

# LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXIII } LIMA, 30 DE NOVIEMBRE DE 1906 } N.º 430

## TRABAJOS NACIONALES

### Tratamiento de la bronco-pneumonía, de la pneumonía y de la bronquitis grave en los niños

1.º Tener al niño en una habitación con temperatura uniforme que no baje de 18 grados.

2.º Hacer hervir en el cuarto en un anafe, por medio de una lámpara de alcohol de escasa llama, agua con hojas frescas de eucaliptos, cada tres ó cada dos horas ó aún durante todo el día según la gravedad de la afección.

El ambiente húmedo y eucaliptado que respira el niño lubrica las mucosas aereas, favorece singularmente la eficacia de la fagocitosis al nivel de estas mucosas, fluidifica y facilita la expulsión del esputo que encierra innumerables cantidades de microbios.

3.º Envolver los miembros superiores é inferiores con una capa de algodón recubierta por tafetán gomado y una venda contentiva.

Esto tiene por objeto derivar la sangre del tórax hacia los miembros con lo que se disminuye el elemento fluxionario bronco pulmonar, y facilitar la sudación que es útil emuntorio de depuración tóxica.

Este apósito debe ser cambiado cada 24 horas.

Dejar el tórax cubierto con sólo las vestiduras que habitaba el niño antes de su enfermedad.

4.º Poner noche y mañana al nivel de los dos pulmones una cataplasma sinapisada durante 5 minutos. Se prepara esta cataplasma extendiendo una capa espesa de harina de patatas cocida en agua sobre la mitad de un lienzo limpio, espolvoreando mostaza sobre la mandioca cuando ya esté ligeramente tibia, cubriendo la mostaza con la otra mitad del lienzo y aplicándola por este lado.

La revulsión que hacia la dermis cutánea provoca esta aplicación, contribuye también á disminuir el proceso congestivo interno.

5.º Hacer aplicaciones calientes al pecho (esponjolinias, franelas empapadas en aceite caliente ó cataplasmas sinapisadas) más ó menos frecuentemente según la gravedad de la enfermedad.

6.º Dar alternadas cada horas las cucharaditas que siguen:

Núm. 1.—Rp.

Benzoato amónico.....	3 gr.
Extracto de gliceriza.	1 —
Vino de Málaga .....	10, 15 ó 20 —
Hidrolado de borraja	120 —
Jbe. de tolú.....	30 —

M. s. a.

Núm. 2.—Rp.

Extr. fluido quina a a  
 " " kola 2, 4, 6 ú 8 gr.  
 Hidrolado de ser-  
 pentaria..... 120 —  
 Jarabe eucaliptus.. 30—

M. s. a.

Tener siempre á la mano un vomitivo así formulado:

Rp: Polvos de ipeca...0'50 ó 1 gr.  
 Jarabe de ipeca... .. 50 —

M. s. a.

Una cucharadita cada 5 minutos hasta obtener el vómito, cada vez que por un ronquido especial, se advierta que el niño tiene en abundancia mucosidades acumuladas por expeler.

El encargo de administrar el vomitivo se deja á la familia que puede hacer uso de él hasta por tres veces en las 24 horas.

No hay que abrigar temores por el efecto deprimente de la ipeca, que mecánicamente desaloja de los bronquios las mucosidades y expulsa las que estaban en el estómago que casi siempre deglute el niño después de sus accesos de tos. Los tónicos de las cucharaditas regimentarias la previenen y aún cuando la tal acción depresora se dejase sentir en algo, ella es preferible á la infección bronco-gastrointestinal que resulta de los esputos deglutidos y lps de que estancan en las ramificaciones bronco-pnéumicas donde continúan viviendo los agentes patógenos, segregando tóxicas que se absorben é intoxican más aún el organismo infantil, anén de la asfixia mecánica consecutiva á este estancamiento, por la insuficiencia de la hematosis.

7.º Verter en cada ventanilla de la nariz noche y mañana cinco gotas de aceite resorcinado, teniendo

la cabeza vuelta hacia atrás, hasta que descienda el cavum.

Rp: Resorcina..... 0'25 gr.  
 Aceite de olivo hirviendo 25 —  
 Esencia de menta.....IV gotas.  
 M. s. a.

Casi todas estas afecciones se acompañan de rino-faringitis catarral que se trasmite por la trompa de Eustaquio hacia el oído provocando otitis media aguda; así muchas veces vemos que mejorando el estado general del niño y disminuyendo los síntomas bronco-pulmonares, sin presentar alteraciones gástricas, la temperatura se eleva, el niño llora mucho, está en gran desasosiego, hasta que la ruptura del tímpano permite la salida de una gran cantidad de pus y con esto la fiebre baja y la calma se restablece.

Hay que tratar de prevenir pues esta otitis, desinfectando en lo posible desde el principio el cavum de la manera anotada, tanto más, cuanto que en el niño la marcha del pus por el techo de la caja del tímpano hácia la meninges es muy fácil por la falta de ajustamiento en los huesos que la forman.

Si la actitud del niño hace descubrir la otitis, es menester hallarse listo para practicar la incisión de la membrana timpánica y evitar la meningitis cuando aquella tarda en romperse.

8º La alimentación debe ser rigurosamente sana y adecuada á la edad del niño, tanto más cuanto que las mucosidades deglutidas casi siempre infectan el aparato digestivo. Si no hace evacuación espontánea de las heces fecales, hay que provocarla por medio de lavativas de cocimiento de manzanilla con glicerina, ó con miel, ó con sal.

Como bebida: cocimiento de borraja, endulzado con jarabe de tolú.

Si el corazón flaquea, añadir á las

cucharaditas número 1 el benzoato de caféina á la dosis de 0,05; 0,10 ó 0,15 centigramos según la edad, ó aún el sulfato de esparteína á 0,15 por 24 horas ó el jarabe de digital, haciendo una inyección hipodérmica diaria de aceite alcanforado.

En los estados gravísimos, además de estos medios se emplean las inyecciones de suero y las inhalaciones de oxígeno que últimamente han sido de nuevo motivo de estudio y se ha probado que descarbonizando la hemoglobina, hacen la sangre más fluida, más circulable, mejorando por consiguiente los cambios gaseosos y disminuyendo los remansos asfíxicos.

Cuando la hipertermia es considerable, sumergir al niño en un baño de agua sinapisada á 30 ó 35 grados cada 3 horas, durante 5 minutos, envolviéndolo en una frazada de lana calentada para favorecer la sudación.

Este tratamiento que no es sino una combinación de los expuestos por los doctores Hutinel y Grancher en sus respectivos cursos, llena todas las indicaciones y es de racionalidad terapéutica tangible.

Su aplicación enérgica, hecha sobre todo desde el principio y mantenida á veces durante el día y noche, en casos al parecer perdidos, ha dado verdaderas resurrecciones, por lo cual no trepido en recomendarlo efusivamente, esperando que se pueda palpar su utilidad.

Arequipa, Setiembre de 1906.

E. ESCOMEL.

## Correspondencia de Londres

### Contribución á la Terapéutica de las Neurosis funcionales

#### OBSERVACIONES CLÍNICAS

##### I

Mujer de 35 años, viuda, bien constituida, pero nerviosa, excéntrica, impresionable, padeciendo trastornos cardiacos funcionales, accesos de melancolía durante los cuales experimentaba alucinaciones fugaces de la vista, terrores nocturnos, sensación de debilidad que el pulso acusa objetivamente por su extrema lentitud. Desde algún tiempo á esta parte se manifiestan síntomas de neurastenia genital á cada aparición de la menstruación.

Aparte de las crisis psico-asténicas, pasa noches malas, agitada, no concilia el sueño, el estómago funciona mal; el cerebro, no sostenido á causa de insuficiencia de voluntad, se agota en vanos esfuerzos contra las ideas fijas que le embargan, hasta que, al acercarse el día, la fatiga de la vela trae un agotamiento general del sistema nervioso, y la enferma puede gozar de algunas horas de reposo.

Ha ensayado una porción de remedios sin resultado apreciable. Sometida al empleo del Bornival (Iso-valerianato de Borneol), 3 perlas de 0,25 por día, al finalizar la primera semana se nota una mejoría en todos los fenómenos morbosos. El sueño reaparece, las pulsaciones cardiacas se regularizan, el síndrome psico-asténico se borra; sólo la abulia persiste, pero los terrores han desaparecido y del territorio de lo subconsciente no surgen más las confusas imágenes que le hacían, en otro tiempo, triste y penosa la existencia.

## II

Joven de 25 años, hija de padres ancianos, neuróticos, teniendo entre sus ascendientes sujetos en los que la integridad de las funciones mentales es algo discutible. Padece jaqueca, neuralgia occipital, palpitations, anorexia y dismenorrea. Cada dos ó tres meses las reglas se presentan con retardo. Tiene, hace algún tiempo, convulsiones que han ejercido una acción deprimente sobre su espíritu. El hábito exterior acusa una profunda apatía. Sacudidas nerviosas agitan, algunas veces, sus miembros, como si estuvieran sometidos á la acción de una descarga eléctrica. La nutrición no se halla aún afectada, porque su familia la rodea de muchos cuidados; pero, sin embargo, sabemos que la neurastenia se apodera de estas constituciones predispuestas y pone bien pronto en escena todo su cortejo de polimorfías manifestaciones.

Le prescribí tres perlas de Bornival por día, dos píldoras de arseniato de hierro (0'004), un baño tibio cuatro veces por semana, masajes metódicos después del baño, y le hice seguir este tratamiento durante un mes. Las funciones psíquicas son las primeras en repararse. No se queja de la cabeza. Las pulsaciones del corazón adquieren poco después el ritmo normal. El apetito es bastante bueno y la alegría reemplaza á la postración de espíritu, que hacía temer por la integridad de su razón. Resulta un conjunto muy aceptable, aunque no ponemos prejuzgar nada sobre el porvenir de un cerebro en posesión de tan pesadas taras hereditarias.

## III

Mujer de 40 años, casada, sin hi-

jos, histérica. No me entretendré en describir todos los fenómenos referentes á la histeria clásica, pues la enferma los aqueja unos después de otro. Los trastornos cardiacos, el insomnio, las contracturas de poca duración de los músculos, el bñlo histérico, son los síntomas que le causan habitualmente la más penosa impresión. Obtenido algún alivio con el uso de los valerianatos de zinc y de amonio, las otras medicaciones han fracasado. El Bornival á la dosis de cuatro perlas (una cada tres horas), le procura un bienestar que jamás había gozado. Además recurre á él cada vez que los indicios premonitorios le anuncian la aparición de los desórdenes nerviosos.

## IV

Mujer de 35 años, histero-epiléptica. Constitución empobrecida; no tiene lesiones materiales, pero sí pulsaciones cardiacas aceleradas, calambres de los miembros inferiores, insomnio, debilidad progresiva de la memoria y de la ideación; sufre un ataque cada quince días. Tres perlas de Bornival por día determinan un cambio que no deja de admirar á la enferma. Su estado general mejora; las funciones psíquicas parecen despertar. No ha sufrido calambres; un sólo acceso convulsivo al cabo de cuatro semanas, bajo la influencia de errores diéticos, pero muy atenuado y sin pérdida del conocimiento. Continúa usando el Bornival, único medicamento que, según su confesión, le ha producido servicios duraderos

## V y VI

Jóvenes de 22 y 30 años, histero-neurasténicas, Herencia cargada.

No han tenido hijos. Reúno estos dos casos porque ofrecen parecidos síntomas patológicos: angina de pecho, palpitaciones, cefalalgias, crisis de histeria cada siete ú ocho días. Después de tres semanas de tratamiento con bornival, entran en un estado muy satisfactorio. -

## VII

Joven de 24 años, neurasténico. Ha heredado de su madre un sistema nervioso muy irritable. A consecuencia de abusos sexuales, sufre dispepsias, vértigos, cefalalgias occipitales é hipocondría. Tres perlas de bornival por día han hecho disminuir estos síntomas en poco tiempo.

## VIII

Hombre de 39 años, descendiente de familia neurasténica. Trastornos funcionales del corazón, neurastenia. El empleo del bornival, los baños tibios y el masaje le procuran alivio que persiste después de suspender el tratamiento.

## IX

Joven de 20 años, anémico, histero-neurasténico; herencia materna cargada. Temblores de los miembros, embarazo de la palabra, terrores nocturnos, neurosis cardiaca. Tomó bornival durante tres semanas: una mejoría muy marcada.

Podría prolongar la lista de mis observaciones, pero prefiero, por ahora, acabar aquí. La única conclusión que he poner en relieve, es que la terapéutica de las afecciones nerviosas y mentales entra en un camino donde no faltarán dentro de poco resultados realmente prácticos.

Londres, 1906.

DR. F. FERRÚA,  
Prof. agregado.

## TRABAJOS EXTRANJEROS

### Tratamiento de la tuberculosis articular

por el Dr. GEBERLE y el Dr. EBERMAYER

(Conclusión)

No se emplean nunca en nuestra clínica las inyecciones de ácido fécnico de Hueter, ni las de cloruro de zinc de Lannelongue. La acción favorable que ejerce la formalina ha de fracasar frecuentemente ante los intensos dolores que sobrevienen después de la inyección. Por medio de una inyección de cocaína practicada antes de la de la de formalina, se procura moderar dichos dolores. Sin embargo, no poseemos sobre este punto ninguna experiencia propia. Algunas veces producen buenos resultados las inyecciones subcutáneas é intravenosas de ácido cinámico y sobre todo de hetol, introducidas por Landerer en el tratamiento de las afecciones tuberculosas. A consecuencia de la acción del cinamato sódico llevado por la sangre hasta el sitio mismo del foco morbozo, se produce, lo mismo que por la acción de la glicerina con yodoformo, una excitación favorable que da lugar á la formación de granulaciones y á la cicatrización.

Como todo el mundo reconoce, ya que es cosa que se comprende por sí misma, debe prestarse mucha atención en el tratamiento de la tuberculosis articular, al estado general del enfermo, ya que los procesos articulares son infecciones secundarias ó, según Köning, metástasis, de modo que siempre se trata de una afección general. La alimentación nutritiva, la ventilación abundante de las habitaciones, y

si es posible, la permanencia al aire libre, constituyen una necesidad que debe tenerse muy en cuenta. En algunos casos, los niños deben ser separados de sus allegados tal vez tuberculosos. Por este motivo debe aplaudirse la fundación de colonias de vacaciones, y el movimiento iniciado á favor de la creación de sanatorios para niños pobres. Una permanencia prolongada en un hospital es perjudicial y hay que evitarla en lo posible. También son de recomendar las fricciones enérgicas y repetidas dos ó tres veces cada semana en todo el cuerpo con jabón, que se lava luego al cabo de media hora. Por regla general no pueden emplearse los baños salados más que una vez terminada la curación del proceso articular, pues al principio del padecimiento articular hay que dar el mayor valor á la quietud absoluta de la articulación enferma. Para el tratamiento del paciente una vez que ha curado la lesión articular son sumamente adecuados el aire de montaña y especialmente el aire de las costas marítimas.

En la aplicación del tratamiento operatorio que, como hemos de repetir una vez más, no debe entrar en cuestión hasta que se hayan agotado, sobre todo en los niños, las formas conservadoras del tratamiento se practicaba principalmente la arrectomía ósea introducida por Volkmann ó la resección articular atípica, además de la abertura y descapsulamiento de los focos óseos invadidos por la tuberculosis que no se habían abierto todavía en la cavidad articular, así como las arrectomías sinoviales y en fin las amputaciones primitivas. Se extirpaba tan sólo lo que estaba enfermo. En los niños se respetaba todo lo posible, como se comprende, el cartílago epifisario. Después de la extirpación del tejido enfermo se frotaba siempre enérgicamente la superficie articular con glicerina yodofórmi-

ca y se cerraba la herida dejando en ella tiras de gasa yodofórmi- ó bien tubos de goma para el drenaje. Entre los procedimientos para la dirección de las incisiones, se empleaban principalmente los de Langenbeck y además de ellos se hacía uso de los de Kocher, especialmente en las articulaciones del codo y del tarso y la incisión ideada por Köning y Textor en la rodilla.

Ebermayer ha reunido las resecciones atípicas practicadas desde 1897 á 1903 en la Clínica quirúrgica de Munich, y ha seguido la observación de los resultados definitivos, muy instructivos bajo muchos puntos de vista, obtenidos por medio de la resección.

Los 104 casos operados durante este período por medio de la resección se dividen en 63 enfermos varones y 41 del sexo femenino. 50'9 por 100 de estos enfermos no habían llegado todavía á la edad de 20 años al empezar la afección y 49'1 por 100 habían ya traspasado ese límite. En cuanto al tiempo transcurrido entre el principio de la enfermedad y el momento de la operación se calculó un término medio de 30 meses, es decir 2 años y medio en los varones y de 27 meses, es decir 2¼ en las hembras. Pertenecían á la tercera forma de la tuberculosis articular con supuración y á veces con formación de fístulas y de secuestros el 90'4 por 100 de los operados. Clasificando á éstos según la clasificación, resultó afecta la rodilla en 44'6 por 100, la articulación tibio-tarsiana en 19'5 por 100, la del codo en 15'5 por 100, la de la cadera en 9'7 por 100, la de la muñeca en 6'8 por 100 y la del hombro en 3'9 por 100.

Salieron de la Clínica con la nota de *curados* 58 enfermos, es decir 56 por 100, con la de *muy mejorados* 19 ó sea 18'3 por 100, con la de *no curado* 1 caso; se practicó la amputación secundaria en 20 enfermos ó sea en 19'2 por 100 y murieron 6 ó sea 5'8 por 100. En

todos estos últimos seis casos, se encontraron lesiones muy graves del pulmón.

Entre 16'3 por 100 de los enfermos que salieron curados ó mejorados murieron más tarde de tuberculosis pulmonar 10 y de otras enfermedades 4. Por lo tanto murieron en suma total 22'1 por 100 de los enfermos operados.

En fin, por lo que toca á los resultados definitivos, se siguió la historia ulterior del enfermo por lo menos durante tres años y resulta que de entre los enfermos dados de alta como curados en dicha fecha siguen curados todavía 30, y de entre los que salieron mejorados acabaron por curar 10. Si se añaden á estas cifras otros enfermos curados después de una recidiva gracias á una segunda artrectomía, se obtiene una suma total de 43 enfermos en los que se ha obtenido una curación definitiva, esto es 43'3 por 100. Actualmente quedan todavía sin curar 7, es decir 6'7 por 100 de los enfermos á quienes se ha practicado la artrectomía. Además de los 20 casos antes mencionados en los que se practicó la amputación secundaria, sufrieron la misma operación, después de haber salido de la Clínica, otros 3 enfermos, lo que da un total de 22'1 por 100 de amputados.

(Aquí inserta el autor un cuadro en el que se establece la relación entre la terminación de la enfermedad y la edad de los enfermos según que habían ó no llegado á la de veinte años).

Entre los que pasaban de esta edad, presentaron una curación completa 18 (con 1 recidiva ulterior), sufrieron la amputación secundaria 17 (con 1 recidiva), están en vías de curación 3 y murieron 13—con un total de 52 enfermos.—Entre los que no llegaban á la edad mencionada salieron 25 (de los que recidivaron 2), sufrieron la amputación 6 (con 1 recidiva), están en vías de curación 3 y

murieron 10—con un total de 44 enfermos.—En este cuadro, que suma 96 enfermos, no se comprenden mas que los operados cuya suerte definitiva ha sido observada durante los tres años mencionados.)

El resultado funcional obtenido en las artrectomías curadas fué muy bueno; tan sólo en 3 casos quedó un acortamiento considerable. En la articulación de la rodilla se procuró obtener la anquilosis en extensión y en las demás articulaciones la movilidad siempre que fué posible. Para lograr este último resultado son indispensables los movimientos pasivos, el masaje y los baños. Además los enfermos operados deben ser sometidos durante algún tiempo á la vigilancia del médico y llevar aparatos amovibles.

La estadística de la Clínica de Munich demuestra que cerca de la cuarta parte de los enfermos operados en ella no pudieron curar y hasta murieron á pesar de la artrectomía y algunos de ellos á pesar de la amputación secundaria. Sería un error, sin embargo, deducir de esta estadística opiniones desfavorables para el tratamiento operatorio de la tuberculosis articular en general y querer substituir en su lugar el tratamiento ultra-conservador. El tratamiento conservador abraza en la actualidad todos los casos, los más de los cuales están en los períodos favorables y en su mayoría igualmente comprenden individuos jóvenes, al paso que sólo son sometidos al tratamiento operatorio los enfermos cuando ha fracasado en ellos el tratamiento conservador.

Por este motivo, Willems hizo notar con razón en el primer Congreso internacional de Cirugía de 1905, al comparar el tratamiento conservador con el operatorio, que no devia olvidars que:

1º Una gran parte de las intervenciones practicadas en articulaciones tuberculosas corresponde á

una época en la que no se habían estudiado de una manera suficiente así el planteamiento de las indicaciones y la técnica como los fundamentos á que debe ajustarse el tratamiento post-operatorio.

2º El material sometido al tratamiento operatorio es el más desfavorable.

Las comparaciones puramente numéricas entre las tuberculosis articulares sometidas al tratamiento operatorio y las sometidas al tratamiento conservador son completamente inadmisibles. Pero quiero además llamar la atención sobre otro punto de nuestra estadística. Si se forman dos grupos distintos en las curaciones duraderas, con los enfermos jóvenes y adultos se encuentra para los primeros una cifra de 52.1 por 100 y para los segundos la de 32.15 por 100. Las probabilidades de la curación definitiva después del tratamiento operatorio ó de la resección son por lo tanto indudablemente más desfavorables para los enfermos adultos que para los jóvenes. Lo mismo sucede con el tratamiento conservador. De aquí debe deducirse la consecuencia de que en los enfermos adultos afectos de tuberculosis articular, si es que hay que operarlos, no debe intentarse la resección en todos los casos, sino que siempre que se trate de casos adelantados con afección extensa de los huesos y lesiones tuberculosas demostrables y sobre todo floridas de los órganos internos, debe practicarse la amputación primitiva. En tales casos y tratándose de adultos la supresión del foco tuberculoso por más que se la practique con toda la rapidez posible y del modo más radical no produce buenos resultados. Por otra parte la amputación secundaria practicada después de una resección fracasada llega frecuentemente demasiado tarde. Es indudable que la amputación representa siempre para el enfermo una

pérdida importante, pero ella únicamente puede salvar, en los casos de este género, la vida del enfermo.

El ideal del tratamiento de la tuberculosis articular es, y sigue siendo naturalmente, la conservación de la extremidad y la curación de la articulación enferma, conservando en ella una buena función. Pero por desgracia no es posible obtener por medio del tratamiento este ideal en todos los casos, sino tan sólo en la mayoría de los tuberculosos, que vienen á someterse al tratamiento (1).

—...—

### El masaje y la gimnasia médica en el tratamiento de la parálisis espinal infantil ó parálisis atrófica de la infancia

(Poliomielitis anterior aguda)

POR EL

DR. E. TRIPELS-DENTZKOF

—

Una de las enfermedades más frecuentes y de mayor importancia desde el punto de vista médico social es la parálisis espinal infantil, cuyo nombre suele emplearse para designar los vestigios del proceso patológico que encabeza estos ren-glones.

Afirmamos la importancia aludida por la sencilla razón de que depende de un tratamiento adecuado y oportuno ó de su falta para que dichos fenómenos persistan ó no durante toda la vida del enfermito y le coloquen en un estado de inferioridad social, cuando no hagan de él un ser inútil ó poco menos.

A título de recuerdo y sin querer

(1) Traducido de la "Munich. Med. Wochenschr.;" 1906. núm. 13, para la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona".



heer ala de de erudición alguna, empezaremos por decir que la *Poliomielitis anterior aguda* se produce en los niños de corta edad (rara vez en adultos), y que se presenta como enfermedad infecciosa aguda, bajo la forma de una inflamación perivascular de la sustancia gris de los cuernos anteriores de la médula.

Luego pasaremos á su evolución: al principio fiebre, vómitos y delirios. Un estado grave comatoso que puede durar algunos días, después la mejoría se inicia; entonces se comprueba la existencia de una parálisis flácida de los brazos, piernas (rara vez del facial), de la vejiga, con abolición de los reflejos, sin dolores ni trastornos de la sensibilidad.

Después de algún tiempo, variable según los casos, desaparecen cierto número, también variable, de fenómenos paréticos; mientras otros persisten de un modo definitivo (más á menudo en un sólo lado), si la intervención mecanoterápica no se dispone con oportunidad.

Estos fenómenos constituyen la expresión de una atrofia cicatrizal del cuerno anterior correspondiente. La acción de los antagonistas produce contracturas en los miembros afectados y éstos sufren un retraso ó una supresión de desarrollo.

Las formas más frecuentes de estas parálisis son: la parálisis de los extensores peróneos (pi de piña varus equino), la del tipo braquial superior (deltoides, bíceps, braquial posterior, supinador largo), las parálisis del tipo antibrachial (tríceps, extensores de la mano).

Es importante establecer el diagnóstico diferencial con la pseudo-parálisis de Paget, debida á una sífilis ósea, pues en ésta se halla contraindicado en absoluto el masaje.

Estas parálisis revisten un aspec-

to inolvidable, con carácter marcadísimo, son flácidas, sin contractura ni exageración de los reflejos que, al contrario, suelen estar disminuidos. Finalmente, la sensibilidad se conserva íntegra siempre.

El tratamiento clásico es de reposo al principio, baños, aplicación de sanguijuelas en la espalda, revulsión intestinal, diaforesis. Más tarde se emplea la gimnasia, y tan tarde, que ya no produce los resultados apetecidos; finalmente, los medios ortopédicos.

El procedimiento quirúrgico, que consiste en empalmar el tendón del músculo paralizado con un músculo próximo conservado, desempeña un papel importante.

Las tenotomías han proporcionado resultados favorables.

Pues bien, podemos ser llamados á tratar estos enfermitos en los tres períodos (agudo, parálisis, atrofia). En el *período febril* es inútil intervenir; además, no estando localizadas las lesiones es imposible precisar nuestras maniobras; otras veces somos llamados (como sucede casi siempre) en el período atrófico, *es decir, demasiado tarde*; pero si nuestra acción terapéutica se hace manifiesta, sobre todo en el período paralítico, puede, sin embargo, ser todavía útil, aun cuando la degeneración haya empezado su obra destructora.

Durante el *período paralítico*, los cuernos medulares anteriores, destruidos en parte, se reparan ó se reconstituyen en los bordes de los focos interesados; y á esa lesión medular corresponde la parálisis localizada en ciertos músculos ó grupos musculares y la reparación de algunos otros.

Amasamos los músculos paralizados, mantenemos la vitalidad de cuerpos musculares que pueden recuperar su función, y por los ejercicios pasivos se favorece la reparación de los centros motores y tróficos.

Durante la sesión haremos el masaje en los músculos paralizados y movilizaremos las articulaciones correspondientes, y si los músculos poseen todavía algún movimiento, los ejercitaremos pasiva y activamente. Se da á menudo el caso de descubrir músculos conservados en los límites de regiones paralizadas cuando se fija el masajista, y se comprueba de cuando en cuando la reaparición de movimientos perdidos. Como se trata de músculos débiles, hay que graduar los movimientos en relación con sus fuerzas.

En el período *atrófico*, nuestra acción es muy distinta. Las lesiones están ya constituidas y nuestro triste papel se reduce á obrar sobre órganos respetados por la enfermedad y á moderar las impotencias del miembro degenerado; y así se desacredita injustamente un método terapéutico tan eficaz en esta enfermedad por no aplicarlo á tiempo debido.

Por eso, aunque nuestra insistencia sobre este punto parezca pesada, no nos cansaremos en repetir que el masaje debe intervenir *cuando no hay todavía degeneración muscular*; aunque falte la influencia nerviosa ó sea insuficiente, el masaje y gimnasia pasiva pueden salvar algunos músculos, y si la influencia nerviosa se restablece más tarde, el músculo no está degenerado. El músculo no debe ser abandonado más que cuando la degeneración grasosa es evidente, pues hemos tratado casos en que se ha conseguido recuperar la movilidad después de dos ó tres meses de tratamiento.

Desgraciadamente, si nuestra intervención es tardía, cuando la influencia nerviosa reaparece y se ejerce sobre un músculo degenerado, el nervio degenera por consecuencia y sin esperanza alguna de curación.

Hecha esta advertencia, pasemos

á explicar el tratamiento masotérapico y kinesiterápico.

En el pie varus equino, tan común, practicamos sucesivamente: el roce, las fricciones y presiones en el trayecto de los músculos extensor propio del dedo gordo y el largo común de los dedos, el peroneo y el tibial anterior; no tocamos para nada los músculos que acentúan la lesión, como son: los flexores, el triceps crural, el tibial posterior, etc.; después de tres ó cuatro días del masaje indicado, añadimos al final de cada sesión percusiones vibratorias en los músculos manipulados. Finalmente, á los siete ú ocho días del masaje diario, empezamos la movilización pasiva.

Esta consiste en colocar el pie en una posición opuesta á la que la lesión le obliga á tener, se emplea el enderezamiento para obtener la corrección del varus y la volución del pie; para verificarlo, se coge con una mano el retropié y la tibiotalariana, y con la otra el antepié, y se apoyan los dos pulgares en la parte saliente del astrágalo; al principio se trata el varus y después se combate el equinismo, ejecutando maniobras pasivas de flexión y obliquando al pie á guardar algún tiempo la misma posición que le imprimen las dos manos colocadas, una en la cara plantar y la otra sujetando la parte inferior de la pierna. Esa movilización debe hacerse gradualmente y con cuidado, á fin de evitar los reflejos de contractura.

El tratamiento es largo pero eficaz.

En las parálisis del tipo braquial superior, practicaremos las mismas manipulaciones de masaje en los músculos interesados y cuya enumeración hicimos de los que suelen serlo en la mayoría de los casos.

El orden de las sesiones es igual al caso precedente. Si el deltóides está particularmente interesado, la movilización después de cada masaje consistirá en los siguientes movimientos pasivos: abducción del

brazo hasta la posición horizontal, elevarlo hacia adelante y arriba, ponerlo en rotación interna y externa; si es el biceps, consistirá en flexión del antebrazo y aproximación del brazo al cuerpo; para el supinador largo, flexión del antebrazo.

En las parálisis del tipo antibraquial, aplicamos el masaje al tríceps y á los extensores de la mano, haciendo después movimientos pasivos de extensión del antebrazo, de la mano, de la primera falange de los dedos, extensión del pulgar y abducción del mismo, y por separado extensión del dedo meñique.

Naturalmente no queremos dar á entender que la enfermedad afecte exclusiva é invariablemente los grupos musculares citados, pero consignamos el tratamiento de éstos por ser los más frecuentemente interesados.

El procedimiento no es nuestro, sino del profesor Berger, de quien lo hemos aprendido y que hemos ampliado.

Cuando la monoplejía braquial ha llegado al período de garra cúbito-mediana, nuestra intervención es inútil.

Hemos logrado siempre buenos resultados empleando el masaje y la gimnasia médica, en el período paralítico de la enfermedad; el tratamiento es menos eficaz si lo aplicamos estando ya iniciada la atrofia, y no da resultado apreciable cuando está constituida dicha degeneración. Finalmente, la intervención quirúrgica no constituye una contraindicación.

Fácil nos sería transcribir aquí una elocuente estadística de los casos numerosos que hemos tratado en nuestra práctica diaria, puesto que la podríamos sacar de nuestros servicios prestados en el Hospital de la Princesa y en el Real del Buen Suceso, pero nos abstenemos de hacerlo, entendiéndolo que son los hechos los que convencen y no las palabras.

Así, pues, los compañeros que quieran comprobar nuestro aserto, pueden mandarnos enfermos á los establecimientos aludidos, y así se convencerán mejor. ("Revista de Medicina y Cirugía prácticas")

### ¿Es posible reconocer

**los casos de apendicitis que requieren una operación inmediata?**

POR EL

DR. KRECKE

Después de todo lo que se ha dicho y escrito sobre la cuestión de la apendicitis, puede parecer atrevido volver á tratar el mismo tema y ver si cabe todavía otro criterio en la cuestión de si hay que operar ó no. Debo empezar por hacer notar que en mis explicaciones voy á limitarme á los *casos de apendicitis reciente* que se presenta á nuestro tratamiento dentro de los dos primeros días de la enfermedad. Excluyo de mi estudio todos los casos crónicos en los cuales las cosas presentan un aspecto más simple, así como los que datan de algunos días y que han dado lugar á la formación de un absceso, cuyo apreciación ofrece también menos dificultades.

Todos sabemos cuantas víctimas produce la apendicitis cada día, por decirlo así. Para dar una pequeña idea de lo temible de esta enfermedad, quiero mencionar que entre los 21 casos mortales que durante los catorce meses han ocurrido en mi clínica privada, deben atribuirse 11 á la apendicitis y á sus consecuencias. Advierto que en esta cifra comprendo tan sólo los

casos operados; pero además he visto terminar por la muerte cinco casos en los que creí deber negarme á la operación por razón de estar demasiado adelantada la enfermedad.

Es preciso señalar que, dados los grandes estragos que la enfermedad ocasiona, el criterio de los cirujanos hasta en Alemania ha ido haciéndose más radical cada día, y que cada vez se han inclinado más á la necesidad de la operación inmediata en todos los casos. Este modo de pensar se manifestó en la mayoría de los oradores en el Congreso de Cirugía del año pasado. Tan sólo algunas voces aisladas hicieron notar que por conveniente por regla general sea este criterio, es imposible hacerlo aceptar por los médicos, ni por el público, y que es preciso procurar que los casos leves y que no requieren tratamiento operatorio sean diagnosticados y abstraídos á aquel criterio. La posibilidad de esta distinción fue discutida de un modo decidido por el partido radical, y Körte especialmente, que tanta experiencia posee sobre este punto, puso de relieve que no nos es posible reconocer más que dentro de límites muy circunscritos el estado anatómopatológico del proceso morboso. Asimismo, en las comunicaciones más recientes sobre la apendicitis que han sido publicadas en la *Münchener Medicinische Wochenschrift*, con posterioridad al Congreso de Cirugía (Lanz, Graser, Gunkel) encontramos repetida una y otra vez la confesión de nuestra impotencia para deducir la gravedad de la afección, guiándonos por los síntomas clínicos. Así Lanz en particular que ha tratado 1286 casos de apendicitis, escribe: Se practica la operación el primero ó el segundo día, con la esperanza de que será cosa de juego asegurarse del apéndice y se encuentra que éste está sumamente inflamado, reblndecido y

lleno de pus hasta el punto de amenazar con reventar.

Tan sólo uno de los autores que han emitido su opinión desde aquella fecha, Krogius, se exceptúa de este criterio. Es cierto que defiende en general la operación sumamente precoz; pero afirma de un modo muy positivo que deben excluirse de la operación los casos ligeros y por medio de un diagnóstico llevado á cabo desde el mismo principio de la enfermedad conseguiríamos distinguir los casos ligeros de los graves.

Tengo la satisfacción de poder subscribir en absoluto las ideas de Krogius después de mis observaciones de estos últimos años.

Siempre me ha parecido que era una confesión de impotencia tener que decir á un compañero: "No puedo averiguar en qué estado se encuentra en este caso la inflamación del apéndice, por lo tanto recomiendo la operación." Hemos de reflexionar, en efecto, que un número no pequeño de casos de apendicitis se curan por completo sin operación sin presentar más adelante recidiva ninguna.

No me parece acertado exponer también estos casos ligeros á la irritación, por no decir más, y á los inconvenientes de la operación. Es verdad que con nuestra técnica actual la operación no ofrece ningún peligro. Pero ¿quién querría ser bastante temerario para garantizar que no pueda ocurrir ningún caso desgraciado por la acción de la anestesia ó por una infección de la herida? Hasta la operación practicada en los intervalos de la crisis agudas, tan inocente como es, ofrece una mortalidad de un 1½ á 1 por 100. Recuerdo á este propósito de un modo especial, el peligro de la embolia, que deja una impresión indeleble en el ánimo de quien una sola vez la ha presenciado.

Con la misma energía con que recomiendo con todas mis fuerzas la

operación inmediata siempre que cabe la sospecha de una forma de apendicitis que revista alguna gravedad, me abstengo del criterio basado en operar en todos los casos, desde el momento en que estoy convencido de que la enfermedad curará por sí misma al cabo de algunos días. Como ya se comprende, no puede defenderse este modo de pensar sino disponiendo de medios que permitan distinguir los casos ligeros de los graves. Espero demostrar que estos medios están á nuestro alcance, gracias á una observación clínica cuidadosa.

La tentativa de dividir los casos de apendicitis en diferentes grupos para poder hacerse de ellos un concepto clínico más perfecto no es cosa reciente. Sonnenburg, sobre todo en su conocida monografía, llama á cada paso la atención sobre la importancia de la distinción entre la apendicitis simple, la gangrenosa y la perforante, sin que esta idea haya encontrado el consentimiento de los demás autores. Otros escritores han descrito hasta siete cursos clínicos diferentes. Por meritorias que sean estas tentativas de clasificación se corre cierto peligro al querer aplicarlas. La clasificación del caso de apendicitis que se tiene á la vista debe hacerse al primer examen, porque si se aguardan algunos días, hasta que se haya precisado cual es la índole de la afección, puede suceder que se escape el momento favorable para la operación.

Por grandes que sean las contradicciones que ha encontrado la clasificación de Sonnenburg por parte de cuantos se han ocupado de este asunto, creo sin embargo que hay en ella un gran fondo de verdad. No hay necesidad más que de hacerla un poco más sencilla que Sonnenburg, reuniendo, como hace Sprengel, la apendicitis gangrenosa y la perforante, con el nombre de apendicitis destructora. En efec-

to, aquellas dos formas no son más que dos períodos diferentes de una forma única, pues toda apendicitis gangrenosa lleva infaliblemente á la perforante.

Por lo tanto, distingamos como Sprengel la *apendicitis simple* y la *apendicitis destructora*. Con el nombre de apendicitis simple se designan exclusivamente aquellos casos en los cuales existe tan sólo un catarro superficial de la mucosa y la afección no muestra ninguna tendencia á propagarse á la serosa. En cambio, bajo el nombre de apendicitis destructora se agrupan aquellas formas en las que se ha producido una mortificación en algún punto del órgano, tanto si se trata de una mortificación superficial de la mucosa á consecuencia del catarro supuratorio, como de la gangrena parcial ó total del apéndice, acompañada ó no de perforación.

También puede expresarse la diferencia entre las dos formas, de la manera siguiente: En la apendicitis simple las paredes del apéndice no se han hecho permeables, y lo contrario sucede en la apendicitis destructora. En este último caso los enfermos están amenazados por la peritonitis; en el primero no, lo cual tiene importancia, pues en la cuestión de la apendicitis se trata de si amenaza ó nó la inflamación de la serosa. Por desgracia, dentro del círculo de los médicos prácticos, no es cosa bastante conocida todavía, cuan fácil y rápidamente la apendicitis ocasiona las formas más graves de peritonitis. Si se consiguiera convencer más y más de este hecho á los médicos, aumentaría en ellos el sentimiento íntimo de la responsabilidad personal en cada caso de apendicitis, y se esforzarían en establecer el diagnóstico precosísimo de que habló Krogus.

Para demostrar que es posible es-

tablecer en el diagnóstico diferencial entre la apendicitis simple y la destructora, por medio de los síntomas clínicos, he de permitirme pasar una rápida revista á los casos de apendicitis recientes operados por mí durante este último año aproximadamente. He de hacer notar que al emplear en las explicaciones siguientes la expresión de *apendicitis grave*, esta expresión es sinónima de apendicitis destructora, y que por otra parte la designación de *apendicitis ligera* corresponde á la apendicitis simple. El motivo que presente los casos del año último precisamente, es que desde fines de 1905 he hecho anotar en todos los casos de apendicitis en la historia clínica del enfermo á continuación del estado presente de éste, el diagnóstico clínico, para poder comprobar de esta manera si los hechos anátomo-patológicos que luego se encontraban estaban en armonía con los señalados en el diagnóstico. Por lo mismo, en todas las historias se encuentra después del estado actual una nota diagnóstica, ora de apendicitis simple, ora de apendicitis destructora.

El número de casos de apendicitis reciente comprobados en esta forma llega á 34. Entre ellos se encuentran 24 casos de apendicitis destructora; que han sido todos diagnosticados de modo acertado antes de la operación. No me detendré en explicar la índole de la destrucción existente. Baste decir que las lesiones de la apendicitis varían desde la gangrena circunscrita hasta la mortificación de casi todo el órgano. Tan sólo en un caso se señaló el diagnóstico de apendicitis destructora con un signo de interrogación, y más adelante volveré á estudiar los motivos por los cuales he considerado dudoso el diagnóstico en este caso.

En 3 casos se trataba de apendicitis destructora con formación circunscrita de abceso y todos ellos

han sido también diagnosticados de un modo acertado. El diagnóstico de estos casos es mucho más sencillo.

(Se continuará)

## MEDICINA PRACTICA

### La profilaxia individual de la sífilis

De los experimentos hechos por Metchnikoff á este respecto, ha llegado á la conclusión de que las fricciones mercuriales pueden considerarse como útiles profilácticamente contra la sífilis, en todos los casos en que haya ocurrido un contacto.

En vez de unguento gris que ocasiona gran irritación en la piel y las mucosas recomienda el empleo de pomadas hechas con sales mercuriales no irritantes, tales como el calomelanos. Los resultados conseguidos en los monos inferiores y en los antropoides permiten llegar á la conclusión de que el mismo método puede servir para prevenir la sífilis en el hombre. Sin embargo, para estar seguros decidieron hacer la experiencia sobre el hombre.

Inocularon, á su pedido, á un joven estudiante de medicina con virus procedente de chancros de dos sujetos sífilíticos.

A la hora, las partes inoculadas recibieron fricciones de cinco minutos con una pomada que contenía en tres partes, una de calomelano. El joven, bien que estuviera seguramente inmune de toda infección sífilítica anterior, no presentó lesión primaria. Cuatro macacos fueron tratados con el mismo virus que se inoculó al estudiante. Dos de ellos usados como animales de control tuvieron lesiones primarias al cabo de 17 días; el 3º, recibió fricciones de unguento de calomel una hora después de la inoculación y lo mismo que el joven estudiante, no tuvo nada. El 4º macaco recibió fricciones con la misma

substancia 20 horas después de la inoculación y tuvo la lesión primaria al cabo de 39 días.

Estas experiencias demuestran, por consiguiente, la ventaja para el hombre de emplear fricciones mercuriales después de todo contacto sospechoso á fin de precaverse de la sífilis. En una larga serie de experimentos hechos en chimpanzés, babuinos y macacos, las fricciones mercuriales han conseguido prevenir el desarrollo de la lesión primaria después de la inyección del virus ya en las cejas, ya en los órganos genitales.

Este virus era tomado de chancros humanos y se aplicaba con un escarificador. Los unguentos empleados eran á base mercurio metálico, calomel, precipitado blanco ó salicilarsinato de mercurio, suspendidos en lanolina (1 en 3 ó 1 en 4).

Las fricciones se hacían durante 4 ó 5 minutos y se comenzaban de 1 á 20 horas después de la inoculación. Las fricciones hechas hasta 18½ horas después de la inoculación fueron seguidas de éxito. — (*The Lancet*).

los doctores Cabanés y Barraud no será aceptable en adelante ignorarlos. Antes de confiarlos á los curanderos y comadres, leed la obra de estos dos autores y quedaréis plenamente edificado. Vereis en ella numerosas medicaciones, más singulares las unas que las otras, y cuya enumeración es de lo más alegre. Encontraréis también la explicación del éxito de ciertas prácticas, tales como las súplicas, peregrinaciones, donde la sugestión tiene el lugar preponderante. En fin, para dar una prueba de su imparcialidad, los doctores Cabanés y Barraud tienen la buena fe de reconocer que la medicina científica debe mucho al empirismo y que muchas conquistas de la terapéutica derivan directamente de este último: basta citar la opoterapia, la hidroterapia; entre los medicamentos el opio, la quinina, el mercurio, el iodo, etc. para quedar convencido de la verdad de esta aseveración. Este volumen hace continuación al ya aparecido que se intitula: *Como se curaban nuestros padres, remedios de antaño*, del Dr. Cabanés.

## Publicaciones recibidas

**Cabannes et Barraud. Comment on se soigne aujourd'hui. Remedios de Buena fema.** (Biblioteca de Curiosidades et singularidades médicas).

1 vol. in-16 de 390 pages.....4 fr. A. Maloine éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Medecine. Paris

No hay persona que no haya visto preconizar ó aplicar á los que lo rodean los llamados *remedios caseros*. Entre los que se precian de no tener la menor noción médica listos están todos para indicaros una receta pretendida infalible, aunque no lleva el sello de la Facultad. Esta medicina popular presenta algunas veces peligros, y merced á

**La Chimie Alimentaire.** Etudes de physiologie générale por le Dr. Roesser.

1 volume in 18 — 4 fr.

A Maloine, editeur, 25 - 27, rue de l' Ecole-de-Medecine. Paris 1906

**Guía práctica de Terapéutica hidromineral.** Elección de una estación francesa en las enfermedades corrientes, por el Dr. H. Pelon, antiguo jefe de Clínica médica en la Facultad de Montpellier.

1 vol. in 18 (A. Maloine editeur) 3 francos.

Esta obra que llena un vacío en la literatura médica francesa, será muy útil y muy buscada.

¿Cuántas veces el práctico ha sen-

tido carecer de una pequeña guía de terapéutica termal? Dicho desiderátum esta realizado ya, y la guía de terapéutica hidro-mineral del Dr. Pelou llega á su tiempo. Libro de formato cómodo y portátil estará pronto en manos de todos. Sus divisiones son claras y únicamente establecidas en la clínica diaria.

No es un tratado didáctico de hidrología, estudiando sucesivamente las diversas categorías de aguas minerales y enumerando para cada estación la nomenclatura indefinida de las afecciones que se tratan en ella. Sus divisiones corresponden á los grandes aparatos orgánicos. Se plantean en cada capítulo los síndromas principales de cada aparato, las indicaciones de las curas termales; determinando el grupo de agua minerales mejor apropiado á cada caso, el autor procede por una última eliminación á escoger la estación más aplicable.

#### Direcciones para la administración de las Tabletas de "Antikamnia y Codeína"

Eficaz en Fríos, Tos nerviosa, Irritación de la garganta, Laringitis, Bronquitis, Tisis, Influenza ó la Grippe; también en dolores de cabeza y otros males nerviosos debido á irregularidades de la menstruación.

En los ataques agudos de Tos laringea, comenón ó irritación de la laringe-se justifica bien la confianza en las "Tabletas de Antikamnia y Codeína. Si la irritación se presenta de noche, el enfermo debería tomar una tableta una hora antes de acostarse y repetirla cada hora hasta obtener alivio. Casi invariablemente se encontrará en esto un eficacísimo remedio. Después de haber tomado la segunda ó tercera tableta, la tos generalmente se en-

cuentra dominada ó á lo menos en cuanto á ese paroxismo y durante toda la noche. Si la irritación sobreviene por la mañana ó al medio día, deberían observarse las mismas reglas, hasta que desaparezca.

*La dosis para los adultos:* Tómense una ó dos tabletas cada dos ó tres horas. Para toda clase de tos, particularmente la tos crónica y rebelde y la tos nocturna, resfriados, influenza, grippe y afecciones bronquiales, es insuperable. Para combatir la tos, catarrros, etc., lo mejor es dejar que la tabletas se disuelvan lentamente sobre la lengua tragando la saliva.

"Tabletas de Antikamnia y Codeína" se preparan con el monograma, cada tableta conteniendo 28 centigr. de Antikamnia y 2 centigr. de sulfato de Codeína. Estas son preparadas exclusivamente por "La Compañía Química de la Antikamnia", St. Louis, Mo., E. U. A. De venta en todas las principales Droguerías y Farmacias.

Pocas veces una preparación farmacéutica reúne á la vez el buen gusto y la eficacia en su efecto.

Así pues, me complazco en hacer justicia á la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao preparada por los señores Scott y Bowne, pues á más de que su sabor no es desagradable á los enfermos, cuantas veces me ha sido necesario recetarla he visto con complacencia que he alcanzado siempre el éxito que me había propuesto obtener.

Para recuperar fuerzas y carnes úsese la legítima Emulsión de Scott.

A. FERNÁNDEZ DE CÓRDOVA.  
Médico y Cirujano.

Huacho, marzo 1906.