetina, especialmente en los casos prolongados.

La experimentación en animales ha sido conducida por el doctor Carey Pratt Mc.Cord de este Hospital y se han reproducido todos o casi todos los síntomas observados en el hombre. Estas experiencias son todavía demasiado pequeñas para que se puedan deducir conclusiones seguras. (1). Conejos inyectados intra venosamente con una dosis fuerte de emetina (22 a 24 mg.) mueren en dos minutos. En éstos las manifestaciones son muy rápidas y el corazón late con violencia pasando a la fibrilación. El sistema muscular en sacudidas violentas. Nada notable en la autopsia. (2). Los conejos inyectados subcutáneamente con cantidades de emetina variando de 11 a 44 mg., han muerto todos. Con la administración de 44 mg., ocurre la muerte de los 60 a los 75 minutos. Las condiciones que precedieron a su muerte fueron semejantes a las ya descritas. Los conejos que recibieron dosis menores vivieron de 3 a 10 días. Todos presentaron profunda astenia, rínores y diarrea muy aguada. En la autopsia se encontraron dos cosas particularmente notables. (1). En cuatro conejos se encontraron los pulmones congestionados y con una hepaticización idéntica a la descrita en las autopsias de las

observaciones 1 y 2. En éstos, las aurículas estaban repletas y las venas congestionadas. La hepatización era unilateral en un caso y en otros dos se encontraba en los lóbulos inferiores de ambos pulmones. (2). Tres animales presentaron anomalías alimenticias que pueden estar en relación con la acción de la emetina. Antes de la muerte tuvieron diarrea acuosa. Uno presentó en la autopsia una gran equimosis roja y brillante de la pared del intestino grueso. En otros dos se encontraron procesos inflamatorios distintos en todo el intestino delgado. (3). La dosis de emetina empleada en este Hospital para las enfermedades amibianas fué siempre computada por kilos. A los conejos se les administró un aumento proporcional por kilo. A cuatro se les hicieron diariamente inyecciones intra musculares y todos murieron respectivamente al 4^o., 7^o., 11^o. y 12^o. día. Todos presentaron astenia antes de la muerte. En dos no se encontraron lesiones en la autopsia; pero en los otros dos, además de lo descrito en el párrafo (2), se hallaron las paredes intestinales edematosas y su contenido gelatinoso. (4). Los perros tratados también con la emetina sufrieron la misma influencia, ya se administrara la substancia en una sola dosis fuerte o en pequeñas dosis diarias, pues los animales presentaron diarrea sanguinolenta, náuseas, apatía, rinorrea y paraxismos de tos. En la autopsia, todos tenían el estómago y los intestinos muy inflamados. Los pulmones eran hemorrágicos con muchos espacios obturados por sangre extravasada.

De estas observaciones, la única conclusión posible es que la emetina, administrada a los animales en dosis correspondientes a las que se da al hombre, es de una toxicidad definitiva.

LA PARTONALGIA (*)

Por los doctores J. M. Ramírez Olivella y J. F. Arteaga

La Partonalgia es el nombre de un analgésico ideado por el Profesor Eliseo Cantón, de Buenos Aires y su fórmula no es secreta, pues su inventor, animado por un espíritu altamente científico a la par que caritativo, no hace ningún misterio de su preparado, e impulsado sin prejuicios permite generosamente que se le ensaye por los especialistas en obstetricia. Se trata de un compuesto que contiene:

Clorhidrato de morfina	4 centigramos
Hipofisis (glándula fresca)	10 " "
Vehículo estéril.	1 c. c.

El Profesor Cantón en detallado trabajo, (1) hace la historia de la partonalgia y antes de relatar los resultados que obtuvo con ella, tanto en obstetricia como en ginecología, explica que al saber que la Tocanalgina contenía morfina, se apresuró a publicar sus doscientos casos inyectados con partonalgia.

Como es natural, desde la publicación del trabajo del Dr. Cantón, la crítica del procedimiento se ha extendido, especialmente en la América Latina. Por ejemplo, el Dr. C. Enrique Paz, (2) después de considerar este medicamento como una novedad terapéutica, dice que como todo lo nuevo en medicina, después del período más o

(*) Comunicación a la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales a la Habana, 8 de Octubre de 1915.

(1) «Estudio clínico de la partonalgia en obstetricia y ginecología» E. Cantón, *La Prensa Médica Argentina*. Año I, No. 34.

(2) «La Partonalgia del Dr. Cantón en terapéutica», Carlos Enriquez Paz Soldán. *La Reforma Médica*, de Lima. Año I, No. 5.

menos largo de vacilaciones y rectificaciones, se terminará por colocarla en su sitio justo. El hecho de que su inventor no pretende lucrar con la partonalgia, le hace pensar que merece ser considerada científicamente y dice: «Hasta ahora una experiencia secular había enseñado a los prácticos a no pasar de dosis de morfina superiores a 3 centigramos, dosis reputada ya como peligrosa y a la cual no llegaban sino en casos excepcionales. Cantón ha tenido la audacia terapéutica de emplear dosis iconoclasticas (perdónesenos la expresión) de morfina y lo hace con toda franqueza al decir: «No se nos escapa la sorpresa y dudas que se despertarán en el mundo científico, ante la idea de administrar dosis tan fuerte de clorhidrato de morfina como son las anunciadas, de 4 a 6 centigramos de una sola vez, pero antes de afirmar *a priori*, invitamos a nuestros colegas a ensayar atentamente el producto que les ofrecemos, bajo el nombre de Partonalgia». Y agrega: «Estos resultados crean la necesidad de rever nuestros conocimientos sobre las propiedades y *dosimetría* de la morfina y de no desestimarlos sobre tablas, juzgándolas con las ideas erróneas del pasado.»

También el Dr. J. A. Beruti al tratar de la asociación de la hipofisina a la morfina, al igual que antes se había hecho con otros derivados del opio, combate lo que pudiera considerarse novedad en la partonalgia. En su comunicación al Sexto Congreso de Medicina de Lima (1) dice al referirse a los procedimientos analgésicos en obstetricia, que «el Eugaleno ha tenido una vida efímera, la Tocanalgina se halla en su período agónico y me permito creer que la partonalgia no llegará a su bautismo científico, pero hay una serie de antecedentes, que permiten abrir un criterio científico serio sobre el último de ellos».

Critica la dosis de hipofisina contenida en la partonalgia, diciendo que es homeopática, pues en diez centí-

(1) «La supresión o atenuación del dolor en el parto fisiológico». Beruti, VI Congreso de Medicina de Lima. T. VI, pág. 127.

gramos de glándula fresca no hay sino unos pocos centigramos de substancia verdaderamente activa.

Con el Dr. A. Elías, ha sostenido que los efectos del derivado hipofisiario desaparecerían cuando recién comenzaran a producirse los del clorhidrato de morfina y que la hipofisina no debería inyectarse simultáneamente a la morfina, sino paulatinamente, a medida de su necesidad. Considera como imaginaria y hasta peligrosa la acción de dicho derivado, que predispondría también a una relación ulterior; dice además de esto, «que la toxicidad de las altas dosis de clorhidrato de morfina es una cosa demostrada y una prueba de que la partonalgia no es tan inocua como lo sostiene el Profesor Cantón, consiste en que él mismo declara que en la tercera parte de los casos debe recurrirse a la insuflación o a la maniobra de Schultze para reanimar el feto».

Para nosotros es ya indiscutible que la base de casi todos los titulados analgésicos obstétricos es el clorhidrato de morfina.

La toxicidad de esta substancia en el ser humano es conocida, pero ahora algunos investigadores por experiencias hechas en animales inferiores, olvidándose que estos son los menos susceptibles a la acción tóxica de la morfina (Cl. Bernard y Rabuteau), han hecho deducciones erróneas, y pretenden hacer arriesgadas aplicaciones en la mujer, sin tener en cuenta, además, que la administración de una cantidad crecida de morfina a una mujer embarazada, aun en el momento del parto, tiene que producir algún efecto en el feto. Ese efecto siempre sería apreciable por tratarse de un nuevo sér todavía pobre en defensas orgánicas.

Hirst (1) entre otros es de los que sostiene, que si la dosis de substancias venenosas dada a una gestante excede el límite terapéutico corriente, el feto sufre las consecuencias.

(1) «A Text-book of Obstetrics.» Barton C. Hirst., pág. 84.

Por todo esto quizás dice L. Tissier (1) en reciente trabajo sobre la analgesia en obstetricia, que «la transformación mágica de la sala de maternidad en un palacio del silencio es algo, que cualquier médico puede siempre realizar con la morfina».

Con este temor, pero sin abrigar prejuicio, en su contra fue, que ensayamos en Cuba la partonalgia, pues además de que su autor no hacía ocultación de la fórmula, era para nosotros una garantía, la ausencia de mercantilismo con que el Dr. Cantón la brindaba al mundo científico.

Las ampolletas que hemos empleado, nos fueron regaladas por el Dr. E. B. Demaría, distinguido delegado argentino al Séptimo Congreso Médico Pan-Americano, quien nos encargó a petición del Dr. Cantón, que ensayásemos el producto con preferencia en una clínica de partos o maternidad. Muy justo nos pareció la recomendación, pues solamente allí en esos centros se está siempre mejor preparado para cualquier accidente y además las historias clínicas pueden ser llevadas con exactitud y los resultados bien interpretados.

Sin embargo de ser nuestro deseo cumplir con tan juiciosa recomendación, no pudimos resistir la tentación de ensayarla en nuestra clientela particular, pero tan solo en un caso, siendo los demás procedentes de la Sala «Aragón» del Hospital Número Uno y cuyas observaciones fueron recogidas por el Dr. Ramírez Olivella.

Observación I.—(Clientela particular). Agosto 5 de 1915. Fuimos llamados para asistir de parto a J. G., blanca, cubana, 26 años de edad. Primípara. 9 a. m. Bolsa rota, cuello rigido y muy edematoso, no admitía más que la punta de un dedo. O. I. I. P.

9. 45 a. m. Inyectamos 1 c. c. de partonalgia. Continuaron las contracciones, pero la parturiente decía eran menos dolorosas.

(1) «Tocanalginé ou antalgésine. Analgésique obstétrical.» L. Tissier. *Archives mens. d'Obstétrique et de Gynécologie.* Paris, Julio, IV, No. 7.

10. 45 a. m. Dilatación instrumental (Bossi) hasta seis centímetros. Sin dolor y las contracciones, normales. Latidos fetales normales. Por parte de ella, ligera somnolencia.

1. p. m. Medio c. c. de partonalgia y una hora después aplicación de forceps, al notar la disminución de los latidos fetales. La extracción aunque difícil, por la mala presentación fue menos dolorosa de lo que esperábamos.

Desgarro vaginal hacia el lado izquierdo. La placenta normal y expulsada espontáneamente media hora después. El feto, completamente apneico y expulsando meconio. Gran cefalohematoma sobre el parietal derecho y parte del occipital. Hernia inguinal derecha. Peso $8\frac{1}{2}$ libras.

Después de una hora, con el método de Schultze y baños alternos de agua fría y caliente, logramos que respirara y durante las siguientes seis horas permaneció sin llorar; durante las primeras veinticuatro horas tuvo hipo constantemente.

El ombligo cicatrizó al quinto día y desde entonces se le presentó íctero bastante intenso, pero no tuvo más novedad.

La madre tuvo vómitos frecuentes durante las primeras doce horas después del parto, y escasez de leche. La involución uterina normal, así como los loquios.

Hicimos una perinorrafia inmediata con éxito parcial, pues a las tres semanas se hizo necesaria una segunda, por falta de unión en un pequeño segmento.

Observación II.—(Hospital Número Uno). B. P., veintitrés años, negra, soltera, cubana. Comienzan los dolores a las 12.30 p. m. del 5 de agosto de 1915. A las 4 p. m. presenta dilatación de cinco centímetros y se le inyecta una ampolleta de partonalgia en el muslo derecho. Primípara. Diagnóstico O. I. I. A. Pelvis normal. Ruido fetal en el punto clásico. Vulva pequeña. A la hora los dolores disminuyeron y a la hora y media, calma completa. El parto sigue su marcha y se

acelera. A las 7 la dilatación, aunque no completa, el cuello era dilatado. A las 8.30 p. m. da a luz una niña de $7\frac{1}{2}$ libras. Se practicó una *episiotomía*, con muy poco dolor al igual que la sutura. Alumbramiento fisiológico.

Estado del niño.—Nace cianótico y no respira. Se practica respiración artificial durante 15 minutos y baños alternos. Este estado pasó y la niña continuó bien.

Observación III.—(Hospital Número Uno). M. R., multipara (22 partos), blanca, casada, de los Estados Unidos. Antecedentes de algunos partos anteriores: en el primero la asistió el Dr. Sánchez Bustamante dando a luz perfectamente y después tuvo un segundo niño de término también. Uno de los partos de placenta previa. El anterior a éste una gran hemorragia por inercia uterina. Diagnóstico actual O. I. D. P. A las 10 a. m. se quejaba de dolores y al tacto se ratificó el diagnóstico hecho por la palpación y existe una dilatación de una pequeña palma de mano. Los dolores repetidos e intensos, subintrantes. Inyectamos partonalgia y los dolores continuaron, pero no tan intensos, a las 11.35 da a luz una niña de 9 libras de peso. Alumbramiento con alguna pérdida sanguínea. Podría calificarse de hemorrágico.

Estado de la niña.—Nació cianótica. Usamos el insuflador de Ribemont y a los diez minutos respira espontáneamente. Abandonamos la parturiente y a la niña bien y a la hora cuando volvimos a mostrársela al padre, la encontramos que se había «olvidado de respirar y estaba cianótica». Practicamos respiración artificial y baños alternos y lo sigue haciendo espontáneamente. La niña siguió bien.

Observación IV.—(Hospital Número Uno). E. G. V., 27 años, blanca, soltera, cubana, primípara. Pelvis normal. Gestación a término. O. I. I. A. Foco fetal en el sitio clásico. Comienzan los dolores a los cuatro días de estar en la clínica a las 7 p. m.

Tacto: comienza la dilatación, el cuello borrado completamente. El parto sigue su marcha y a las 4.30

de la madrugada, los dolores se hacen frecuentes e intensos. Al tacto dilatación casi completa. Inyectamos una ampolleta de partonalgia y a los veinte minutos los dolores disminuyeron grandemente, a la hora habían desaparecido. Las contracciones continúan indoloras y a las 6.10 de la mañana da a luz un niño de 8 libras de peso. La mujer vuelve a quejarse al desprenderse la cabeza pero no intensamente.

Estado del niño.—Cianótico; con los baños alternos simplemente, comienza a respirar espontáneamente y sale de la clínica en perfecto estado.

Observación V.—(Hospital Número Uno). G. H., 25 años, negra, cubana, soltera, ocupación su casa.

Diagnóstico: Gestación a término. O. I. I. A. Foco normal. Secundípara. Wassermann positivo.

Comienzan los dolores a las 9 p. m. Al tacto: dilatación de un real; a las 9.45 ya es de una peseta y se pone partonalgia, las contracciones se hacen más frecuentes y la mujer hace demostraciones de dolor pero no se queja. Estas demostraciones disminuyen y viene un estado de sopor. Por causas ajenas abandoné la clínica. A las 3.30 p. m. se me avisa que está en período expulsivo. Al llegar, había dado a luz un niño de 6½ libras de peso. La enfermera me manifiesta que solamente experimentó dolor al franquear la vulva la cabeza fetal.

Estado del niño.—Nace cianótico, pero hace tentativas de inspiración que espontáneamente se hacen normales y efectivas. Presentaba una espina bífida en la región lumbar e hipospadia balano prepucial. Sale de la clínica relativamente bien, pues presentaba lesiones penfigoides ligeras.

Observación VI.—(Hospital Número Uno). M. H., 26 años, blanca, soltera, española, su casa. Primípara.

Diagnóstico: Gestación a término O. I. I. A. Comienzan los dolores a las 3 p. m. A las 6 p. m. presenta dilatación de un real, a las 12 es de un peso. Inyectamos partonalgia a las 10 de la noche con contracciones

sumamente dolorosas y frecuentes; a las 11 la parturiente manifiesta que eran algo dolorosas pero soportables. En el tacto que practicamos a las 12 ya no se quejaba. Da a luz a la 1.45 de la madrugada un niño de $7\frac{1}{4}$ libras. Se quejó al desprenderse la cabeza fetal. Se desgarró el periné ligeramente en la horquilla. Dimos un punto de sutura sin dolor. Alumbramiento fisiológico.

Estado del niño.—No respira y cianótico; pasa este estado con los baños alternos. Sale de la clínica en perfecto estado.

Observación VII.—J. L., de 32 años, negra, cubana. Ingresa en el hospital a las 8 a. m. del día 6 de octubre. Múltipara, gestación a término O. I. I. A. Comienzan los dolores a las 6.30 p. m. del mismo día. A las 8.45 presentaba dilatación de un peso. Inyectamos una ampolleta de partonalgia y a los pocos minutos desaparecen por completo los dolores persistiendo aún más enérgicas y repetidas las contracciones uterinas. A las 9.35 p. m., da a luz absolutamente sin dolor un niño que llora inmediatamente después de nacido. Alumbramiento fisiológico.

En este caso no se notó somnolencia durante el parto, pero inmediatamente después sí se le presentó ese síntoma a la madre.

Estado del niño.—Bueno.

Debemos advertir que a ninguna de las gestantes se les manifestó el objeto de la inyección para evitar se sugestionaran.

Para cada una solo usamos una ampolleta y no tres (como llega a aconsejar Cantón) pues contábamos con pocas ampolletas. Todos los niños, aunque nacieron cianóticos, respondieron al tratamiento. Hemos observado que las contracciones se hacían más frecuentes a los veinte o treinta minutos después de inyectar la partonalgia.

El puerperio en todos estos casos fue normal, no teniendo las madres ningún trastorno en los aparatos urinario, circulatorio, respiratorio y digestivo. Todas lactaron a sus hijos.

*

Expuestos los casos anteriores llegamos al punto de derivar conclusiones; pero somos enemigos de apresurarnos a hacer declaraciones terminantes a favor o en contra de cualquier agente terapéutico basándonos en una estadística tan pequeña y más recordando los miles de casos «Sueño crepuscular» que a pesar de sus éxitos, aún no están de acuerdo sobre su eficacia, los principales tocólogos.

Pero analizando estas observaciones y haciendo un breve resumen de lo más importante de ellos, tenemos:

1o. Que el dolor se logró atenuar de manera notable en casi todos los casos y que quizás empleando dosis repetidas de partonalgia, el dolor hubiese sido nulo siempre, exceptuando desde luego, al pasar la cabeza por el orificio vulvar.

2o. Que las contracciones persistieron y hasta se hicieron más fuertes, probablemente por la acción del extracto hipofisiario.

3o. Que la partonalgia, mientras dura su acción, produce somnolencia marcada.

4o. Que los aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio y urinario de las parturientes, no sufren con una inyección de este preparado.

5o. Que tan sólo en un caso hubo vómitos postpartum y escasez de leche.

6o. Que la involución se realiza normalmente.

7o. Que los fetos en todos nuestros casos, menos uno, nacieron apneicos y hubo que recurrir a métodos artificiales para que respiraran.

8o. Que las criaturas durante las primeras veinticuatro horas estuvieron como atontadas y había que vigilarlas.

*

Antes de terminar, deseamos hacer constar, que a pesar de nuestra experiencia, más lo mucho que se ha dicho de un año a la fecha en pro de cada uno de los métodos ideados para abolir el dolor en el parto, continuamos creyendo, al igual que sostuvimos ante la Sociedad de Estudios Clínicos (1) en la sesión de abril 29 de 1915, que el parto absolutamente sin dolor no empleando un anestésico general, aun no es una realidad, y que por todos los métodos hasta ahora conocidos, se compromete, por lo menos, la vida del nuevo ser.

No obstante este escepticismo, confiamos y anhelamos, que pronto se encontrará la solución al problema del parto analgésico sin peligro, ni para la madre ni para su hijo.

* *

PELIGROS DE DE LA TOCANALGINE

L. Tissier, en los *Archives mens. d'Obstetrique et de Gynécologie*, de París, Julio IV, No. 7, trata de la analgesia obstétrica y, al igual que otros anteriormente, llama la atención a que la tocanalgine es un producto a base de clorhidrato de morfina y que la variabilidad cuantitativa de ese ingrediente lo hace aún más peligroso.

(1) «El parto sin dolor», J. F. Arteaga, *Archivos de la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana*. Abril 1915. Tomo XXII, pág. 147.

En prueba de todo esto, cita el hecho de que cuatro ampolletas analizadas una contenía 1.57 por ciento, otra 1.95, una tercera 2.50 y la última 2.60 por ciento de morfina. Afirma que el peligro no es para la madre y sí para el feto y dice, que ha habido determinadas circunstancias que han evitado la publicación de ciertas experiencias desfavorables. Cita varios casos en los cuales el feto sufrió, y uno en que por la insistencia del futuro padre, se empleó el medicamento con el resultado que el recién nacido no lloró en 26 horas, al cabo de las cuales falleció.

Estas experiencias le hacen decir: «La transformación de la sala de maternidad en un palacio del silencio, es algo que cualquier médico puede realizar siempre con la morfina. Pero la tocanalgié, la antalgésine y la antalgine, así como la *lotión de délivrance*, aguas milagrosas y otros bálsamos que de por sí son por lo menos inofensivas, deben ser relegadas al museo de accesorios inútiles, de farsas y comedias.

(De la «Revista de Medicina y Cirugía», de la Habana).