



LA

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, ENERO 15 DE 1899.

{ N.º 241

AVISO

Siendo conveniente mejorar el papel en que se edita LA CRÓNICA MÉDICA y hacer en su impresión algunas reformas que demandan un aumento de gastos, el valor de la suscripción será desde el presente año de un sol veinte centavos al trimestre y en Provincias de seis soles por año.

Suplicamos á nuestros abonados que tengan cuentas pendientes con esta Administración se sirvan cancelarlas á la mayor brevedad posible. Los señores suscritores de provincia pueden hacer el pago en un giro postal á la orden del señor administrador.

TRABAJOS NACIONALES

La cistotomía supra pubiana y el cisto drainage hipogástrico.

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

(CONCLUSIÓN)

OBSERVACIÓN N.º 1

Desde hacía mucho tiempo el Dr. Leoncio L. de Mora, prestaba sus cuidados profesionales al señor A. C., hombre de edad proveceta (cuenta 80 años), de constitución fuerte todavía, y que hacía una vida sedentaria; hasta el mes de mayo del presente año, llevaba muy bien sus diez y seis lustros apesar de que el desgaste orgánico fisiológico había deteriorado muchos de sus aparatos. Arterio-escleroso como buen anciano, tiene una afección mitral antigua; el proceso esclerosante, localizado en la próstata especialmente, venía obstruyendo lenta pero progresivamente el cuello de su vejiga. Es portador de un enorme paque-

te hemorroidal que sangra al menor esfuerzo. Agregad una vieja hernia inguinal derecha y tendréis el enfermo que en la noche del 5 de julio, ingresó a la "Maison de Santé" á ocupar el departamento N.º 27.

En la tarde del mismo día una brusca retención de orina le sobreviene al señor C.; llámase en consulta al Dr. Constantino T. Carvalho y después de una larga y paciente sesión de cateterismo, completamente infructuosa, se manifiesta al enfermo la conveniencia de una intervención inmediata; ingresó al servicio á las 8 de la noche, hora en que se practica una punción al Dieulafoy y se extraen 3 litros de orina retenida por más de 48 horas.

A la mañana siguiente el termómetro marcaba 38°, la lengua estaba seca, urémica, había náuseas, y fenómenos nerviosos: cefalalgia, excitación. Se decide la operación para el mismo día, y se practica, la cistotomía á las 10 h. a. m.

He aquí como procedió el Dr. Carvalho, auxiliado por el Dr. Mora: previa *toilette* de la rejión hipogástrica, practica una punción con la aguja n.º 2 del aspirador, á dos traveses de dedo por encima del pubis, inmediatamente se escapa un chorro de orina; se cierra la llave del aparato, á fin de evitar el desplazamiento total del líquido, é incide sin retirar la cánula la piel y pániculo adiposo subyacente que en este caso era enorme, pues el individuo es muy gordo. La incisión sigue la dirección de la línea umbilico-pubiana. Cortada la aponeurosis de los oblicuos, colocó dos separadores, uno en cada lado é investigó con el dedo la cara anterior de la vejiga y la posición de la cánula; el fondo de saco peritoneal no es visible, sirviéndole de jalón la cánula, encaja la punta del bisturí en plena vejiga y se escapa un grueso chorro de orina; retirada la cánula, introduce la extremidad del índice izquierdo en la herida vesical, muy profunda á

consecuencia del espesor de las partes blandas. Con la aguja de mango de Doyen colocó tres puntos de sutura en el borde derecho de la herida para hacer el afrontamiento de la mucosa con la piel, lo que no se consigue por completo por la interposición de la abundante capa del tegido celular existente. En vista de esta dificultad deja sin saturar el otro borde vesical y coloca la sonda de Maleco á permanencia. Se lava después la superficie cruenta y el reservorio vesical con una solución tibia de ácido bórico, y se estrecha la herida cutánea que era de 6 á 8 centímetros con varios puntos de sutura. Apósito aséptico y una venda que asegura la sonda, y la operación está terminada.

Antes de pasar adelante, permítaseme hacer algunas reflexiones. La presencia de la hernia inguinal modificaba mucho al campo operatorio; en un individuo graso como este, la investigación del arco pubiano fué imposible, y á pesar de haberle dado á la incisión cutánea 8 centímetros de longitud, quedó la herida demasiado pequeña para practicar con comodidad las maniobras intravesicales. Las paredes de la vejiga flácidas, y adelgazadas se prestan tan mal á las tracciones de la seda de sutura, y unido esto á la enorme cantidad de grasa existente, no se pudo hacer un afrontamiento perfecto. Es en estos casos que juzgo más conveniente la cistopexia previa propuesta por Routier y Lejars, y si en esta ocasión se hubiera hecho, la sutura habría sido fácil y completa, evitando así la aplicación posterior de la sonda.

Si consideramos que la operación se practica sin anestesia, por la imposibilidad de cloroformizar al paciente dada su lesión cardiaca, y que nos encontramos con una vejiga no séptica todavía se justificará la aplicación de la sonda, toda vez que no podían prolongarse por más tiempo las maniobras que exige una sutura perfecta.

No obstante, al cabo de 3 á 4 días durante los cuales se escapaba la orina constantemente, se organizó la fistula hipogástrica tapizada por un tejido granuloso impermeable. El individuo orinaba de tiempo en tiempo, quitándose un pequeño tapón de corcho colocado en la estrechidad libre de la sonda; se hacían á diario dos lavados vesicales borcados tibios, y se recubría la herida con simple algodón hidrófilo, sin experimentar más accidentes que ligero eritema de las paredes del vientre por el contacto prolongado de la orina que ensuciaba el aposito.

En los días posteriores se atendió á la curación de las falsas rutas abiertas en la próstata, haciendo amplios lavados al permanganato de potasa é instilaciones con la geringa de Guyon. Cinco días después de la operación, y una vez pasados los accidentes inflamatorios de la uretra, se procedió á la primera sesión de cateterismo para la que se invitó al Dr. Manuel Montero, cuya dedicación y habilidad en esta rama de la cirugía es bien conocida; se ensayaron las sondas de Nelaton, de Cuzco, de Petit, etc., sin conseguir franquear el obstáculo prostático.

Con interválos de reposo, se repitieron en los siguientes días las sesiones de cateterismo empleando desde la sonda n.º 1 hasta la n.º 14 de la hilera, sin conseguir absolutamente nada: hasta que después de un largo reposo y al 25º día de la operación, sin dificultad de ningún género, pasó la sonda n.º 1 escapándose el primer chorro de orina por la vía normal. Se dejó esta sonda á permanencia y fué reemplazada por el n.º 2 que quedó también fija, se continuó sucesivamente hasta que se llegó al n.º 6.

Treinta y cinco días después de la operación el individuo orinaba sin ningún auxilio, y la fistula hipogástrica se había obturado por completo.

Difícilmente se volverán á presentar tantas condiciones negativas

reunidas en un mismo individuo, y á su pesar, el éxito no puede haber sido más satisfactorio.

El enfermo que nos ocupa padece además de ataques epilectiformes que le sobrevinieron durante el tratamiento sin modificarlo en nada. Reumático, arterio-escleroso con localizaciones cardiacas, hemorroidario y portador de una vieja hernia inguinal, la retención de orina de que fué presa habría coronado el cuadro, y la muerte por envenenamiento urinoso habría sido el desenlace obligado si no se interviene en buen tiempo.

Felizmente, los accidentes sépticos no habían entrado en juego todavía y se operó en una vegiga no infectada, los riñones funcionaban bien y encontrando después de la cistotomía una franca vía de derivación de sus productos, conservaron su integridad; sin ella, el proceso ascendente que he descrito en otro capítulo se habría realizado, y los accidentes renales y vesicales habrían consumado la obra destructora que ejecutaban antes, en la época en que la cirugía consideraba á la vegiga como inabordable.

Surge aquí una cuestión, los tan temidos flegmones del espacio de Retzius y los accidentes del envenenamiento urinoso son debidos á infecciones centripetas ó centrifugas? Desde luego, descarto los casos en que la vegiga está ya infectada y por consiguiente los microbios piogénicos vienen de dentro á fuera á sembrarse en el tejido celular prevesical, en estos casos la etiología de la infección es clara; me refiero á los casos como el presente en los que se trata de una cavidad no supurada.

Antes del período bacteriológico dos teorías tenían curso en la ciencia para explicar estas infecciones: la teoría de la absorción urinosa y la teoría renal. La primera, imaginada por Velpeau y sostenida por Perdrigeon, Maisonneuve, Saint Germain, Sedillot, Reliquet y otros, atribuía los accidentes so-

brevitados en los operados á la absorción de la orina al travez de las mucosas dilaceradas durante cualquiera maniobra intra-uretral ó vesical; la segunda, enunciada por Verneuil y aceptada por Bron, Philips, Mauváis, Dolbeau, Malherbe y otros, los atribuyen á trastornos renales que ocasionan una falta de depuración de la sangre, por una perturbación de origen reflejo en la secreción urinaria.

Hoy, bajo el dominio de las investigaciones bacteriológicas, se sabe que estos accidentes son debidos á la penetración en los tejidos de la orina séptica, es decir que contiene microbios y sus productos solubles. Bouchard el año 1880 y Clado el 1887, descubren en la vejiga enferma una bacteria en bastoncitos: *bacterie septique* de la vejiga, que hace aparecer el amoniaco en las orinas, y cuya inoculación en el tejido celular ó el peritoneo de las ratas les produce la muerte en breve plazo.

Más tarde, Hallé y Albarrán comprueban estos hechos, encontrando el microbio en los abscesos urinosos. Esta bacteria no clasificada entonces, no es otra cosa que el *bacterium coli commune* ó *coli bacillo*; generalmente existe solo, pero por excepción se asocia á otros microbios; es pues el específico de estas infecciones.

Porqué, en el caso que relato, no hemos tenido estas peligrosas complicaciones cuando Poniliot en una estadística antigua que comprende 25 casos encuentra nueve muertos por esta causa, ya lo he dicho más arriba: porque hoy no solamente se opera asépticamente, sino que tenemos medios á la mano para desinfectar los focos supurados ó sépticos.

La infección de fuera á adentro es hoy imposible, la infección de dentro á fuera es fácilmente vencida y por consiguiente, á menos de lesiones orgánicas muy avanzadas de los riñones, se tendrá siempre el satisfactorio resultado que hemos obtenido en el operado cuya historia queda hecha.

Aún cuando mi objeto es tan solo estudiar la cistotomía en las retenciones de orina por hipertrofia prostática, relataré, ya que he señalado sus diversas indicaciones, los beneficios obtenidos con su auxilio en un caso últimamente operado entre nosotros.

OBSERVACIÓN N.º 2

En la Sala de San Lorenzo, cama n.º 2, del "Hospital del 2 de Mayo", presentóse á fines del año pasado un individuo llamado Juan Espinoza, canteño, de 31 años. Hombre de constitución regular y de temperamento linfático, acusa haber tenido gran número de blenorragias durante su vida, y entra al servicio acosado por trastornos del aparato urinario.

El Dr. Nemesio Fernández Concha diagnostica una cistitis blenorragica é instituye el tratamiento ordinario: desinfección de dentro á fuera (Azul de metileno, tanino, etc.) y de fuera á adentro (lavados al permanganato de potasa, antipirina, ácido bórico, etc.); todo inútilmente.

Había llegado el caso de que hablo mas arriba, en que el pasaje de la sonda era insoportable para el enfermo; aqui no había retención pero cada sesión de cateterismo que los lavados exigían, era un verdadero suplicio para este desgraciado. El tenesmo, las hematurias y los demás síntomas, locales y generales, habían ido tomando proporciones cada vez mayores durante los nueve meses transcurridos en este año; hasta que el Dr. Fernández Concha decidió intervenir, y en efecto el 25 de setiembre próximo pasado se practicó la cistotomía suprapubiana.

Como quiera que aquí el conducto uretral era franqueable, la técnica varió un poco de la que acabo describir, puesto que fué posible la introducción en la vejiga de un cateter indicador.

No analizaré los diferentes tiempos de la operación, y solo me limitaré á decir que estuvieron confor-

mes con las prescripciones que he estudiado en el capítulo pertinente, excepción hecha del último que consistió en la aplicación de un grueso *drain* en el interior de cavidad vesical. Permitidme que pregunte: Que objeto tenía ese cuerpo extraño?—; Oponerse á la infiltración urinosa?—Acabamos de ver que suturadas las paredes vesicales á las ventrales, tal infiltración es imposible por cuanto el nuevo canal queda tapizado en todo su trayecto por el epitelium vesical y en una pequeña parte de su extremidad externa por la epidermis de la piel del vientre; luego, no es necesario ese *drain* ó sonda porque como dice Poncet: *drain* ó sonda á permanencia son siempre cuerpos extraños, mal tolerados por el enfermo, y que constituyen, por mucho que se les desinfecte, una probabilidad, cuando menos, de infección.

Si en el caso del Sr. C. (Observación N.º 1), era justificada la sonda á permanencia fué porque uno de los labios de la herida vesical quedó sin suturarse y por consiguiente la absorción era posible; pero en este último caso, creo que no se necesitaba.

La aplicación de la sonda á permanencia, después de la cistotomía, hace perder á esta todas sus ventajas sobre el Cistodrenaje, y en último analisis proceder así, es hacer un mixto de ambas operaciones.

¿Qué objeto tiene entonces proceder á incidir capa por capa hasta llegar á la vejiga y suturar después esta con las paredes del vientre? Si se ha de poner sonda, vale mas la punción á grueso trocar ó de Mery-Lejars, puesto que con todos sus inconvenientes y peligros, es cuando ménos más rápida.

Es justamente para evitar esos inconvenientes y peligros que Poncet y Mac-Guire, hacen la Cistotomía en la forma indicada, sin emplear la sonda á permanencia.

Analizado este detalle operatorio añadiré, para terminar, que las ventajas obtenidas por el enfermo con la operación fueron inmedia-

tas; abierta la vejiga se encontraron sus paredes ulceradas en una gran extensión. Por procedimientos que no es del caso relatar, se continuó el tratamiento hasta el punto que hoy la cistitis casi ha desaparecido, mientras el enfermo orina sin dificultad por su meato artificial que es incontinente, y que se curará tan luego como se halla completado la curación que bajo tan buenos auspicios ha comenzado.

CONCLUSIONES

Al comenzar el presente trabajo preguntaba. ¿En un prostático atacado de retención y por cuya uretra nada pasa, qué se debe hacer? ¿Qué conducta observar? Contestaré resumiendo lo expuesto hasta ahora: 1.º debe cistotomizarse lo mas pronto posible; 2.º si la vía normal no vuelve á ser permeable, apesar de tratamientos posteriores apropiados, la nueva uretra queda como definitiva, en caso contrario es solo temporaria; 3.º debe darse preferencia á la Cistotomía supra-pubiana por el método de Poncet, desechando en cuanto sea posible el Cistodrenaje hipogástrico de Mery-Lejars; y 4.º por último, en la Cistotomía no debe aplicarse sonda ni *drain* á permanencia. Restame solo, después de daros las gracias por la benevolencia con que me habéis escuchado, repetir lo que decía mas arriba: que la Cistotomía, como operación previa ó definitiva, es una preciosa fuente de recursos que el cirujano puede utilizar tanto mas legítimamente cuanto que es una operación inocente, y que la fistula hipogástrica creada puede obturarse á voluntad.

He dicho.

Lima, Octubre de 1898.

Miguel D. Morante.

El Protargol en el tratamiento de las uretritis de gonococcus

El Protargol (proteinato de plata) recién preparado por Eichen-grun é introducido en la terapéutica de las uretritis de gonococcus después de los experimentos de Neiser, quien lo calificó como la mejor preparación de plata; pareció por algún tiempo destinado á reemplazar las demás sustancias empleadas en el tratamiento de la gonorréa. En pocos meses aparecieron los estudios de Bonario, de Barlow, de Haidautoff, de Balzer, de P. Gallenga, de P. Nogués y de E. Desnós, quienes emitieron juicios favorables.

El Protargol fué empleado en inyecciones endouretrales (método de Neisser), en grandes lavados (método de Guyon) y en instilaciones (método de Nogués.) Respecto á las inyecciones, á pesar de que los resultados publicados no son mejores de los que se pueden conseguir con muchas otras soluciones antiblenorragias, se nota, sin embargo, en todos los autores un optimismo que no puedo aceptar. Los grandes lavados dieron según Haidoutoff y Nogués resultados poco satisfactorios. En las instilaciones este último abriga grandes esperanzas pues los resultados que obtuvo fueron alentadores.

Desde hace cinco meses he introducido en mi práctica esta nueva preparación de plata, y la he experimentado con el método de las inyecciones, los grandes lavados y en forma de instilación; he empleado las inyecciones endouretrales en los casos de uretritis aguda, y los grandes lavados y las instilaciones en las crónicas.

Algunas veces empecé el uso del protargol desde el principio de la infección, otras veces después de haber empleado otras sustancias antiblenorrágicas.

Los resultados que obtuve, y que aquí brevemente expongo, no han correspondido á las esperanzas que abrigaba con esta nueva prepara-

ción, y que tenía derecho de esperar después de haber leído los trabajos publicados sobre este tema.

No creo se puedan atribuir los resultados poco favorables que obtuve á falta de oportuna aplicación técnica, porque me ha atendido á los consejos de Neisser sobre el particular; y si se puede admitir que algún enfermo haya interpretado mal ó cumplido con poca diligencia la cura, tengo la convicción que la mayor parte de ellos observaron la debida exactitud.

En la mayoría de los casos que he tenido que tratar, practiqué el examen microscópico de la secreción y he seguido las sucesivas modificaciones de los elementos histológicos y bacteriológicos.

El protargol tiene sobre todas las otras preparaciones la gran ventaja de no producir dolor; la uretra se acostumbra á recibirlo con suma facilidad, y se puede aumentar la dosis rápidamente desde el 0,2 % hasta el 1 %. Pero su propiedad antigonocócica no es tan enérgica como afirma Neisser, porque en varios casos en los cuales lo he empleado desde el principio de la infección, cuando en la secreción no se encontraban sino escasos gonococcus, apesar de la asidua cura he tenido que constatar una abundante multiplicación de los gérmenes. La secreción después de las primeras inyecciones, en lugar de disminuir, algunas veces aumenta; y al examen microscópico aparecen abundantes partículas epiteliales. La curación se logra después de un periodo de tiempo que no es inferior al que se necesita con las otras preparaciones antiblenorrágicas y en particular con el permanganato de potasa. Los grandes lavados parecen producir buenos efectos en los casos de cistitis subaguda. En las uretritis crónicas he practicado las instilaciones; y en tres enfermos tratados antes con el nitrato de plata no he conseguido resultado alguno superior al que se obtiene con el primer medicamento, si se exceptua la casi ausencia de dolor. En un caso, que no fué tratado antes

con ninguna otra instilación, el protargol produjo un aumento de la secreción y el enfermo rehusó continuar esta cura.

En un quinto caso no se obtuvo mejoría sino después de 12 instilaciones.

Como se vé, en este breve estudio yo me refiero á una serie muy limitada de experimentos, y los resultados poco favorables que obtuve no pueden por cierto quitar el valor á los buenos que fueron publicados por otros observadores. Pero en le estudio imparcial de una sustancia que entra á aumentar la serie ya larga de los medicamentos empleados en la terapéutica de la gonorrea es deber no omitir tampoco los resultados negativos, para que repitiéndose los experimentos en mayor proporción, se pueda en lo sucesivo establecer un criterio exacto del valor de la nueva preparación, sobre el cual los prácticos puedan basarse para decidirse ó no por su introducción en el tratamiento de la gonorrea.

Callao, Diciembre de 1898.

Dr. Tito Costa.

TRABAJOS EXTRANJEROS

PROF. LANCEREAUX

Tarea del médico en la fiebre tifoidea

(“Journal de Medecine Interne”)

(*Conclusión*)

Las variaciones bruscas de temperatura son otro peligro, en algunos casos puede ascender mucho y mantenerse elevada poniendo por sí sola en peligro la vida del enfermo. Estas hipertermias existen en todas las fiebres y matan en pocas horas un escarlatinoso, un tífico, que se hallaba en muy buena situación y en el cual de improviso la temperatura asciende á 41%, 42°

Estas hipertermias dependen de un trastorno del sistema nervioso.

Hay todavía otro trastorno nervioso, pero de otro género, al que se deben algunas muertes súbitas. Un día, pasé cerca de una cama, la enferma me sonrió; acababa de llegar á la sala vecina cuando me avisaron que había muerto. Es esta una muerte por síncope—producida, probablemente, por un reflejo—y un caso donde una picadura de morfina debía practicarse.

La fibra muscular del corazón se encuentra afectada? He aquí un nuevo género de muerte. La muerte por miocarditis se deja presentir por algunos prodromos. Es rara.

La atención del médico debe todavía dirigirse hacia el funcionamiento de todo elemento histológico cuyo desfallecimiento pudiera arrastrar la muerte. Vigilará pues el estado del riñón, el del hígado. Evitará así dejar morir á su enfermo por uremia; será menos feliz en caso de insuficiencia hepática, aun cuando la haya reconocido.

Ya os he señalado el peligro tan particular que existe en el caso de flebitis; el coágulo se adhiere poco, vuestro enfermo está muy expuesto. Es fácil imponerle un reposo absoluto y evitarle la muerte súbita.

Conoceis los caracteres del delirio en el bebedor, esto os basta para salvar de este mal paso á todo alcohólico en el curso de su fiebre tifoidea.

La muerte por inanición era frecuente antes cuando se imponía dieta casi absoluta á los tíficos; ya no perdemos de esta manera á nuestros enfermos.

III

Sabiendo ahora los diferentes aspectos bajo los cuales vereis á vuestro enfermo, los distintos accidentes que lo amenazan y como puede morir, que debeis hacer por él? Teneis evidentemente que preocuparos de su *higiene*, de su régimen, de su *tratamiento*.

Su higiene? Es muy simple. El aire es el primer alimento, dádsele en abundancia; renovádselo con frecuencia. Poned al enfermo en una habitación espaciosa, ventilada, donde no dejareis sino los muebles grandes. Tanto mejor si teneis dos piezas semejantes á vuestra disposición; podreis hacer pasar al enfermo de una á otra; mientras que ocupa una se limpiará y ventilará la otra. Los cuidados de limpieza son igualmente indispensables, y singular la moda de dejar ensuciarse, mientras sufre, á un hombre que se mantiene limpio cuando está sano. La habitación del enfermo, sus ropas, deben estar limpias. A el mismo dadle un baño para lavarlo. No olvidéis las partes genitales. Una de mis clientes tenía una fiebre muy fuerte, la descubrí; me sorprendió un olor infecto; se le limpió sus órganos genitales y mejoró. Asead también con cuidado la boca, la faringe, los ojos, las orejas, la nariz. Solo por una minuciosa limpieza evitais la supuración.

Debe igualmente mantenerse limpio el intestino. Para esto, aun cuando no haya constipación, usais grandes lavativas de agua limpia, de agua hervida, ó si quereis, lijeros purgantes para hacerlo contraer y desembarazarlo de las heces.

El régimen no es menos importante que la higiene.

La enfermedad es larga, debeis alimentar á vuestro enfermo. De otra manera, llegará extenuado á la época de la convalescencia y en este momento, como sucede en los que han sufrido el hambre, tendrá vómitos, diarrea en cuanto tome el más ligero alimento.

Por la abstinencia, le habeis procurado los accidentes gástricos y cerebrales de la inanición, lo habeis hecho más vulnerable á los golpes de la enfermedad, y colocado además en el caso de no poder nutrirse ni recuperar sus fuerzas en el instante propicio. Está sin apetito, tiene estupor, delira; no os pedirá de comer. Es pues vuestra

obligación alimentarlo. Teneis un alimento maravilloso, la leche, que contiene todo lo que conviene á la nutrición, que se digiere fácilmente y es diurético. Es el alimento de las enfermedades agudas. Dadle todo lo que pida el paciente. He visto individuos con 40° 5 de temperatura beber y digerir tres litros de leche; casos graves, en que yo empleaba la antipirina y los baños, se han compuesto, creo, por la leche absorbida. Para que la digestión no se perturbe y se haga bien, servidle por pequeñas cantidades, regularmente y no con demasiada frecuencia; sea, por ejemplo, una tasa más ó menos grande cada dos horas. Pocos enfermos no pueden soportarla. Aconsejadles que dominen su primera impresión: al segundo día estarán habituados y harán uso de ella voluntariamente. Pero el enfermo tiene sed, se dirá. No, esta no se mitigará con la leche. Vino? Todavía menos. Le ofrecereis, en el agua, cognac, café que son diuréticos, que actúan sobre el sistema nervioso. Podreis darle también agua de Vals, tisanas de tilo, de cola de cereza. Le dejareis beber la cantidad que quiera; los líquidos en gran masa aumentan la diuresis y facilitan la eliminación de las sustancias nocivas. El vino y el caldo no bastan para sostener la vida; habeis visto el estado de una joven que no quiso sino vino y caldo y que al 21.º día vomitaba, tenía la lengua seca y habiera muerto prontamente. Alimentad pues á toda costa y seriamente á los jóvenes. Imponed la leche; con ella teneis todavia como recursos los huevos, los pollos y otros alimentos ligeros. Bien nutrido, el enfermo llega al fin de su fiebre sin complicación de escaras, abscesos, bronco neumonias ó neumonias. Con buena ventilación, limpieza, un buen régimen, evitais muchos accidentes.

Llegamos á la cuestión del tratamiento. Se ha alabado mucho ciertos tratamientos sistemáticos. Pero, donde estan las buenas razones que se tiene para hacerlo?

Han conducido á ello los felices resultados que dan las estadísticas, se responderá. A lo que yo replicaría que si me apoyas sobre una estadística de ese año 1876, de que ya os he hablado, estaría en derecho de ser mirado, para los primeros seis meses, como un hombre milagroso y para los seis últimos como un verdugo.

Citaré todavía esta serie actual de nuestros 19 enfermos curados sin ningún tratamiento.

Existen razones teóricas para sostener este método sistemático? Su objeto es detener, yugular la enfermedad. Ahora, esto es imposible. Podeis impedir el desarrollo de una afección local; deteneis la pústula maligna, deteneis la difteria, pero una enfermedad general? Nunca. No podeis aun detener la sífilis cuando solo se ha manifestado por el chancro! Conoceis específicos que yugulen el mal? Ninguno. Ni el mercurio ni el yoduro de potasio son específicos de la sífilis: es el tiempo, la higiene que desembarazan de ella al organismo. El sulfato de quinina no es un específico del paludismo; es, si quereis que sea un específico, el de la fiebre intermitente, que es solo una de las manifestaciones de este paludismo. Y en nuestro caso, teneis algún medio, alguna sustancia capaz de impedir las fermentaciones orgánicas de que nuestra fiebre tifoidea es la expresión sintomática? La ciencia no lo ha suministrado todavía. Inútil es decir que tampoco nos ha permitido suprimir la causa inicial de todas estas fermentaciones. He aquí porque no podría creer en estos tratamientos sistemáticos.

Otros motivos me impiden todavía aceptarlos y me hacen decir que es inútil buscarlos—fuera del que suprimiera la causa, que matare al microbio autor del mal, difícil de encontrar y que probablemente no conoceremos en mucho tiempo.

Al lado de la acción del bacilo, causa de la enfermedad, pueden manifestarse las de uno ó varios

otros microbios. Contra cada una de ellas, si existiera sola, emplearías un tratamiento sistemático. Es porque se encuentra con el bacilo tífico que renunciareis á este tratamiento? Sois pues lógicamente conducidos á aplicar al mismo tiempo dos ó varios tratamientos, es decir, en verdad, á renunciar al tratamiento sistemático, que es único. Pero sin insistir sobre esta asociación de agentes patógenos, reflexionad que á los desórdenes iniciales debidos á la acción específica del agente tífico y, algunas veces, poco graves, se agregan, con frecuencia mas serios que los primeros, desórdenes secundarios, efectos de la intoxicación que se produce y que dependen esencialmente de la edad y de las condiciones fisiológicas en que se encuentra cada uno de los enfermos. Como pretender aplicar á todos un mismo tratamiento si es variable su sensibilidad á los diferentes venenos que los han invadido? Notad que los accidentes que se producen entonces del lado del corazón, del riñón, del hígado, del neuro-eje no podían ser atribuídos á la enfermedad principal y son idénticos á los que se manifiestan como consecuencia de lesiones de estos órganos en otras enfermedades. Que poder tendrá entonces contra ellos el tratamiento sistemático? No es el verdadero papel del clínico buscar el origen de cada uno de ellos? No necesita de toda su experiencia, de todo su tacto, para distinguir, por ejemplo, si la dispepsia, si el vómito, si el delirio son urémicos, colémicos, alcohólicos? Y cada uno de estos diagnósticos no determinará una indicación pronóstica y terapéutica especial?

Comprendeis ahora porque no podría yo ser partidario de un tratamiento sistemático y porque os he dicho: *en la fiebre tifoidea como en toda enfermedad general, EL ÚNICO método terapéutico racional, es el de las indicaciones.*

Actuar sistemáticamente, es no proceder de acuerdo con el orga-

nismo. Actuar, á cada instante, según los síntomas, es proceder con pleno conocimiento de causa, con un objeto bien determinado. El médico se encierra con uno que no combate en una ciudadela que asalta un enemigo, la enfermedad; y durante todo el sitio, protege, alimenta al no combatiente, impide que lo maten, al mismo tiempo que vigila todos los movimientos del enemigo y repara las brechas de la ciudadela á medida que se producen.

El médico debe persuadirse que existe en el estado de enfermedad una fisiología normal, como existe una en el estado de salud, y que si esta fisiología patológica no es perturbada, no debe intervenir. Debe saber que en cierto momento, una onza de medicamento puede salvar una vida y que, por el contrario, la más ligera droga puede perturbar la marcha tranquila de una enfermedad que va forzosamente á terminar en la curación. Pues bien, *sabed no hacer nada; el mejor médico, como el mejor partero, es el que sabe esperar.*

En el primer periodo de la fiebre tifoidea debéis únicamente vigilar que vuestro enfermo permanezca en un estado de estupor ligero con una temperatura de 39° á 40°, si así se mantiene, no intervengáis. Si tiene, con una fuerte cefalea, insomnio, hacédle dormir; *todo enfermo debe reposar, dormir.* Ser víos del cloral, sulfona opio. (1)

(1) El doctor PAULESCO preconiza el cloral y lo ha empleado con gran éxito. El insomnio, la agitación, el delirio, son, dice él, los modos de reacción funcional de las células cerebrales bajo la influencia de agentes tóxicos como el alcohol, los venenos de la uremia etc. Se deduce de aquí que estos trastornos nerviosos en la fiebre tifoidea son también resultado de una intoxicación por productos patológicos que, llevados por la sangre al contacto de la célula nerviosa, han determinado en su nutrición modificaciones que se traducen por un funcionamiento excesivo y desordenado. Ahora, una sustancia química que actúa sobre la misma célula nerviosa y que, produciendo modificaciones contrarias á las precedentes, neutraliza los efectos de los venenos mórbidos, es el cloral. La experiencia nos lo enseña, como nos ha dado á conocer que es inofensivo para

Si la temperatura pasa del grado ordinario, no tiene su marcha normal; si sobreviene agitación, saltos de los tendones, delirio: esto no es fisiológico y debe ser combatido. Tenéis una elección que hacer entre varias armas buenas.

Recurriréis á la antipirina en los casos de hipertermia; es un medicamento muy precioso. Dada en la noche, á la dosis de 2 á 3 gramos, bajo en 2° la temperatura, lo que salva al enfermo. Lo hace sudar y así su piel se humedece; calma su sistema nervioso y le permite dormir. No tendréis casi que emplearla en el viejo, que rara vez tiene una temperatura elevada; pero, os será muy útil en el niño, á la dosis de 1 á 2 gramos.

Los baños tibios, á 28° centígrados más ó menos, bajan la temperatura en 1 grado. Para ayudar á este descenso y mantenerlo podéis emplear la *tintura de digital*.

Contra el insomnio y la agitación ligera, administrareis el *laudano* al mismo tiempo que la digital, los dos á la dosis de 1 gramo á 1 gr. 50. Esta asociación es seguida de los mejores efectos en la forma llamada atáxica.

Si el baño tibio no es suficiente para bajar la temperatura, las *abluciones alcoholizadas* vienen en su ayuda.

Los *baños frios* deben reservarse para vencer la agitación.

Daréis, pues, los baños en una agua cuya temperatura sera escogida, según el objeto que se desee alcanzar, entre 32° y 20°. — Durante

el corazón, hígado, riñones é intestino. — Guiado por este razonamiento, el Dr. PAULESCO ha dado, en el servicio de M. LANCE-REAU, á 18 enfermos de 9 á 32 años el cloral, á la dosis de 2 á 4 gramos y ha visto, en todos, el establecimiento del sueño, la desaparición de la agitación y del delirio, y también la desaparición del estupor característico de la fiebre tifoidea. Hasta ha sucedido que la defervescencia ha sido prezo; sobre este punto, el doctor PAULESCO hace reservas. No debe darse el cloral si la célula nerviosa está debilitada, porque la debilita más. Está contraindicado en todo enfermo que se halla, no adinámico, sino agotado; está contraindicado en todos los agotados moral ó físicamente.

el baño friccionaréis al enfermo con la mano; pondréis sobre su cabeza un lienzo mojado; después, al cabo de diez minutos ó un cuarto de hora, y cuando en el baño frío aparece el escalofrío, lo retiraréis del baño, y envuelto en una cobija lo pondréis de nuevo en el lecho, donde el escalofrío puede continuar algunos minutos.

Os precaveréis de darle sistemáticamente un baño cada dos horas, sería fatigarlo inútilmente. Suspenderéis los baños cuando la temperatura vuelva á la altura fisiológica ó se haya calmado la agitación.

Nada os impide emplear simultáneamente los baños y la antipirina.

En los bebedores y en las personas gastadas se producen *delirios agudos* que deben ser combatidos inmediatamente y con la mayor energía. El mejor medio para detenerlos es dar el cloral en dosis suficiente para hacer dormir al enfermo.

En caso de *adinamia*, se deben practicar fricciones alcoholizadas, dar el alcohol, café, té, licor de Hoffmann, acetato de amoniaco. Debe evitarse el cloral si hay agotamiento nervioso.

Durante los dos dos últimos setenarios los accidentes térmicos y nerviosos serán combatidos por los mismos medios que acabamos de indicar.

Si hay *meteonismo*, mal signo que indica la parálisis del intestino, haced poner lavativas frías, hielo.

Si hay *constipación*, ordenaréis purgantes ligeros salinos, sulfato de soda, de magnesia, aguas purgantes salinas, ó lavativas purgantes al sulfato de soda, foliculos de sen, miel de mercurial.

Si la *diarrea* es demasiado abundante, la creta, el subnitrito ó salicilato de bismuto, el carbón, os serán útiles.

Es en los dos últimos setenarios que se producen las complicaciones graves.

Os he indicado ya los caracteres

de las *hemorragias intestinales*. Si vienen del recto usaréis el percloruro de fierro, X gotas en una lavativa de 120 gramos de agua con X gotas de laudano, ó bien, haréis poner un supositorio:

Extracto ratania.. 1 gram.
Manteca cacao.... 3 „

Si las hemorragias vienen del intestino delgado, recomendad el reposo absoluto y practicad inyecciones subcutáneas de una solución de ergotina.

En caso de *peritonitis*, el reposo absoluto es de rigor; los movimientos inútiles deben ser proscritos. Prescribiréis el opio á alta dosis, 10 centigramos de extracto tebaico por día, un centígramo cada hora. Las cataplasmas calientes sobre el vientre son preferibles al hielo. Si el dolor es demasiado violento, haced una inyección de morfina de medio centígramo.

Es en la época de las grandes oscilaciones de temperatura que indican reabsorciones intestinales y la caída de las escaras, que tendréis alguna razón para emplear los antisépticos intestinales, el benzonaftol, el carbón, el salicilato de bismuto.

En el curso de los dos últimos setenarios, hemos visto que pueden estallar grandes trastornos de origen pulmonar, renal, hepático ó cardíaco.

En las complicaciones pulmonares tenéis á vuestra disposición las ventosas, la ipeca que hace expectorar y combate las congestiones, los baños cuando existe un estado nervioso.

Cuando hayáis diagnosticado la *uremia*, como no podéis emplear los drásticos, el aguardiente alemán, contentaos con los purgantes ordinarios; recurrid mejor á las enemas purgantes. Dad la ipeca si hay tendencia al vómito urémico. Insistid en el uso exclusivo de la leche como alimento. Recordad los diuréticos.

La insuficiencia hepática se deja vencer difícilmente. El sulfato de quinina es el medicamento que nos

ha dado mejor éxito. Sostened al enfermo, dadle alcohol, té, café.

Si el *corazón flaquea*, id en su auxilio con la digital, la cafeína.

No olvidéis que es particularmente al fin de la enfermedad que los *bebedores son atacados de delirio*: procuradles el sueño con el cloral y la morfina, así los salvaréis.

Desconfiad de la *flebitis* y de su coágulo rápidamente formado y poco adherente. Colocad el miembro en una *gotiera*. Recomendad el reposo absoluto para evitar la muerte súbita. Que el enfermo no haga ningún movimiento; cuando quiera deponer, deslízalo debajo de él una vasija plana.

La *muerte súbita*, os he dicho ya, puede sobrevenir por síncope, y también he agregado que, como proviene sin duda de un reflejo, se podría ensayar para evitarla una picadura de morfina.

Sabéis que al fin de la enfermedad, podéis tener que atender accidentes de supuración cutánea. Curaciones hechas con una solución de hidrato de cloral al 7%, tienen efectos excelentes. Estas curaciones son las que preferimos.

IV

Profitaxia.—El médico que trata una enfermedad infecciosa debe tratar de que haga el menor número de víctimas posible. Qué puede, bajo este punto de vista, cuando se trata de la fiebre tifoidea?

Por la aparición de ciertos casos de tifus abdominal, se ha podido acusar, como portadores del agente patógeno y propagadores de la enfermedad á los vestidos y lienzos manchados por las deyecciones de los tíficos.

Se ha pensado aún que el gérmen, llevado por excreta de enfermos arrojados en los basureros podía infectar á los obreros ocupados en levantar esos desperdicios, ó todavía, que si estos excretos son vertidos en los canales, podría el gérmen ser arrastrado por el viento al efectuar la limpieza de ellos y

estallar así una epidemia en los habitantes de una aglomeración vecina.

Pero es el agua que tiene el papel mas importante en la génesis de la fiebre tifoidea, he sido yo el primero en demostrar su influencia en las epidemias parisienses.

En julio de 1878, cuando era médico del hospital de San Antonio, una epidemia estalló. Habiendo sido llamado en consulta al arrabal, comprobé que el agua de las bebidas tenía allí un olor y un gusto desagradables. Por otra parte, los datos que pedí á la Administración me enseñaron que la epidemia se había esparcido en los cuarteles bajos de la orilla derecha, desde el arrabal de San Antonio hasta la plaza Gaillon, únicamente en estos cuarteles, los únicos servidos por el agua de Ourcq. Quedé desde entonces persuadido que debíamos la fiebre tifoidea á la mala calidad del agua. También, en 1880, en el *Informe general sobre las epidemias de 1879*, me expresaba así:

“... Tengo la creencia, me atreveré á decir estoy convencido, de que el agua del canal del Ourcq es una de las causas de las epidemias que tenemos que sufrir”, opinión que recordó H. Guéneau de Mussy en su informe sobre las epidemias de 1880.

En 1882, estalló una nueva epidemia que se localizó en los cuarteles elevados, desde Batignolles hasta Charonne, quedando libres los cuarteles bajos. Convencido del papel nefasto del agua, y deseoso de tener datos exactos, me acerqué al sub-director de los trabajos que me envió donde el ingeniero de aguas. Los cuarteles 17°, 18°, 19° y 20° infectados por la epidemia, eran alimentados por la Dhuis, pero supe que bastaba dar vuelta á una llave para, en caso de insuficiencia del agua de fuente, reemplazar el agua de la Dhuis por la del Marne ó del Sena. Habiéndole pedido permiso al ingeniero para hacerle una pregunta bien clara: “La epidemia, le dije, ha estallado el 25; necesita 15 días de incubación, fué el

10 que disteis vuelta á la llave? No me respondió. Lo cual no me sirvió de obstáculo para, el 28 de noviembre, en la Academia, acusar al agua del Sena empujala á los cuarteles altos, sea por la bomba de Berey ó por la de Chaillot.

Esta localización de las epidemias en los cuarteles alimentados por las mismas aguas, su principio brusco, eran circunstancias que conducían á admitir que las epidemias parisienses se deben á la acción de las aguas contaminadas.

El agua se ensucia pasando sobre los muladares, las letrinas defectuosas ó mal construídas la infectan; también la infecta el lavado de lienzos ó vestidos de los tíficos.

Así, la primera medida que debe tomarse para combatir la fiebre tifoidea, es dar á los ciudadanos agua irreprochable; recomendar á los campesinos la vigilancia del buen estado de sus pozos, hacerlos curar, cuidar que el líquido de sus letrinas no se derrame en ellos.

Cuando se trata un enfermo, debe hacerse algunas recomendaciones simples á las personas que lo cuidan. Deben lavarse con cuidado las manos cuando lo han aseado; esta agua de lavado, y la que ha servido para el enfermo deben ser puestas aparte y desinfectadas al mismo tiempo que las materias fecales. Los lienzos sucios no deben colgarse para que sequen, esperando la lejía. Inmediatamente que se cambian, deben ser desinfectados; es solo después que lo sean que se pensará en lavarlos.

El desinfectante que se recomienda como muy eficaz según experiencias hechas en Alemania y cuya exactitud ha sido reconocida por Chantemesse y Richard, es la cal, que se emplea bajo la forma de *leche de cal* al 20 por ciento. Se prepara con facilidad diluyendo cal recientemente apagada ó bien conservada á seco, con dos veces su volumen de agua. La leche debe ser siempre recientemente preparada; basta agregar dos volúmenes en cien de materias fecales para que queden desinfectadas.

Sociedad Francesa de Electroterapia

Resumen de la sesión de 17 de noviembre de 1898.

Presidencia de M. Apostoli

Presentación de cauterios y lámparas de exploración.

Mr. Gaffe presenta cauterios y lámparas de montura enteramente metálica, lo que permite pasarlas á la llama ó someterlas á la estufa antes de su empleo. Su fabricación mecánica les da un precio poco elevado.

Tratamiento eléctrico de la gastralgia histérica. Contribución á la franklinización y al electro-diagnóstico por M. M. Apostoli y Planet.

A propósito de la observación de un caso grave de gastralgia histérica, de 10 años de duración, rebelde á las medicaciones clásicas, y que se sospechaba era de origen tabético; que ha desaparecido con el empleo exclusivo de la franklinización, leen una nota cuyas conclusiones generales son las siguientes:

1.º Ciertas gastralgias manifestamente histéricas pueden simular un síntoma y á menudo aislado del tabes incipiente.

2.º El diagnóstico diferencial entre estas dos especies de gastralgia encontrará en la franklinización bien aplicada y bien interrogada un elemento precioso de convicción.

3.º El tratamiento eléctrico (estático) declara muy rápidamente, y desde el principio de su aplicación, los estados histéricos poniendo de manifiesto las perversiones periféricas de la sensibilidad. Confirma frecuentemente este diagnóstico inmediato por su mutabilidad mas ó menos grande.

4.º Este mismo tratamiento eléctrico, aplicado un tiempo suficientemente largo, combatirá con éxito la gastralgia histérica, cuyo diagnóstico será así doblemente aclarado por la terapéutica.

Publicaciones Recibidas

La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr. Régnier, chef du Laboratoire de radiographie à l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16 carré de 100 pages, avec 11 figures, cartonné. (*Actualités Médicales*)....1 fr. 50.

No se puede ya poner en duda la importancia de los servicios prestados por la radiografía a la medicina y a la cirugía; es necesario que este método nuevo entre en la práctica corriente como han entrado la auscultación, la percusión, y más recientemente el análisis bacteriológico. Este libro, escrito con claridad, será un guía precioso para el médico que desee ponerse al corriente de las *Actualidades médicas*.

Su objeto es demostrar que la radiografía está al alcance de todos los prácticos, que no necesita un material complicado ni conocimientos especiales.

El autor describe sucesivamente el modo de producción de los rayos X, el material necesario, la técnica de la radioscopía y de la radiografía. Después, indica las aplicaciones médicas y quirúrgicas de este método nuevo de diagnóstico, indicando, a propósito de cada región, *el modus faciendi* y las causas de insuceso.

En las aplicaciones quirúrgicas pasa en revista los cuerpos extraños, las fracturas, las luxaciones, las afecciones inflamatorias de los huesos.

En las aplicaciones médicas estudia las enfermedades del pulmón, del corazón, las artropatías, los cálculos.

Termina por la radiografía aplicada a la oftalmología y a la otetría y por la endoscopia, nueva aplicación de los rayos X.

Numerosas figuras hacen toda vía más atrayente la lectura de este libro claro y preciso que continúa dignamente la serie de las *actualidades médicas*, cuyos volúmenes precedentes sobre los *Estados Neurasténicos*, la *Gripe*, la *Dif-*

teria, las *Mielitis sifilíticas* y *La Sicolología del instinto sexual* han obtenido tanto éxito.

Librairie J. B. Bailliére et fils—19 rue Hautefenille (pres du boulevard Saint Germain), á Paris.

Método que debe seguirse en el estudio de la medicina, trabajo leído en la Sociedad "Amantes de la Ciencia" por don César Sánchez Aizcorbe.

Lima—1898.

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 anatómica disecadas 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.

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.

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

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 de San Pedro 17441