

# LA CRÓNICA MÉDICA

AÑO XXVI.

LIMA, 15 DE JUNIO DE 1909.

Nº 491

## La quincena Médico Quirúrgica

Continuando nuestro propósito de ocuparnos desde estas columnas de todo aquello que afecte en algo la vida médica nacional, vamos á comentar un rumor que por su persistencia debe tener algún fundamento; nos referimos á la creación que se proyecta de una sociedad de Seguros sobre la salud, y en la cual mediante una pequeña cuota mensual, recibirían asistencia médica gratuita los asegurados.

Sería verdaderamente muy sensible que esta idea se convierta en realidad porque una sociedad de la naturaleza de la que se proyecta, sobre no reportar provecho á los médicos que la formen, despertaría profundas desconfianza, en el público, y contribuiría á acentuar más el desprestigio, injusto desde luego pero existente, en que se encuentra el cuerpo médico nacional.

Esperamos que las bases y prospecto de la sociedad sean publicadas, para en vista de ellas emitir más amplia y concretamente nuestra condenación.

Como resultado del aumento de profesionales médicos; cada día es mayor el número de estos que sin puesto oficial concurren á los servicios privados de los hospitales á prestar sus servicios y á perfeccionar por la práctica diaria, las enseñanzas que recibieran en la Facultad.

No puede ser más meritorio este acto de colaboración espontánea, pero llega hasta nosotros el rumor de qué muchos de estos "agregados" no han merecido de los internos de los servicios hospitalarios buena acogida, pues parece que el beneficio que estos últimos retiran de su práctica se encuentra muy disminuido por la competencia que les hacen los primeros.

Como resultado de esta lucha se ha creado una verdadera animosidad de los internos contra esta intromisión que ellos juzgan lesiva á su título y á sus beneficios de su práctica, y en una reunión que próximamente tendrán, se vá á tratar de solicitar del Decano de la Facultad de Medicina una resolución tendente á devolver los privilegios que tanto la Facultad como la Sociedad de Beneficencia concede á los internos diplomados.

Desearíamos que este incidente fuera conducido tanto por los que lo han ocasionado como por los internos de nuestros hospitales, con la cordura y sagacidad que les conviene, y que la Facultad al resolverlo no olvide que sólo por una buena y verdadera práctica de Interno, se puede llegar á tener la competencia necesaria para merecer el diploma de Médico y Cirujano.

## El Tracoma en el Callao

Otra enfermedad exótica, grave y esencialmente contagiosa, importada por los inmigrantes chinos, ha sido descubierta á bordo del vapor "Lothian", que se encuentra en la bahía de nuestro puerto principal. Felizmente las autoridades sanitarias la han denunciado, oportunamente; de modo que es muy remoto el peligro de que pueda infestar á nuestro país, por que es natural suponer que se adoptará la única medida que el caso demanda; esto es, hacer que vuelvan, inmediatamente, á su país todos esos inmigrantes amarillos, afectados de conjuntivitis granulosa. Esta medida es la única, acertada que en éste caso aconseja la ciencia de la profilaxis internacional; es la misma que adoptó Méjico, el año 1906, cuando se presentó en uno de sus puertos del Pacífico un cargamento de chinos tracomatosos, que fue devuelto, sin pérdida de tiempo, al puerto de Hong Kong; y, es, por último, la medida que han acordado adoptar, al frente de semejante peligro, todas las repúblicas americanas que asistieron, mediante sus representantes idóneos, á la tercera conferencia sanitaria internacional de Méjico, cuyos acuerdos, aunque el Perú no estuvo representado, son moral, y científicamente, imperativos para todo este continente, y á la fecha, para todo el mundo civilizado. Y, ésto, es lógico; porque el desarrollo del tracoma en cualquiera de las reparticiones políticas de América sería un peligro para las demás, que tendrían que proceder en legítima defensa, con enérgica justicia, contra la nación que permitió el contagio, condenándola á aislamiento severo, á la vez que vergonzoso.

No deberíamos decir una palabra más sobre este tema, para satisfacer las necesidades de la información periodística profesional; pero, como "La Crónica" suele ser consultada no sólo por médicos sino, también, por otras personas que, aunque eruditas en el saber, no tienen ideas completas sobre las tendencias de las enfermedades, creemos conveniente agregar, á lo dicho, ligeras consideraciones sobre el *Tracoma*.

Esta enfermedad de los ojos consiste, sustancialmente, en inflamación de las conjuntivas, producida por una clase especial de microbios, y se caracteriza, clínicamente, por granulaciones que, llenando toda la superficie de los ojos, comprometen la visión, haciendo del paciente un individuo inútil y hasta peligroso en la sociedad. De modo que la consecuencia inmediata del mal no es la muerte, sino, que el organismo social se llena, violentamente, de verdaderos parásitos humanos, que tien en que vivir de la caridad pública, produciendo la pobreza, la miseria, del pueblo y defraudando los derechos de otros mendigos.

Contemplando, pues, el peligro con criterio médico-sociológico no es difícil convenir en que el *tracoma* causa, en los pueblos que invade, más daño que otras enfermedades contagiosas. Pero, por lo mismo que es tan evidente el peligro, y tan sencillo el modo de evitarlo, no hay, como dijimos, temor fundado de que esa otra plaga aflija también á nuestra patria.

DR. G. O.

## La retroflexión y retroversión uterina en las vírgenes

Comunicación hecha á la Sociedad Médica de Arequipa en la Sesión de mayo de 1909, por E. Escomel

N. N., soltera, de 17 años de edad, se presenta en mi consultorio el día 28 de mayo de 1905 quejándose de dolores cólicos, algunas veces tan intensos que le ocasionan accesos sincopales.

Estos dolores le vienen á cualesquiera hora del día ó de la noche, sin período fijo ni hebdomadario ni mensual.

Ocupan la parte inferior del vientre con irradiaciones hacia las fosas ilíacas unas veces, hacia la región lumbar otras, hacia el ombligo en ocasiones y más de una vez son generalizados al vientre sin localización precisa, marcando más bien una vasta región electiva en la parte pelviano abdominal.

Se le inician á veces de una manera lenta y progresiva, en otras ocasiones se presentan de modo intenso y brusco.

Su duración es muy variable; ya son algunos minutos, ya varias horas las que atormentan á la enferma.

Terminan súbitamente algunas veces; de una manera lenta y por grados sucesivos otras.

Con los dolores hay un ligero estado nauseoso, pero no existen eructos, ni regurgitaciones, ni vómitos. El color de la orina no cambia con los cólicos, así como tampoco su cantidad; al análisis no presenta bilis, ni sangre, ni arenillas, ni cálculos. La micción es unas veces excitada, otras normal. No hay diarrea. Período menstrual doloroso. Estado general bastante bueno.

Al examinar el vientre se le nota muy adolorido á la presión con sensibilidad apendicular, ovárica, metrítrica é intestinal; sólo el hígado, el bazo y el estómago no son dolorosos. La sensibilidad táctil también está muy exaltada.

Fue imposible el examen completo del aparato génito urinario por resistencia de la enferma aun al interrogatorio referente á ese aparato.

Por eliminación hice el diagnóstico de "Neuralgias paroxísticas del simpático abdominal", porque según la paciente, varios compañeros habían sindicado su enfermedad diferentemente de "Cólico hepático", "Id. apendicular", "Id. nefrítico", "Crisis de hiperclorhidria", "Neuralgia ovárica", etc.

Instituí un régimen sedante y antinervioso con resultados negativos, pues á los 15 días volvió la enferma después de haber tenido cuatro cólicos uno de los cuales le hizo perder el conocimiento.

Mortificado por este insuceso tan palmario insistí con energía en la necesidad de practicar un examen lo más completo posible del aparato uro-genital, con la creencia de encontrar allí la llave de tan misteriosos cuanto desconcertantes cólicos.

La vulva estaba exulcerada y empapada por el licor de las flores amarillas. El dedo índice penetraba con facilidad en la vagina sin desgarrar el himen y tocaba prontamente con un cuello uterino pequeño y difícilmente móvil, doloroso cuando se trataba de imprimirle movimientos basculares. Los fondos de saco laterales ligeramente empastados é hipersensibles, que denotaban por lo ménos un estado congestivo salprigo-ovárico.

Al espéculum - virginæ se apercibía el cuello uterino en ligera turgencia y su boca excoriada dejaba salir un copo de muco-pus.

Hice poner de pie á la enferma recostando el tórax sobre la mesa de examen para practicar el tacto rectal. Al penetrar el dedo tropecé con una resistencia dura, que no tardé en comprobar era el cuerpo uterino reposando sobre el recto. Fácil de presumir era que se trataba del cuerpo del útero por su forma y situación y además porque las curaciones ulteriores me hacían llevar con la soda de instilaciones intra-uterinas, una dirección de delante hacia atrás.

No me detendré en el diagnóstico diferencial con fibrona, embarazo, quiste, hematosalpinge ú ovario ectopiado.

Al empujar hacia arriba y adelante la masa uterina, mi índice encontró un depósito apelmasado de materias fecales que reposaban sobre la cara antero-superior del útero. Con este impulso digital esperé que la deposición bajase íntegra á la ampolla rectal, maniobra que hizo delirar á la enferma que después de un momento de exacerbación dolorosa experimentaba un alivio muy grande.

Viniéndoseme á la idea que los cólicos eran ocasionados por los materiales excrementicios en retención sobre el útero, llevé mi dedo hasta por encima del fondo uterino, lo enganché con la falange y comencé á ejercer tracciones de más en más enérgicas; en cada una de ellos exclamaba la enferma: "así sentía el cólico". "ese era el dolor". Sólo entonces me declaró que en varias ocasiones, un gran enema seguido de la evacuación de dichas materias, le había quitado instantáneamente el penoso sufrimiento que le era habitual.

Con lo anterior fue fácil despistar el que los cólicos sólo eran debidos á las tracciones ejercidas por los bolos fecales sobre la matriz y sus ligamentos antes de efectuar su descenso á la ampolla rectal. Propuse á la enferma el tratamiento quirúrgico de la retroversión, que como á menudo sucede, fue absolutamente rechazado.

Comencé entonces, á mucho ruego de la paciente, á tratarla de su metritis haciéndole 30 curaciones intra uterinas.

Cada curación era precedida de un masaje hecho por el recto sobre el cuerpo del útero, impulsando, estirando y ablandando las retracciones de los ligamentos y las bridas útero - pélvicas. La enferma era colocada en posición genu-pectoral. Cada masaje sucesivamente progresivo duraba de 5 á 15 minutos; en seguida practicaba una instilación intra uterina de ictiol glicerinado al 15%, alternada en la siguiente curación con otra de iodo glicerinado al 1 por 20

Unas pocas vaporizaciones fenicadas dieron rápida cuenta de la vulvitis que la aquejaba

El conocido régimen ginecológico reconstituyente completaba la terapéutica anterior.

Con este tratamiento y con la indicación de poner un gran enema tan luego como se iniciasen los dolores del cólico, éste fue haciéndose de más en más raro, inmediatamente yugulable sin necesidad de volver á recurrir al opio y sus alcaloides como antes lo hacía.

Un mes después de terminada la trigésima curación, no tenía ya ningún dolor y sólo acostumbraba precaucionalmente algunos lavados vaginales antisépticos y periódicos, recostándose con frecuencia sobre la cara ventral del cuerpo para llevar así la matriz hacia adelante tanto más cuanto que se había resistido á todo tratamiento sangrante de histero-fijación y que no podía usar pesario por sus dificultades himeniales.

La enferma cambió de residencia y dos años y medio después me escribía indicándome que su salud había mejorado muchísimo y que no había vuelto á sentir cólico alguno durante todo ese gran lapso de tiempo.

De la historia que precede se deducen consecuencias que me parecen de mucha utilidad para la práctica.

En primer lugar la multiplicidad en el diagnóstico era sólo debida á la resistencia que oponía la enferma para dejarse examinar completamente. En estos casos de resistencia invencible me parece que el deber del médico es abstenerse de toda opinión antes que aventurar una que resultando ineficaz acarree un descrédito profesional injustificado.

En segundo término, el beneficio que en la retroversión y retroflexión uterina puede dar el sistema curativo no sangrante cuando el método cruento es rechazado absoluta é irremisiblemente por la consultante. En nuestro caso particular la enferma ha tenido una curación efectiva que ya excede de 3 años, lo que es un gran resultado si se le compara con la manera de vivir de la paciente antes de comenzar el tratamiento.

En igualdad de condiciones he atendido á otras dos vírgenes, que han tenido igual éxito, datando la una de 2 años y 3 meses y la otra de 8 meses.

Arequipa, mayo de 1909.

E. ESCOMEL

## DE NUESTROS CANJES

### **Alcance del Serodiagnosis con especial mención del método de Wassermann Noguchi**

En el momento que se desarrolla una enfermedad infecciosa se forma en el suero de la sangre una substancia diferente para cada infección, y, por lo tanto, patognomónica, y habiéndose descubierto una reacción que demuestra la existencia de dichas substancias, hemos adquirido un método de diagnóstico que, á pesar de hallarse todavía en un estado naciente, nos presta ya grandes servicios, puesto que muchos casos que no eran diagnosticables los son ahora por medio de este nuevo procedimiento de análisis de la sangre.

Pero no olvidemos que éste, como todos los progresos, para ser útil en el mayor grado, no ha de emanciparse y prescindir de los demás conocimientos útiles, por antiguos que sean. La clínica es como un árbol secular que, á consecuencia del moderno cultivo, ha echado recientemente muchas grandes ramas, las cuales sirven para que el árbol adquiera más ambiente, es decir, para que la medicina sea más provechosa á la humanidad; más los nuevos brotes no son otra cosa que partes de un todo; son ramas que, para dar el debido fruto, han de recibir la savia del tronco y de las raíces.

Igualmente para que la solidaridad del arte médica no se quebrante con las nuevas adquisiciones, es preciso que el clínico las co-

nozca y tome en ellas su correspondiente participación, á fin de que se armonicen y no se desatiendan los datos macroscópicos y juicios que de éstos se infieran sobre las crisis (constitución y temperamento), y sobre las lesiones, sin olvidar las idiosincrasias orgánicas.

Los clínicos debemos adoptar el serodiagnóstico, aunque no haya llegado á ser todavía ni muy seguro ni muy fácil, y sobre todo debemos ya utilizar este nuevo método para aquellos casos en que sospechemos la existencia de la sífilis, y no podamos, sin embargo, adquirir la evidencia por la historia y la observación inmediata de los enfermos. Es, efectivamente, ventajoso el examen de la sangre por el procedimiento de Wassermann con las ulteriores reformas introducidas recientemente por Noguchi (según las ha expuesto el doctor Howard Fox ante *The Medical Association of New York*, en febrero próximo pasado), porque ha simplificado las manipulaciones, resultando á la vez más exacto. Por más que este análisis no sea tan intrincado como parece al ver los muchos nuevos términos que se emplean para designar los reactivos, el conocimiento práctico necesario para evitar los posibles errores al verificar esta complicada reacción, solamente se adquiere con una dilatada experiencia en el laboratorio clínico. Pero este escollo se salva sin inconvenientes si se asocian el clínico y el técnico experto para establecer el diagnóstico al lado del paciente. De este modo se completan, advirtiéndose mutua y mancomunadamente sus juicios, sean ciertos ó dudosos, si bien para esto es preciso que el técnico no desconozca la clínica, ni el clínico ignore la técnica, siquiera sea conociendo este último los fundamentos, los alcances y las deficiencias del método, con los errores á que pueden conducir sus imperfecciones.

Cuando se reúnen estas circunstancias, se consigue alcanzar el diagnóstico en casos que eran inaccesibles á una prueba cierta y que quedaban en la duda, al menos por mucho tiempo. Por ejemplo, se nos presentaba un sujeto de más de cuarenta años con una úlcera dura y redonda en los órganos genitales ó en la boca y no podíamos saber al momento si era sífilis, tuberculosis ó cáncer. Otras veces, aun siendo el paciente joven y desechada la posibilidad ó si se quiere las probabilidades de cáncer, quedaba la duda entre sífilis y tuberculosis. Los casos en que no se puede hacer inmediatamente el diagnóstico diferencial entre la sífilis y la tuberculosis están en una considerable proporción, no solamente si se trata de dermatosis muy equívocas, como los lupus incipientes, sino también cuando dudamos del origen de afecciones del esqueleto y viscerales (encefálicas, espinales, torácicas, digestivas y génito-uritarias). Tampoco hay que dejarse dominar de la irresistible tendencia que tenemos á considerar todas las localizaciones que se hallen en un individuo infectado como dependientes de la misma causa; puede suceder que una lesión sea de otro origen diferente de la afección diagnosticada. Por ejemplo, un sífilítico puede padecer quistes supurados, artritis, osteítis ó dermatosis que no sean sífilíticas.

Por consiguiente, el diagnóstico, para que sea integral (perfecto y completo) no solamente ha de ser causal, sino también lesional y constitucional. Para esto han de recogerse los datos históricos, han de justipreciarse las condiciones individuales, han de examinarse las lesiones, y por último, han de descubrirse las causas morbosas primitivas, tanto las antihigiénicas como las extrañas ó exógenas

(traumas, tóxicos, microbios y parásitos), teniendo en cuenta, además, la posibilidad de concurrir á un mismo tiempo en un paciente la existencia de varias enfermedades, aun de varias infecciones, y entre éstas puede suceder que unas sean locales y otras generales. Es, según esto, conveniente presuponer que las lesiones sometidas á nuestro diagnóstico no dependen de las causas que se hayan descubierto en el enfermo, mientras no hayamos llegado á obtener un resultado negativo de las otras causas posibles por medio del diagnóstico diferencial, sin olvidar la frecuencia con que la humanidad padece afecciones idiopáticas sean generales (discrasias), sean locales (organopatías idiosincrásicas), las cuales pueden coincidir con el desarrollo de una ó de varias infecciones. Claro está, para esto hay que ser un clínico.

En resolución, al diagnosticar jamás debemos quedar satisfechos con el descubrimiento de un agente patógeno, sino que, además, hay que examinar si coexisten las demás causas primitivas capaces de provocar las lesiones halladas en el enfermo y los efectos-causas, llamadas también causas internas, ó sean las secuelas de otras enfermedades anteriores, cuyas causas primitivas son inaccesibles al arte médico, como sucede con las llamadas idiopatías. Adoptaremos los reactivos del laboratorio, pero no confiaremos demasiado en ellos. Por lo contrario, dudaremos siempre, estableciendo las hipótesis menos probables al plantear el problema del diagnóstico para llegar á su resolución, después de eliminar todas las incógnitas posibles, ó por lo menos procuraremos no sentar nuestro juicio clínico hasta que hayamos dilucidado negativamente todas las hipótesis sustentables, comenzando por las menos probables, excluyéndolas sucesivamente hasta llegar á la proposición que resulta menos dudable, porque cuenta primero con los datos directamente apreciables por los sentidos del clínico y después con los comprobantes del laboratorio, siendo de más valor aquellos que se hayan obtenido por los clínicos y técnicos, coadyuvándose y *entendiéndose* mutuamente.

Así, pues, se dejará para lo último el resultado del análisis de la sangre, de las secreciones y demás productos, clasificando previamente la crisis y las lesiones. Haciendo los diagnósticos de esta manera se previenen muchos errores que trascienden al tratamiento, tal como los casos siguientes:

Un sifilítico con inflamación muy dolorosa en el hombro derecho, que él achacaba á un estirón que llevó el brazo al agarrarse á la barandilla de una escalera, donde se resbaló, bajando sentado unos escalones. El médico de cabecera, creyendo que se trataba de una artritis sifilítica, redobló el tratamiento mercurial, pero después de tres semanas de falta de descanso, á lo cual se agregó no poder casi comer por una intensa estomatitis y fiebre, provocó la familia una consulta. Al reconocerle observamos que la cabeza del húmero se hallaba dislocada; se hizo la reducción cloroformizándole, y todo fue entonces entrando en caja.

Otro sifilítico, terciario, comenzó á sufrir con una uña encarnada en el dedo grueso de un pie, que achacaba á unas botas mal hechas; se le operaron; en vez de cicatrizar se descubrió el huesecillo de la primera falange; resecada, tampoco cicatrizó; se inflamó el pie; consulta; examinada la orina dio gran cantidad de glucosa, de lo cual seguramente dependió aquella lesión que vino á matar el sujeto, después de gangrenársele las dos extremidades inferiores.

Pero más frecuentemente sucede lo contrario: sujetos que venían padeciendo ó habían padecido anteriormente otros males (sobre todo afecciones tuberculosas, manifestaciones artríticas, etc.), sufren el contagio de la sífilis, y por desconocer el médico este evento, considera localizaciones sifilíticas (dermatosis, artritis, etc.), como dependientes de los padecimientos anteriores. Recuerdo de una señora con dolores articulares y á lo largo de los huesos, tan rebeldes, que motivaron una consulta. Al darme la mano el esposo, advertí aspereza muy escamosa en la palma. También la historia de la enferma se hizo algo sospechosa, y después se demostró que los dos eran víctimas de una sífilis secundaria. Con el debido tratamiento se mitigaron pronto las molestias.

Aunque, como en estos últimos casos y en la mayoría de los sifilíticos, se llegue al diagnóstico sin el examen de la sangre, no dejan de presentarse pacientes que precisarán este análisis en lo sucesivo y á los cuales podemos clasificarles en cuatro grupos:

1. Sífilis larvadas (sifilíticos con manifestaciones que no lo parecen);
2. Sífilis latentes (sifilíticos sin alteraciones manifiestas),
3. Pseudosífilis (aparentan ser sifilíticos sin serlo);
4. Sifilofobias (los angustiados por suponer que padecen sífilis sin tenerla).

Se ven ejemplos de sífilis larvadas con apariencias de ozena, de impétigo local, de adenopatías tuberculosas, de condilomas, de epitelomas, de lupus, de sarna, etc.

También se observan pseudosífilis que son realmente epitelomas de los órganos genitales, ó de la boca, iritis reumáticas, nódulos reumáticos, abortos múltiples por metritis tuberculosas, sarna, lupus escamosos, ictiosis idiopáticas, eczemas tuberculosos, etc.

En situaciones como las apuntadas debemos echar mano del sero-diagnóstico por su inocuidad, puesto que no se hace más daño al enfermo que sacarle unos seis gramos de sangre, y porque es un método seguro cuando la reacción es positiva, lo cual sucede casi sin excepción en el primero y segundo período de la sífilis, aunque no haya lesiones apreciables, y en más de la mitad de los casos de sífilis terciaria, con la ventaja de darnos á veces la prueba evidente de la existente de sífilis veinte años después del contagio. La beneficiosa influencia individual para los enfermos y médicos es inmediatamente palpable, y la ulterior transcendencia social de este portentoso descubrimiento se inferirá con sólo discurrir un momento sobre las enormes consecuencias morbosas de esta enfermedad, que es, sin duda, la peor de las que atacan primitivamente á la humanidad. Entonces podrá hacerse una ley de Sanidad, sometiendo á la prueba á los hombres antes de casarse, en particular si hay el menor motivo de sospecha.

También cuando la reacción es negativa puede ser útil, pues es lo más conveniente para el sifilóforo, especialmente si es un médico ó un neurasténico bibliófilo; y en los casos de pseudosífilis tendremos un dato de gran valor para establecer el diagnóstico diferencial de la enfermedad existente, ya sea la tuberculosis, ya sea el cáncer, ya sea el reumatismo propiamente dicho, ó ya sea una idiopatía (mal de origen inaccesible).

Pasemos ahora á dar una idea de los principios y manipulaciones para verificar el serodiagnóstico de la sífilis; cuando se inocular la sífilis, se forman en la sangre sustancias capaces de destruir por

su contacto los gérmenes causantes de la enfermedad, á lo cual se debe la curación espontánea. A estas substancias específicas antibacterianas ó anticuerpos específicos se les llama amboceptores bacteriolísicos. Por tanto, si podemos descubrir la existencia de este cuerpo especial de los tripanomas páldos causantes de la sífilis, tendremos un medio especial para diagnosticarla. Esto es lo que ha conseguido Wassermann fundándose en el siguiente experimento, llamado reacción de Bordet y Gengou. Añadiendo al suero de la sangre de un cobayo la sangre de otro animal, por ejemplo, de un cordero, se ven destruirse ó disolverse, más ó menos, los corpúsculos ó glóbulos de la sangre agregada, y esta acción, que se llama hemolisis, se aumenta considerablemente si al cobayo se le inyectan previamente glóbulos de la sangre de cordero. Entonces se considera al conejo inmunizado contra los corpúsculos sanguíneos del cordero, lo cual implica que el cordero ha formado un anticuerpo ó cuerpo inmunizador denominado amboceptor hemolítico. Y se llaman amboceptores dichos anticuerpos, porque tienen afinidad no solamente con los corpúsculos sanguíneos sino también con otra substancia llamada complemento, la cual completa la acción destructiva de los amboceptores. Para que la hemolisis ó destrucción globular se verifique se necesitan, además de los corpúsculos, el amboceptor y su complemento. El amboceptor se ha engendrado por la intervención del arte, esto es, inoculando los corpúsculos sanguíneos, los cuales se dice, por esta razón, que son *antígenos*, esto es, generadores de aquellos anticuerpos, mientras que el complemento existe normalmente en los sueros frescos.

Si se ponen en un tubo de ensayo glóbulos sanguíneos con amboceptor hemolítico y complemento, y este tubo se pone durante media hora en un ambiente de 37° de calor, la mezcla toma un color rojizo, mostrando haberse verificado la destrucción de los corpúsculos de la sangre (hemolisis). Se llama el conjunto de los tres reactivos mencionados sistema hemolítico, el cual se halla en perfecta correlación con los tres reactivos del sistema bacteriolítico ó destructor de las bacterias, puesto que le constituyen: 1°, bacterias que actúan como antígenos ó formadores de sus anticuerpos específicos, 2° amboceptor ó anticuerpo engendrado por la inoculación de las correspondientes bacterias, y 3°, el complemento ó substancia normal coadyuvante del amboceptor.

Ahora bien, si calentamos por media hora á 37° un sistema bacteriolítico y agregamos los corpúsculos y amboceptor (sin complemento) de un sistema hemolítico, se obtiene un sistema sintético, ó sea la reacción de Bordet y Gengou, la cual se funda en el hecho de la fijación del complemento, puesto que cuando éste se combina ó fija totalmente con su amboceptor bacteriolítico en las bacterias, ya no está libre para coadyuvar con el amboceptor hemolítico á la destrucción de los glóbulos rojos, quedando entonces, por tanto, intactos dichos glóbulos y la reacción resulta positiva, es decir, no se pone rojiza, lo cual prueba que en aquella síntesis hay aún amboceptor bacteriolítico, ó, lo que es lo mismo, que existe sífilis.

La misma reacción sintética de Bordet y Gengou ha sido aplicada para el diagnóstico de la sífilis por Wassermann, y por esto se le conoce con el nombre de este autor, aunque ya ha experimentado grandes y muy ventajosas modificaciones. Pero á pesar de los perfeccionamientos no se ha llegado todavía á conseguir el cultivo de

las bacterias sífilíticas, y por esto se ha utilizado como antígeno un extracto alcohólico de hígado de fetos sífilíticos.

Para el examen del amboceptor sífilítico, ó substancia especial de la sangre de los sífilíticos se necesitan, según el método de Wassermann, cinco reactivos:

1º Extracto orgánico de un feto sífilítico como antígeno.

2º Suero sanguíneo del paciente objeto de diagnóstico, en el que sospechamos la sífilis (basta con el suero que obtiene de 6 gramos de sangre).

3º Suero sanguíneo de un cobayo normal para utilizarle como complemento.

4º Masa de glóbulos de sangre extraída de un cordero, obteniendo los glóbulos por defibrinación y centrifugación.

5º Suero de un cobayo que se ha hecho hemolítico (es decir, se le ha inmunizado) contra los glóbulos sanguíneos de cordero.

De este suero hemolítico podría prescindirse, según una modificación de Bauer; pero esto es insignificante. Otra simplificación ya más importante, es emplear el suero hemolítico inmunizado contra glóbulos sanguíneos de hombre en vez de ser de cordero, y entonces la masa globular que se ha de emplear para la prueba se obtendrá de una persona que puede ser el mismo sujeto de examen. Ofreció esto al principio algunos inconvenientes que Noguchi y Howard Fohan llegaron á solucionar. Además, Noguchi ha hecho más fácilmente practicable el examen suprimiendo la estufa ó incubadora, y desempeñando este papel el mismo pecho del médico poniendolos tubos de ensayo en el bolsillo interior del chaleco; y también ha facilitado la ejecución del procedimiento, teniendo preparados por concentración y desecación sobre papel el antígeno, el complemento y el amboceptor.

He aquí el orden seguido por estos técnicos:

En un tubo de ensayo se coloca:

1. Una gota del suero que se desea examinar, reservando otra gota para el tubo de comprobación;

2. Suero de cobayo normal como complemento, desecado en un papilito;

3. Glóbulos sanguíneos humanos suspendidos en una solución de cloruro sódico al 6 por 100, conteniendo 4 cent. cúb. de ésta por cada gota de sangre;

4. El antígeno desecado en papel.

Entonces se agita el tubo y se coloca en el bolsillo del chaleco por media hora, después se agrega:

5. El amboceptor hemolítico desecado en papel, y se vuelve á poner el tubo durante dos horas en el bolsillo.

Transcurridas veinticuatro horas, se obtiene el resultado: si aparece el color rojizo (ó lo que es lo mismo, si los glóbulos sanguíneos se han disuelto), es que no hay sífilis (reacción negativa), porque si la hubiese, el complemento se hubiese combinado totalmente con el bacteriolísico, y no podría el hemolísico actuar por sí sólo (reacción positiva.)

Entonces no se colorea el reactivo.

En conclusión: muchos de los errores que puede conducir el serodiagnóstico en los laboratorios independientes, debe subsanarse compenetrándose el clínico y el técnico para el examen del enfermo, cuando los casos exigen esta clase de análisis.

Por tanto, el clínico debe estar iniciado en los fundamentos, en la utilidad, y en los motivos de error del procedimiento, así como también tendrá presente que con todo esto únicamente se llega á establecer una parte del diagnóstico y no el diagnóstico integral, para el cual es preciso, además de averiguar las causas patógenas, conocer profundamente también los caracteres de las lesiones que presenten los enfermos y sus condiciones individuales.

DR. D. CAMILO CALLEJA.

(De la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid).

### Los vómitos de la anestesia

TRABAJO LEÍDO EN LA SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE BRÍSTOL

En una tentativa que se ha hecho en la Real Enfermería de Brístol para reducir la frecuencia y disminuir la gravedad de los vómitos debidos á la anestesia general, creemos que los métodos empleados en preparar á los enfermos y la administración del anestésico, han producido resultados bastante definitivos y satisfactorios para justificar que llamemos hoy la atención de esta Sociedad en la esperanza de que los señores presentes nos dirán cuál es su experiencia con respecto á los vómitos consecutivos á la anestesia, ayudándonos así á tratar los casos, que alcanzan á 37% del total de anestesiados, en que los vómitos parecen ser inevitables.

Nuestra serie de casos comprende 500 pacientes operados en dos diferentes locales y todos ellos seguidos; y se toma en cuenta de toda clase de vómitos, incluyendo la expulsión de mucosidades, que ocurren dentro de las 24 horas de la anestesia.

Los resultados fueron los siguientes:

|  | Vomitaron |
|--|-----------|
| En total.....                            | 37 %      |
| Después de vueltos en sí.....            | 5 %       |
| Después de 12 horas de la operación..... | 2½ %      |

Además de ser causa de padecimientos para los enfermos y de preocupaciones para el cirujano, el vómito puede dar lugar á serias complicaciones, tales como el síncope ó afecciones pulmonares.

La depresión circulatoria que precede al vómito es generalmente transitoria y desaparece con él. Pero en ciertos casos, especialmente después de la anestesia por el cloroformo, esta depresión puede llegar á ser y lo ha sido, fatal; resultado que no es de extrañar si se recuerda que durante ese tiempo el paciente revela los signos principales del shock; á saber: palidez, frialdad de la piel, sudor viscoso, respiración superficial, pulso rápido y extremadamente blando, en ocasiones, insensibilidad de la córnea, pupilas dilatadas. El orden en que se desarrollan los acontecimientos cuando se produce un resultado fatal, es, probablemente:

1º Depresión de los movimientos respiratorios y si hay náuseas, oclusión de la glotis.

2º Aprisionamiento consecutivo de vapores de cloroformo y de óxido de carbono y privación consiguiente de oxígeno, factores que, por cierto, se observan en una administración de dosis relativamente excesiva de cloroformo.

Accidentes análogos pueden presentarse en cualquier momento aun cuando la anestesia sea ligera; probablemente existe una relación causal importante con la producción de muchas muertes en el período preliminar de la anestesia por el cloroformo, pues el 50% de los fallecimientos por el cloroformo, ocurren en este período.

La tendencia al vómito, especialmente cuando el paciente se halla sólo ligeramente adormecido, al principio ó al fin de la anestesia, se aumenta considerablemente por cualquier movimiento que se imprima al cuerpo, tal como la traslación de una mesa á otra ó los movimientos necesarios para verificar los vendajes.

Soy de opinión que las bronquitis y la neumonías post-anestésicas son causadas con más frecuencia de lo que se cree por la aspiración de las materias vomitadas. Un ejemplo notable de esto ocurrió en un caso mío, en la enfermería, en que un sujeto sano de 22 años, vomitó mucosidades mientras se le movía para vendarle, después de una operación de hernia. El acto de vomitar fue muy violento y repentino y en la aspiración consecutiva se oyó que llevaba líquidos á la tráquea. El estetoscopio reveló inmediatamente rales copiosos en el pulmón izquierdo y 24 horas después, el paciente desarrollaba una bronco-neumonía izquierda.

Las medidas mediante las cuales pueden evitarse—hasta cierto punto—el vómito y sus complicaciones comprenden: 1º La preparación del paciente; 2º el método de administrar el anestésico; 3º cuidado del paciente durante la anestesia; 4º cuidado después de la operación.

1.º *Preparación del paciente.*—En nuestras series del método de preparación difería del habitual en la substitución del venerable beef-tea, por leche hervida ó peptonizada. En la mayoría de los casos se permitía á los pacientes la dieta habitual en el día que precedía la operación y en el que la intervención iba á tener lugar, los enfermos tomaban té con pan y manteca á las 6,30 a. m. y á las 10 de 60 á 120 gramos de leche; la operación se verificaba á la 1 p. m. En casos especiales se daba dieta láctea en el día anterior á la operación. Repetidas experiencias de control han demostrado las ventajas de la supresión del usual beef-tea.

2.º *Administración.*—Cuando se podía, la anestesia se producía por medio del gas ó cloruro de etilo y éter y se mantenía por el éter durante los primeros 20 ó 30 minutos, después de cuyo tiempo, por regla general, se sostenía la anestesia con cloroformo ó éter, dado en una máscara de Murray por el procedimiento de la doble botella, manteniendo el aparato humedecido con éter de una botella y agregando cloroformo de la otra en muy pequeñas cantidades; una gota cada cuatro, cinco, seis ó hasta siete respiraciones es suficiente para mantener la anestesia tranquila. La cantidad total de cloroformo usada es generalmente muy pequeña, alcanza, á veces, sólo á 15 ó 20 gramos por hora. Este sistema de las dos botellas tiene muchas ventajas y ha sido usado por algunos anestésistas de esta enfermería desde el año 1895, y á este respecto es interesante notar que Tyrrel, al introducir su aparato de Junker de dos botellas, en 1897, pretendía como una de sus ventajas la disminución en la frecuencia de los vómitos.

3.º *Tratamiento durante la anestesia.*—Desgraciadamente nuestros pacientes tenían que ser pasados de la mesa de anestesia á la de operaciones, de ahí á la camilla y de la camilla á la cama y yo creo que mucho debiera hacerse para eliminar algunos de estos movimientos y sacudimientos.

4.º *Tratamiento después de la operación.*—Para evitar que los vómitos sean aspirados y la cianosis debida á la obstrucción producida por la lengua, todo enfermo debería ser mantenido en decúbito lateral (siempre que fuera posible), hasta haber vuelto en sí. Parece que existiera aún una tendencia fuertemente arraigada en nuestro personal de enfermeros de considerar la posición sentada como la normal post-operatoria.

A. L. FLEMMING

Anestesista honorario de la Enfermería Real de Bristol

### Tratamiento médico de las afecciones pélvicas

El Dr. Richelot, en una comunicación á la Academia de Medicina de París, dice que la conciencia del cirujano se encuentra diariamente en ginecología, más que en otra parte alguna, embargada por dos clases de sucesos:

1.º Por muchos casos que son claramente quirúrgicos. Por ejemplo: hay una lesión material, infecciosa, amenazadora, para la que los cuidados y el reposo sostenidos han bastado al efecto de conjurar los accidentes agudos, pero dejando adivinar un estado crónico interminable y recaídas ofensivas. Entonces la intervención quirúrgica, no sólo está indicadísima, sino que es el medio más seguro, si no único de curación. Todo habla á su favor, menos el sentimiento de maternidad de una madre presunta, encantada de poder serlo. Por lo tanto, si no se quiere obtener su negativa rotunda, hay que concederla, por lo menos, la ilusión de una maternidad futura.

2.º No pocas de las mujeres que nos consultan, y que por padecer necesitan ser atendidas, presentan una relativa integridad del aparato genital, en que se aleja toda idea intervencionista, y ya sea por no saber qué hacer, ó ya por tener sobrado poca confianza en los métodos incruentos, renuncia el profesor á ellos y desamina á las enfermas. Es cuando el autor ha solido ver profesores, nacidos para dar el buen ejemplo, abandonar aquellos casos que les aburrían, por lo que hacían meditar y lecidirse por el tratamiento médico contra el quirúrgico; único que apetecían á toda costa. De estos tratamientos médicos, los hay que se prescriben á menudo, pero sin toda la utilidad debida, cual ocurre con el agua caliente, excepto la empleada en inyección vaginal á 45º, que es lo común, y en cantidad de unos cuatro litros, y exceptuando con ella al Dr. Richelot que acostumbra á no contentarse con menos que con seis.

Esta irrigación debe hacerse con una cánula de doble corriente, que á la vez que protege las partes genitales externas, permite usar el agua hasta 50º. Richelot cree que nada; por más que fracase también alguna vez.

En cuanto á la ducha vaginal de Luxenil ha de ser en calidad de 80 á 100 litros, y la ducha cutánea que se divide en general y perigástrica, está constantemente indicada, si bien con agua caliente, y sobre todo, en las infecciones de la pequeña pelvis y en la congestión uterina. Mas lo que no es de pedir al agua, es que cure la metritis residente en los ganglios cervicales y acompañada de leucorrea mucopurulenta, bastando esperar de ella, en tales casos, una atenuación de la sensibilidad y una preparación para el tratamiento local. En cambio, es poderoso contra las infecciones propagadas á los anejos y al peritoneo pélvico, ó sean las salpingitis bien localizadas, con evidente tumefacción, pastosidad y útero inmobilizado, ó linfangitis difusas que marchan sordamente sin gran tumefacción, pero originando adherencias y otras alteraciones interminables.

El agua, así empleada, impide que lleguen á supurar ciertas lesiones subagudas y tenaces, y apagada definitivamente alteraciones que, por no estarlo en regla, se hallan siempre amagando despertar. Era tanto más interesante esta última categoría de enfermas, cuanto que eran la desesperación de los médicos, y que sin el auxilio del agua caliente seguiríamos privados de ser los más verdaderamente útiles posible en tales ocasiones.

Tratándose de pacientes artríticas ó nerviosas, pero no infectadas y sin lesiones notables, pero que tienen congestión uterina, dismenorrea, catarro uterino, hemorragias, etcétera, la hidroterapia caliente da excelente resultados, casi constantes y las más de las veces durable.

(Gazette de Gynecologie.)

## PUBLICACIONES RECIBIDAS

**L'Actersclérose et son traitement**, par A. Gouzet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, 1 vol in 16, de 96 pages, avec 5 fig (Actualités Médicales) Cartonnée 1 fr. 30. (Librairie J. B. Bailliére et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris).

**La Pratique des Maladies des Enfants**.—(Diagnostic et Thérapeutique), publié en fascicules, par les Dres. Apert, Barbier, Castaigne, Crenet, Guillemont, Guinon, Marfán, Mery, Rist, Simon, de Paris; Anderodias, Cruchet, Moussous, Rocaz, de Bordeaux; Weil, Péhu, de Lyon, Carrière, de Lille; Haushalter, de Nancy; Dalous, de Toulouse; Leenhardt, de Montpellier; Audéoud, Bourdillon, de Genève; Delcourt, de Bruxelles, 6 vol. gr. in 8 de 300 à 500 pages, avec figures. Chacun se vend séparément. L'ouvrage complet coûtera environ 60 fr.

En vente: I. *Introduction a la Médecine des enfants*, par les Dres. Marfan, Andérodias, Cruchet, 1 vol. gr. in 8 480 pages, avec 71 fig., 10 fr. (Librairie J. B. Bailliére et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

**Maladies des Articulations**, par les docteurs *Mauclair* et *Dujarrier*, chirurgiens des hôpitaux de Paris, 1 vol. gr. in 8, de 288 pages avec 88 figures. Broché: 5 fr. Cartonné: 7 fr. 50 (Librairie J. B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

**Fisiología Humana**, por el Dr. L. Luciani, Director del Instituto Fisiológico de la Real Universidad de Roma. Versión castellana por P. Ferrer Piera, C. de la Real Academia de Medicina de Barcelona, dirigida y anotada por el Dr. don Rafael Rodríguez Méndez.

Después de algún tiempo que faltaba de nuestra mesa de redacción, hemos recibido un cuaderno de esta notable obra que edita en Barcelona el *Establecimiento Editorial de don Antonio Virgili*.

Este cuaderno trata el sentido del oído, y los mecanismos dióptricos del sentido visual, con la extensión y competencia que son la nota dominante de toda la obra.

Sentimos que la irregularidad con que han llegado los cuadernos nos priven de poseer completo este interesante tratado de Fisiología.

**Tratado elemental de anatomía humana**, por los doctores Poirier Charpy, Cuneo, de las facultades de medicina de París y Tolosa traducido por don Federico Olóriz y Ortega, Catedrático de la Facultad de Medicina de Granada.

Hemos recibido últimamente los cuadernos 26, 27, 28 de esta obra cuya edición francesa es tan conocida del cuerpo médico que no necesitamos comentarla. La edición que anunciamos pertenece á la "Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas" que ha vertido al castellano muchas obras como ésta de mérito indiscutible, con positivo beneficio para los médicos y estudiantes que hablan la lengua castellana.

Estos cuadernos tratan una parte de la neurología, nervio raquídeos y nervios craneales. El último inicia el tomo tercero estudiando los órganos de los sentidos que comienzan con la piel y el órgano de la visión.

---

### **Estiptol-knoll. (Styptol).—Hemostático y Sedante uterino**

El Estiptol-Knoll es el ftalato neutro de cotarnina; ha hecho sus pruebas como hemostático y sedante uterino de acción segura, sin efectos secundarios perjudiciales. Tiene una acción electiva sobre los vasos y los nervios de la esfera génito-urinaria, mientras que los otros territorios vasculares apenas se influncian, de suerte que no hay elevación de la tensión sanguínea, ni efectos sobre el corazón.

Además de su acción hemostática, posee también una acción calmante marcada, gracias á la cual influencia los estados de excitación, y está indicado sobre todo para el tratamiento de las dismenorreas de diversas naturalezas; en particular, los de origen idiopático.

Como hemostático uterino, el Estiptol es excelente en las menorragias de las jóvenes, sin causa anátomo-patológica visible, así como en las metrorragias consecutivas á las endometritis, sobre todo, también, después del raspado, y en las hemorragias reflejas dependientes de afecciones de los anejos, en los fibromiomas y los cánceres inoperables. En fin, ha sido muy útil para determinar la involución uterina después de los abortos y del parto.

Dosis: 3 veces al día, 2 á 3 tabletas á 0,05 centígr. para el uso interno; externamente como polvo; ó subcutáneamente en solución de 10 p. c.

(Tubos originales de 20 tabletas.)

Uno de los productos más recientemente presentados al comercio de drogas y á la profesión médica consiste en los Tubos de Sal Estéril para hacer prontamente el suero artificial. Se ha ideado hábilmente un modo de ofrecer al médico un método de preparar extemporáneamente un litro de la solución fisiológica, isotónica, normal de sal, lista para el uso inmediato, y sin tener que pesar, ni medir, ni calcular combinaciones. La "sal" (cloruros de calcio, de potasio y de sodio) viene en un tubo bien tapado, el que va encerrado en otro tubo soldado á la lámpara, y cuando el contenido de uno de estos tubos se disuelve en un litro de agua esterilizada, se obtiene una solución que corresponde exactamente con la densidad del plasma sanguíneo, lo que quiere decir que los corpúsculos rojos de la sangre no han de contraerse ni de hincharse cuando en contacto con ella, y por lo tanto una solución ideal para la transfusión, para inyecciones hipodérmicas ó intravenosas, ó para disolver medicamentos que han de aplicarse á la conjuntiva ó á la membrana mucosa, nasal ó faríngea. Este producto ha sido introducido por los Sres. Parque, Davis & Cía., de 90, Maiden Lane, Nueva York, esos infatigables proveedores del médico y del farmacéutico.

Las ventajas de tener siempre á la mano una solución isotónica de sal en caso de emergencia son demasiado patentes para necesitar de más comentarios.

### Reemplaza á la Morfina

Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán los dolores neurálgicos sin dañar la sensibilidad táctil.

Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán: Ciática, Dolor Utero-Ovárico, Dolor de Cabeza y otros males nerviosos.

Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán los dolores parecidos á relampagueos de la Ataxia Locomotriz.

*La Morfina produce aquellos resultados.* Con las "Tabletas de Antikamnia" no se entorpece al paciente, toda sensibilidad táctil queda intacta y no hay excitación del corazón ó cianosis. Las opiniones de la Profesión Médica en todos los Estados Unidos nos convencen de que después de un diagnóstico completo en el cual se tome en consideración la condición anémica, así como cualquiera otra peculiaridad de la constitución, nuestra medicina no produce malos efectos posteriores.