

LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

AÑO XV }

LIMA, DICIEMBRE 31 DE 1898.

{ N.º 240

Médicos chinos

Las cortapisas que la ley opone al ejercicio de las profesiones liberales son, indiscutiblemente, saludable valla ante la que escoja el abuso, moneda corriente y de fácil cambio en el mercado de nuestras tolerancias y descuidos.

En la carrera de obstáculos de nuestros claustros fernandinos solo llegan á la meta los que han demostrado sus aptitudes de paladines esforzados; solo llegan á adquirir derechos sobre la salud, sobre las vidas los que, con su ciencia, han comprobado esos derechos.

Por eso podemos lisonjearnos de que la medicina en el Perú se haya adelantado—no hay que dudarlo—á esta civilización de nosotros que se incuba con lentitudes de tortuga. Y por eso con silencio que, tendría matices de negligencia, no debemos autorizar abusos que echan por tierra esos rigores de que con justicia alardeamos; no debemos tolerar que esa mal llamada ciencia oriental, personificada en cuatro pelagatos que aprendieron á escoger de entre las yerbas las más pestíferas y nauseabundas, vengan aquí á traernos, para engañar á los tontos, bebedizos que no tienen más mérito que su repugnante sabor; no debemos dejar que la ignorancia de una raza, que ni los siglos han perfeccionado, venga aquí insolente á lucir, á expensas de nuestro desentendimiento y nuestra incuria, sus galas de papel pintado.

Porque tras el herbolario chino que modestamente solicita permiso de la autoridad para vender vegetales que curan, se levanta el médico misterioso que entre mogigangas y mentiras pretende con audacias de ignorante remediar males que le son completamente desconocidos: ¡la humildad del pobre diablo dando el brazo á la arrogancia del charlatán!

Y no se trata solo del ejercicio—por los titulados médicos chinos—de la medicina clandestina, de la medicina en privado cuya prohibición sería prácticamente imposible, sino de la medicina á la clara luz del día.

¿Quién no ha visto en nuestra prensa diaria ostentarse pomposos agradecimientos á tal ó cual *médico chino* que se dice ha realizado curaciones que rayan en lo maravilloso é increíble?

Quien ha protestado, ni quien protesta contra tales aseveraciones que significan la confirmación del título de médico dado por un público, que porque lo dejan se abroga, por decirlo así, el derecho de expedir diplomas profesionales? ¿Y el silencio de ellos, que autoriza los hechos sostenidos por los que firman esas cartas de periódicos, ese silencio decimos, no equivale, no es lo mismo que si, en avisos y carteles, pusieran: Fulano de Tal, médico chino ofrece al público sus servicios profesionales? ¿Qué diferencia hay entre que ellos firmen sus reclamos y que otros los pongan y ellos los autoricen?

La ley severa é incorruptible pa-

ra los nacionales y extranjeros que profesan la verdadera ciencia, la única ciencia cierta, es por una aberración que no pretendemos explicar,—incompleta ó nula para aquellos para quienes debía ser más rigurosa.

Por eso la necesidad de la reforma se impone, por eso la pedimos, la exigimos, y al pedir la no es inoportuno el copiar textualmente la ley francesa que á tal respecto dice: "Nadie podrá vender en lo futuro plantas medicinales frescas ó secas sin ejercer la profesión de herborista sin haber sufrido antes, en una de las escuelas de farmacia ó ante un jurado de medicina, un exámen que pruebe que conoce exactamente las plantas medicinales; y sin haber pagado una retribución que no podrá exceder de 50 francos en París y de 30 en los departamentos, para los gastos de este exámen. Se expedirá á los herboristas un certificado de exámen por la escuela ó jurado porque han sido examinados, y este certificado será registrado en la municipalidad del lugar donde vayan á establecerse;" ley, que pone de manifiesto, como se se hacen las cosas en los países que marchan, en el mundo á la cabeza del progreso.

C. A. G.

TRABAJOS NACIONALES

La cistotomía supra pubiana y el cisto drenaje hipogástrico.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE BACHILLER EN LA FACULTAD DE MEDICINA.

(Continuación)

Se cicatrizan mientras tanto las falsas rutas abiertas antes de la intervención por procedimientos apropiados; nosotros hemos emplea-

do para estas instilaciones la jeringa de Guyon, y al cabo de pocos días el primer chorro de orina sale fisiológicamente con gran contento del enfermo. Los hechos de esta naturaleza no son raros en la historia de los prostáticos, después del advenimiento del método que describo y de allí que la cistotomía temporaria ha llegado á jugar hoy, un rol extremadamente útil. Puedo decir, sin temor de equivocarme, que pasó ya el tiempo en que se traumatizaba sin piedad la uretra y la próstata con los cateterismos forzados, por temores infundados de abrir directamente la vejiga.

En 1893 el profesor Lejars, agregado á la facultad de Medicina de París, propone resucitar, modificando, el antiguo procedimiento de Mery, abandonado desde que Dieulafoy reemplazó las punciones capilares, por la punción á grueso trocar.

Veamos en que consiste el procedimiento de Mery-Lejars, si se me permite llamarlo así,

EL CISTO-DRENAJE HIPOGÁSTRICO

Basándose en consideraciones diversas, Lejars practica en 1893 la punción á grueso trocar en un viejo prostático, que á consecuencia de una separación de régimen fué atacado de retención de orina: había ensayado pasarse la sonda y se había herido, dos médicos hicieron tentativas inútiles de cateterismo, la vejiga estaba muy distendida, muy dolorosa, la uretra hinchada sangrante, absolutamente rebelde al pasaje de la sonda, piel caliente, lengua seca, la fascies ya muy alterada. El hecho se realizaba en el campo y la necesidad de evacuar la orina era urgente, premiosa.

En estos casos: "recurso por necesidad", dice el mismo Lejars, á la punción de Mery, y procede de la manera siguiente:

MANUAL OPERATORIO

Escoje un trocar grueso, curvo, de Chassaignac, que aunque es

muy largo, pero tiene un buen calibre, si la punta no es muy aguda, practica con el bisturí una pequeña incisión cutánea para abrirle camino y evitar así un impulso muy fuerte de la mano.

Hace la punción á dos traveses de dedo, sobre el púbis, por debajo del relieve máximo de la vejiga, y con un ligero impulso dado al trocar, penetra en ella. Se escapa inmediatamente una gran cantidad de orina, que deja salir libremente, sin sacar el trocar. Desliza después por la cánula metálica, que va retirando lentamente, una sonda de caucho rojo, de manera que la evacuación de la orina se termina por la sonda.

Naturalmente, sonda y trocar, han sido cuidadosamente desinfectados y una vez vaciada la vejiga, se lava con una solución boricada tibia, hasta que el líquido regrese claro, lava también con la misma solución los contornos de la punción y las paredes del vientre y fija la sonda á permanencia.

Durante los primeros días asegúrala evacuación de la orina por medio del procedimiento de Souberbielle, es decir por medio del sifón; para esto, á la extremidad de la sonda á permanencia, adapta por medio de un tubo de vidrio un largo tubo de caucho que descien-de hasta un frasco colocado junto al lecho del enfermo; basta inyectar un poco de agua boricada en el tubo-sifón para asegurar su funcionamiento y desde entonces la orina cae gota á gota, desapareciendo así todo peligro de infiltración, puesto que la vejiga queda siempre vacía.

Al cabo de dos ó tres días suprime el sifón y aun á veces la sonda hipogástrica, el canal está ya constituido y su pared granulosa no se deja atravesar por la orina, sin embargo aplica la sonda de tiempo en tiempo para prevenir la obliteración cicatricial del nuevo tracto.

Como se ve, el procedimiento es sencillo y rápido, pero tiene todos los inconvenientes que se deriban

de las heridas estrechas de la vejiga y de la presencia de una sonda á permanencia, y si bien es cierto que el profesor parisiense defiende su método diciendo: que la nueva uretra, así creada, difiere en muy poco de la que se obtiene con el procedimiento de Poncet en cuanto á sus actitudes funcionales, encuentro por mi parte muy fundadas, aunque sin considerarlas absolutas, las críticas que á semejante resurrección ha hecho el profesor Liones, en su articulo titulado: "Cisto-drenage hipogástrico."

Entre los principales inconvenientes señalados por Poncet citaré los siguientes:--1.º hay necesidad de servirse de un perforador de grueso calibre para que la sonda pueda caminar fácilmente en su vaina; 2.º además de las dificultades que deben vencerse para introducir el trocar, se expone al retirarlo á contaminar los tejidos vecinos toda vez que ha penetrado en una vejiga á menudo infectada; se hace pues un verdadero sembrío microbiano en los tejidos vecinos, tanto más seguramente cuanto que no se necesita una gran cantidad de orina para dar lugar á los flegmones, que casi siempre suceden á las punciones capilares mejor conducidas.

Que se trate de punciones capilares ó de punciones á grueso trocar, dice Poncet, el mecanismo de los accidentes infecciosos de vecindad es naturalmente el mismo, los gérmenes provienen de una cavidad vesical cuyo contenido está en plena eflorescencia microbiana, se infiltran, penetran entre las paredes del conductor cualquiera que sea para sembrarse en el tejido celular ambiente. Estas inoculaciones sépticas son tanto más peligrosas cuanto que la abertura vesical es más estrecha y son favorecidas por los movimientos de la sonda dejada á permanencia, por la ampliación y retraimiento de la vejiga, por la posición del enfermo, y en general por todas las condiciones que hacen variar las relaciones de la sonda con el orificio vesical.

Además, agrega Poncet, sin querer ennegrecer más el cuadro ya bastante sombrío, diré: que sonda y trocar son cuerpos extraños á menudo mal tolerados y que no solamente irritan la vejiga, que en los prostáticos atacados de accidentes urinarios exige un reposo absoluto, sino que sirven de conductores á nuevas infecciones.

Bonan y Vignard, atacan también la operación de Mery-Lejars; en su opinión la consideran como un método peligroso, condenable y sobre el cual ninguna censura bastará. No obstante Torrestains, Fehleisen, Deneffe, y Lales defienden el método y presentan en su apoyo varias observaciones.

Uno de los reproches que más se le han dirigido es la de que expone á las heridas del peritoneo, toda vez que el trocar camina á ciegas entre los tejidos. Lejars contestando este ataque dice: que el fondo de saco peritoneal desciende poco sobre la cara anterior de la vejiga, que como se opera una vejiga distendida sería difícil, sino imposible, alcanzarlo punccionando como el lo hace tan cerca del pubis. Acabamos de ver que las relaciones del fondo de saco peritoneal con la cara anterior de la vejiga son, bajo el punto de vista operatorio casi individuales, tanto que en muchas ocasiones hay necesidad de deslizarse el índice detrás del arco pubiano para arrastrar consigo dicho fondo de saco. Si son pues ciertas las aseveraciones de Poncet á este respecto, creo justa la crítica que acabo de comentar.

Otra complicación no menos peligrosa, señalada por los opositores al método es la infiltración de orina que en muchas ocasiones sigue á la punción. El líquido derramado se deposita entre las paredes de la sonda y los tejidos ambientes, y es absorbido inmediatamente. Las estadísticas antiguas suministran muchos ejemplos al respecto; Pouliot sobre 22 casos de punción supra-ubiana, presenta nueve muertos de los que ocho lo fueron por infiltración; tres veces la cánula ha-

bía sido arrancada y cinco la infiltración se hizo á lo largo del instrumento dejado á permanencia.

Lejars cree haber salvado estos inconvenientes por medio de su sífon, y si los accidentes flegmáticos sobrevinieron en la época en que Pouliot sostenía sus tesis nada tiene de extraño dice, dada la falta de asepsia con que se operaba entonces, y como prueba irrefutable presenta cinco cistodrenajes practicados en los últimos años, sin observar jamás un solo accidente flegmático. Juzgo aceptables los raciocinios del citado profesor, en cuanto se relacionan con este punto.

Si tenemos ahora en consideración que, por las razones indicadas más arriba, la uretra se vuelve permeable poco tiempo después que se la deja en reposo siendo entonces inútil la uretra contranatura, que debe cerrársele, podría aceptarse los razonamientos de Lejars; pero dada la facilidad y la inocuidad de la cistotomía supra-pubiana, que no expone á ninguno de los inconvenientes que dejó indicados y en la que también puede optarse á voluntad la fístula creada, no creo que sea preferible correr todos estos peligros posibles. Sabido es que las heridas estrechas de la vejiga son las que más accidentes urémicos é infecciosos ocasionan, por lo mismo que es difícil la libre emisión de la orilla y difícil también practicar una rigurosa asepsia, no solo de las paredes cruentas sino del reservorio vesical mismo.

En la cistotomía se tiene una herida ancha, á cielo abierto, se vé y se sabe lo que se hace, como en toda operación bien reglamentada; por esa herida se puede lavar á voluntad la vejiga, la orina no está en contacto con las paredes del nuevo conducto sino con el epitelium vesical; el porvenir del enfermo está asegurado contra nuevos accidentes de retención y si estos se alejaban por completo, nada nos impide cerrar el meato contranatura.

Creo, en conclusión, que en todo

caso debe darse preferencia á la cistotomía franca por el método de Poncet. Operación por operación vale más la que menos peligros engendra y mayores ventajas ofrece.

INDICACIONES DE LA CISTOTOMÍA

Acabamos de analizar los positivos servicios que la Cistotomía supra-pubiana presenta en todos los casos de retención de orina por hipertrofia prostática; aquí debía terminar el presente trabajo, pero permitidme que de paso y ya que he estudiado el método operatorio y sus consecuencias, indique á la ligera otras afecciones del aparato urinario, en las que también es un precioso recurso para el cirujano, ya sea á título de operación preliminar ó ya también como operación definitiva.

Las dificultades del cateterismo, en todos los casos en los que se necesiten el pasaje frecuente de la sonda y que se compliquen con accidentes sépticos, falsos trayectos, etc., son justificables de la cistotomía; aquí no hay retención de orina, pero los traumatismos repetidos de la uretra producen un estado inflamatorio tal que la aplicación de la sonda se vuelve dolorosísima, la mucosa uretral aumentada de volumen contribuye á disminuir la luz de su canal, adquiere una sensibilidad exquisita y hace insoporable al enfermo cada sesión de sondaje; la cistotomía temporaria evitando estas sesiones deja en reposo los órganos traumatizados y al cabo de pocos días todo entra en orden.

Las cistitis, y sobre todo las cistitis dolorosas, rebeldes y recidivantes y que amenazan extenderse rápidamente á las vías urinarias superiores, exigen también la intervención que me ocupa para su tratamiento. En efecto, en virtud de ella se tiene una ancha puerta por donde establecer la asepsia absoluta del reservorio vesical. El primer efecto de la fistulización supra-pubiana en estos casos—dice

Vignard—es hacer desaparecer de una manera durable los fenómenos dolorosos. El profesor Bouilly dice: "gracias á esta operación la vejiga entra en reposo inmediato y definitivo y se suprimen sus contracciones dolorosas".

En concepto de la Escuela Lionesa, todo prostático que sufre de su uretra, que vácia mal su vejiga y comienza á infectarse es justificable de la cistotomía; conviene agregar que para la Escuela del hospital Necker las indicaciones al contrario son restringidas, y es notable el contraste que existe entre la práctica de Poncet y la del profesor Guyon; desde 1888 hasta 1890 el primero había practicado 35 veces la operación, en tanto que el segundo en ese tiempo no había intervenido más que dos veces. Esto depende, en concepto de Vignard, de que contra las dificultades persistentes del cateterismo la sonda á permanencia quedaba todavía como medio salvador, si esta sonda es mal tolerada ó infecta al enfermo, dice, se deberá buscar en una operación un remedio más eficaz, y da la preferencia al ojal perineal, con ó sin prostatotomía, y seguido de la fijación por un tiempo prolongado de un drain voluminoso al nivel del obstáculo prostático. Sin entrar en detalles, me bastará repetir lo que decía hace poco ocupándome del cistodrenaje hipogástrico: operación por operación, es preferible la que no ofrece los inconvenientes de la talla perineal, y por lo demás los éxitos numerosísimos de la cistotomía entran por mucho en los derechos que tiene para que se le acuerde la preferencia.

Hay todavía numerosos casos en los que esta operación puede prestar útiles servicios á título de preliminar. He aquí un ejemplo de ellos realizado en el hospital Necker: Un individuo joven se rompe el pene durante el coito, la micción es imposible, el pene está tumefacto, ne-gruzco y sembrado de de flictenas sanguinolentas, se practica la cis-

totomía y se asegura la libre emisión de la orina, mientras que por una serie de maniobras que sería largo relatar, se da al órgano enfermo su función normal. La fístula supra-pubiana se cerró después rápidamente sin presentar los inconvenientes y demoras de las fístulas perineales.

En las estrecheces infranqueables de la uretra, que aunque son más justicias de la uretrotomía externa, se puede utilizar también la cistotomía, sobre todo cuando han sobrevenido infecciones secundarias.

En los últimos tiempos muchos cirujanos han propuesto la derivación hipogástrica de la orina como el primer tiempo para la curación de ciertas fistulas rebeldes, tales como las recto-uretrales, fundándose en que la acción del líquido que baña las suturas y se insinúa entre sus labios es el principal escollo que debe vencerse para conseguir el afrontamiento de los colgajos.

En las cistitis tuberculosas A. Rey practica la cistotomía que permite no solo tener una abertura permanente de la vejiga y explorar las lesiones ocasionadas por el proceso tuberculoso, sino también modificarlo directamente, sea por el raspado, sea por el termo-cauterio ó por los toques al cloruro de zinc ó al sublimado.

En los tumores de la vejiga acompañados de cistalgia y de tenesmo vesical, Thompson practica la cistotomía para calmar los dolores, y suprimiendo así las contracciones de este órgano hace desaparecer la hematurias. Bazy, en Diciembre de 1882, cistotomiza también á un individuo portador de tumores vesicales, y Guyón preconiza la intervención en todos los casos análogos por la ventaja que ofrece de facilitar la exploración y las maniobras intravesicales. En suma, la cistotomía supra-pubiana es una preciosa fuente de recursos que el cirujano puede utilizar tanto más legitimamente cuanto que es una operación benigna y que la

fístula creada se oblitera con facilidad.

Nada juzga un método mejor que los resultados que con él se obtienen; de aquí, señores, el inmenso valor de las estadísticas, el lenguaje numérico, lacónico y exacto por su naturaleza, es el único que en materia como la presente puede servir de control. Por eso, y sin pretender hacer una verdadera estadística, permitidme que reúna y estudie algunos de los resultados obtenidos con el auxilio de la intervención quirúrgica que nos ocupa. Seré breve á fin de no fatigaros demasiado, y daré á este capítulo una forma exclusivamente aritmética.

En una primera memoria el profesor Lejars presenta á la Academia de Medicina 4 operados, de los que 3 lo fueron por el procedimiento de Poncet y 1 por la punción á grueso trocar con sonda permanente; operado este último en el hospital Necker, arroja 3 litros de una orina fétida y sanguinolenta.

De estos 4 cistotomizados solo 1 muere á consecuencia de accidentes renales; á la autopsia se encuentran los dos riñones reducidos al tercio de su volumen, sembrados de quistes y esclerosados; los 3 restantes quedan con su meato hipogástrico á permanencia, funcionando regularmente.

Beghín comunica á la Academia de Medicina de Bélgica 1 caso de punción á grueso trocar, curado el enfermo recobra después el uso de su uretra normal; Desleasieux presenta 1 caso curado; Tuffier reu-59 observaciones de las que 29 le son personales, divide á los prostáticos en dos categorías: unos con retención completa, aguda ó crónica, aséptica y otros con retención, aguda ó crónica, séptica. En los 29 casos personales tiene 17 curaciones y 12 muertos por accidentes renales, todos estos pertenecen á la segunda categoría, es decir á los atacados de retención séptica.

Routier presenta á la Sociedad de Cirujía varios casos, entre los

que hay una cistotomía por cistitis dolorosa, el individuo muere, era tuberculoso y había llegado á su último período; 2 prostáticos con cistitis purulenta curalos; una mujer con cistitis purulenta, curada; 7 casos por retención de orina, crónica, de los que muere uno por congestión pulmonar, tres días después de la operación, y uno en el que se hizo la ablación del lóbulo izquierdo de la próstata, muere al quinto día; los demás curan.

Polaillón—1 operado, con éxito

Bazy —2 operados, con éxito

Rollet practica 5 cistotomías por estrecheces uretrales graves, complicadas con infecciones urinosas generalizadas ó localizadas al aparato uretero-piel renal, completando después la curación con la uretrotomía, uretrectomía y uretroplastia, según los casos. Todos con éxito.

Picque—1 caso, curado

Jonnesco (de Bucharest) 1 caso curado.

Routier hace la cistotomía 12 veces con éxito.

Poncet presenta 114 observaciones, todas de prostáticos. Divide, como Tuffier, sus operados en dos clases: retensionistas asépticos y retensionistas sépticos, infectados á un grado más ó menos avanzado. Son naturalmente los primeros los que han dado los mejores resultados, y así sobre 21 operados de esta categoría ha tenido 21 éxitos; en los segundos, los sépticos, sobre 42 operaciones distingue los casos de septicemia sobre-aguda, aguda y crónica. En los atacados de septicemia superaguda la muerte sobreviene generalmente dos ó tres días después de la operación. En 12 enfermos con septicemia aguda 4 mueren en la primera semana y los otros tienen una supervivencia de seis meses y medio á dos años y medio. En fin sobre 24 enfermos que presentan accidentes de septicemia crónica 7 mueren en los 8 primeros días, 10 han vivido menos de un año y los otros 7 tuvieron éxito completo.

Bajo el punto de vista funcional

en 63 casos, 12 veces la micción ha sido restablecida por la vía natural y la cistotomía por consiguiente ha sido temporaria. En cuanto á los enfermos que han continuado orinando por su meato hipogástrico en número de 22, se reparten así: 7 orinan á voluntad es decir presentan una continencia perpétua, 3 no tienen sino una continencia parcial, y en fin 12 que son incontinentes por completo.

Segond ha practicado la cistotomía 3 veces con éxito completo.

Lindfors (de Christiansstad) presenta al Congreso de Cirujía de Gothembourg 3 casos con curación.

Resumiendo estos lijeros datos que he podido reunir, tenemos: que sobre 217 cistotomías hay solo 33 defunciones, no imputables por cierto á la operación misma sino al estado preexistente de las vías urinarias superiores, por septicemias superagudas.

Nada más alentador, por consiguiente, que este cuadro. Con justo título, pues, decía al principio que la cistotomía es una operación inocente y de una gran inocuidad. Revistados los casos más notables realizados en las clínicas europeas y americanas, cábeme la honra de exponer por primera vez, los resultados obtenidos en nuestra clínica con el auxilio de esta operación.

Dejo á un lado, desde luego, la infinidad de tallas realizadas en el Perú, ya perineales ya hipogástricas. Esto está fuera de mi plan. La talla hipogástrica y la cistotomía suprapubiana difieren en efecto en su tiempo más capital, en el último; en la primera, la vejiga se cierra inmediatamente una vez extraído el cálculo por el cual se la practicó; en la segunda, al contrario, los bordes de la herida vesical se suturan á la piel y deben quedar abiertos por un tiempo más ó menos largo, y es justamente de aquí que se derivan todos los peligros de infección y absorción urínosa que no hay en la talla. Este tiempo operatorio es el más difícil de todos, principalmente cuando

se tiene que hacer con individuos gordos y cuya vejiga flácida y reblandecida es fácil de romperse.

Por eso decía que no entra en mi plan ocuparme de la talla, ni revistar los numerosos éxitos obtenidos por nuestros cirujanos.

Me concretaré pues solamente á estudiar la primera cistotomía supra pubiana realizada entre nosotros.

(Se concluirá).

TRABAJO EXTRANJEROS

PROF. LANCEREAUX

Tarea del médico en la fiebre tifoidea

("Journal de Medecine Interne")

Hemos atendido en poco tiempo, en nuestras salas, 16 enfermos atacados de fiebre tifoidea, 14 mujeres y 5 hombres: ninguno ha muerto.

Feliz serie de que debemos regocijarnos por los enfermos, guardándonos bien de hacerla depender únicamente de la potencia de nuestra medicación; en efecto, no debemos atribuirnos una curación que ellos deben á la buena naturaleza. Los hemos vigilado simplemente para que no mueran. La enfermedad tiene un curso normal, regular; el médico no la yugulará, no la detendrá, no modificará favorablemente su marcha natural; es preciso que sepa que no es esa su tarea. Su rol consiste en vigilar á la enfermedad para que no se desvíe de su camino recto; su tarea es evitar que sobrevengan complicaciones y combatir las cuando se presenten. Debe seguir atentamente á su enfermo, debe verlo con frecuencia; de esta necesidad debe convencer á la familia, persuadiéndola de que su presencia es indispensable aun cuando nada tenga que ordenar. Produce sorpresa, en efecto, la facilidad del tratamiento de la fiebre tifoidea, y las dificultades que

se pueden encontrar á la cabecera de un tífico. Estas dificultades sin número, demandan todo el tacto, toda la tranquilidad de espíritu, toda la decisión que hacen el buen médico. Exigen evidentemente un conocimiento absoluto del valor de cada síntoma, de todo lo que pasa á cada instante, de la evolución de la enfermedad en sus menores detalles.

Os he dado con mucha frecuencia la sífilis como un modelo que permite comprender las otras enfermedades crónicas; de la misma manera, os diré que la fiebre tifoidea representa un tipo excelente de enfermedad aguda.

El nombre de fiebre le conviene muy bien, pues ella la caracteriza perfectamente, es su gran síntoma que debe evidenciarse. Igualmente sería magnífico decir fiebre variólica, fiebre erisipelatosa, fiebre neumónica, en lugar de viruela, erisipela, neumonía. La fiebre es el fondo mismo de estas enfermedades; las lesiones intestinales de la fiebre tifoidea no son su causa, como la erupción no es la causa de la viruela, de la escarlatina, ni la hepatización del pulmón lo es de la neumonía. Hay un estado general mórbido con localizaciones en órganos particulares, piel, pulmón, intestino.

Diremos también lógicamente *fiebre entero-mesentérica* en lugar de fiebre tifoidea, porque las lesiones anatómicas asientan principalmente en las glándulas linfáticas agminadas y aisladas de Peyer y en los ganglios mesentéricos. Es la denominación que habían adoptado en 1811 Petit y Serres, cuando publicaron su *Tratado de la fiebre entero mesentérica*.

Esta fiebre, en París, existe al estado endémico. De que manera invade á sus víctimas.

Prodromos la anuncian siempre, que como la enfermedad declarada, procediendo por setenarios, duran 8 y 15 días. El organismo entero sufre: fatiga, curbatura, mal-estar general, cefalea, constipación, pérdida del apetito, es lo más

notable; rara vez diarrea. El enfermo no sabe lo que tiene; el médico tampoco, hasta que los accidentes característicos estallan.

Parece pues que sea muy difícil *fixar exactamente el principio de la enfermedad* y el asunto es sin embargo de importancia extrema, pues que la terapéutica sigue paso á paso la evolución mórbida, y que el conocimiento del período actual de evolución depende del día preciso del principio.—Haceis partir la neumonia de la época del escalofrío. En la fiebre entero-mesentérica los escalofrios son insignificantes; el enfermo no os hablará de ellos, no les habrá prestado ninguna atención. No podrá decirlos tampoco desde que día su temperatura se ha elevado, ni de que manera; pero os precisará de un modo cierto el día en que dejó su trabajo. Es á esta época que debe fijarse el principio del mal, al día en que el paciente ha dicho: “no puedo más”, aun cuando no se hubiera metido al lecho inmediatamente.

Provistos de este dato precioso, recordareis que la enfermedad evoluciona por setenarios y que duras tres en general, y podréis así seguirla en sus etapas y saber en cual se halla vuestro enfermo.

Lo que es característico *en el primer setenario*, es el ascenso gradual de la temperatura, que se encuentra cada tarde aumentada más ó menos en un grado y medio, y al día siguiente en la mañana descendida solamente en medio grado, de tal suerte que sube y llega en cinco ó seis días á 39° en la mañana y 40° en la tarde. Por otra parte, los fenómenos generales se acentúan, la cefalea es intensa, el insomnio muy grande, el estupor mas ó menos profundo. Los trastornos del aparato digestivo son bien claros, se manifiestan por anorexia, una sed viva,—una constipación frecuente, pero temporal, que dará lugar á una diarrea abundante,—meteorismo, gorgoteo, dolor á la presión en la fosa ilíaca derecha. Del lado del aparato

respiratorio comprobareis normalmente un cierto grado de bronquitis y encontraréis auscultando estertores secos, sibilantes, estertores húmedos; vuestro enfermo toserá, expectorando muy poco; y esputos mucosos. El pulso es frecuente y dicroto, sin que haya relación constante entre su frecuencia y la elevación de la temperatura. Las orinas son escasas, oscuras, albuminosas, ó comienzan á serlo al fin de este período.

En el segundo setenario, la situación persiste agravándose. La lengua se seca, se pone como asada, las encías se vuelven fuliginosas; la diarrea fétida exige 5 ó 9 cámaras por día. Los fenómenos torácicos toman más importancia, los estertores de bronquitis se vuelven más numerosos, las bases se congestionan. Los síntomas nerviosos estan en su máximun; la agitación, el insomnio, el delirio son intensos, el estupor es profundo, el enfermo no toma parte en la vida exterior; sus facciones están inmóviles, sin expresión; de la misma manera, se halla agotado físicamente; sus músculos no tienen fuerza para mover los miembros; enflaquece, tiene sudores. El pulso siempre frecuente, con 90 á 120 pulsaciones, es blando pero regular. La temperatura queda elevada con debil remisión matinal.

Los dos primeros setenarios constituyen los dos períodos durante los cuales el agente infeccioso invade el organismo. Este agente hiere de preferencia los folículos cerrados aislados ó agrupados del intestino delgado y los gánglios mesentéricos correspondientes, pero ataca todo el tejido linfático análogo al de las placas de Peyer el tejido llamado linfoide, adenoide.

Y esto os explica porque encontrarais lesiones de la faringe, de la laringe, del bazo; podeis encontrarlos también en la médula de los huesos donde este tejido existe. Se puede pues concebir al agente de la enfermedad como un bacilo que, si quereis permitirle una aproximación bastante grosera, se com-

porta como la filaria, se localiza en determinados territorios linfáticos, pero puede también ir á tomar asiento en otras partes de este sistema orgánico.

Es en los últimos días del primer setenario que los folículos agrupados comienzan á acrecentarse en longitud y anchura, los folículos cerrados á hacer eminencia por dentro del intestino, los gánглиos del mesenterio á engrosarse. La tumefacción vá *en crecendo* durante los primeros días del segundo setenario y entonces, cuando ha llegado á un grado bastante elevado, ó bien la afección se inclina á la resolución y toda tumefacción disminuye, ó, lo que es más frecuente, sigue su marcha á la ulceración. La lesión consiste en una proliferación de los elementos linfoides.

Estos elementos, por su multiplicación abundante, no encuentran los elementos necesarios para su subsistencia y mueren muy pronto. Es del 13° al 17° día que sobre vienen esta necrosis y la caída del tejido esfacelado que de ella resulta.

Caída la escara, las úlceras comienzan á repararse inmediatamente; se transforman en heridas en vía de brote, con vasos de nueva formación.

No os sorprenderá pues *durante este tercer setenario*, en este período de reparación de las úlceras, el ver variaciones bastante importantes de la temperatura que, por ejemplo, haya bajado primero y después se eleve al 18° día y tenga en los siguientes grandes oscilaciones. Atribuyo estas variaciones á la absorción de materias tóxicas, imposible mientras se forman las escaras; posible, al contrario cuando la úlcera tiene vasos jóvenes y la ausencia de epitelio permite esta absorción: Comprenderéis también que es en el momento de la caída de las escaras que pueden producirse hemorragias, perforaciones intestinales.

Sin embargo, en los casos ordinarios se ve, durante la tercera se-

mana, la temperatura decrecer de una manera progresiva, acentuándose cada día las remisiones matinales y atenuándose los ascensos vesperales. Al mismo tiempo, los síntomas pulmonares mejoran, los accidentes nerviosos se disipan, el estupor desaparece y el enfermo renace á la vida exterior, conoce de nuevo el sueño. Los desórdenes digestivos se hacen menores; la lengua es húmeda; el vientre no está ya meteorizado; la diarrea cesa; el apetito vuelve.

Y es así que del 21° al 24° día se vé que por sí misma la temperatura ha descendido á la normal, que los fenómenos mórbidos se han disipado; en una palabra, que naturalmente, sin medicación, el enfermo entra en convalecencia.

Sucede que se presentan *recaidas*. La *recaida* se produce al fin del tercer setenario. Es necesario diagnosticarla y hacer comenzar la nueva enfermedad desde el momento en que la temperatura comienza á elevarse. Y la *segunda fiebre* procede también por setenarios; puede ser seguida de una tercera.

Esta marcha simple que acabo de recordaros es la de una fiebre endémica. Cuando grasa una epidemia, la fiebre tiene otro aspecto.

Hay epidemias notables por su benignidad, las he visto en que la defervescencia se producía regularmente al 15° día. Por el contrario, las hay graves: en 1876, del 1° de enero al 13 de julio, hubo 50 defunciones; del 13 al 31 de julio, 10 defunciones; en agosto 68 defunciones; y en los seis últimos meses, 400 defunciones.

En los periodos de epidemia, la temperatura es más ó menos elevada, más ó menos regular. Es entonces que encontrareis fiebres atáxicas, fiebres adinámicas. La circulación se halla trastornada, el pulso late de 120 á 140 veces por minuto, el encéfalo es atacado: el delirio, las convulsiones lo testifican. Las lesiones anatómicas del intestino ó de otros órganos son mas extensas. Teneis congestiones del pul-

món, neumonia, bronconeumonia. Encontrais lesiones de los epiteliós del hígado, de los riñones.

Que significan estos desórdenes? Encontrareis semejantes en la fiebre variólica, en la sífilis en periodo secundario sin que haya localización orgánica. Esto os dá luz: hay lesiones producidas por el agente propio de la enfermedad y que son constantes, y lesiones inconstantes producidas secundariamente, tal vez por venenos engendrados por el agente específico. A la infección se agrega la intoxicación.

De esta tendréis que combatir todos los efectos; de la infección combatiréis los efectos cuando sean inmoderados y las complicaciones accidentales.

Entre estas complicaciones debemos citar las *hemorragias*. Las unas son graves, las otras no lo son y tal vez podrían ser consideradas útiles. Su gravedad depende del momento y del lugar en que se producen. Al principio de la enfermedad el paciente tiene epístasis, pero tiene también, como dice GUBLER, epístasis internas: epístasis metrorrágicas, intestinales. La sangre viene amenudo del ano, del intestino grueso; es roja y no se halla mezclada con las heces. Estas hemorragias no son graves. Mas peligrosas son las del 15°, las del 16° día, formadas por sangre mezclada á las heces, y negra porque ha sufrido la acción de los gases. Viene del intestino delgado. Es un accidente serio que diagnosticareis antes de la expulsión de la sangre acumulada en el intestino, cuando veais al enfermo palidecer; con las facciones afiladas, un pulso pequeño, acelerado, un descenso de la temperatura de uno ó varios grados, una lipotimia, un síncope. Este no será siempre un accidente grave si, por ejemplo, la hemorragia no es abundante, si no es seguida de perforación, habrá hecho el oficio de una de esas sangrías que se practica en la uremia para quitar sangre cargada de productos tóxicos.

La peritonitis es otra complica

ción muy temible que puede sobrevenir en casos donde la enfermedad ha sido en apariencia muy benigna, amenudo en el momento mismo de la convalecencia. Es de temer durante el periodo de caída de las escaras, porque entonces una perforación siempre posible será seguida de una peritonitis sobre aguda, generalizada, que matará rápidamente.

Yo he señalado ya la localización frecuente del bacilo tífico en el tejido adenoide de la laringe que está generalmente ulcerado, en particular al nivel de los repliegues aritenoido-epiglóticos. Estas *ulceraciones de la laringe* pueden ser profundas, ir hasta la necrosis. Pueden provocar un edema de la glotis con accesos de sofocación que necesitaran la traqueotomía desde que vayan aproximándose y aumentando de intensidad.

Hemorragias, peritonitis, ulceraciones de la laringe son complicaciones que resultan directamente de lesiones que ha hecho el bacilo en los puntos en que permanece de preferencia, donde tiene toda su potencia, donde produce todos sus efectos.

He aquí ahora otras *complicaciones* que son *secundarias* ó que son *debidas á la intoxicación*, es decir resultado de la acción de productos químicos formados en el organismo.

Los epiteliós del riñón, del hígado van á ser interesados. El bacilo puede atravesar el riñón y ha sido encontrado en la orina; se encuentra también en el hígado, en el centro de nódulos cuya formación ha provocado. Pero, las células del riñón, del hígado sufrirán principalmente la acción de productos tóxicos del bacilo tifoide ó de otros bacilos, reabsorbidos al nivel de las heridas del intestino. En estas condiciones, encontrareis un día, á vuestro enfermo en la adinamia, con disnea y sin otro signo de accidente pulmonar.

Al día siguiente, tendrá delirio, tendrá vómitos verdosos algun tiempo después de la ingestión de

los alimentos. Pensareis en la *uremia*; encontraréis orinas poco abundantes, albuminosas. Si la célula hepática está alterada, temed la *insuficiencia hepática*, mas rara que la uremia. Orinas poco abundantes albuminosas, ictericas, ricas en urobilina, subicteria de las conjuntivas, adinamia y subdelirio conduciendo al coma, os pondrán en la vía.

El catarro brónquico es un síntoma ordinario y precoz, debido probablemente á fenómenos vasomotores de orden reflejo. Se transforma en una complicación si se acompaña de *congestión*, de *bronconeumonía*, accidentes que puede provocar el bacilo solo. Cuando hay neumonía el neumococo entra en juego.

Otro peligro muy positivo de la convalecencia y que no está señalado en los libros es el que hace correr la *flebitis*. El enfermo puede morir subitamente. Tal ha sido el caso de una mujer de 46 años que yo atendía por una fiebre tifoidea ligera. Se encontraba mejor, reclamaba alimentos, parecía entrar en convalecencia. Se levanta y va al otro extremo de la sala, á los reservados; vuelve, se arroja en su lecho, se acuesta; inmediatamente después se siente mal, oprimida, palidece y muere en menos de 12 minutos.

En la autopsia, comprobamos en la pierna izquierda un ligero edema que se nos había escapado durante la vida. La arteria pulmonar contenía un coágulo de 6 á 7 centímetros. En la parte superior de la vena femoral derecha, existía un coágulo muy poco adherente, y la pared venosa estaba á este nivel ligeramente coloreada y un poco gruesa. A la izquierda, se observaba, en un punto, una lesión semejante de la pared venosa. Debemos saber que el coágulo, en esta flebitis, se forma rápidamente, casi de golpe y es poco adherente.

Por consiguiente, deberá prohibirse todo movimiento al enfermo, y abstenernos de palparlo sin precauciones. Apesar del dolor en la

pantorrilla, no es en este punto donde se encuentra el coágulo, está más arriba, en la vena femoral, punto donde la *vis a tergo* y la aspiración torácica no se hacen sentir. Es allí que lo buscareis, pero proceded con mucha suavidad, con toda la mano, porque se desprende fácilmente. He visto á un enfermo tener una recaída, y al fin de su recaída una flebitis que se mejoraba, cuando repentinamente la temperatura se puso á oscilar de 37° en la mañana á 40° en la tarde y se encontró en el pulmón un punto sospechoso. El coágulo había pues comenzado á adherirse, de allí la mejoría, pero su estreñimiento se desprendió un día y fué á infectar el pulmón.

Del lado de las arterias, accidentes del mismo orden que la flebitis pueden pasar. La *arteritis obliterante* ha sido señalada, y se ha encontrado en efecto trombosis arteriales seguidas de gangrena de los miembros inferiores.

Los *músculos* pueden ser atacados de degeneración vitrosa, principalmente los rectos del abdomen, los adductores; pueden romperse. La fibra muscular del corazón puede también entrar en degeneración por el mismo mecanismo que los otros músculos, es decir bajo la influencia de productos tóxicos más que por la elevación de la temperatura.

Son todavía estos productos tóxicos los que engendran las *neuritis* periféricas parenquimatosas, de donde resultan paresias, parálisis con atrofia muscular análogas á las que se observa en la difteria.

Una última categoría de complicaciones comprende los *accidentes de supuración* que sobrevienen en el periodo de reparación de las úlceras, algunas veces más tardíos y que, dependiendo mucho del estado de nutrición de cada enfermo, serán más frecuentes en los bebederos, los viejos, los aniquilados. En ellos vereis de una manera precoz escaras profundas, que algunas veces van hasta los huesos.

Las escaras son por lo demás fre-

cuentes en los tíficos. Tienen su asiento en el sacro y también en otros puntos salientes: trocanteres, maleolos, talones, codos. Todavía del lado de la piel y el tejido celular subcutáneo vereis los *clavos*, forúnculos, ectima. Tendreis en los jóvenes la supuración de los huesos, la de los músculos, artritis supuradas, meningitis supuradas. Encontraréis pionesitis que no tienen nada que ver con la nefritis epitelial infinitamente más frecuente. — El catarro del oído tan común en la fiebre tifoidea puede complicarse con una supuración de la caja por gérmenes venidos á través de la trompa de Eustaquio. No se puede atribuir estos accidentes al mismo bacilo que engendra la enfermedad principal, puesto que él localiza sus efectos en el tejido adenoide.

Además, es imposible admitir que el mismo agente produzca, sobre un mismo tejido, aquí una lesión proliferativa, allí una lesión supurativa. Organismos diferentes del bacilo tifoideo, actúan seguramente en la génesis de estas supuraciones: una prueba última es que ellas no sobrevienen casi sino en el último período ó aun en la convalescencia de la enfermedad.

Todas estas diferentes complicaciones dependen en mucho del estado de cada sujeto. En efecto, la enfermedad presenta una *variedad infinita segun los enfermos*, y se debe tener en consideración, para el pronóstico y tratamiento, la edad y las condiciones fisiológicas. No es la misma en la infancia, en el período de crecimiento, en el de la reproducción, en la vejez. El niño tiene mucha fiebre, agitación, delirio, coje fácilmente una bronquitis capilar, una bronconeumonía. En el adolescente encontraréis peritonitis que no se presentan en los adultos.

Entre ellos, por el contrario, estarán los cardiacos, renales y no será su fiebre sino su corazón, su riñón que reclamarán vuestra atención. El carácter tórpido del mal, la fiebre moderada no os harán en

el viejo, formar erróneamente un pronóstico benigno. Tendréis, en una mujer, que preocuparos de su preñez que puede terminarse por un aborto, y también de su estado de nodriza.

Todo bebedor está amenazado de hipertermia y de un delirio que lo matará pronto ó que se terminará en el como con escaras. Los excesos venereos como el abuso de bebidas ponen al enfermo en mala situación. Sucede lo mismo desgraciadamente con aquel que se halla fatigado por el trabajo físico ó intelectual.

(Continuad.)

CRONICA

Dr. Manuel Adolfo Olaechea. — A mediados del mes próximo pasado dejó de existir en Paysandú (Uruguay) este distinguido colega y compatriota.

El Dr. Olaechea se recibió de médico en el año de 1866 y poco después optó el grado de doctor.

El año de 1867 fué nombrado en comisión para combatir la epidemia de fiebre amarilla en Ica, habiendo hecho en esa época y posteriormente en Lima estudios clínicos importantes sobre dicha enfermedad.

Fué jefe de un servicio el en hospital "Dos de Mayo" hasta 1881, en cuyo año con motivo de la ocupación chilena abandonó Lima y se estableció en la República Oriental del Uruguay.

Fué durante varios años médico de Policía de esta capital, habiéndose distinguido en el desempeño de este puesto por sus concienzudos y brillantes informes médico legales.

En Montevideo fundó la GACETA DE MEDICINA Y FARMACIA; el Gobierno del Uruguay lo honró nombrándolo miembro de la Junta de Sanidad; sostuvo ahí polémicas importantes sobre asuntos médico legales; entre ellos uno notabilísimo sobre incapacidad mental: sus opiniones fueron escuchadas con respeto.

Ultimamente, en 1893, publicó una

obra muy importante sobre asuntos de Higiene y Medicina Legal.

Clínico y médico legista eminente, polemista ardiente, filántropo; el Dr. Olaechea deja un inmenso vacío en el cuerpo médico nacional.

Paz en su tumba!

Rectificación. — Lima, Diciembre de 1898. — Señor Secretario de LA CRÓNICA MÉDICA. — He leído con sorpresa en el tomo II de la Patología Médica por Brouardel, pag. 59, que el señor Mosny, que escribe el artículo referente á la fiebre amarilla, afirma que esta enfermedad es endémica de las costas del Perú. Por algunos meses he esperado que voz más autorizada que la mía, rectificara esta aseveración; pero como tal cosa no ha sucedido, me creo en la obligación de hacerlo, porque ella además de ser del todo falsa, es altamente perjudicial para nuestra Patria.

Sin más señor Secretario, soy de Ud. atto. y SS.

Dr. Alfredo I. León.

Publicaciones Recibidas

ACABA DE APARECER **Anatomie des Regions** en sus relaciones con la medicina y la cirugía por el DR. GEORGE MAC-CLELLAN, D. M., profesor de Anatomía descriptiva y Topográfica en la Escuela de Anatomía de Filadelfia. *Ilustradas con fotografías que el autor ha hecho de preparaciones anatómicas diseccionadas exclusivamente para esta obra; las planchas han sido coloreadas por él del natural.*

“LA ANATOMÍA NO ES COMO SE ENSEÑA EN LAS ESCUELAS.”

BICHAT.

En dos volúmenes, ha aparecido el primero, que se puede pedir separadamente, traducido de la edición inglesa por el DR. LOUIS TOLLEMER, antiguo Interno de los hospitales de París.

Esta magnífica Anatomía, con 120 planchas coloreadas, es clásica en América del Norte y en Inglaterra donde se venden nueve mil

ejemplares cada año. Las piedras que han servido para el tiraje de las planchas son hechas todas por las fotografías originales de cadáveres disecados; *nunca había sido empleado en Francia* este procedimiento, que no puede ser sino la imagen de la verdad anatómica; así la presentamos con confianza á los profesores de anatomía y á todos los prácticos de la lengua latina.

Cada volumen, solo ha aparecido el primero, se vende en 40 francos y consta de 500 páginas en 4.º, lujosamente imprimidas en magnífico papel.

Extracto del prólogo

La anatomía, para ser útil, debe ser un estudio práctico y no teórico. Es bastante difícil por sí misma para que nos esforcemos en hacerla clara con figuras netas y verdaderas. Nuestra obra llenará su objeto presentando cada asunto bajo una *forma nueva* que, lo esperamos, será interesante y útil tanto para el práctico como para el estudiante que tiene intención de ejercer la cirugía de actualidad.

Las láminas han sido expresamente preparadas para ilustrar y comprobar las descripciones; ellas representan las disecciones tan fielmente como es posible. Hemos tenido confianza en la PRECISIÓN INFALIBLE DE LA FOTOGRAFÍA para presentar las verdaderas relaciones de las partes que, en cada caso, han sido dejadas *in situ*, habiendo separado únicamente los tejidos adiposo y conjuntivo para dar impresiones netas.

Publicada por la SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES—4 rue Antoine Dubois, Place de l'Ecole de Médecine—París.

El mal gusto y olor del aceite de hígado de bacalao no se notan en la Emulsión de Scott.

Como nadie ignora, esta es la gran medicina para adquirir fuerzas y recuperar carnes.

Imprenta y Librería San Pedro 17384