

LA CRONICA MEDICA



AÑO XXVIII. LIMA, 31 DE DICIEMBRE DE 1911 N° 552

FRECUENCIA DE LA SIFILIS EN LIMA

I

MORBOSIDAD Y MORTALIDAD

(Continuación)

Es conocer mal las condiciones mismas de la vida, imaginarse que el progreso, la marcha evolutiva y por etapas hacia un porvenir mejor pudiera cambiar de manera radical y á nuestro antojo, la obra realizada por los siglos, enmendar el rumbo, desviar las corrientes caudalosas de males ó bienes que tienen sus orígenes en el medio mismo y nuestra propia constitución fisiológica.

Si la vida humana estuviera sujeta á un número determinado de males debidos á causas diversas, extrañas á nuestra organización y á nuestro medio, haciendo desaparecer esas causas generadoras, sus efectos se anularían también, el número de enfermedades iría disminuyendo sin cesar; el progreso sería así continuo, lento, pero sin retroceso posible. Pero si estos males se generan en la tierra y nacen como producto de la vida, su desaparición total y la esperanza en el advenimiento del absoluto bien, solo podría fundarse en el cambio completo del medio y del ser. I si esta esperanza utópica ó por sus quiméricas lejanas y fatales circunstancias no puede ser alcanzado por el esfuerzo humano; no por eso el hombre deja que los males se desarrollen y crezcan; muy lejos de ello, enfrentándose, airado los rechaza y los domina.

Las enfermedades de ayer no son las enfermedades hoy, el sabio, luchando con todas sus fuerzas, alcanza éxitos mayores ó menores, y muchas de ellas, que fueron flajelos devastadores, solo viven en las páginas negras de la historia, que nos cuenta sus daños. La lepra, la peste, el Fuego de San Antonio, las epidemias gangrenosas de la edad media, la viruela misma, pertenecen al grupo de los males muertos.

Las grandes enfermedades actuales: la tuberculosis, la sífilis, el cólera, las fiebres eruptivas, se encuentran casi confinadas.

Los portentosos triunfos obtenidos desde la época de Pasteur, los secretos que en mayor número, cada día, se arrancan á la

biología, la batalla que sostienen médicos é higienistas, conquista, palmo á palmo, mayor terreno en los campos de la ciencia y del bien.

Tal vez no esté lejana la jornada del supremo esfuerzo que domine las grandes enfermedades de hoy.

Con esperanza y convencida fé, debemos contribuir todos á la realización del triunfo. No hay esfuerzo despreciable, por pequeño que sea. A la luz actual de los conocimientos científicos es necesario que avancemos.

II

En el momento presente, es la sífilis, enfermedad sobre las que se polarizan las esforzadas investigaciones de los sabios y se arma colectiva defensa de médicos é higienistas. El mundo científico se mueve, queriendo detener las invasiones de la peste blanca, que, á merced de su virulencia no extinguida y á la sombra de una organización social viciosa, vive haciendo innúmeros daños al individuo y á la especie.

En el cuarto congreso científico reunido en Santiago de Chile, en diciembre de 1908, primero Pan-Americano, en la sección de Ciencias Médicas é Higiene, el doctor Emilio R. Coni, presenta un trabajo titulado "Frecuencia y Profilaxis de las enfermedades venereas en la América Latina" y en él se expresa así: "El problema de la protección social contra las enfermedades venereas preocupa en estos momentos á las naciones más cultas del mundo, que han visto sobre todo en la sífilis un peligro para el individuo, por los males que origina á los pacientes; con peligro colectivo por los males que causa á las familias; un peligro social, en suma, por las consecuencias hereditarias que acarrea, particularmente por la espantosa mortalidad con que ataca á los niños y la degeneración que puede imprimir á la especie.

"De los tres grandes flajelos que azotan á la humanidad, el alcoholismo, la tuberculósis y la sífilis, solamente esta última no había sido objeto de una cruzada bien dirigida y sistemáticamente organizada en el sentido de una lucha internacional, que contra los dos primeros flajelos ha empeñado desde hace unos años la Europa y las naciones del Nuevo continente".

La comisión organizadora del Congreso encomendó al delegado argentino la preparación del tema antes citado, y al dar cuenta á la Corporación de la labor ejecutada transcribe, en su trabajo, un párrafo de la carta conque el distinguido profesional doctor Eyzaguirre contestaba al pedido de datos, acerca de lo que la labor higiénica había realizado, al respecto, entre nosotros; y en ese párrafo el doctor Eyzaguirre, dice: ajustándose honradamente á la verdad y seguramente con el rubor que causa la confesión de un pecado, que entre nosotros nada se ha hecho para conjurar el peligro social del mal venéreo.

Felizmente, para nuestra disculpa, que no atenúa la falta ni aminora el daño, nuestras vecinas repúblicas se encuentran, en poco más ó menos, iguales condiciones de insipiente higiénica; pero esta consideración, no excusa á los poderes públicos, ni exi-

me á nuestros hombres dirigentes al dejar en permanente estado de abandono é ignorante decidía á nuestro pueblo que se encuentra, por su pobre organización social, necesitado de luces, y protección.

Nuestros gobiernos, de los últimos lustros, inspirados en conceptos científicos que les honran y tomando consejo, en sus decisiones, de los hombres de sano juicio y elevada cultura, han comprendido y penetrádose bien de lo que significa y vale la salud del pueblo en la vida de la nación.

La creación de la Dirección de Salubridad en el Ministerio de Fomento, ha respondido á necesidades bien estimadas y sentidas; su labor se ha traducido ya en campañas higienicas que sería obvio enumerar. Hoy, el establecimiento en nuestro primer puerto marítimo de un dispensario venereológico inicia la lucha contra las enfermedades de este género.

Nosotros, convencidos, del concepto elemental, de que es indispensable medir el mal para poder actuar con medidas apropiadas, en relación con su extensión, intensidad y forma, aplicando el remedio en mérito de sus causales y direcciones, emprendemos éste trabajo con el que solo anelamos colaborar en la labor fecunda y bienhechora emprendida en momento afortunado de sana inspiración.

Con qué frecuencia se presenta la sífilis en Lima? Es decir, cuál es su morbilidad, tomando por tal, no el número de infectados en un momento dado; sino el número de nuevos enfermos en cada año y cuál es la mortalidad que produce?

Nuestras investigaciones practicadas con este fin, nos han revelado guarisnos que seguidamente exponaremos; pero ahora como después de hacerlo, nos creemos obligados á explicar, sucintamente, el valor que en nuestro concepto representa la relatividad de sus demostraciones, los errores que pueden encerrar, la fé científica que merecen, condiciones todas que presisa tener presentes para, con justa medida y en lugar oportuno, hacer intervenir el recto criterio, desbaratando ó componiendo, á medida de los juicios científicos apoyados en la lógica, la obra muerta, y entre nosotros mal armada, de los guarisnos estadísticos.

Desde luego, cabrían dos observaciones justas, á la exactitud de los datos y cifras conque contamos para responder á la cuestión planteada ¿qué morbosidad presenta la sífilis en Lima? Primera.—Nuestras investigaciones, que sólo se verifican en el medio nosocomial, mal pueden dar una idea exacta, apoyada en los números, de la extensión infectante de la sífilis, siendo así, que la plutocracia y el numeroso grupo burocrático, no buscan los hospitales, y es en ellos, seguramente, aquí como en todas partes, que la sífilis se encuentra mejor y más justante relacionada. Segunda.—Convencidos nuestros médicos é internos de los hospitales de la inutilidad de la precisión diagnóstica para los fines estadísticos, no se ocupan, con la dedicación debida, de fijar en las papeletas de los enfermos el diagnóstico que, in mente, hicieron para el tratamiento terapéutico adecuado. En la estadística no aparecen, pues, todos los que son ni son todos los que están.

Pero estas dos valiosas objeciones que, razonadamente, podrían formularse, quizás puedan tener alguna atenuación, en su fuerza destructiva de los guarismos encontrados, si con ellos, no nos obstinamos en responder, de manera global, á la cuestión propuesta; si no qué, adaptándolos á las interpretaciones científicas relativas, juzgamos mesuradamente sus alcances.

A la primera objeción, la de más alto tono, podríamos responder que, efectivamente, gran número de la población, tal vez las dos terceras partes de los 58983 blancos, cifra que arrojó el último censo, escapan al cálculo numérico, pero como aquí pecaríamos por defecto, juzgamos que este error involuntario constituye, en estas materias, pecado venial de fácil remisión. Y si, por otra parte, consideramos que la cifra hallada nos dice especialmente de la intensidad morbífica de la lúes específica en la colectividad del proletariado, en la agrupación social pobre y desvalida, aquella que sin las luces de la instrucción ni el apoyo del dinero sufre paciente los males, por ignorancia ó ausencia de recursos; sostenemos, entonces, que este guarismo, por la utilidad de conocerlos, no amengua en nada el valor de su expresión.

A la segunda objeción, que encierra algo de verdad, podríamos responder: que el error cometido por la falta de precisión diagnóstica es pequeño; que en él se incurre, sobre todo, en referencia á la exactitud del diagnóstico, relativo á la modalidad de la entidad patológica, y no en cuanto á la entidad misma, y que tratándose de sífilis por ejemplo, no hallamos en las estadísticas la consiguación de sus expresiones polimorfas, sus grados y etapas,—por lo que nos encontramos en el caso de no poder juzgar de sus modalidades clínicas más frecuentes—pero el diagnóstico sífilis, si se apunta y si existe equívoco es en el número absoluto, del coeficiente.

El doctor Manuel A. Muñiz en su tesis para el doctorado "Reglamentación de la prostitución", presentada á esta Facultad el año 1887, dedica algunos párrafos á la infección sífilítica en el Perú, expresándose así: "La sífilis está más esparcida en el Perú, de lo que á primera vista se pudiera creer. Muchos factores han influido en esto, si bien es cierto, que su desarrollo, es relativamente, menor que en otros países, aunque no deja de revestirse de un carácter especial bajo la peligrosa influencia de las alturas."

"Respecto á Lima y el Callao poco cuesta demostrarlo. El aumento creciente de la afección venérea y sífilítica es un hecho que todos palpamos."

"Cuántas enfermedades de diagnóstico difícil ó dudoso, en que parece eliminado todo origen específico, no dependen sino de él." "Muchos otros hechos en apariencia sencilla también lo demuestran, la mortalidad infantil, la despoblación, el raquitismo de la generación que se levanta, etc."

¿Pero estas afirmaciones, seguramente honradas y probablemente ciertas, qué fundamento de evidencia científica tenían? El doctor Muñiz no aporta ningún otro dato que la expuesto, en apoyo de ellas; tienen simplemente el valor que la honradez, la sana intención, la altura intelectual y moral, y la mayor ó menor observación profesional pueden prestarles como base cierta,

ó el valor de la autorización científica de la persona que las expone y sostiene.

Antes y después del doctor Muñiz, muchos otros han repetido lo mismo, se dice y se afirma hoy. ¿Pero donde está la prueba objetiva, el valor matemático; quien ha investigado el guarismo, siquiera aproximativo ó lejano, que exprese, con la verídica sencillez indiscutible de los números, la exacta ó probable cantidad reveladora del mal que, enfáticamente, se dice ser terrible y devastador? Creemos que nunca se ha entrado en el enmarañado bosque que encierra la cifra acusadora; juzgamos que ella, no podrá decirnos, con exactitud, la extensión y límites que la afección sifilítica alcanza entre nosotros; pero sí estamos seguros, que la investigación de esa cifra nos descubrirá algunos puntos oscuros, y la apreciación lejana, y nos dará asidero para más sólidos y redondos juicios, que, aunque relativos y objetables siempre, por no tener el apoyo de estadísticas impecables y la autoridad del criterio maduro, ni la fuerza impositiva de la sólida y robusta cultura científica, no por eso dejará nuestra labor de llevar, mayor energía de afirmación en lo discutido hasta hoy; porqué pensamos que solo entrando por la vía de la observación objetiva, se puede formular juicios ó plantear conclusiones positivas.

Así pensando hemos emprendido la marcha por el sendero que llevamos.

Para los fines de este capítulo — morbosidad y mortalidad por sífilis — hemos tomado el material necesario, de los libros de estadística de los hospitales, correspondientes á los seis años corridos de 1905 á 1910 inclusive. Los guarismos que presentamos, referentes á este período, han sido formados, pues, tomando los datos individuales de su fuente original. Desde el año 1892 al 1904 las observaciones numéricas con que contamos han sido extractadas de los cuadros estadísticos que figuran en las memorias de Beneficencia. Estamos habilitados, en suma, con los elementos informativos correspondientes á diez y nueve años transcurridos de 1892 á 1910; con ellos hemos compuesto el cuadro N.º 1 que en seguida analizaremos.

Únicamente en los hospitales "2 de Mayo" y "Santa Ana": por que, puede decirse, que son los únicos establecimientos de su género, en los que la población es diaria y continuamente movable.

El hospital "San Bartolomé" donde se aloja, exclusivamente la guarnición militar enferma, no ha sido tenido en consideración, por el hecho de su población especial, sujeta á determinados hábitos y costumbres que son factores que intervienen poderosamente en el contagio individual y propagación de la sífilis. Los valiosos datos que el señor Olivencia presentó á esta Facultad en su tesis para el bachillerato, titulada "Las enfermedades venéreas en el ejército del Perú", han sido, en parte, tomados por nosotros para consideraciones de orden diverso, que después exponaremos, extrañas al tema de éste capítulo, relativo á la morbosidad y mortalidad sifilíticas en la población civil.

Los demás centros de hospitalización, por su población estable, no se prestan, en forma alguna, al estudio de la morbosidad,

en el concepto que hemos expresado, de número de atacados por año.

Todas las cifras referentes á la mortalidad han sido recogidas de las estadísticas de la Beneficencia.

Analicemos el cuadro N.º 1. Está formado así: Separadas las observaciones referentes á los varones y á las mujeres, comprende, para cada grupo diez y nueve años de observaciones, anotándose cronológicamente la población de hospitalizados, total de sífilíticos, mortalidad por sífilis y coeficientes respectivos; el de morbosidad, en referencia con la existencia total de enfermos, relativo á 1000; el de mortalidad específica relativo á 100.

La más ligera y superficial inspección que se haga de ese cuadro, acusa tal desarmonía en la cifras globales, expresadoras del número de enfermos sífilíticos que por años ingresan á nuestros hospitales; diferencias tan marcadas y profundas en los índices de morbosidad y mortalidad, desconcierto tan en relieve en la apreciación de su conjunto, que, evidentemente, produciría extraña impresión, haciendo su crítica severa, á quien quisiera, por su simple estudio, formarse un concepto ó formular juicio acerca de la evolución patológica que, entre nosotros, verifica la enfermedad de Fournier.

Sale como de relieve, al ver el cuadro N.º 1, las distancias cuantitvas que separan los guarismos, aún más próximos, que expresan las variaciones que, en años inmediatos y consecutivos, ha sufrido el proceso de morbosidad sífilítica.

(Continuará)

CONGRESO DE CIRUJIA DE PARIS

Tratamiento de la peritonitis aguda.—*Resumen de las comunicaciones de los Drs. Hartmann de París y Temóin, de Bourges por el Dr. Victor Pauchet.*

La peritonitis aguda es la infección del peritoneo. Puede ser *enquistada*, es decir limitada por adherencias, determina entonces un absceso que basta incidir; ó al contrario, *difusa libre*, es decir sin limitación y con tendencia á generalizarse. Esta última es la que nos interesa.

Causas y formas de la peritonitis.— Es producida por microbios cuyas toxinas dan á la enfermedad un caracter de gravedad mayor ó menor según su virulencia y la resistencia del paciente.

a) — *En la forma clásica*, El peritoneo se defiende ayudado por sus elementos fagocitarios; los leucocitos pululan; es así que se forma el pus. Exudados se producen para formar barreras á la invasión. Recubren el intestino de una costra que se opone á la absorción de las toxinas. Esta forma determina con frecuencia la muerte en una semana por término medio (de cuatro á ocho días), la curación sobreviene cuando se circunscribe la enfermedad en una zona estrecha.

En la forma *hiperséptica*, la serosa reacciona mal. La virulencia de los microbios es excesiva, el pus no tiene tiempo de formarse; el enfermo sucumbe en 24 horas (12 á 48 horas) con los síntomas de envenenamiento general brusco. Estos casos se confunden á veces con las muertes rápidas que determina el cloroformo ó el shock.

Los microorganismos penetran en el peritoneo por una herida abdominal, por una intervención quirúrgica ó por la abertura espontánea de una viscera: apéndice, intestino, vesícula, estómago, etc.

Las distintas porciones del peritoneo reaccionan diferentemente enfrente de la infección. La cavidad puede ser dividida en tres regiones según la importancia de los vasos:

- a) La *región diafragmática*, de reabsorción muy rápida;
- b) La *región pelviana*, de reabsorción lenta;
- c) La *región mesentérica*, cuya potencia de reabsorción es intermedia á las dos precedentes.

Patogenia.— No hay relación alguna entre las variedades microbianas y las formas clínicas de la peritonitis. Diversos microorganismos pueden encontrarse: estafilococos, estreptococos, colibacilos, anaerobios, diplococos, etc.

Las peritonitis de estafilococos y diplococos son de gravedad extrema; las producidas por el colibacilo son mucho menos graves.

TRATAMIENTO PROFILACTICO.— Consiste en evitar la peritonitis antes que se haya declarado.

a) *Peritonitis post operatoria.*— La observación de una asepsia rigurosa, el empleo de guantes, la reducción de las maniobras abdominales disminuyen las probabilidades de infección. Cuando la operación es practicada por lesiones sépticas (ruptura del estómago, del intestino, de una bolsa de pus en el vientre, etc.) puede ser útil aumentar la defensa del peritoneo. La inyección de aceite alcanforado al 1 % en el abdomen (100 á 300 gramos) después de la intervención tiene por resultado embolizar los vasos linfáticos é impedir la reabsorción de las toxinas, al mismo tiempo el alcanfor estimula el corazón, é incita el intestino é impide la paresia intestinal. Doyen por la misma razón inyecta micolisina á la dosis de 20 centímetros cúbicos después de las intervenciones susceptibles de provocar una peritonitis.

b) *Apendicitis.*— El mejor medio de evitar la peritonitis apendicular es operar toda apendicitis aguda desde que el diagnóstico queda planteado. Inmediatamente que el médico constata fiebre, dolor iliaco y defensa muscular debe llamar al cirujano con tanta urgencia como para una hernia estrangulada. Los operadores que se deciden únicamente por el estado del pulso y la temperatura, por la presión de la cara, la leucocitosis, etc., corren riesgo de tener sorpresas desagradables. Debe operarse lo *más pronto posible*; el enfermo puede ser trasportado de un lugar á otro, pero en la *posición semi-sentado*. La intervención da muy buenos resultados.

c) *Fiebre tifoidea.*— La gran dificultad aquí es el diagnóstico de la perforación; se basa sobre el dolor súbito y la defensa muscular. La intervención debe ser rápida.

d) *Úlcera del estómago y del duodeno.*— Cuando la operación se hace en las dos primeras horas, la curación es la regla tanto más que el contenido del estómago y del duodeno es poco séptico.

e) *Herida y contusión del abdómen.*— Desde que una herida ó una contusión es susceptible de poder producir una ruptura ó una sección del tubo digestivo, la laparatomía se impone inmediata sin pérdida de tiempo. Es en casos semejantes que el aceite alcanforado vertido en el peritoneo despues de una intervención puede ser útil.

Tratamiento médico.— Cuando la peritonitis está declarada, la intervención es menos eficaz; sin embargo, debe tentarse; en ciertas formas es permitido ser pasivo y recurrir al tratamiento médico, por ejemplo, las peritonitis localizadas debidas á una colecistitis se terminan lo más á menudo por la curación. Sucede lo mismo con las peritonitis pelvianas consecutivas á anexitis. En estas condiciones, la estación semisentada, el lavado del estómago, las compresas calientes sobre el vientre las cataplasmas eléctricas, las inyecciones subcutáneas de hormonal que despiertan la contractilidad intestinal estan perfectamente indicadas. Pero en todos los otros casos es necesario operar, à ménos que el operador no se halle al frente de una peritonitis ultraséptica. En estas formas de septicemia peritoneal el paciente presenta una facies grisacea, cianótica, el pulso es rapidísimo y sin presión, los vómitos incesantes, la inteligencia oscurecida: es necesario en estos casos abstenerse de intervenir.

Tratamiento quirúrgico.— El objeto del cirujano debe ser suprimir la causa de la peritonitis; es pues necesario hacer un diagnóstico preciso, pues la noción de asiento de la lesión permite al operador ir directamente al objeto con el bisturí y reducir considerablemente sus maniobras; gracias á un buen diagnóstico la operación es muy rápida y no provoca shock

Antes de la intervención, es necesario inyectar algunos gramos de aceite alcanforado bajo la piel, agua salada en las venas y lavar el estómago. La piel es desinfectada á la tintura de yodo. El enfermo es trasportado en la posición semi-sentada, posición que debe ocupar desde el principio de los accidentes abdominales. La anestesia podrá ser local ó general. El eter de preferencia al cloroformo.

La incisión será practicada en un punto que variará con el asiento de la lesión; el cirujano tendrá entonces por objeto:

1º. suprimir la causa:

2º. evacuar el contenido peritoneal.

Suprimirá la causa:

a) Quitará el apéndice perforado. Suturará la úlcera perforada del estómago del duodeno ó del intestino. Muy á menudo será necesario consolidar la sutura ingertando el epiplon en su superficie por algunos puntos separados; la vesícula biliar perforada será extirpada.

b) Evacuara el contenido peritoneal; es inútil pensar en limpiar todo el peritoneo; esto es imposible conseguirlo por sus numerosos repliegues; es necesario conformarse con limpiar el foco vecino de la región en la cual se ha intervenido.

Debe hacerse un lavado? Si; cuando hay residuos alimenticios ó detritus de tejidos esfacelados que deben formar cuerpos extraños, en caso contrario el lavado es nocivo por que prolonga la operación y requiere manipulaciones. Es tambien inútil frotar las asas intestinales con una compresa; es necesario respetar las costras que recubren el intestino por que defienden la serosa. El aseo peritoneal