CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina

ANO XXI >

LIMA, 30 DE JULIO DE 1904

₹ N.º 374

TRABAJOS NACIONALES

Un caso de desprendimiento total de la Placenta por traumatismo

El 17 de junio del presente año, ingresó al Hospital de Sta. Ana la enferma H. G., natural de Lima, de 30 años de edad, de constitución robusta, raza negra, multípará y ocupó la cama Nº 30 de la sala de San Antonio. (Servicio de Partos)

Reconocida que fué y como su estado inspirara serios cuidados, fueron solicitados mis servicios á las 8 p. m. hora de su ingreso. Dada la condición en que encontré la paciente, pocos fueron los datos que pude obtener de ella, pero me bastaron para formular el diagnóstico que correspondía á su estado en ese momento. Me refirió la enferma, que todo el tiempo de su embarazo había gozado de buena salud y que sólo en la mañana de el día de su ingreso, tropezó con un saco de carbón que la hizo dar un traspíes yendo á caer á alguna distancia arrodillada; que desde ese momento sintió dolores atroces acompañados de una hemorragía copiosísima é incontenible; que durante todo el día continuó perdiendo sangre apesar de las irrigaciones vaginales calientes que le formuló la matrona y que como le daban vértigos en cada movimiento que hacia se resolvió trasladarla al hospital después de haber perdido sangre durante 12 horas consecutivas.

La encontré en decúbito lateral izquierdo, disneica, con pulso tan pequeño é irregular que apenas era perceptible y en estado soporoso del que volvía al interrogarla.

La inspección del vientre que era voluminoso, no nos dió dato alguno, no así palpación que nos hizo percibir un útero bastante voluminoso é inerte, que no daba señales contracción. Era tal el desasosiego de la mujer en este momento, que solo pudimos darnos cuenta de que la excavación estaba ocupada. Al tacto, encontramos la fontonela posterior ó landoidea, en el extremo inferior del diámetro oblicuo izquierdo, cabeza bien encajada: se trataba pues de una O. I. D. P. El cuello uterino había desaparecido y la dilatación era del tamaño de un sol de plata, la cabeza estaba desnuda, pues las menbranas se habían roto á las 10 a. m. de ese día. La faz típica de la enferma, su estado actual, la causa que originó la hemorragia, toda hacía suponer que se trataba de un despredimiento placentario.

Dado el tiempo que había pasado

desde el traumatismo, y el estado tan delicado de la enferma, el pronóstico tenía que ser de lo mas desconsoladas. Mi deber era de levantar las fuerzas de la enferma por todos los medios que tuviera al alcance y así lo hice haciendo uso de los estimulantes cardiacos bajo la forma invecciones hipodérmicas y recurriendo al suero gelatinado que en buena cantidad invectó el interno de guardia Sr. Ponce de Leon. Las primeras indicaciones estaban llenadas, pero no era el caso operable? Así lo comprendí vo, y creo que habría intervenido si es que no llega la enferma tan tarde al hospital, cuando su estado era preagónico. Habríamos procedido á hacer la dilatación forzada del cuello y habríamos aplicado forceps, limpiando en seguida el útero de los coágulos que contenía v procurando que recobrara su tonicidad; indudablemente que con operación tan tardía ó sin ella la mujer habría muerto, pero en fin, se ponían todos los medios. Apesar del tratamiento tan activo que instituimos, el corazón no respondió ni á los exitantes que empleamos ni al suero, pues su estado era cada vez más alarmante, el útero permanecía blando, inerte y como era de esperarse vino un síncope que á las 12 de la noche puso fin á esa existencia.

A la necropsia encontramos el útero lleno de coágulos voluminosos que habían ocupado por completo la cavidad; la cabeza encajada y la placenta desprendida totalmente v ligada solo por las membranas al órgano gestador. Nada anormal fuera de ese órgano. Yo creo que la muerte inmediata de la mujer se imponía con el desprendimiento total que por contra golpe había sufrido la placenta y que si ella no tuvo gar, ha sido: 1º por que los coágulos que iban formándose en el fondo volvieron más rápido el descenso: de la cabeza; 2º porque endos horas y en esas condiciones la hemorragia si bien ha side abundante en los primeros momentos tuvo que detenerse como succedió cuando las membranas se rompieron permitiendo el encajamiento de la cabeza que venía á hacer el papel de verdadero tapón; y 3º que la hemorragia interna ha continuado hasta llenar de coágulos el útero y que ellos habrían sico salvadores si no hubiesen representado la casi totalidad del tejido sanguíneo de la enferma, paralizando á la vezel trabajo por la inercia que sobrevino en el órgano por la distención violenta é intempestiva que sufrió.

Ha sido pues un desprendimiento clásico de la placenta por contra

golpe.

Podía haber sido otra la suerte de la enferma si es auxiliada en los primeros momentos y no después de 12 horas del accidente.

Creo pues que la indicación era operar y evacuar el útero en este caso, con una probabilidad contra 99 de salvar la vida de la enferma, pero á condición de ser llamado en el acto y no como en el caso actual cuando la enferma agónica ya hacía entrever claramente el fin próximo que tuvo.

J. A. SAN BARTOLOMÉ Jefe de la Clinica de Partos.

Congreso Médico Latino-Americano

La sangre en las Enfermedades infecciosas

Comunicación al 2º Congreso Médico latino Americano, reundo en Buenos Aires del 4 al 11 de Abril de 1904.

POR EL

Dr. LEOPOLDO URIARTE

Profesor suplente de Bactereologia en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, Jefe del Laboratorio Bactece lógico de la Casa de Aislamiento.

Las investigaciones realizadas en estos últimos años nos demuestran que ha aumentado el número de las enfermedades en las cuales es de capital importancia el examen

de la sangre.

En efecto, en las enfermedades infecciosas el análisis de los fenómenos y mutaciones que se verifican en la sangre adquiere marcado interés, porque sus elementos celulares y su plasma constituyen el eje alrededor del cual giran las teorias para explicar los medios de la defensa orgánica.

Tiempo hace ya que Virchow y Max Schultze revelaron el partido que se podía sacar del examen de la sangre, reclamando, el primero de ellos, para el glóbulo blanco un puesto especial en la patología.

Pero han sido necesarios los adelantos que hemos alcanzado en los procedimientos técnicos de laboratorio, para que se realizaran los presentimientos de un eminente profesor francés, en lo que se refiere al papel preponderante de la hematología en la actualidad.

En la escuela francesa, á la par que en la alemana abundan los investigadores de nota que han contribuido con sus trabajos al mejor conocimiento de este *tejido líquido*, bajo el doble punto de vista de su histología y de su fisiología patoló-

gica.

Entre todos ellos se destaca el profesor Ehrlich, que inicia para la hematología la era de su renacimiento. La introducción de su método analítico nos dió á conocer con toda precisión las diferentes variedades de glóbulos blancos con relación á las granulaciones de su protoplasma, especificándolas segén su colorabilidad y sus reacciones histoquímicas; la afinidad tintorial nos puso de manifiesto la naturaleza acidófila, basófila ó neutrófila del gránulo protoplasmático y estableció con seguridad la reacción cromática del núcleo.

Con la aplicación del nuevo método se han verificado comprobaciones clínicas que arrojan nueva luz sobre la patogenía de algunas enfermedades. El mismo Ehrlich describe en la sangre en circulación las cédulas medulares que normalmente se hallan aprisionadas en el tejido mielóideo y cuyo ingreso al torrente circulatorio caracteriza algunos estados mórbidos.

La fisiología de los elementos figurados de la sangre durante la enfermedad, no se quedó atrás; por el contrario, la ciencia experimental, agregando nuevos triunfos á los que ya brillantemente habia conquistado, perfecciona las nociones ya adquiridas y pone en evidencia nuevos hechos que, estudiados con la ayuda de la bacteriología, resuelven problemas cuyo conocimiento es glorioso patrimonio de la ciencia médica moderna.

El funcionamiento del glóbulo blanco en la sangre y su papel primordial no han sido dilucidados sido después de las memorables investigaciones que Metchnikoff viene realizando desde hace unos veinte años, y que han servido de base á la genial teoría que este sabio ha sentado para explicar, aparte de fenómenos orgánicos, uno de los problemas más importantes en lo que á enfermedades infecciosas se re-

fiere: la inmunidad.

La teoría fagocitaria, ligeramente esbozada en sus comienzos, y concebida á la luz de la patología comparada, ha ido agrandando paulatinamente su dominio á través de una serie de éxitos obtenidos en el debate de las objecciones que iba levantando. Este debate, sostenido con tesón por defensores y adversarios, ha suscitado nuevas cuestiones y ha despejado otras tantas incógnitas, cuyo conocimiento repreta adquisiciones importantes, no sólo para la patología general sino también para otras ramas de la medicina.

Este hecho capital en el proceso de las infecciones está hoy aceptado casi unánimemente, y á pesar de que los fenómenos de reación orgánica en contra de aquéllas son complejos, es indiscutible que el principal papel en la recuperación de la salud corresponde á uno de los elementos figurados de la sangre: el glóbulo blanco.

La importancia de la hematología es, pues, evidente, al punto que sin su estudio quedan imcompletas las nociones sobre la patología de las enfermedades de origen micro-

biano.

La sangre, anima ommis carms, no obstante su continuo movimiento, presenta en el estado normal una composición constante, dentro ciertos limites, tanto en su elemento plasmático como su elemento

globular.

Dentro de las condiciones compatibles con la vida, las mayores perturbaciones determinadas en la sangre, ya sea en su volumen ya sea en la cantidad relativa de sus ele mentos constitutivos, son contrarrestadas por la tendencia admirable á restablecer el equilibrio de sus proporciones fisiológicas.

La influencia reguladora va más allá. Asegura una constante tensión molecular del plasma sanguíneo, condición indispensable para la integridad funcional del glóbulo

rojo.

El número de las diferentes especies de glóbulos blancos, guarda en estado normal una relación casi constante, manteniéndose de este modo un verdadero equilibrio leucocitario. (Leredde y Loeper.)

Producido un estado infeccioso, la composición de la sangre se modifica, el equilibrio normal de ciertos elementos desaparece, produciéndose variaciones que están en relación con la naturaleza y la evolución del mal.

La hematología moderna registra estas variaciones y les asigna el valor de verdaderos síntomas. ¿Cuáles son las alteraciones de la sangre en las infecciones? Veamos primeramente las del elemento globular.

Si se examina la sangre y se hace el balance de los leucocitos en circulación, se observa que los limites de las oscilaciones normales que son de 4 á 7,000 por mm3 pueden ser llevados por la infección á los extremos de 1,000 á 30.000 en igual volumen de sangre. La literatura médica registra observaciones en que la citra máxima ha llegado hasta 115.000 glóbulos blancos. (Loehr.)

En la mayoría de las enfermedades infecciosas agudas se encuentra este aumento de leucocitos (hirper-

leucocitosis).

La hematología no se limita á apreciar solo su aumento ó disminución, sino que va hasta establecer la proporción de sus diferentes especies, procurando averiguar siexiste una determinada leucositosis para cada enfermedad mononucleosis, polynucleosis: neutrofilia, eosi-

nofili , basofilia). En la diftería, la neumonia, la grippe; en las anginas, el reumatismo articular agudo y la blenorragia; en la meninguitis epidémica y la rabia; en la escarlatina y la erisipela; en el cólera y la peste; en el muermo y la bacteridiosis: en las septicemias y en los procesos supurativos calientes, la sangre de los enfermos presenta por lo general hiperleucocitosis, debida principalmente al aumento de los polinucleares nentrófilos (polinucleosis neutronilica), los que alcanzan, según los casos, del 70 al 95% de los leucocitos en circulación.

El número de los eosinófilos de la sangre puede á su vez acrecentarse (polinueleosis eosinofilica), ya sea independientemente de toda polinucleosis, como sucede en la lepra, cuyo aumento alcanza al 60%, ya sea simultáneamente con ella, como se ve al principio de la escarlatina, en la sífilis y en algunas dermato-

*

sis de origen microbiano probable. Además, estas células, que durante el período febril de algunas infecciones parece que fueran desalojadas de la circulación por las neutrófilas, aparecen de nuevo en la sangre cuando se inicia la convalecencia (neumon a, erisipela, anginas, reumatismo, fiebre tifoidea), sobrepasando su porcentage habitual (evsinofilia reaccionas).

La producción de la hiperleucocitosis basofílica [Mastzellen leucoci tosis] ha sido poco estudiada, si bien ella es efectiva (Ehrlich), habiéndose provocado experimentalmente por medio de la toxina esta-

filocóccica (Levaditi).

Si en algunas enfermedades infecciosas es el número de los polinucleares el que aumenta, en otras lo es el de los mononucleares (hiperleucocitosis mononuclear, mononucleosis), como sucede en la parotiditis epidémica, la viruela, la varicela, la coqueluche y en algunos períodos de la tuberculosis y de la sífilis.

En la viruela, la varicela y la sífilis, la sangre de los pacientes puede arrastrar leucocitos mononucleares granulosos (mielocitosis), pertenecientes á los tres tipos; neutrófilos, eosinófilos y basófilos. La proporción máxima de 10 á 24% de mielocitos neutrófilos ha sido observada en la viruela hemorrágica. Los otros dos tipos de mielocitos granulosos parece que no llegan nunca á tales proporciones en estas fiebres eruptivas.

La hipoleucocitosis (leucopenia), es la expresión de las variaciones leucocitarias que acompanan á la fiebre tifoidea, la malaria, la fiebre amarilla y algunas veces al saram-

pión.

En un palúdico que presentaba una infección simultánea por hematozoarios de la cuartana y de la terciana maligna, hemos observado al iniciarse el acceso la cifra de 13.600 glóbulos blancos por mm3, de los cuales el 12% correspondían

á los eosinófilos. En la infección palúdica la hipoleucositosis está precedida por una hiperleucocitosis fugaz.

El desacuerdo en la fórmula leucocitaria de la sífilis y de la tuberculosis, se explica por las múltiples manifestaciones de la enfermedad y las diversas alternativas en la evo-

lución del proceso.

La irregularidad en las oscilaciones numéricas de los glóbulos blancos, frecuente en las infecciones crónicas, constrasta con la marcha casi uniforme que se observa en las infecciones agudas, en las que se puede establecer un verdadero equilibrio patológico. (Bezancon y Labbé).

El ejemplo más demostrativo á este respecto está en la neumonia, en la que las curvas febril y leucocitaria guardan un paralelismo casi constante; la segunda desciende brusca ó lentamente según sea por crisis ó por lisis la terminación de

la primera.

El restablecimiento del enfermo concuerda, cuando es definitivo, con la vuelta al equilibrio leucocitario

normal.

A la leucocitosis debida á la actividad del glóbulo blanco [leucocitosis activa], hay que agregar la leucocitosis de orden puramente mecánico (leucocitosis pasiva), acompañada trecuentemente de una reacción funcional de los órganos linfógenos, efecto de la invasión microbiana, cuya exteriorización es el aumento de los linfocitos que circulan en el medio sanguíneo.

Diferentes experimentadores han tratado de precisar qué órgano provee de glóbulos blancos á la sangre, durante la leucocitosis activa. Está casi demostrado que el aumento de los leucocitos se debe á la entrada en el torrente circulatorio de las reservas celulares de la médula ósea, en la que se realiza simultáneamente una reproducción de los elementos nucleares que normalmente encierra. La leucocitosis

es una función de la médula ósea, dice Ehrlich. Si entramos á investigar las causas que criginan la leucocitosis, vemos que las teorías emitidas son insuficientes ó están en desacuerdo con las comproba-

ciones experimentales.

La teoría basada en la sensibilidad de los glóbulos blancos (quimiotaxia), es la que más se armoniza con la clínica y la experimentación para explicar las leucocitosis mórbidas en los estados infecciosos. El leucocito impresionado por el microbio ó sus secreciones, y en virtud de su sensibilidad, puesta en juego por estos agentes, afluye al torrente circulatorio donde actúa. anulando las toxinas, ó bien se dirige por él á los puntos del organismo donde es necesaria su acción para destruir el microbio.

La lencocitosis de origen infeccioso así concebida, se convierte en el eficaz agente de la vis medicatrix v representa la reacción saludable del organismo. Sin embargo, debemos tener presente que el aumento de los leucocitos que circulan en la sangre es un fenómeno fisiológico normal, que "no ha nacido exclusivamente para servir á la defensa contra la infección, - que no deben su existencia y su razón de ser á la lucha contra el virus, - sino que es una aplicación feliz y eficaz de una función primordial á la defensa del organismo." (Bordet, sobre los

sucros específicos).

Aunque cada estado infeccioso no puede ser representado por una forma hematológica y éstas no tienen un significado categórico, no carecen, sin embargo, de aplicaciones prácticas contribuyendo á aumentar los elementos que sirven de base para el diagnóstico. Este, en algunos casos dudosos, puede encontrar en las variaciones leucocitarias de la sangre un punto de apoyo importante para orientarse y poder establecer la verdadera etiología de los síntomas mórbidos que se trata de interpretar.

Al cirujano, estas investigaciones de laboratorio "descuidadas demasiado frecuentemente en cirujia" (Tuffier), pueden darle indicaciones operatorias é informarlo de la existencia de un foco purulento en el organismo. Desgraciadamente se prefiere, por lo general cortar ó prácticar una laparotomía exploradora á investigar las modificaciohistológicas de la sangre.

Al médico, la fórmula hemoleucocitaria, puede ayudarlo para diferenciar fiebres eruptivas que se inician con síntomas indecisos, ó bien para separar una septicemia estreptocóccica, por ejemplo, de una granulia, cuando ambas se inician con un estado tifóideo.

El glóbulo rojo de la sangre, aunque no desempeña en el organismo tan diversas é importantes funciones como el glóbulo blanco, en lo que á patología infecciosa se refiere, no por eso, en los procesos mórbidos que ésta comprende, deja de experimentar modificaciones numéricas é individuales dignas de especial mención.

Las enfermedades infecciosas, por lo general, producen una disminución numérica más ó menos considerable de glóbulos rojos (hipoglobulia) acompañada ó no de un descenso del valor de éstos como elemento hemoglobinifero (hipocromasia). Como excepción podríamos citar el cólera en el que la sangre se concentra á causa del drenage que por el intestino se verifica y la cantidad de hematies se eleva hasta 8 millones en un milímetro cúbico.

En las fiebres eruptivas, las púrpuras infecciosas, las estrepto y estafilococcias, las septicemias; en las infecciones diftéricas, neumónica y eberthiana; en la fiebre amarilla y en la peste, encontramos frecuentemente hipoglobulia que, más ó menos marcaba en el período febril, se acentúa, por lo general, al terminar el proceso é iniciarse la convalescencia.

La destrucción globular alcanza un alto grado en la infección maláríca, cuyo hemófilo parásito, haciendo de los critrocitos su albergue v su alimento, los destruye por millares en cada una de sus períodicas procreaciones, originando así esa anemia del palúdico que puede. llegar al tipo más pernicioso. Al hemosporidio palúdico hay que agregar otros microzoarios sanguineos, como causantes de anemia, estos son: los tripanosomas y piroplasmas que, poco ha, nos han sido revelados como patógenos para el hombre.

La deglobulización forma parte de los síntomas hematoscópicos que se observan en los tres períodos de la infección sifilítica, siendo aquella tanto más considerable cuanto mayor es la malignidad de los accidentes. Además hay que observar esta peculiaridad: el hematie del sifilitico presenta una gran susceptibilidad á la acción globulicida del mercurio, el que en sus primeras aplicaciones agrava la anemia del mal venéreo, propendiendo después, y como manifestación de sus efectos terapéuticos, á la reganeración del elemento hemoglobinífero.

En la tuberculosis, la hipoglobulia, aunque algo inconstante, existe, ya sea por insuficiencia numéri-

ca va por oliguemia.

No obstante la complexidad de las causas que concurren á la destrucción hemática en las enfermedades infecciosas, podemos deslindar dos como principales: la primera, una disminución de lo que se llama resistencia globular ó sea la mayor vulnerabilidad del glóbulo rojo; la segunda, una acción destructora (hemolisis) que sobre esos mismos elementos desarrollan las toxinas microbianas. A estas causas agregánse las hemorragias intraparenquimatosas 6 intracavitarias que se producen en el curso de ciertas infecciones y que anemian el organismo á la manera de pequeñas sangrías, con la circunstancia agravante para su rápida reparación, del terreno mórbido en el que se desarrollan.

Los focos inflamatorios y hemorrágicos, á la par de los órganos hematopoiéticos, son los puntos principales don le se efectúa la hematolisis. En esos puntos, los productos de la destrucción hemática, son absorbidos por las células citófagas é incorporados de nuevo al organismo bajo lo forma de materiales reconstitutivos, realizándose así, una vez más, el eterno círculo de la materia.

Para reparar las pérdidas hemáticas que la infección origina, el organismismo recurre principalmente á la médula ósea, donde provoca una hipergénesis de elementos celulares, que en algunos casos se exterioriza por el éxodo de glóbulos rojos nucleados (normoblastos), de los órganos que normalmente los encierran. El bazo participa también de esa hipergénesis reparadora.

La entrada de los normoblastos al torrente circulatorio (n rmoblastosis ó normoblastemia), se observa alguna que otra vez en la varioloide; con más frecuencia, aunque moderadamente, en la neumonia, las septicemias, el reumatismo articular agudo y en las anemias extremas de origen palúdico. En la sífllis grave del niño y del adulto, en la viruela supurada y especialmente en la hemorrágica, la hematoscopia descubre una normoblastosis más abundante.

La emigración de los normoblastos de los tejidos matrices, observada en estas enfermedades, es debida indudablemente al esfuerzo orgánico reparador, pero parece, además, que el elemento infeccioso actuara "sobre la médula ósea por un mecanismo compuesto en el que se combinan, la anemia y la acción irritativa de los productos sépticos" (Dominici). A la par de la reación neutrólítica medular de que va hemos hablado anteriormente, existiría una reacción normoblástica, provocadas ambas por la infección.

La sangre en las enfermedades que nos ocupan, puede presentar, además de las modificaciones histológicas expuestas, otras que se refieren á alteraciones ó particularidades de los leucocitos v de los hematies.

En las septicemias, en la meningitis cerebro-espinal, en las amigdalitis, en las infecciones de origen apendicular; en el reumatismo artieular agudo grave y en el blenorrágico; en la fiebre tifóidea, en la malaria v más frecuentemente en la neumonía; en la peritonitis generalizada y en las infecciones con focos cerra los de pus, los polinucleares, en especial, pueden presentar la reacción vodófila. Esta, desenbierta por Ranvier, pone de manifiesto en aquellas células una substancia que se presenta ya difundida en el protoplasma leucocitario, ya formando granulacione: ó aglomerados intra ó extra celulares. La naturaleza química de esta substancia es discutida como igualmente el origen de les leucocitos que la contienen. La primera parece ser análoga á la del glicógeno ó intermediaria entre este y la materia amiloidea, y por lo que se refiere al segundo, dos hipótesis tratan de explicarlo; ó bien los polinucleares tomarían la substancia en cuestión de los focos del pus y de allí emigrarían á la sangre (Salmón), ó bien á la inversa, aquellas células se cargarían de substancia iodófila en sus fuentes de origen, de donde serían llevadas por la sangre á los focos de infección. (Lœper).

La degeneración hidrópica del núcleo y las formas regresivas de los leucocitos son otras tantas alteraciones que pueden igualmente observarse en la sangre durante las infecciones.

En cuanto á los eritrocitos en las enfermedades de que tratamos pueden presentar, designaldad en su tamaño (anisocitosis), que puede ser mayor ó menor que el normal (macrocitos y microcitos) diferencias entre sí, muy acentuadas, en la intensidad de su color (anisocromía) que pueden llegar hasta la pérdida total del pigmento (acromacitos); modificaciones en su afinidad tintorial que de acidófila se hace completa 6 incompletamente basófila (policromatofilia) como se observa algunas veces en la peste. en la malaria, en la fiebre tifoidea y en ciertas fiebres eruptivas.

La sangre experimenta en las enfermedades infecciosas otras modificaciones de orden fisico-químieo, pero son ellas de tan poca importancia que no creemos

necesario mercionarlas.

La sangre es indudablemente por sus condiciones fisiológicas un medio poco propicio para los gérmenes patógenos. "La presión y el movimiento atenúan la virulencia. además, las substancias en disolución constituyen un compuesto poco favorable, cuya inmunización, haciendo aparecer los principios bactericidas y antitóxicos, aumenta notablemente la falta de fertilidad". (Charrin).

A excepción de los procesos mórbidos designados con el nombre genérico de septicemias, en los demás se creia rara la infección del medio sanguíneo, que era ocupado por el gérmen sólo acidentalmente como vehículo para su loca-

lización.

Hoy los nuevos procedimientos de laboratorio permiten verificar con facilidad la existencia del bacilo de Eberth en la sangre de los tifóideos y ponen en evidencia que la bacilemia en estos enfermos es más frecuente de lo que se suponía.

Así tiende á modificarse el con-

cepto patogénico de la dotinenteria, considerándosela como una localización en el intestino de la in-

fección eberthiana general.

Debido igualmente á perfeccionamientos de la técnica, se ha podido comprobar mayor número de veces la presencia en la sangre de los agentes productores de la neumonia, de la tuberculosis y del muermo.

Un ejemplo curioso de bacteriemia periódica lo ofrece el tifus recurrente, determinado por el Spiri-

llum Obermeieri.

El parasitismo sanguíneo reviste singular interés é importancia en la infección malárica á la que hay que agregar las tripanosomosis y piroplasmosis humanas de reciente conocimiento. (Enfermedad del sue-ño, enfermedad de Dutlon, Kala-Azar, Fiebres de la India)

Las numerosas investigaciones emprendidas en estos últimos años para resolver el problema de la inmunidad, han dado por resultado la adquisición de nuevas nociones sobre las propiedades de la sangre. En esta se encuentran, concentradas en su mayor parte, las substancias que el organismo elabora á consecuencia de la reacción provocada por las enfermedades infecciosas.

Estas substancias representan, además, los medios empleados en la lucha para anular la acción del elemento patógeno y destruirlo. La reseña detallada de como se producen y cómo actúan nos llevaría fuera del tema de nuestro informe. Me bastará decir que poseen propiedades aglutinantes, bactericidas y antitóxicas eon respecto á los gérmenes que suscitan su producción y que existen en el suero cuando se ha coagulado la sangre.

Las propiedades aglutinantes del suero, específicas por el determinismo de su manifestación sirvieron en un principio de piedra de toque para el reconocimiento de los gérmenes [Bordet, Metchnikoff, Gruber y Durham, Pfeiffer y Kolle]; más tarde la aglutino-reacción con el suero de los tifoideos fué aplicada al diagnóstico de esta enfermedad (Widal) siendo hoy el medio más seguro para afirmar ó rechazar la existencia de una infección de naturaleza eberthiana.

El desarollo de aglutininas ó coagulinas en la sangre, se produce en otras infecciones; pero á excepción tal vez de la disentería, la tuberculosis, la neumonia y el muermo, en las demás enfermedades microbianas, la suero-aglutinación no tie-

ne aplicaciones ciínicas.

Las propiedades bactericidas y antitóxicas de las sangre, desarrolladas en el curso de las enfermedades infecciosas, son el resultado de la entrada en juego de susbtancias, cuya composición ignoramos y á las que se les denomina con el nombre genérico de anticorps. "Toda penetración de corps extraño de un organismo será seguida de la producción de anticorps cuando el primero suscite de parte del organismo una reacción defensiva, siendo esta producción tanto más abundante cuanto más enérgica sea la lucha y cuanto más intenso sea el esfuerzo para librarse de él". [Bezancon v Labbé]".

Estos anticorps son específicos para los gérmenes de las infecciones que los originan, pero este carácter no es absoluto, porque nacen en virtud, de funciones propias del organismo, preexistentes é independientes de la infección, la que desempeña solamente el papel de causa movens é imprime á la acción el grado de especificidad que presen-

ta

Para explicar los cambios que se realizan en el medio sanguíneo como consecuencia de la evolución de los procesos infecciosos se han emitido dos teorías. La diferencia depende de la distinta concepción que tienen sus autores, Metchnikoff y Ehrlich, del mecanismo de la inmunidad, fenómeno biológico en cuyo estudio puede considerarse como un capítulo el estado de la sangre en las enfermedades infecciosas.

La interpretación del sabio ruso representa la teoria vitalista y hace residir en los glóbulos blancos (fagocitos) no sólo la facultad fagocitaria, sino también la de que éstos, por su alteración ó muerte, dejan difundir en el medio sanguíneo las substancias bactericidas ó antitóxicas que ellos elaboran; la anulación del agente nocivo se hace por un proceso de digestión.

Para el sabio alemán, los cambios humorales se deben á un verdadero fenómeno de disociación quimica. Según su teoría en el protoplasma de todos los elementos celulares del organismo existen hipotéticamente complexos atómicos no saturados, que el denomina cadenas laterales ó receptores, los que fijan, saturándose, ya sea las moléculas alimenticias necesarias para la nutrición de la célula, ya los agentes que son nocivos para esa misma célula.

Estos agentes se fijan en los receptores de un modo directo, "exactamente como" una lluve se fija en su cerradura" cuando se trata de toxinas, ó bien, por medio de una substancia intermediaria ó amboceptor, cuando se trata de microbios; aquéllas y éstos, una vez fijados, se anularían en su acción patógena. Así saturados, los receptres son inútiles y están "puede decirse ampu'ados por lo que se refiere á las funciones fisiologicas de la célula" la que por razón natural los elimina.

Durante el proceso mórbido y en su función continuada de reemplazar los receptores perdidos, las células llegan á reproducirlos con tal exceso, que éstas, para su buen funcionamiento, eliminan una parte de las nuevas cadenas la!erales, las que como una secreción glandular

son derramadas en la sangre, donde circulan prontas á saturarse con nuevos agentes nocivos que quedarían anulados sin determinar manifestación mórbida alguna. Así queda establecido el estado inmune como consecuencia de la enfermedad infecciosa.

La sobreproducción de receptores, como otras funciones orgánicas, estaría regida por las leyes biológicas generales. El funcionamiento continuado de un órgano se hace á costa de la pérdida de una parte de sus componentes, pero es reparada no por un número igual sino mayor de nuevos elementos que reemplazan á los destruídos. Hay en realidad sobrecompensación, hay hiperplasia.

Las dos teorías ticnen en el fondo según mi entender, cierta semejanza y es que consideran los actos defensivos del organismo como una simple aplicación de funciones normales de la célula. Para Metchnikoff la defensa es un caso particular de la digestión, aptitud que reside en los fagocitos; según la concepción de Ehrlich esa misma defensa vendría ser un caso particular en el mecanismo nutritivo de todas las células.

Estas hipótesis están relacionadas con numerosos descubrimienque estos dos sabios han realizado ó inspirado á sus discípulos y que han dilatado extraordinariamente el campo de la experimentación.

Las nociones expuestas no tienen un interés puramente teórico, puesto que nos revelan diversos fenómenos del patogenismo microbiano, nos prestan ayuda en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas y nos facilitan el camino para encontrar la terapéntica específica de estas enfermedades.

He tratado de compendiar en lo posible, tal vez á despecho de la claridad, el estado actual de los conocimientos sobre el vasto tema de que trata este informe, que la Comisión Primera de este Congreso tuvo á bien confiarme.

TRABAJOS EXTRANJEROS

La Fisicoterapia aplicada á la curación del cáncer

CONCLUSIONES DE LA COMUNICACIÓN

HECHA Á LA

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

POR EL

DOCTOR J. A. RIVIERE

el 8 le diciembre de 1903

1ª Nuestra práctica de la físicoterapia, para la curación de los neoplasmas, debe ser mirada por la medicina moderna co no un método muy útil para obtener la disminución de los tumores, la sedación del elemento doloroso, desaparición de los infartos ganglionares;

2. La fisicoterapia es el único método á emplearsecontra ciertos neoplamas inoperables ó destinados á una reproducción rápida; en las formas vegetantes y ulterosas delepitelioma; en los sarcomas recidivantes y pululantes, á consecuencia de las intervenciones operatorias;

3ª Nosotros empleamos, de preferencia, la radioterapia, los efluvios de alta frecuencia, sin dejar de lado los medios fisicoterápicos generales (baños estáticos, darson valización, etc) asi como el calomel, el agua y la quinina al interior á fin de ayudar las eliminaciones y á la neutralización de los elementos neoplásticos, movilizados por el tratamiento local y que vue ven a torrente circulatorio.

4ª Los efectos mas notables del tratamiento fisicoterápico son la desaparición de los edemas, hinchazones éinduraciones, la cesación de los dolores lancinan es y otros, la cicatrisación rápida y completa del ulcus rodens, el aplanamiento y retracción de las elevaciones vegetantes; en fin la desaparición completa de la caquexia y del enflaquecimiento y el retorno á la integridad del estado general

5.ª Aunque los éxitos sean frecuentes por la curación de recidivas operatorias es preferible tratar asi los neoplamas desde su principio. La radioterapia deberá siempre desbordar la lesión, pues la histologia nos prueba que el neoplasma se extiende siempre mas lejos que la

lesión aparente;

63 A pesar de mejorías notorias y rápidas (sedación de los dolores, regresión de los focos, detención de las proliferaciones adenopáticas) es nesesario aportar una perseverancia indispensable en el tratamiento por los agentes físicos, sobretodo por la continuación de los métodos generales destinados al mejoramiento diatésico

7ª en fin, nosotros creemos poder (apovándonos sobre nuestras obserrvaciones personales y sobre numerosas observaciones análogas, debidasá nuestros colegas) afirmar, en esta tribuna, que el tratamiento de las neoplasias malignas ha encontrado una nueva fas, gracias á las aplicaciones de los modernos métodos fisicoterápicos. La facilidad, la simplicidad, la indolencia y la prontitud de nnestros tratamientos, la regularidad estética de los resultados obtenidos, el retorno integral de las funciones comprometidas, todo da á la fisicoterapia un valor curativo incontestable, tanto desde el punto de vista del número de curaciones, cuanto del de la solidez de las mejorias, en los casos (primitivos ó recidivantes) que parecen estar por encima de los recursos del arte.

(De "La Semana Médica" de Buenos Aires).

FORMULARIO

Dermatosis de la piel del cráneo: tratamiento

Sobourand expone varias fórmulas para distintos casos, que conceptúo útiles.

escamas.—Si es poco intensa la lesión, se puede usar una de estas pomadas:

1ª Oxido de zinc 7 gramo
Lanolina 10 "
Vaselina 10 "
Agua destilada 10 "
2ª Vaselina 20 "
Alquitrán líquido puri-
ficado4 "
Tintura de quillaya c. s.
ó esta loción:
Alcohol á 60º 200 "
Coaltar saponificado 30"

Si es más intensa, se usa el ácido pirologálico en pomada. 1 á 1' 50 por 50 de excipiente.

Si más todavía y las escamas más adherentes, se añade el ácido crisofánico al centésimo, sirviendo de vehículo.

Aceite de enebro	gramos
Vaselina	aa. 10
Lanolina	

PSORIASIS. Si es de intensidad media, aconseja:

Aceite de enebro) "
Vaselina	aa. 10
Lanolina	0,30
Acido crisofánico	}

El aceite de enebro puede ser substituído con el tanino:

Tanino	0150
Tanino	aa.0 50
Vaselina	20

PITIRIASIS. — En algunas de sus formas es útil:

Aceite de enebro) "
Aceite de enebro Vaselina Lanolina	aa. 10
Lanolina	
Bióxido amarillo de mer)
curio	(aa.0'50
Acido pirogálico	1
Acido pirogálico Azufre	
ó bien esta otra fórmula	ı:
Aceite de enebro	10
Bióxido amarillo de mer	,,
curio	1
Resorsina	aa. 1

Hágase un masaje de toda piel con esta pomada y lávase por la mañana con agua caliente y jabón blanco.

PELADA.

Tintura de iodo	
Acido fénico nuboso	
Hidrato de cloral	} iguales

Glicerina: su empleo en Oftalmología

Catillon dice que su adición á los colirios de atropina (1 parte por 2 de agua), contribuye á la conservación del preparado y evita la irritación que suelen causar las soluciones acuosas.

La solución de ioduro potásico en partes iguales de agua y glicerina es menos dolorosa puesta en la córnea que la de agua.

Foucher, como regla general, propone usar la glicerina en vez del agua en los colirios.

Debout substituye las grasas irritantes con el glicerolado de almidón en las pomadas de sulfato de cobre, de bióxido y de bicloruro de mercurio destinadas á los ojos.

La glicerina, por sí sola, es un excelente tópico de los párpados.

Hemorroides: tratamiento

Crisarobina	060	gramos
Tigenol	5	"
Vaselina2	5	"

Se puede usar esta pomada ó bien hacer dos enbadurnamientos diarios con tigenol puro después de un baño de asiento.

Dicen que no sólo calma los dolores y el picor, sino que también

mengua el volumen.

Nefritis aguda: tratamiento con el hielo

Stembo, en unos veinte casos, casi todos de origen escarlatinoso, obtuvo una curación rápida colocando á través de la región lumbar un saco prolongado, cerrado por ambos extremos y lleno de pedazos de hielo. El enfermo permaneeía todo el tiempo posible en decúbito lateral, y cuando había de colocarse sogre el dorso, se le mantenía sobre cojines para que el hielo no comprimiera el dorso. El hielo es aplicado durante dos ó tres horas, luego sigue una de descanso, después nueva aplicación, nueva suspensión, y así sucesivamente. En los sujetos muy impresionables ponía sobre la piel una ó dos capas de lienzo ó de franela.

Sin otro tratamiento, notó á las 24 horas cesación de la fiebre y de los signos precursores de la uremía (subsaltos musculares), mayor diuresis y menor cantidad de sangre en la orina. A los diez días no quedaba fenómeno alguno nefritico.

El hielo debecontinuar hasta que sólo existan leves vestigios de albuminuria.

Chancro duro: tratamiento con el aire caliente

Holländer prefiere cauterizar con el aire caliente, cuya acción es más profunda que la del cauterio actual. Ha tratado 59 enfermos, que diagnosticó Max Joseph: de ellos sólo en 15 hubo infección generalizada; los 44 restantes quedaron indemnes: en 22 de ellos la observación data de más de un año, en 22 son de seis meses. De estos indemnes tres adquirieron luego la sífilis.

El aire caliente es, además un medio de diagnóstico entre el chancro infectante y el blando: la superficie cauterizada del primero es dura y el raspado no desprende nada de ella; la del segundo queda san-

guinolenta con el raspado.

Enfermedad de Basedow: tratamiento con el sulfanilato sódico

Partiendo del supuesto de que esta enfermedad es una intoxicación iódica, debida á la producción excesiva de iodotirina por el cuerpo tiroides hipertrofiado, Kirnberger ha pensado prescribir dicho solfanilato á los atacados de bocio exoftálmico. Erlich y Kronig, en efecto, habían recomendado el ácido solfanílico y sus sales contra el iodismo.

Este ácido se presenta en cristales rómbicos brillantes, solubles en 115 partes de agua é insolubles en el alcohol y en el éter. Bocquillon-Limousin recomienda como las mejores, las siguientes formulas: Acido solfanílico puro 10 gramos Carbonato sódico...... 8'50 " Agua destilada.......200 para dar de 3 á 5 cucharadas medianas cada día, de preferencia en dos veces: 6 bien:

Sulfanilato sódico...... 10 gramos Agua destilada........ 200 " ordenando seis cucharadas diarias en dos veces.

Kirnberger prescribe dosis mucho mayores, hasta diez gramos diarios de sulfanilato, que son bien toleradas y mucho más eficaces. Logra con ellos calmar y vigorizar al enfermo, que engruese, que sienta una cuforia extremada y que se reduzca mucho la taquicardia. A pesar de ello, el medicamento no influye generalmente ni en la hipertrofia del cuerpo tiroides ni el temblor. Es, pues, un medio paliativo, digno en este concepto, de toda atención.

Seborreas: tratamiento con el formol

Martin-Saint-Laurent, en vista de que las seborreas de la piel del cráneo no tienen tratamiento eficaz, todo lo más paliativo, pensó en usar el formol, cuyo poder desinfectante es conocido, no menos que su gran difusibilidad. Ha hecho sus experimentos en la clínica de Gaucher, y de ellos deduce que está indicado en el eczema seborreico, en la seborrea pitiriásica y en todas las seboreas propiamente dichas.

El tratamiento comprende: 1.º Indicaciones que proceden del estado general (artritismo, sífilis, alcoholismo, etc). 2.º Medios locales: lavar la cabeza con jabón, loción alcalina y hacer una fricción ó lavar con un cepillo empleando la solución comercial de formol á la dosis de 0.50 á 1 gramo por litro de agua, y más todavía en los casos rebeldes.

Cree que sólo sería preferible el trioximetileno químicamente puro, que no tiene las impurezas ni el poder tóxico del formol; pero como es poco soluble, y actualmente no se conoce medio alguno de aumentar la solubilidad, hay que recurrir al formol.

Purgatina ó diacetato de antropurpurina

Es un polvo inodoro é insípido por completo, cuya acción han estudiado Ewald, Staddmann, Ebstein, etc.

Kachel lo recomienda en las recién paridas, en vez del aceite ricino. Lo prescribe al tercer día del parto, en ayunas, á la dosis de 1'50 á 2 gramos. En treinta casos, sólo hubo una vez ligeros cólicos y dos veces dolores en el acto de la defecación. En general, el efecto se nota á las-7 ú 8 horas, pero puede tardar hasta 11, 15 y 16. En dos casos no produjo resultados. No ha observado cambio alguno en la orina, ni trastornos en el niño.

Hemofilia: empleo tejido ovárico

Opinando Zevadier que en las familias hemofilicas no son afectas las mujeres, que se limitan á trasmitir la tendencia á sus descendientes masculinos, atribuye el hecho al ovario. Encuentra un fundamento para su hipótesis en la frecuencia de las epístaxis antes de que queden bien establecidas las funciones ováricas.

Partiendo de esta base, en una enferma afecta de epístaxis rebelde á todo tratamiento, empleó el tejido ovárico, dan cada media hora dos glóbulos de cinco granos en leche; al cuarto glóbulo cesó la hemorragia.

Cita otro hecho: grave hemoragia á consecuencia de un corte en un niño, contenida con una inyección hipodérmica de media dracma de sangre desfibrinada que tomó de la abuela del niño.

Cáncer inoperable, tratamientos

A. Cooper propone los siguientes medios:

En caso de sarcoma inoperable, sobre todo en el de células fusiformes, empleo de las toxinas de Coley que han curado algunos enfermos.

En caso de cáncer inoperable de

la mama, tratándose de mujeres de 40 años no llegadas todavía á la menopausia, puede ser propuesta la ovariotomía combinada con el uso del extracto tiroideo.

En caso de *ulcus rodens* inoperable y ulceraciones superficiales malignas de otras regiones, los rayos

Röntgen.

Si estos medios no son aceptados ó no tiene aplicación, debe usarse la celandina al interior, y si el caso es desesperado, la morfina

sin vacilación alguna.

En todo caso opina que debe exponerse con toda claridad al enfermo el pro y el contra del daño y de los remedios, sin exagerar en concepto alguno, para que él resuelva con exacto conocimiento de causa.

(De la "Gaceta Médica Catalana")

Publicaciones recibidas

L' Entero-cólite muco-membraneuse par Le Dr. Froussard, anciens interne des hôpitaux de París, medecin consultant á Plombières-es-Bains.

Un volume in 8°.....2 fr.

A Mahine, editeur 25-27, rue de l' Ecole-de-Medecine, Paris VI.

Este pequeño volumen no es edición nueva de la tesis de doctorado del autor, intitulada: Contribución al estudio de la enterocolitis mucomembranosa. En la presente monografía se pone en segundo orden las discusiones teóricas; por el contrario, se encontrará en ella una definición neta de la enterocolitis muco-membranosa que permite diferenciar esta afección de los diferentes estados patológicos con los cuales puede ser confundida gracias á la similitud de ciertos síntomas. La constipación interrumpida ó no por debacles diarréicos, la expulsión por el ano de limos ó falsas membranas. los dolores, en fin, no pueden bastar para individualizar

una afección. Estos síntomas, en efecto, no tienen nada de característico, cualquiera que sea su causa inmediata; se les encuentra más ó menos acentuados, más ó menos completos en las diferentes afecciones agudas, subagudas, crónicas, infecciosas ú orgánicas del tractus intestinal.

Una definición precisa se imponía particularmente hoy porque el estudio clínico de la apendicitis larvada podía dar lugar á confusión sensible entre la infección apendicular crónica primitiva y la enteroco-

litis muco-membranosa.

El autor describe en detalle los sintomas capitales de la infección, se esfuerza en precisar las modificaciones del estado dinámico del intestino que la caracterizan, y en demostrar sus aspectos clínicos proteiformes. Formula, en otro lugar, con claridad las indicaciones terapéuticas.

Esta obrita eminentemente práctica, permitirá al médico encontrar fácilmente, sin ahogarse en detalles inútiles, todos los datos necesarios para asegurar su diagnóstico en los casos difíciles y para instituir una terapéutica, reposando sobre datos patogénicos, juiciosa por consiguiente, y verdaderamente eficaz.

Manual de Terapéutica Médica publicada bajo la dirección de MM. G. M. Debove, Miembro de la Academia de Medicina, Decano de la Facultad de Medicina de París, Ch. Achard, Agregado á la Facultad de Medicina, Médico de los hospitales de París.

Traducido al castellano por D. Patricio Barer y Pous, Médico-Ci-

rujano.

Tomo III.—Enfermedades de los riñones y de la piel. Enfermedades generales tóxicas y discrásicas y Enfermedades infecciosas.

Madrid-Perlado Paez y Cª (Sociedad en comandita) Sucesores de

Hernando-Arenal 11 y Quintana 31-1904.

Le Biomecanisme ou Neovitalisme par le Prof. Dr. M. Benedikt.

Segunda parte que comprende la formación de los cristales ó el biomecanismo del desarrollo de los tejedos. Edición francesa publicada y anotada por el Dr. E. Robert Fissot.

Un volumen in 18 con 23 figuras. 2 fr. 50.—A. Maloine editor. 25-27 rue de l' Ecole-de-Medecine—París.

Esta obra forma la segunda parte del Biomecanismo aparecido hace algunos meses. El interés que despierta no es inferior al que ha provocado su predecesor porque trata un asunto sobre el cual nada, hasta el día, había sido publicado. El autor muestra el pasaje de la materia disuelta al estado de cristal. Este estudio ha revelado heehos nuevos y extroardinarios, hechos en los que apenas podríamos creer si las bellas microfotografías que acompañan la obra no fueran testigos incapaces de engañarnos. Vemos sucesivamente á la solución dividirse en partes de desigual concentración, después la masa concentrada forma células que se acrecientan y finalmente expulsan una parte de su núcleo. Estas células ó precristales-se acrecienta atravendo materiales nuevos. Canales aseguran esta nutrición, después ellos darán nacimiento á los ejes que, antes de hacerse virtuales, son pues reales. Los cristales toman una forma determinada en cada especie de coloide. Por la forma de los cristales de oxalato de cal se reconocería cuál es la especie vegetal que lo ha producido. Mas lejos, las sales inorgánicas forman en los coloides formas vitaloides cuya semejanza con los protozoarios más elevados es extraordinaria. El carbonato de cal simula notablemente el tejido glandular. En fin, un cristal de bacterium coli es representado en estado de parturición

en estado de parturición.

El Dr. Leduc, de Nantes, por su parte, ha reproducido con la materia inerte formas celulares y la figuras complicadas de la cariokinesis. Benedikt reune todos estos hechos en una síntesis lógica y poderosa.

Para nosotros la duda no es posible. Los fenómenos que tenemos bajo los ojos revelan vila. Se ha colocado un puente entre la materia viva y la llamada inerte. La vida es solo una manifestación de la energía universal. Decir esto es patentizar el interés que ofrece esta obra para los pensadores, los biologistas y los médicos.

Cajamarca, enero 31 de 1903.

Señores Scott y Bowne.

Nueva York.

MuySeñores míos:

He experimentado la Emulsión de Scott desde hace dos años próximamente, y tengo el agrado de manifestar á ustedes que los resultados obtenidos con su uso en gran número de enfermos han sido siempre los más excelentes y notables. Puedo asegurar que pocas especialidades se le igualen en el tratamiento de las afecciones consuntivas y de los catarros pulmonares.

Aprovecho esta ocasión para ofrecer á ustedes las seguridades de mi más distinguida consideración.

De ustedes atento S. S.

DOCTOR MIGUEL A. ROJAS.

No hay que olvidar que la Emulsión de Scott devuelve fuerzas á los débiles y carnes á los raquíticos.

Imp. S. Pedro.—31.671