

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, 15 DE ABRIL DE 1899.

{ N.º 247

Dr. Pedro Teobaldo Barrós.

En los primeros días del mes en curso ha sucumbido víctima de la epidemia de tífus exantemático que reina en el Cerro de Pasco, nuestro distinguido amigo y compañero de redacción DR. PEDRO TEOBALDO BARRÓS.

Muere Barrós en la plenitud de la vida, iba á cumplir 30 años, y cuando la fortuna comenzaba á sonreírle en el ejercicio de la profesión. Limeño, de fisonomía simpática y carácter bondadoso se hacía querer de cuantos lo trataban; médico recibido hace poco mas de tres años, se consagraba con entusiasmo á la pesada labor de la práctica profesional, empleando todas sus economías en libros é instrumentos, así se explica que en tan corto tiempo hubiera formado una biblioteca de obras modernas y poseyera un arsenal quirúrgico bastante completo.

Apenas recibido, fué nombrado cirujano de la armada nacional, puesto que renunció al año siguiente

te para ir á establecerse al Cerro de Pasco. La Facultad de Medicina lo honró entonces haciéndole su delegado en la Capital de Junín, allí formó en muy poco tiempo numerosa y selecta clientela, colaboró en la prensa local y se hizo apreciar mucho por sus bellas cualidades personales; desgraciadamente este asiento mineral famoso por su riqueza, lo es también por el rigor de su clima, Barrós es el tercero de los médicos que han sucumbido en poco tiempo allí; acometido del tífus petequial endémico en la localidad, contraído por contagio á la cabecera de un enfermo, muere muy joven y lleno de esperanzas.

Trabajaba con empeño en sus últimos días escribiendo una tesis para graduarse de Doctor, cuyo tema es la enfermedad que debía haberlo su víctima.

LA CRÓNICA MÉDICA que pierde con su desaparición un asiduo *colaborador*, se asocia al duelo de los suyos.

TRABAJOS NACIONALES

Ruptura de la uretra en su porción membranosa consecutiva á un absceso perineal.

En el mes de junio de 1897 el señor N. N. solicitó mis servicios profesionales.

N. N. tiene 38 años de edad más ó menos, de raza blanca, constitución fuerte, temperamento nervioso, de diatesis artrítica pues tiene manifestaciones de ella: dispepsia, hemorroides, eczema; de buenas costumbres, lleva una vida muy activa.

La única enfermedad seria que ha padecido es el tifus, del cual fué acometido estando de tránsito en en uno de los lugares de la sierra. No ha tenido blenorragia, ni sufrió ninguna contusión; su constipación habitual, lo obliga casi siempre á recurrir á enemas para exonerar sus intestinos. Con alguna frecuencia sufre de ataques de eczema en la margen del ano, que coinciden y probablemente se relacionan con la estasis que tiene lugar en su circulación venosa hemorroidal, pues como anteriormente hemos dicho nuestro enfermo padece de hemorroides.

Estando en tratamiento de esta última enfermedad, al señor N. N. le aparecieron tres pequeños forúnculos en la región perineal; para combatirlos le recomendamos el reposo y aplicaciones locales de vaselina fenicada al 1%; al siguiente día sintiéndose aliviado, montó á caballo, lo cual como es de suponer, le produjo una intensa inflamación en los forúnculos; le prescribimos pomada napolitana con belladona y cataplasmas de linaza hechas con solución de lysol al $\frac{1}{2}$ %. Con este tratamiento se mejoró, y abusando del alivio como anteriormente, obligado sin duda por lo urgente de sus negocios, se sentó á escribir durante más de tres horas; como se calculará, esta

imprudencia le ocasionó un retroceso notable, pues el forúnculo medio se inflamó mucho más, no deteniéndose el proceso flogístico no obstante el tratamiento antiséptico y emoliente que se empleó.

Al siguiente día el estado del paciente no era nada satisfactorio, estaba febril, (38°5') la región perineal presentaba una rubicundez intensa y era dolorosísima á la presión, el reborde de la rubicundez estaba perfectamente limitado, la temperatura elevada de la región era apreciable al tacto, los ganglios crurales é inguinales se notaban ligeramente infartados; todos estos síntomas hicieron ver que se había desarrollado un proceso erisipelatoso. Le prescribimos una poción de acetato de amoníaco y salicilato de soda para que tomara por cucharadas, y teniendo en cuenta la propiedad antiséptica y sedante que en las afecciones de la piel tiene el ácido pícrico, le prescribimos defensivos de solución saturada de dicho ácido, siguiendo los consejos de Maclellan de New York.

Al siguiente día continuó febril (39°), los demás síntomas aumentaron en intensidad. Siguió usando las mismas cucharadas del día anterior; los defensivos de solución pícrica los suspendimos, pues el paciente decía sentir ardores intensos con su aplicación, y en su lugar le prescribimos defensivos de agua boricada y almidonada, y semicupios tibios tres al día.

En los tres días posteriores, los síntomas de la erisipela fueron disipándose; no pudo evitarse la formación de un absceso en la región perineal, á pesar de las sanguijuelas que se aplicaron; lo que desde luego no nos llamaba la atención, pues consecutivamente á la erisipela no es raro suceda esto.

La formación de este absceso, dada su situación, produjo trastornos en la emisión de la orina que antes no habían existido; el chorro urinoso que había sido de calibre normal y continuo durante la micción, disminuyó progresiva-

mente de diámetro y se hizo intermitente. Como se comprende estos trastornos eran debidos á la compresión que el absceso ejercía sobre la uretra en su porción membranosa por una parte, y por otra á la inflamación que por propagación se había producido en el tejido conjuntivo submucoso uretral.

Procedimos á desbridar el absceso, para lo cual previamente lavamos la región con una solución de lysol al $\frac{1}{2}\%$; practicamos la incisión á un centímetro por fuera del rafé perineal y bajo la sonda acanalada; la abertura practicada dió salida á unos treinta gramos de pus de buena calidad; hicimos la cura antiséptica conveniente, dejando al operado en buenas condiciones.

Todo ese día y parte de la noche la pasó tranquilamente el paciente; pero á la una de la mañana, y en el momento en que, en la posición decúbito dorsal, hacía esfuerzos para expeler la orina, notó que los apósitos de la cura se humedecieron completamente, y se hizo necesario renovarlos dos veces hasta el amanecer en que fuimos llamados con urgencia. Pudimos cerciorarnos entonces de que las sábanas y piezas de curación estaban empapadas en orina, perfectamente apreciable por el olor y color de la mancha.

Inmediatamente procedimos al examen del paciente, al que sea dicho de paso encontramos en un estado grande de excitación nerviosa; la herida presentaba un color rojo oscuro, la piel de la región perineal y las proximidades de ella parecía ser el asiento de un verdadero eczema en su primer período; habiéndole hecho emitir orina en nuestra presencia, notamos el chorro muy delgado y que no formaba sino un pequeño arco, cierta cantidad de orina se escapaba por la herida perineal; no nos quedaba pues la menor duda de que se había verificado una ruptura de la uretra en su porción membranosa durante el esfuerzo que hizo para la micción en decúbito dorsal. Le hicimos la cura conveniente, prote-

giendo la piel de la región perineal con vaselina boricada, á fin disminuir la acción irritante de la orina sobre esa región; manifestámosle al paciente que era indispensable el colocarle en la uretra una sonda permanente, para facilitar la cicatrización de la herida uretral; íbamos á proceder á su introducción, pero el paciente que es de un temperamento nervioso exajerado se opuso tenazmente á ello, no obstante las reflexiones que le hiciéramos, por lo que tuvimos que renunciar entonces á llenar tal indicación urgente; en el curso del día y noche solo fueron renovados los apósitos dos veces, por haber sido humedecidos por la orina.

Al siguiente día la herida continuaba más ó menos en el mismo estado; habiéndole hecho emitir orina, se notaba que la que escapaba por la herida era en menor cantidad que el día anterior; antes de hacerle la cura antiséptica respectiva, procedimos á colocar una sonda uretral de goma N.º 8, pero apenas pusimos el pico de ella en la fosa navicular el paciente rechazó su introducción, no porque hubiera sentido dolor sino por el horror que decía tener á este instrumento; fueron inútiles las observaciones que le hicimos y tuvimos muy á pesar nuestro que diferir otra vez su empleo.

Al siguiente día se notaba que el chorro uretral había aumentado de calibre, la orina que salía por la herida había disminuido notablemente en cantidad; en el trascurso del día y noche solo había sido renovada la cura una vez.

En los días posteriores continuó mejorando rápidamente nuestro enfermo, y seis días después del accidente no salía una sola gota de orina por la herida, el chorro urinoso era lanzado con más fuerza y aumentado de calibre, aunque no recuperado el calibre normal; había cicatrizado pues la herida uretral.

Continuamos las curaciones como anteriormente; y treinta y cinco días después de operado [e

absceso estaba cicatrizada la herida perineal.

La historia clínica que á grandes rasgos hemos trazado tiene una importancia manifiesta, pues nos presenta á la observación un caso verdaderamente raro de perforación de la uretra en su porción membranosa consecutiva á un absceso perineal; y no puede ponerse en duda nuestra aserción, pues no teniendo el paciente antecedentes blenorragicos, ni antigua contusión, ni ninguna otra causa que hubiera producido una estrechez uretral inflanqueable, consecutivamente á la cual se hubiese perforado la uretra y formádose un absceso en el periné por infiltración urinosa, se hace inaceptable este modo de producción, con tanta mayor razón, cuanto que el calibre y fuerza del chorro urinoso manifestaban evidentemente no existir ninguna lesión uretral antes de formado el absceso; Los trastornos que se observaron en la emisión de la orina solo se presentaron tres ó cuatro días antes de ser desbridado el absceso, el que como antes se ha dicho, ejerciendo cierta compresión sobre la uretra en la parte anterior de su porción membranosa y teniendo aquella inflamado el tejido conjuntivo submucoso por propagación de vecindad, daba lugar por ambas causas reunidas á que el chorro fuese lanzado con poca fuerza y tuviese muy poco calibre.

En cuanto al mecanismo de desgarradura de la uretra se explica facilmente: estando indudablemente inflamado por propagación de la vecindad el tejido conjuntivo submucoso uretral, el esfuerzo considerable que hizo el paciente en decúbito dorsal para la micción produjo la ruptura de la uretra sin gran dificultad, pues es conocida la facilidad con que ella se desgarrá, cuando el tejido conjuntivo submucoso se encuentra inflamado y por ello se vuelve inextensible y sumamente friable.

La cicatrización rápida y sin ca-

teterismo de la herida uretral viene aun más á apoyar nuestro aserto. Si la solución de continuidad de la uretra hubiera sido consecutiva á una estrechez, no habría cicatrizado sino con la ayuda del cateterismo, y en un tiempo más ó menos dilatado.

Lima, abril de 1899.

DR. M. GONZÁLEZ OLAECHEA.

Apendicitis

(ANALISIS)

Es ya voluminoso el legajo del proceso científico que se sigue á las apendicitis, á su tratamiento sobretodo. Y todavía queda abierta la discusión sobre la materia en las sociedades médicas del viejo continente: nos llega, todos los días, el eco—cada vez más original é interesante—de la inacabable controversia entre abstencionistas y operadores.

Verdad que militan en los dos bandos campeones formidables poco dispuestos á cederse una línea de terreno. A una estadística oponen otra, á cien razonamientos cien más, y se discute, á la vez, sobre patogenia, sobre signos pronósticos, sobre procedimientos operatorios, sobre el momento de la operación. El estudio de las apendicitis está á la orden del día.

El ilustre profesor Dieulafoy, esencialmente médico—en el sentido de que no opera—quiere ceder al cuchillo del cirujano todos sus casos de apendicitis. Si él, el médico, tropieza con un apéndice simplemente sospechoso, le dedica su mayor atención; si diagnóstica el temido proceso, ya no le pertenece: es del dominio quirúrgico, ni una palabra más, á operarlo, que, con toda probabilidad, el éxito dará la razón á su tan criticada frase de convencido: *on ne meurt pas d'appendicite*.

Digan lo que quieran los temporizadores, esperen, si les parec,

hasta que se *enfríe* la apendicitis, pero pasarán muchísimas veces por el duro trance de asistir á la muerte de su paciente, precisamente cuando formulaban el pronóstico más halagüeño, que tiene sus *acalmías traidoras*, la apendicitis. (1)

Por ejemplo:

La enferma del Dr. Roques: una señora de 24 años de edad, en el 4.º mes de un embarazo cuya evolución, normal, sólo fué alterada por vómitos frecuentes del segundo al tercer mes. Pero el 9 de enero de este año, la sobrevino algo así como una indigestión: dolor en el vientre, vómitos y 6 cámaras. El profesor Pinard comprobó que el útero no entraba para nada en el proceso; los dolores estaban localizados en el lado derecho del abdomen con irradiaciones hepáticas. El pulso, 84.

El 11 los dolores eran intensísimos, la orina caoba, á la diarrea había sucedido constipación; el 12, la enferma empeoraba visiblemente: allí estaban, claros, el punto de Mac-Burney, el timpanismo, las 100 pulsaciones por minuto y la temperatura, 38°2; el 13, el termómetro subía á 39°2, y aparecían calofríos.

Era aquella una apendicitis gravísima, precisaba operar de urgencia, á esa mujer en el cuarto mes del embarazo.

La situación era difícil se quiso consultar al profesor Dieulafoy y se difirió la operación para el día siguiente. Prevenido de la gravedad del caso, fué el citado profesor á casa de la enferma en la mañana del 14, temprano, y encontró, con gran admiración, á la familia tranquila, hasta alegre, le tenían reservadas muy buenas noticias: la enferma había dormido tranquilamente, los dolores habían desaparecido, el vómito cesado, la temperatura descendido á 37°2, la enferma hablaba de bienestar, de curación definitiva.

La vió: aparentemente sólo per-

sistía un timpanismo ligero pero generalizado á todo el abdomen.

Se trataba efectivamente de una curación inesperada?

He aquí la opinión unánime de la consulta médica, que se provocó con este motivo: la enferma se hallaba en *plena peritonitis apendicular*.

Así lo hacía creer la *generalización del timpanismo*, la *cara gripal* y la *aceleración del pulso*—104—á pesar del descenso térmico.

Era urgente operar. Se dominó, con trabajo, la repugnancia de la familia á esa intervención que juzgaba innecesaria y peligrosa. A las 5 p. m., incidía el cirujano Ségond el vientre de la enferma.

Una oleada de serosidad turbia apareció tras la incisión del peritoneo, impregnando con su olor fétido la sala; una asa intestinal roja circunscribía la cavidad retro cecal ocupada por pus pestilente y por el apéndice gangrenado. Se le extirpó, se lavó y drenó la cavidad, se gastaron todas las precauciones del caso y se salvó así á esa enferma de una muerte que no hubiera tardado 48 horas en ocurrir.

El ejemplo no puede estar más lleno de enseñanzas ni ser más tentador para ofrecer tarea al cirujano. Pues como esa, cita otros y otros el admirable clínico del "Hôtel-Dieu".

Si él fuese cirujano quizá no ocuparía una tribuna (1) para alabar sus propios actos operatorios; pero ha tenido ocasión, para ver de cerca en los últimos tres años, 61 casos de apendicitis, operados precozmente y ellos le han enseñado muchísimo, lo siguiente: de los 61 operados, han salvado 54, lo que arroja una mortalidad de 11'4 por 100, cifra que se hubiese reducido considerablemente en el caso de intervenir en una faz menos avanzada de la enfermedad y no en individuos próximos á morir. Compárese esta estadística con la de M. Chauvel, que alcanza á 30 % con el tratamiento médico!

(1) Les accalmies traitresses de l'appendicitis, "Presse Médicale" II. 8. 99.

(1) Académie de Médecine—I. 31. 99.

Ese éxito maravilloso de la intervención quirúrgica le sugiere, con la convicción más formal las conclusiones:

1.ª El tratamiento médico de la apendicitis (que para él no es sino una abstención enmascarada) es una práctica que debe abandonarse porque conduce á una mortalidad de 30 %.

2.ª El tratamiento quirúrgico es el único racional de la apendicitis; pero precisa hacer la operación á tiempo; es esta condición esencial. Urge suprimir el foco apendicular, ese foco toxi-infeccioso de primer orden, antes de que puedan producirse desórdenes irreparables de toxicidad y de infección.

Nunca ha sido más cierto el axioma: *sublata causa, tollitur effectus*.

La medida es bien radical: toda apendicitis debe ser operada tan luego como se le diagnostique. Es la antigua fórmula del americano Senn, que hoy se amplia más: todo individuo que *tiene ó ha tenido* apendicitis debe operarse; es decir, que todo aquel que sufre ó ha sufrido manifestaciones de esta naturaleza, es, por lo menos, un candidato á la operación. El reinado del *terror apendicular*.

¡Desdichados los apendiculares pusilánimes si no les quedase un asilo donde resguardarse del furor operatorio.

Por ejemplo: en el Hospital "Bethaniano" de Berlín (1)

Allí se sigue metódicamente el tratamiento puramente médico de la apendicitis.

La fórmula general de ese tratamiento se resume en esta sola palabra: reposo. Pero reposo general y absoluto, ó rigurosísimo, por lo ménos.

A la simple sospecha de que el apéndice sufre, se coloca al paciente en el decúbito dorsal, posición que no debe abandonarse por ningún motivo; así toma alimentos y medicinas, así satisface todas sus necesidades. Se quiere evitar la

contracción de la pared abdominal, que provocaría el acto de sentarse; más todavía, se abstiene de todo esfuerzo durante micción ó la defecación; los músculos del abdomen no deben contraerse una sola vez mientras dura el tratamiento.

Nace esta solicitud por el reposo de la agravación que se ha observado en los apendiculares que hicieron alguna vez movimientos inoportunos.

Así, celosamente vigilados, dura la inmovilidad mientras la palpación de la fosa iliaca derecha despierta el más ligero dolor, y aún cuando ya no lo despierte, el enfermo guarda cama por unos días. Una vez levantado, se le prohíbe terminantemente todo esfuerzo, todo movimiento brusco y se continúa observando la temperatura noche y mañana. A la más leve exacerbación térmica se le vuelve á condenar á la inmovilidad primitiva.

Persiguiendo el mismo fin, el reposo, la medicación tiene por base el opio. La dosis naturalmente varía con los individuos, pero es, en general, elevada; se usa en píldoras ó supositorios ó también inyecciones hipodérmicas de morfina. Son detalles que se resuelve á la cabecera del enfermo.

Si el opio ofrece innumerables ventajas, la constipación que crea es tenacísima; se debe, pues, hacer acopio de paciencia y esperar la primera deposición espontánea hasta el principio del segundo setenario; sólo por esta fecha, en caso negativo, se le provoca mediante una lavativa de agua con sal común ó ricino. Y para esta operación se adoptan cuidadosas precauciones.

Durante la crisis, se aplica localmente vejigas de hielo ó compresas calientes; pero de ningún modo, las dos cosas sucesivamente: podría despertarse movimientos peristálticos en los intestinos, fenómeno peligrosísimo.

En la alimentación son también extremas las precauciones: si hay vómitos, ó siquiera amenaza de que los haya, se condena al enfermo á dieta absoluta por 24, 36 horas ó

(1) "Presse Médicale"—II—4. 99.

varios días; sólo toma hielo ó té helado por cucharaditas. Si el vómito no cede, se lava el estómago y se alimenta al paciente por el recto. A cualquier precio urge impedir las contracciones del diafragma y de la pared abdominal.

Obtenido ese resultado se permite la alimentación líquida, principalmente representada por leche y el caldo helados, administrados por cucharadas de hora en hora.

En la convalecencia se vuelve por grados y con mucha lentitud á la alimentación ordinaria.

La apendicitis está curada. Si el enfermo lo consiente se le opera á frío para evitar las recidivas. En caso contrario, se le recomienda vigilancia por la regularidad de sus cámaras, abstinencia de todo esfuerzo físico, gimnástica, bicicleta, hasta el esfuerzo en la defecación, baños generales salados, baños de barro y locamente embrocaciones de iodo.

Los ejemplos citados resumen las dos opiniones extremas sobre el asunto en controversia.

Cual de esas opiniones vale mas?

La gran mayoría de los prácticos esquivan—con razón— toda respuesta absoluta: sería imposible darla si concurren tantas circunstancias para modificar el aspecto clínico y el valor pronóstico de cada caso; si en la práctica, siguiendo idénticos procedimientos terapéuticos, se equilibran estadísticas favorables á la operación y contrarias á ella; si el punto en litigio es complejo, comprende muchos casos que no se puede encerrar dentro de fórmula general.

Para hacer criterio propio vale mas asistir al interesante debate en que está empeñada la "Sociedad de Cirugía de París" sobre este motivo.

Adaptándolo á las estrechas columnas de LA CRÓNICA MÉDICA pudiese resumirse así, la discusión mantenida desde principio de este año: (1)

Dr. Routier. — Tratándose de apendicitis crónicas ó recaídas *opero a frío*; pero tratándose de formas agudas, no recuerdo un caso que me haya hecho arrepentir por haber intervenido pronto.

Cuando la apendicitis evoluciona hacia el absceso, el pronóstico es favorable, diré que es un enfermo que *quiere curar*. Se extirpará el apéndice si no ofrece dificultad; de ningún modo se le desprenderá de las adherencias que le aislan, por temor á la generalización de la infección. Si se forma una fístula, se intervendrá mas tarde.

Es muy difícil saber cuando se atenderá uno al tratamiento puramente médico, porque no hay signo preponderante que anuncie que precisa operar; pero desde este punto de vista atribuyo gran valor á la rapidez del pulso y á la emisión de gases por el ano. Si á estas circunstancias se reunen resonancia peritoneal, defensa muscular, alza de la temperatura, calorfrío, creo que es necesario operar enseguida.

Tillaux. — Protesto de la conclusión de uno de mis colegas: con un buen diagnóstico, con una operación bien hecha, *no se debe morir de apendicitis*. Aceptadas por las familias esas afirmaciones, en caso de un accidente, siempre posible, á pesar de todas las precauciones adoptadas, recae toda la responsabilidad sobre el médico porque no hizo buen diagnóstico ó sobre el cirujano porque no operó según las reglas del arte.

Broca. — He atendido 180 casos de apendicitis, que me han sugerido lo siguiente:

Acepto la intervención quirúrgica en caso de peritonitis generalizada de origen apendicular. Como hay ejemplos de peritonitis curadas medicamente, me pregunto si son realmente verdaderas peritonitis totales ó lo que Jalaguier llama *gran peritonitis enquistada*? Es asunto que no se puede resolver por carencia de pruebas necrópsi-

originales; al extractarse han perdido algo de su forma primitiva, pero se ha pretendido no hacerles perder en el fondo.

(1) Estos discursos no son exactamente

cas. Pero hay casos de verdadera peritonitis comprobada durante la operación en los que se obtiene la curación definitiva. Yo tengo 4 casos apuntados; pero también he visto perecer á 27 enfermos. Estos habian pasado por un periodo de peritonitis localizada al apéndice, periodo en el que hubiesen curado.

La conclusión que se desprende de este razonamiento es que debió operárseles una vez hecho el diagnóstico.

Y así procedí en mis primeros casos; pero después he opinado que si no está presente la amenaza de generalización de la peritonitis y si no hay signos de una colección purulenta, se debe instituir el tratamiento médico. Bajo su influencia se vé á menudo resolverse procesos considerables.

No hay con ese tratamiento los peligros que se señala, por lo ménos para un cirujano experimentado que vigila constantemente el pulso, el vientre y la temperatura. Lo que se necesita y lo que es obligatorio, hoy, es saberla diagnosticar bien y pronto, para establecer vigilancia.

Todavía hay circunstancias en que conviene esperar: cuando se forma un absceso pelviano conviene esperar que se aproxime, que se le pueda alcanzar á través de las asas adherentes y no á través de la serosa todavía libre, por temor de infectarla.

Si la peritonitis no amenaza, espero, porque creo malo completar la abertura de un acceso caliente para buscar el apéndice. Si le encuentro, le cojo, pero generalmente no se le vé, no se le siente á ménos que se desgarre sus adherencias y las adherencias son la salud, y la simple incisión salva invariablemente la vida.

Operando á *frío* con resección del apéndice, no hay recaídas, se previene la eventración, la operación es benigna.

Yo no creo que se debe operar invariablemente después de una sola crisis; después de la segunda, la indicación es formal.

Potherat.—Toda apendicitis aguda debe *operarse inmediatamente* á excepción del cólico apendicular con el que no la confundo; pero si el cólico se reproduce *opero á frío*.

En las apendicitis agudas las lesiones son mas graves que lo que se sospecha, el proceso ulcerativo es muy intenso y la temporización puede acarrear la muerte. Como Poirrier y Routier, digo: que nunca he tenido que lamentar haber intervenido temprano y si, muchas veces, haber intervenido tarde.

Schwartz.—No acepto la fórmula de Poirrier, pues he visto curar mas de 30 casos de apendicitis aguda con el tratamiento médico. En algunos casos he intervenido tarde y he encontrado pocas lesiones cuando el conjunto sintomático era alarmante. No procedo *sino en los casos muy graves* y llamo la atención sobre la sonoridad que se observa, á veces, en la fosa iliaca: es debida á un absceso gaseoso y *autoriza* la intervención.

En la peritonitis generalizada precisa *operar suceda lo que sucediese*.

Pasada la crisis si no hay pastosidad ni dolor profundo, *me abstengo*; si, al contrario, hay dolor, constipación, etc. *opero á frío*.

Guinard.—En las formas sobre agudas y los abscesos para cecales *es menester intervenir*; en los demás casos debe operarse *a frío*. No se debe esperar *un segundo ataque de apendicitis*.

Reynier.—Protesto contra la aserción de los SS. Poirrier y Dieulafoy.

Tengo el caso de una muger cuya operación hubiese sido funesta. Ha sanado con el tratamiento médico.

Ademas con la gran premura se arriesga errar el diagnóstico y, por consiguiente, operar cólicos nefríticos, hepáticos, &c. En cuanto sea posible, *se operará á frío*.

Las formas graves son cada vez mas raras, porque la apendicitis es hoy mejor tratada desde su aparición.

Pero en las que lo son se debe operar inmediatamente?

Yo he visto 7 casos: en cuatro, he tratado medicamente y operado después, los cuatro han curado; los otros tres han sido operados enseñada y todos han muerto. Es menester primero levantar las fuerzas de los atacados de apendicitis sobreadagada.

Lejars.—La operación *a frío* realiza la condición mas agradable para el cirujano y el enfermo, pero hay una serie de hechos clinicos que no se prestan á discusión: cuando comprobamos con el abceso iliaco, persistencia del dolor y fiebre, no veo ninguna razón para trasgredir el mas viejo de los principios del buen sentido quirúrgico; sobre todo cuando la palpación no dá conclusiones precisas sobre la extensión de la colección supurada.

Hay apendicitis "poco reveladoras" cuya gravedad real es extrema y yo creo que se asume grave responsabilidad dejando *enfriar* algunas de ellas. Por mi parte, cuando abrigo dudas, no asumo la responsabilidad de esperar y, si soy libre, *opero de urgencia*.

Quenú.—Divido las apendicitis en: sobreadagada ó perforante desde las primeras horas, aguda pero sin participación general del peritoneo, apendicitis subaguda y apendicitis crónica.

En la primera se debe operar, como único recurso, á condición de no tratarse de un agonizante.

Las divergencias comienzan ante las apendicitis agudas y subagudas. Entre los extremos médico y quirúrgico, cabe una tercera terapéutica, dispuesta á intervenir según indicaciones determinadas. Es más simple operar, y haciéndolo se favorece las estadísticas operatorias.

Pero convengamos en que la operación *a frío* cuenta infinitamente menos peligros.

Hágase la comparación rigurosa entre ambos procedimientos y solo entonces se hará conclusiones serias.

Confieso mis tendencias á intervenir en las apendicitis francamente agudas en las primeras 24 horas.

Pero cuáles son los signos de gravedad en estos casos?

Doy más importancia al pulso que á la temperatura; la suspensión en la emisión de gases, la alteración persistente de las facciones, el mal olor del aliento, son signos de una crisis grave. En esos casos opero sin tardanza. Las indicaciones terapéuticas son más claras al cabo de 5 ó 6 días; por esta época, ó el enfermo comienza á mejorar, ó, al contrario, empeora. En el segundo caso está justificado el acto operatorio.

En cuanto á las operaciones *a frío*, no las juzgo necesarias sólo por el número de las crisis y el dolor de la fosa iliaca, sino por la intensidad del acceso y la persistencia del mal estado general, á pesar de los cuidados higiénicos y de alimentación.

Nimier.—Profesa sobre la intervención en las apendicitis las mismas ideas que la mayoría de sus colegas; pero no cree en la absoluta necesidad de operar *a frío* á todo aquel que haya sufrido ataques anteriores, si hay después de ellos resolución completa. Por otra parte las crisis referidas por el enfermo pueden no haber sido apendiculares; se abusa hoy mucho del diagnóstico apendicitis.

Cuando trata médicamente, ordena dieta absoluta por uno ó dos días, inyecciones de suero, envoltura húmeda y tibia del vientre. No usa opio.

Berger.—Piensa que es preferible operar *a frío*, pero que hay casos de urgencia (peritonitis séptica difusa, colecciones supurada, agravación después del 5^o día), que no dan generalmente buenos éxitos.

Los éxitos corresponden á las operaciones *a frío*, pero no se debe hacer creer al enfermo ni á la familia que se trata de una intervención completamente inocente.

Segond.—Yo creo, al contrario del señor Berger, que no se opera bastantes apendicitis.

Sólo me referiré á los casos agudos ordinarios, que discutimos principalmente.

Un ejemplo: chiquilla de 10 años, salud perfecta hasta ahora 10 días. Por entónces, embarazo gástrico, ligero; el 12 y el 13 sale de paseo; el 14, violento dolor en la fosa iliaca derecha. Diagnóstico: apendicitis.

El 15, calofrío violento—39°5—timpanismo—constipación absoluta. Tres ó cuatro horas después la niña estaba perfectamente bien: temperatura 37°, apenas un poco de dolor profundo; solo quedaba aceleración en el pulso—110. Operé, después de consultarlo con los señores Dieulaffoy y Hutinel: en la operación salió una oleada de serosidad turbia; encontré detrás del ciego, después de un desprendimiento laborioso, el apéndice, enorme, esfacelado. La enferma está hoy bien.

Ninguna observación aboga más que ésta en favor de la operación sistemática de la apendicitis.

Broca.—En la enferma del señor Ségond había disociación entre el pulso y la temperatura, signo que, nosotros temporizadores, consideramos como una indicación para intervenir. Habríamos operado como el señor Ségond.

Michaux.—Pudiese defenderse el tratamiento médico, cuando se observe al enfermo muy de cerca, cuando no se le abandone un momento, por decirlo así; pero desde el punto de vista de los médicos y del público, me parece peligroso retardar la intervención.

Haré notar: 1°. la frecuencia de las peritonitis sépticas difusas; 2°. el gran número de fistulas purulentas ó pio-estercoreales á que puede dar márgen una temporización excesiva.

De 70 á 80 casos de apendicitis, he tenido 8 de peritonitis séptica difusa: 1 caso por 10.

La sintomatología de éstos es muy engañosa y temo una evolución sorda, que se puede evitar, interviniendo.

Los casos graves originan desgastes considerables en la fosa iliaca, cuando se temporiza.

Concluyo que es nefasto tempo-

rizar y considero la intervención precoz como el mejor tratamiento de la apendicitis.

Gerard Marchant.—Abstencionistas y operadores deberían traer sus estadísticas, y de ellas deduciríamos los casos en que conviene operar y si las deducciones referidas por nuestros colegas, ocurridas por duda operatoria, no son sino simples excepciones.

Por mi parte, he operado 56 casos, que se distribuyen así: 14 á frío; 37 por absceso apendicular—2 muertos; 5 por peritonitis—3 muertos; lo que arroja 5 muertos sobre 56 operaciones.

Estoy conforme con mis colegas para los casos clásicos de intervención.

En cuanto á los enfermos que no ofrecen más signo predominante que el de Mac-Burney, respondo, con convicción, que *no se debe intervenir*.

Si las crisis dolorosas *se repiten*, *intervengo*.

El diagnóstico de la apendicitis es demasiado delicado y el elemento dolor no es suficiente para justificar la laparotomía.

En lo referente al momento de la operación, opino porque *no se debe esperar* en la forma plástica de la apendicitis, tampoco en las peritonitis generalizadas.

Hartmann.—El señor Dieulaffoy, en buena lid, con su gran autoridad médica, con su talento de exposición, había impuesto á sus colegas en medicina que la apendicitis era una enfermedad quirúrgica, pero por una interpretación errónea de nuestra discusión, ya se dice hoy: “Ved cómo había exagerado Dieulaffoy; los mismos cirujanos vuelven al tratamiento médico.”

Pues bien, yo soy de los que creen que *todos los casos de apendicitis deben ser tratados quirúrgicamente*.

Con la mayoría, opino que como decía Roux, en 1895, en una frase bien significativa: “el único medio de curación absoluta para un individuo que haya tenido una sola

crisis de apendicitis, es conservar su apéndice. . . . en el bolsillo.”

Nuestra discusión actual me recuerda á las que tenían lugar, en otros tiempos, sobre el tratamiento de las heridas perforantes del abdómen. Entónces, como hoy, se hacían curaciones por el tratamiento médico; se temporizaba y no se intervenía, sino cuando se presentaban ciertos signos determinados. Y entónces, muchas veces, se operaba tarde.

Hoy está casi generalmente adoptada la intervención inmediata, y los resultados son mucho mejores.

En las apendicitis el peligro de la infección peritoneal es constante. . . . y se discute, y se pierde tiempo, tratando de circunscribir una inflamación, cuando no se sabe, *a priori*, lo que vá á ser.

Por mí, ni sombra de duda tengo para adoptar la fórmula de Dieulafoy.

Creo que la estadística de mortalidad se reduciría casi á la nada, si se interviniese dentro de las 24 horas de hecho el diagnóstico.

Si yo tuviese apendicitis, me haría operar, no á las 24, sino á las 12 primeras horas. Lo digo con convicción profunda, absoluta: la operación en este momento es de una simplicidad infantil, más simple que la operación *a frío*, como he podido convencerme en dos casos en que he operado á las 6 y 15 horas de iniciado el dolor.

Esperar para ver cómo vá á evolucionar la enfermedad, es esperar para ver si vá á desenvolverse una peritonitis generalizada. . . .

Hay interés en tratar la apendicitis como la *hernia estrangulada*; la perforación espontánea del apéndice como la *perforación traumática del intestino*.”

Hasta aquí alcanzan, por hoy, los datos que nos traen los periódicos médicos de Francia, sobre la discusión que con motivo del tratamiento de la apendicitis, sostiene la Sociedad de Cirujía de París. Corresponden los últimos á la se-

sión del 21 de febrero de este año. La discusión del punto continúa abierta.

Lima, abril de 1899.

ENRIQUE LEÓN GARCÍA.

MEDICINA PRACTICA

La adaptación en cardioterapia (*)

Dr. Huchard: El cardiópata es un enfermo que necesita reposo: reposo del cuerpo, reposo del espíritu, reposo de farmacia; tal es la triple alianza que logra la paz del corazón. Con higiene y régimen alimenticio se resuelve—en gran parte—el problema de la cardioterapia; la adaptación (bien diferente de la compensación) del corazón periférico al corazón central, y recíprocamente.

Cuando se establece una afección vascular después de un reumatismo articular agudo, hay lesión de orificio, pero no hay todavía enfermedad del corazón. Nada tiene que hacer la terapéutica en este período en que la lesión no ocasiona ninguna perturbación circulatoria. Solos deben intervenir la higiene y el régimen alimenticio pues se está en el período de eusistolia, de compensación, como se dice de ordinario. Pero como esa compensación no solo la realiza el corazón, sino todos los órganos por medio del fenómeno de la adaptación. Los órganos se adaptan á la lesión cardíaca. Así el estrechamiento mitral puro puede persistir mucho tiempo en el estado latente porque “estando arreglado el corazón para un débil trabajo, el sistema arterial entero acaba por adaptarse á un corazón pequeño” En la estrechez aórtica juvenil, puede no hipertrofiarse, al principio, el ventrículo izquierdo, la adaptación se hace en el sistema arterial.

(*) Sesión de la Sociedad médico-quirúrgica de París de 13 febrero de 1899.

En las insuficiencias vasculares, en las mitrales en particular, la adaptación se hace en los órganos que resisten mas ó menos á los ataques congestivos que les amenazan.

Para las afecciones valvulares de la aorta, la adaptación se realiza en la circulación mayor, en todo el arbol arterial; para las afecciones mitrales, en la circulación menor. En las primeras, la compensación corresponde al ventrículo izquierdo; en las segundas, sobre la aurícula izquierda, al principio, en el ventrículo derecho, en seguida.

La adaptación es diferente de la compensación. Así, en el estrechamiento mitral, la compensación se produce en el ventrículo derecho, que se dilata é hipertrofia para resistir la enorme tensión de la circulación menor ó aun en el orificio tricúspide; la adaptación se hace en el ventrículo izquierdo, que se retrae y atrofia. La hipertrofia del corazón no es, pues, siempre *providencial*. El corazón no se hipertrofia para luchar, sino porque lucha. Es una nueva condenación del tratamiento sistemático d'Oertel. Precisa distinguir la hipertrofia simple del miocardio del aumento de volumen por hiperplasia conjuntiva que conduce á la cardiectasia. Una retarda la asistolia, la otra la prepara.

Las mismas consideraciones se aplican á las cardiopatías arteriales. No siempre se debe pretender actuar sobre el órgano central mismo. El principio es aliviar el corazón para fortificarlo; y se le alivia disminuyendo las resistencias periféricas, adaptando á todos los órganos, al mismo corazón á su potencia funcional decaída.

En vez de buscar la compensación en el órgano enfermo, se la debe buscar en los órganos sanos, encargados hasta cierto punto, de suplirlo. No hay que dirigirse al miocardio en un corazón atacado en su fuerza contractil, puesto que ha sufrido alteraciones, cuyo esta-

do de contracción precisa combatir.

Son estas reglas de terapéutica general. Frente á una enfermedad que ofrezca un órgano más ó menos alterado, no se debe permanecer hipnotizado ante el órgano enfermo sino pensar para la medicación en su órgano compensador, en el riñón y en el sistema arterial para el corazón, en el riñón para el hígado, algunas veces en el corazón para el pulmón.

La cardioterapia debe responder á los tres órdenes de síntomas observados: síntomas de hipertensión arterial, síntomas meiógráficos y tóxicos.

La hipertensión se combate por la higiene y el régimen alimenticio, por los movimientos activos ó pasivos y por ciertos medicamentos; tales son los medios de adaptar el organismo al sistema cardiovascular profundamente atacado. Laënnec que se equivocaba rara vez, decía, con razón: "que se consigue á menudo hacer vivir muchos años á ciertos enfermos con afecciones del corazón más ó menos graves".

TRABAJOS EXTRANJEROS

PROF. COMBEMALE

La hora del medicamento. (1)

("L' Echo Medical du Nord")

Señores:

Trataré hoy una cuestión de terapéutica clínica, que estimo importante y compleja, apesar del reproche de futilidad que algunos médicos no temen para atribuirle; os hablaré del momento del día en que deben ser administrados los medicamentos prescritos. En efecto, apenas os halléis entregados á

(1) Clínica Médica de la Charité.—Lección recojida por M. Verhaeghe, externo de los hospitales.

vuestras fuerzas surgirá delante de vosotros este problema, con tanta más insistencia cuanto más elevado sea el medio social que visitéis. Para no dar al acaso una respuesta cualquiera son necesarias algunas nociones: me propongo dárolas hoy.

Para tomar las determinaciones más justas, no es inútil que os recuerde: 1.º que los convenios sociales sobre los que reposa la vida en común, han cortado el día de veinte y cuatro horas en diferentes partes, consagradas á la mesa, al sueño, al trabajo, etc.; todas, según la enfermedad que se trate no son propicias para absorber medicamentos; 2.º que nuestros órganos mismos tienen sus exigencias, y no funcionan siempre con la misma actividad. De esto se deduce, para los períodos de inactividad relativa, una receptividad menor con respecto al efecto medicamentoso; y también menor ayuda para la penetración del medicamento; el estómago, por ejemplo, tiene una secreción intermitente, cuya continidad, provocada por la ingestión de medicamentos, se convierte pronto en un estado mórbido bien conocido con el nombre de gastritis medicamentosa. 3.º En fin, los medicamentos mismos tienen una manera de actuar: su acción no es siempre inmediata; un cierto tiempo les es necesario algunas veces, y todavía ciertos de ellos tienen un efecto lejano y un efecto próximo que se busca disociar; sus efectos á distancia no son de desdén para el asunto que nos ocupa. La hora á la cual se debe tomar un medicamento no puede seros indiferente, señores.

Cuando hablo de la hora del medicamento, habéis comprendido que se trata particularmente de medicamentos ingeridos; sin embargo, esta cuestión debe extenderse más y comprender también todos los otros modos de penetración de las sustancias medicamentosas en la economía. Algunos ejemplos os demostraron rápidamente que

la cosa se aplica á toda vía de entrada.

La inyección hipodérmica es susceptible en efecto de ciertas restricciones, bajo el punto de vista de la hora en que se practica. Tenéis, por ejemplo, la picadura de morfina tan esparcida y tan útil en numerosas circunstancias. A menos de urgencia absoluta, si el enfermo acaba de comer ó va á comer, no se la pondréis porque la solución de morfina que no está recientemente preparada tiene propiedades vomitivas; y este efecto secundario merece siempre ser tomado en cuenta si se desea evitar al paciente sufrimientos inútiles; esta inyección debe hacerse lo más lejos posible de las horas de comer.

Un ejemplo semejante nos suministran las inyecciones de cafeína, tan comúnmente empleadas en los cardiopatas crónicos; importa no hacer esta picadura en cualquiera hora del día, en la tarde por ejemplo; la excitación que procura la cafeína se produciría en la noche perturbando el sueño de una manera más ó menos marcada. Así, si se tiene la elección para administrar la cafeína, se hará preferencia esta inyección en la mañana.

La mayor parte de las cuestiones que se os plantearán relativamente á la hora del medicamento serán referentes al que se administra por ingestión; sin embargo los medicamentos introducidos por vía rectal no carecen tampoco de hora. Así, tomad el ejemplo del enfermo atacado de fisura anal: el supositorio destinado á colmar sus dolores deberá ser introducido inmediatamente después de la defecación, y no á otro momento del día. De la misma manera el constipado por acumulación de materias fecales en la ampolla rectal, á quien habéis prescrito óvulos rectales, deberá introducir su cono glicerinado en la noche ó muy de mañana, á fin de reblandecer las materias por contacto é impregnación prolonga-

da, y no á su antojo en medio del día.

La penetración de los medicamentos en la economía por inhalación exige también hacer el acto medicamentoso á determinada hora, so pena de fracaso ó intervención inútil. Los verdaderos asmáticos saben muy bien que interviniendo desde el principio de su angustia respiratoria por inhalación de éter, de piridina, de ioduro de etilo, reducen la intensidad del acceso, que les basta á veces fumar un cigarro de datura ó quemar en su habitación papel nitrado en el momento de acostarse para conseguir una noche tranquila. No debéis, señores, saber menos que vuestros enfermos; y no obtendríais buenos resultados si aconsejáis estas prácticas en pleno día. Lo que, en caso de asma, debe ser prescrito para el día es el tratamiento general por el ioduro de potasio, de que os hablaré pronto.

De la misma manera, señores, para el gargarismo, las irrigaciones nasales, el lavado del estómago: siempre os será preciso fijar la hora á que debe hacerse la operación. Los reflejos nauseosos que acompañan el gargarismo no son siempre fáciles de evitar; por esta razón no es de recomendar, en especial tratándose de niños, el momento que sigue á la ingestión de alimentos para practicar lavado de la nariz, toques en la faringe ó gargarismos. Por lo que respecta á los lavados del estómago, las horas en que deben practicarse tienen tal importancia diagnóstica y terapéutica, que me reservo hablaros de ello en una lección próxima.

Los tópicos, que son un gran recurso en las enfermedades cutáneas; la hidroterapia, el masaje, los baños, de uso tan generalizado en las neuropatías, no deben ser aplicados en cualquier momento del día.

Algunos tópicos, por otra parte, son utilizables exclusivamente en la noche, para aplicarlos sobre la cara ó las partes descubiertas, en razón de un legítimo sentimiento

de coquetería. El baño, y en particular el baño frío, ó las prácticas hidroterápicas aplicadas en plena digestión son nocivas: el resultado de esta infracción á la hora del medicamento podría acarrear una congestión cerebral.

La hora del medicamento importa pues mucho, sea la vía digestiva, la pulmonar, la cutánea, la hipodérmica ó cualquiera otra la elegida para introducirlo en la economía. No importa menos según las enfermedades que deba combatir el medicamento.

Hablar de la hora del medicamento, es, en efecto, hablar del medicamento ordenado teniendo en cuenta muchas razones de valor en una enfermedad crónica. Muy importante es saber preferir tal ó cual hora para dar, con el máximo de efecto y con certidumbre, el medicamento necesario en un episodio agudo en el curso de enfermedades crónicas. Teneis el paludismo, enfermedad ordinariamente crónica, principiando y manifestándose á intervalos regulares por series de accesos. En qué momento el sulfato de quinina, destinado á cortar el acceso de fiebre intermitente ordinaria, debe ser dado? Esto tiene gran importancia, lo comprendéis. Dos nociones de observación pura os guían en este caso: primera, sabemos que el sulfato de quinina no produce sus efectos antipiréticos, en el caso de fiebre debida al hematocario de Laveran, sino seis horas después de su ingestión; en seguida, no ignorais que, cualquiera que sea su tipo, el acceso febril vuelve á una hora fija. Seis horas pues antes de esta hora fatídica la dosis de sulfato de quinina prescrita habrá debido ser absorbida, para evitar la vuelta del acceso cuando se trata de una fiebre palúdica del tipo terciana ó cuartana; el estudio de la hora del acceso deberá hacerse pues, y si estos tipos son imbricados cada uno de los accesos que les corresponden vuelven con una regularidad que facilita el empleo en la hora debida del medicamento específico. En fin, si

hay peligro inmediato, la ingestión cederá su lugar á la inyección hipodérmica á altas dosis; la periodicidad pierde en este caso sus derechos, la continuidad de los fenómenos febriles, conatosos ú otros ha reemplazado esta periodicidad, tan gran recurso en las circunstancias ordinarias. No hay hora fija para dar el sulfato de quinina en estos casos.

Otro ejemplo: una variedad de asma brónquica está caracterizada porque, á ocasión de una bronquitis, accesos de disnea espasmódica sobrevienen todas las noches durante ocho ó diez días consecutivos, entre las doce de la noche y las dos de la mañana, simulando la verdadera asma. La bronquitis, causa de todo este mal, debe pues ser tratada, pero á su hora y por preparaciones de belladona. Puede prescribirse cualquiera forma farmacéutica, pero deberá tomarse precisamente en la noche; á las diez de la noche, al acostarse, haréis tomar al enfermo, por ejemplo, cinco centigramos de extracto de belladona y los accesos se calmarán ó desaparecerán por completo; notad que la atropinización diurna aunque fuera exagerada no produciría este mismo resultado.

Sucede lo mismo con los accesos de dolor en la ciática. Son particularmente intensos al comenzar la noche; cuando el enfermo hace poco que se halla en su lecho el dolor se exagera, se hace insuportable. Dad en este caso salofeno, azul de metileno, antipirina; pero recordad que la acción del medicamento será doble si tenéis el cuidado de darlo una ó dos horas antes de que el enfermo se acueste, pues el medicamento ejercerá entonces su acción analgésica en el principio del acceso.

Para fijar sobre buenas bases, señores, la hora del medicamento empleado por ingestión, es necesario conocer: a) la rapidez de acción del medicamento; b) la duración de su influencia; c) el efecto que se quiere obtener; d) la acción local del medicamento sobre el es-

tómago y el intestino. Estudiaré sucesivamente estos puntos.

Pero para establecer la hora del medicamento mejor para vuestro enfermo, es necesario también tener en cuenta sus hábitos; tentaréis primero corregir sus opiniones erróneas y le manifestaréis lo que exigiría el empleo regular del medicamento que le proponéis; después, en caso de imposibilidad real ó de idea preconcebida, transijireis con lo mejor posible.

a) *Rapidez de acción del medicamento.*—Es de noción vulgar que todos los medicamentos no actúan con la misma rapidez; sin embargo algunos ejemplos no serán inútiles. Es así que los purgantes tienen una rapidez de acción variable. Los unos actúan una ó dos horas después de su absorción, como la podofilina; los purgantes salinos *destapan* á los apurados sin provecho para el estado anatómico que engendra la constipación; se los aplican en la mañana, antes de partir para su trabajo los constipados y los sedentarios. Otros purgantes como el calomel, el aloes, el ruibarbo, actúan menos rápidamente, seis á ocho horas después de su absorción; por esto deben ser tomados en la noche, en el momento de acostarse. En fin, los aceites, los purgantes suaves como el maná, los medicamentos que contienen azúcar, etc., no actúan sino doce y quince horas después de su ingestión. En razón de estas diferencias en la rapidez de acción, deben tomarse precauciones para su ingestión, previendo el momento en que el efecto se producirá.

Tomad los antitérmicos: en su mayor parte actúan muy rápidamente. La antipirina comienza á actuar un cuarto de hora después de su ingestión, mientras el sulfato de quinina tiene una rapidez de acción mucho menor y hace aguardar su efecto durante varias horas, cuando tiene alguno. Según el objeto que se busca, prescribiréis pues la antipirina ó el sulfato de quinina, y la hora de su ingestión

será modificada según los casos. Suponed un febricitante tuberculoso en el primer grado, al cual queréis combatir la fiebre inminente ó efectiva; le daréis una oblea de antipirina 15 á 30 minutos antes del acceso de fiebre, á las tres de la tarde, por ejemplo.

Entre los sedantes la rapidez de acción es también muy variable: la morfina, la codeína alcanzarán en uno ó varios cuartos de hora el objeto que se busca, cualquiera que sea la forma farmacéutica empleada. Los bromuros hacen esperar su efecto durante varios días, casi nunca se presentará la sedación antes de tres días, aun cuando se usen dosis masivas de 8 gramos. Igualmente entre los hipnóticos hay el cloral que, á la dosis de dos gramos, sidera por decirlo así al enfermo y lo hace dormir inmediatamente, mientras que el sufonal tarda una hora antes de calmarlo.

Según las indicaciones, no emprenderé aquí esta demostración, la rapidez con que actúa el medicamento tiene cierto interés; de ellas se deduce la hora en que el medicamento debe ser ingerido, para, según los casos, impedir el color, la fiebre, el embarazo intestinal, etc.

b) *Duración de su influencia.*—Según que un medicamento tiene una acción durable ó pasajera, en otros términos que permanece un cierto tiempo en la economía ó es rápidamente eliminado, será necesario no dar sino una dosis en el día ó repetirla varias veces; en este último caso interviene la cuestión de las horas para la ingestión. Entre los ejemplos de medicamentos en que la duración de su influencia es muy diferente, bien que produciendo el mismo efecto, hay algunos que son sumamente vulgares.

Se os presenta una enferma con hemorragia uterina, que se halla indicado detener. Recurrís en este caso á la ergotina ó al cornezuelo de centeno que tiene una acción inmediata; algunos momentos después de su ingestión la hemorragia

se detiene, pero la acción vaso constrictiva del cornezuelo se agota pronto, y al cabo de media hora, de una hora, sería necesario comenzar de nuevo. Si dais, al mismo tiempo que el cornezuelo el extracto fluido de hidrastis canadensis, la acción del hidrastis tarda, es verdad, en producirse, pero una vez que se presenta dura largo tiempo, y repetida varios días mantiene la vaso constricción que impide á la epistaxis uterina. El cornezuelo es el medicamento de urgencia, el hidrastis el medicamento de seguridad. La administración del uno debe ser inmediata, repetida si es necesario, sin dejarse detener por el momento en que se interviene; la hora del segundo es la que se preferirá en el día según las circunstancias.

El ioduro de potasio nos suministra un ejemplo no menos notable. Es un vasodilatador á las dosis terapéuticas ordinarias, que tiene una acción de duración bastante limitada, doce ó quince horas solamente. Para evitar su acumulación y también para conseguir un efecto continuo, la dosis debe ser repetida todos los días. Pero si es necesario conseguir una vaso dilatación inmediata, para contrarrestar el síncope del angor pectoris por ejemplo, el ioduro no es utilizable; por el contrario, la inhalación de nitrito de amilo, por la vaso dilatación periférica instantánea, que provoca, alcanza el objeto; en cambio su acción es corta. El momento para el nitrito de amilo se siente, llega siempre en caso de urgencia; para el ioduro una elección de hora se hace necesaria.

c) *Efecto que debe obtenerse.*—La mayor parte de los medicamentos, señores, según la dosis ingerida dan lugar á efectos diferentes; conocéis esta ley de farmacología general. De aquí resulta que para obtener tal efecto en lugar de tal otro, este ó aquel medicamento deberá ser ingerido á tal hora ó á cual otra. He aquí algunos ejemplos en apoyo de esto:

La ipeca, como vomitivo, puede

darse á toda hora, su acción será siempre igual; pero si la empleais como anti-hemoptoico, os he enseñado que conviene darla á pequeñas dosis, por paquetes de diez centigramos, cada veinte ó treinta minutos, con el objeto de mantener el estado nauseoso que precede al vómito y que es tan útil para disminuir la tensión arterial pulmonar. El tártaro estibiado participa de propiedades análogas. Como vomitivo dad cinco centigramos de tártaro estibiado en una vez y á un momento cualquiera; como purgante, haced disolver cinco ó aun diez centigramos en un litro de agua; dándolo por vasitos cada media hora se tiene un efecto purgante. Sucede lo mismo, señores, con el bicarbonato de soda: su posología es especial según el efecto que se desea obtener. Tomado diez minutos antes de la comida, su acción es la de un verdadero aperitivo; tomado al fin de la comida ó al fin de la digestión, es un neutralizante de los ácidos en exceso en la secreción gástrica. El efecto que debe obtenerse modifica pues, en la prescripción detallada, la hora en la cual el medicamento debe ser tomado.

d) *Acción local sobre el estómago.*—Numerosas sustancias pueden darse sin ningún inconveniente en ayunas, antes ó después de las comidas. Sin embargo algunas, y no las menos empleadas, tienen acción bien conocida y bien estudiada sobre el jugo gástrico y la mucosa secretante, y, para evitar esta acción ó para aprovecharla, el momento de su administración debe ser determinado. Para elegir la hora más propicia para la ingestión de estos medicamentos, es necesario tener en cuenta varias cosas: a) acción local del medicamento sobre el estómago; b) acción de los fenómenos digestivos sobre el medicamento; c) acción del medicamento sobre la digestión estomacal.

a). La acción local se manifiesta unas veces por el dolor; se trata entonces de una irritación localizada, otras veces por una actividad fisiológica más grande, por una secre-

ción más abundante, menor duración del tiempo que el estómago tarda en desembarazarse de su contenido—se trata entonces simplemente de excitación. La una y la otra forma de acción local pueden ser de temer, pero debe evitarse siempre el dolor. Una regla de conducta interviene aquí, que tendreis siempre presente tanto para los medicamentos nuevos como para los que os son conocidos: “*Los irritantes solubles deben diluirse para repartir su acción sobre el estómago entero, la cual así debilitada, determinará únicamente la excitación*”; con esta condición dichos medicamentos pueden ser administrados sin inconveniente en ayunas. *En cuanto á los irritantes insolubles no deben darse sino en el momento de las comidas, para ahogar la irritación que provocan en la excitación general, entonces en vía de producción.*

Es necesario saber también que la forma farmacéutica bajo la cual un medicamento, anodino por sí mismo, es empleado, puede provocar irritación y necesitar la elección de la hora de la comida; tal es la píldora, muy empleada en razón de su comodidad, pero que ciertos enfermos abandonan por la irritación local que determina, la gastralgia que despierta cuando se toma en ayunas; ciertos purgantes no pueden usarse de otra manera que en píldora, y son desdeñados justamente por los especialistas; pues bajo la influencia del primer chorro de jugo gástrico la píldora se desagrega para dar un polvo ó una resina insoluble, que continúa, al contacto de la mucosa, su acción irritante local, originando el dolor. Sucede lo mismo, señores, con la oblea que se toma, á mi modo de ver, de una manera irracional; no ignorais que para hacerla deslizar el enfermo toma solamente un trago de agua. El pan ázimo, que es la envoltura protectora del medicamento en su travesía por el exófago, se disuelve rápidamente en el estómago, y entonces se pasa lo que os he descrito para la píldora:

el saco está vacío, hay un polvo insoluble, irritante en contacto de un punto limitado de la mucosa estomacal. Y esto sucede porque hay muy poco líquido ingerido: que el enfermo tome la oblea con un vaso de líquido ó durante la comida, y el dolor que provocan el naftol, la quinina, etc., no se presentará; se producirá en su lugar una simple excitación generalizada, provechosa á menudo, rara vez nociva.

Continuará.

CRONICA

Reorganización del Comité redactor de "La Crónica Médica."—Cumpliendo su reglamento interior en su última reunión celebrada en 25 del mes próximo pasado, el comité redactor de LA CRÓNICA MÉDICA procedió á efectuar la elección de Director resultando designado para ese puesto por unanimidad de votos el Dr. D. David Matto. El Dr. Velasquez continuará á cargo de la dirección hasta la llegada de dicho señor á esta capital.

Para llenar las vacantes que han ocurrido en el Comité fueron elegidos los Doctores Leonidas Avendaño, Pablo S. Mimbela, Enrique L. García y el Sr. Manuel Tanayo, todos miembros de la Sociedad Médica Unión Fernándina en la que siempre se han distinguido por su laboriosidad y entusiasmo.

Publicaciones Recibidas

La Phototherapie, por N. R. FINSSEN.

I. Les rayons chimiques et la variole. II. Traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés. III. La lumière comme agent d'excitabilité.

Publication du FINSSEN'S MEDICINSKE LYSINSTITUT de Copenhague.

PARIS, GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, editeurs, 3 rue Racine—1899.

Les Verres isométriques.—Matière

re isometropes et lentilles isométriques par le DR. DE BOURGEON, eticien élevé de l' Ecole des Hautes Etudes. Ancien chef de Clinique aux Quinze-Vingts, Chef du service d'Optithalmologie de l' Assistance Médicale Philomathique du X Varrondissement, etc.

Avec 5 planches hors texte et 6 figures.

PARIS, A. MATOINE, EDITEUR, 23 - 25, rue de l' Ecole de Médecine—1899.

Créosote, tolérance et intolerance (indications et contre indications), mode d'action par le DR. P. ROBERT SIMON.

PARIS, GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, editeurs—3 rue Racine—1899.

Des verres périscopiques et de leurs avantages pour les myopes, par le Dr. F. OSTWALT, oculiste à Paris, avec une préface par C. M. Gariel, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine et à l'Ecole des Ponts et Chaussées.

PARIS—Georges Carré et C. Naud editeurs.—3 rue Racine.—1899.

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 disecadas exclusivamente para esta obra; las planchas han sido coloreadas por el del natural.*

En dos volúmenes, ha aparecido el primero, que se puede pedir separadamente, solo ha aparecido el primero, se vende en 40 francos y consta de 500 páginas en 4.º lujosamente impresa en magnífico papel.

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