

LA CRONICA MEDICA

AÑO XXX.—

LIMA, ENERO 31 DE 1913

CLINICA MEDICA DE VARONES

HOSPITAL DOS DE MAYO

Via. LECCIÓN DEL PROFESOR DOCTOR ERNESTO ODRIOZOLA

(19 de Junio de 1911)

SI uno no tuviera la curiosidad de examinar detalladamente al enfermo de que hoy nos vamos á ocupar, podría creer que la única lesión ostensible es la que presenta en la cara y que está á la vista de todos. Sin embargo ustedes recuerdan que en el examen que juntos practicamos el miércoles pasado, sorprendimos hechos y fenómenos de la mas alta importancia, tanto que la aparente simplicidad de su dolencia, adquiere un nuevo aspecto y se convierte en un problema clínico interesante y complejo.

El enfermo es de 21 años de edad, zapatero de oficio, natural del Cerro de Pasco; ingresó al servicio el 13 del presente mes y ocupa la cama No. 22.

Sus padres viven y son sanos; lo son igualmente los tres hermanos que tiene.

En lo que respecta á su pasado patológico, sólo refiere haber sufrido de paludismo y de fiebres cuya naturaleza no sabe precisar.

Hacen tres meses contrajo un chancro *duro*, sin haber presentado hasta la fecha manifestación alguna cutánea ó mucosa ó si las ha habido ya, han pasado inadvertidas para el enfermo.

El domingo 4 del presente mes y sin haber bebido una sola gota de licor, contrariando sus habituales costumbres, que el enfermo confiesa paladinamente, se hallaba en una habitación cuya temperatura era bastante elevada por su alumbrado con una lámpara de petróleo. Estaba transpirando, cuando se vió obligado á salir á la calle. Regresó sin experimentar molestia alguna; pero, antes de acostarse, al encender un cigarillo y expulsar el humo y la saliva, notó algo anómalo: que estos se escapaban facilmente por un solo lado de la boca. Fué el primer momento en que se dió cuenta de la novedad que le ocurría.

Fácil es, señores, advertir que este hombre tiene una *parálisis facial* del lado izquierdo. Tanto el ramo *superior* como el *inferior* de este nervio, están comprometidos. Los pliegues de ese lado, sobre todo los de la frente, están casi borrados; la comisura labial izquierda está ligeramente caída; el párpado de ese lado se cierra, de una manera incompleta de suerte que queda una estrecha zona entreabierta que permite ver el blanco del ojo.

Cuando el enfermo sopla, el aire se escapa fácilmente por el canto izquierdo de la boca. Al mismo tiempo se descubre una *lijera insensibilidad* de ese mismo lado, en la triple manifestación táctil



dolorosa y térmica. No hay trastornos visuales ni existe tampoco el signo de Argill—Robertson.

El examen de su orina y de su sangre nada nos ha enseñado; sus demás órganos y aparatos están ilesos, salvo aquel de que pronto nos ocuparemos.

Por lo que ustedes acaban de escuchar, y teniendo en cuenta el mecanismo como esta *parálisis* se ha producido, inclinado estaría uno á suponer que ella es una de las tantas llamadas á *frigore*. Ello puede ser cierto, pero no podemos á *priori*, invocar esa causa, sin volver la cara á hechos y fenómenos tangibles, cuya importancia y tendeneias no deben desconocerse.

En efecto, ya saben ustedes, que este enfermo contrajo, hacen tres meses, un chancro *infectante*. La lesión inicial ya cicatrizada como ustedes pudieron comprobarlo, se implantó en el borde superior del surco balano-prepucial, y allí se conserva todavía esa *dureza* especial, *cartilaginosa*, ó de *tarjeta de visita*, como la denomina *Fournier*, que caracteriza su índole *específica*.

En la ingle izquierda se toca un *voluminoso* ganglio solitario, bastante duro y aislado; otro igual, aunque mucho mas pequeño, se descubre en la derecha y otros mas pequeños todavía, pero de idénticos caracteres, se notan en ambos lados del cuello, detrás de los esterno-mastoides. Esta descripción corresponde, como ustedes ven, á una infección *sifilitica* que está dando sus primeros pasos y todo por el momento se reduce á lo que viene dicho. La más prolija investigación de la piel, de las mucosas, del cuero cabelludo, no manifiesta la más leve alteración ni el mas pequeño signo de generalización cutáneo-mucosa. No hay *roseola*, apesar de encontrarnos á 90 días de la lesión inicial, que como ustedes saben aparece habitualmente á los 45. ¿Querría esto decir que ella no ha existido? De ninguna manera, porque hay erupciones *roseólicas fugaces* de tinte *muy poco apreciable*, de los que el enfermo no se dá cuenta y hasta podría suponerse al contrario, que estamos en el caso de una *roseola anormalmente retardada*. Talvez si la absoluta ausencia de alteraciones, de otro orden que las ya mencionadas, favorezcan esta última interpretación, tanto mas cuanto que la participación ganglionar en el proceso, demuestra una activa defensa que perturba la generalización del germen y que explicaría, por consiguiente, el perfecto silencio del periodo por el que atraviesa. Pero hoy más todavía, cuando se ausculta el corazón de este hombre, se descubre un *soplo sistólico* muy claro, cuyo máximo de intensidad radica á la *derecha del esternón*, á la altura del cuarto espacio intercostal, y que se escucha bien á todo lo largo del borde del ya indicado hueso. Ningún trastorno funcional ha existido ni existe que pudiera delatar una lesión cardíaca, pero sin embargo tenemos que convenir en que ella existe y que ella interesa el origen de la *aorta*. La localización de ese soplo así nos lo demuestra, así como su irradiación á lo largo de ese hueso. Por lo demás, ningún fenómeno físico de otro orden se descubre por el examen de la región: no hay *thrill*, no hay macidez, no hay pulsación manifiesta del hueco supra-esternal ni tampoco se notan en las arterias del cuello. Dos problemas entraña la existencia de ese soplo: 1º ¿que clase de lesión es? y 2º. es reciente ó es antigua? Debemos declarar que la interpretación de estos dos puntos es muy

oscura, por decir lo menos. El tiempo en que el soplo se realiza podría hacer creer que se trata de una *estrechez* aórtica. Semejante opinión es posible, apesar de que en la práctica no se vé la verdadera estrechez del origen de ese vaso sino en muy raros casos y como resultado de la *aglutinación* de los válvulas sigmoideas en los procesos *endocardíticos* de origen *reumático*. En el enfermo que estudiamos, los antecedentes de semejante enfermedad brillan por su ausencia. Pero el soplo sistólico aórtico puede no sólo generarse por el hecho de una aglutinación de los válvulas, sino que también puede resultar de la lesión misma de los *paredes del vaso* que modificando su natural alasticidad, perturba la mecánica normal de la vena líquida, de donde resulta el soplo. Esta última hipótesis en este caso, nos parece más aceptable que la primera, la relativa á la lesión de las válvulas sigmoideas, para la cual faltan los antecedentes comunes de que ya hemos hablado. Podríamos pues convenir, según esta explicación, que las paredes de la aorta, en su origen están maltratadas, quedando siempre pendiente la *naturaleza* de la lesión, punto que se encuentra intimamente vinculado á la edad de la lesión, es decir ¿es esta reciente ó antigua? Para resolver esta cuestión es necesario volver á los antecedentes. Entre ellos sólo hay un posible factor capaz de engendrar lesiones en la aorta, es el *alcoholismo* que figura en su historia como un antecedente perfectamente evidenciado.

No podemos en efecto desestimar la acción degeneradora de este tóxico y la influencia que el ejerce en la integridad de las arterias; pero, estando ya de por medio la ingerencia de una nueva causa, altamente perturbadora para el sistema arterial, la *sífilis*, cabe la oportunidad de preguntarse si ella no tendrá parte en la *lesión aórtica* que hemos descubierto. Sin negar categóricamente la posibilidad de semejante intervención, debemos ponerla en duda, porque muy raro sería que una sífilis que hasta la fecha *no ha tenido manifestaciones secundarias*, se hubiera infiltrado silenciosamente y herido la aorta, tanto más cuanto que la poliadenitis *específica* ya comprobada, es una buena prueba para suponer que se está realizando en su organismo una enérgica labor defensiva que obstruye la diseminación del germen y que protege la integridad de las vísceras. De manera pues, que *no es aceptable en la actualidad* la identidad sífilítica del proceso aórtico. Pero es evidente que si hoy esta conjetura carece de todo apoyo clínico, más tarde debemos temer que la sífilis, sea por un descuido en la constancia del régimen, sea por la resistencia del germen, sea en fin por otras causas ajenas al individuo, logre localizar su actividad en ese vaso y entonces habrá una lesión de *origen híbrido*, cuyas consecuencias no son difíciles de preveer.

De todo lo dicho, se deduce que la *lesión aórtica*, de nuestro sujeto, con todas probabilidades *no es hoy* sífilítica, que sus causas pueden ser múltiples y entre ellas merece figurar el *alcoholismo*, como la única actualmente tangible.

Lo que decimos de la lesión aórtica, podemos también aplicarlo á la *parálisis facial*.

Es indudable que la sífilis, *desde su periodo secundario*, puede interesar el sistema nervioso y ocasionar *parálisis*, pero en el pre-

sente caso, volvemos á repetir lo que ya sabemos, que la nulidad de fenómenos secundarios, dá poca consistencia á esa idea.

Tenemos pues que convenir en que esta parálisis, es una de las tantas tituladas *afrigore*, en un individuo que ha contraído recientemente una *infección sifilítica*.

Ya ven ustedes pues, que apesar de las coexistencias lesionales y de la oscura etiología de alguna de ellos, no es imposible llegar á deslindar lo que á cada uno de ellos se refiere, en punto á su naturaleza, colocándonos dentro del campo de las mayores probabilidades.

¿Cual es ahora el pronóstico que corresponde á este enfermo?

Fácil es comprender, que la compleja situación morbosa de este hombre, exige explicaciones.

La *parálisis facial*, no es muy acentuada y las reacciones electricas nos dirán con muy aproximada exactitud, lo que ella vá á durar.

La *lesión aórtica*, tiene el porvenir incierto de la aparición de la sífilis y por consiguiente del refuerzo de las alteraciones que hoy existen.

Por último, la infección sifilítica misma, tiene hoy en favor del enfermo, la enérgica resistencia que está realizando su organismo; pero sobre ella no podemos ni debemos confiar por las razones ya expresadas. En suma, el *pronóstico general* de este enfermo, es *muy reservado* y queda el campo abierto á infinitos contingencias, emanadas no sólo de su infección sino también del bien conocido *genero* de vida de todas estas gentes.

El tratamiento demanda como consecuencia, una variada intervención, de conformidad con los múltiples lesiones anotadas.

Desde luego debe establecerse un tratamiento *antisifilítico* activo y metódico.

En seguida debemos atender á la parálisis facial por medio de la electroterapia.

Por último debemos atacar la *aortitis* por el régimen alimenticio bien establecido (suspensión de los alimentos productores de toxinas), por la absoluta prohibición del *alcohol* y por la administración sistemática y á pequeñas dosis de las preparaciones *yodadas*.

Desgraciadamente, atenciones tan complejas sólo pueden cumplirse mientras el enfermo permanece en el hospital; salido de él, volverá sobre sus pasos, olvidando toda precaución, y entonces esperará la aparición de nuevos accidentes, para ingresar nuevamente y combatirlos. De manera que este enfermo que cuidadosamente atendido podría hasta curar, estará condenado indefectiblemente á ver progresar las dolencias que lleva á cuestas, con peligro de su vida, por eso hemos insistido en el pronóstico que á el se refiere.



CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS DISPEPSIAS

EXISTEN en algunas enfermedades síntomas tan predominantes que por su naturaleza son considerados como entidades morbosas; siendo en tal virtud su tratamiento ineficaz, por cuanto se ataca tan solo al síntoma y no á la verdadera causa, que inco-lume tiene fatalmente que manifestar sus mismos afectos, como sucedería si quisiéramos destruir una planta, derribándole las hojas, la que continuaría en su desarrollo por cuanto la raíz había sido res-petada. Igual cosa sucede en Medicina, cuando las enfermedades no son combatidas en sus causales entonces el cortejo de síntomas que les pertenecen tienen que persistir y, por consiguiente, el organismo ser agotado, ya por incuria de la enfermedad en sí ó por el exagerado uso del tratamiento sintomático. Es pues de vital importancia estudiar cuidadosamente las causas que determinan la presencia de síntomas serios y penosos, para dirigir con seguridad el trata-miento conveniente.

Estas consideraciones, hanme sido sugeridas por tres hechos netamente clínicos que merecen darse á conocer:

1º Un amigo en cierta ocasión me refirió que a consecuencia de unas fiebres que tuvo en una hacienda, fueron debilitándose sus piernas al punto de no poderse ya sostener, por lo que resolvió me-dicinarse seriamente y en tal virtud se sometió por algún tiempo á tratamientos adecuados, pero sin alcanzar ninguna mejoría, lo que determinó al Dr. N. N., que fué el último que lo asistió, á apli-carle algunas inyecciones de quinina, siguiendo los consejos de nues-tro recordado maestro Dr. Alarco quien decía: «si en todo enfermo se descartara el elemento palúdico muchas víctimas se le arranca-rían á la muerte» y al efecto, poco tiempo después del tratamiento químico, la paraplegia desapareció por completo (lo que pude com-probarlo), probando así que ella había sido determinada por el he-matozoario de Laveran.

El segundo se refiere á un dispéptico que venía sufriendo algún tiempo, sin conseguir alivio, á pesar de su constancia en el tratamiento y del estricto regimen dietético que observaba.

Cuando fui solicitado para atenderlo, me encontré con un en-fermo estenuado física y moralmente. Del interrogatorio que prac-tiqué fui enterado que, desde joven se había dedicado á la agricul-tura y que había sufrido de tersianas, que la dispepsia se le presen-tó después, llegando á hacerse tan mortificante, que se vió obligado á dejar la agricultura y dedicarse al Comercio para así estar en cen-tros donde mejor pudiera atender á su quebrantada salud. Tam-bién me hizo una minuciosa relación de los medicamentos que ha-bía hecho uso; los que en verdad fueron casi todos los que registra la terapéutica para combatir esta penosa dolencia, por lo que me ví perplejo, para someterlo á los recursos de un nuevo régimen, pe-ro recordando el caso anteriormente relatado, y á guisa de novedad, le instituí un régimen químico por vía hipodérmica sin descuidar el tratamiento local; observando con gran satisfacción á los dos me-ses, una ligera mejoría en el enfermo, la que después se fué acen-tuando de manera tan notable que mi dispéptico era otro por su as-

pecto y caracter, hasta el punto de permitirse hacer los honores á una suculenta mesa, como el decía, sin experimentar ya ningún trastorno digestivo, lo que con justicia me hizo comprender que en este curioso caso clínico se trataba de una dispepsia de origen palúdico.

El otro caso es el de una Sra. á quien atendí de modo ocasional, pues, fuí solicitado para asistir á su padre, quien sufría de reumatismo crónico, dicha Sra. tenía constantemente malas digestiones constituyendo para ella, un verdadero, tormento las horas de las comidas, porque después de ingerir algún alimento por sencillo que fuera experimentaba intensos dolores. Esta Sra. fué por mucho tiempo medicada sin mejorar su estado dispeptico, por lo que resolvió como decía: «conformarse á ser dispéptica toda su vida»; pero como también sufría de manifestaciones reumáticas, la sometí á un régimen antirreumático, asociado al de la dispepsia; logrando mejorar notablemente los trastornos dispépticos los que desaparecieron del todo poco tiempo después; se trataba, pues, en este caso de una dispepsia de origen reumático.

Como se ve por estos casos que confirman el aforismo latino *sublata causa tollitur effectus* (desaparecida la causa desaparece el efecto) hácese indispensable estudiar la verdadera causa que determina algún trastorno serio en la economía.

Entre estos trastornos el mas general y que constituye síntoma muy común en algunas enfermedades es la dispepsia, por eso la trataremos de un modo especial, pues se presenta como origen además de los mencionados; tuberculoso, neurástenico, histerico, alcohólico, sífilítico etc. (Juzgo hoy qué la sífilis, extiende abrumadoramente su radio de acción, que si fueran tratadas muchas dispépsias, como de tal origen, los dispépticos disminuirían.)

Combatida toda dispepsia en su enfermedad causal, debe ser tratada también en si misma á fin de que no quede tan penosa reliquia; sin embargo, cuando la enfermedad determinante no sea de fácil diagnostico y la dispepsia se manifieste rebelde á todo tratamiento, las sospechas deben recaer sobre la úlcera ó el cancer.

Para estudiar mejor la naturaleza de la penosa afección que nos ocupa, es conveniente recordar algunos detalles fisiológicos.

El estómago al que puede considerarse como la despensa de los intestinos, es un órgano musculoso dotado de pequeñas glándulas diseminadas en el interior de sus paredes. Los músculos le imprimen movimientos que pueden alterarse en su regularidad y energía, lo que dificulta la digestión, dispepsia que por su forma puede ser llamada mecánica. Las glándulas segregan las sustancias que intervienen directamente en la digestión, estas sustancias pueden alterarse en su cantidad y calidad, lo que produce la dispepsia que podría ser llamada química.

El estómago además del jugo gástrico, contiene, gases que ó bien son introducidos con la saliva y alimentos ó son provenientes de las fermentaciones anormales y son el H, O, Az, CO_2 , H_2S y también el CH_4 , cuando estos son abundantes provocan las eructos simples, ácidos olientes (pirosis) de huevos abonados etc. etc. Esta pneumatosis es debida á veces á una secreción gaseosa y puede dar lugar por su intensidad á la debilitación del estómago,

lo que es mas frecuente en las estrecheces del piloro, provocando la dispépsia flatulenta.

El jugo gástrico que es segregado por las glándulas de la gran curvadura está formado por un compuesto ácido, el ácido clorhídrico y por la *pepsina* y la *quimosina* de Payen.

Como este jugo es segregado por la excitación que producen en las glándulas los alimentos, para obtenerlo es necesario ingerir cierta cantidad de ellos, y para su analisis se dá preferencia á la comida de prueba propuesto por Ewald, consistente en 60 gr. de pán blanco y duro y 250 gr. de te ligero sin azúcar; á la hora de haberlo administrado se extrae del estómago el quimo, y en este se determina 1º. la acidez total, para lo que se hace uso de la bureta de Mohr, en esta se coloca una solución de soda caustica, (de la que no debe prepararse sino la cantidad necesaria porque se descompone,) cuya tara de alcalinidad sea de 4 gr. por 1,000 cm³ de agua ó sea 4 mg. por un cm³. que pueden saturar 365 cien milésimos de HCl. que es el ácido en el que se determine la acidez total. En seguida se colocan en una pequeña copa cónica 5 cm.³ del quimo extraído y se le agrega una solución alcohólica de fenoltaleina, que incolora en un medio ácido se tiñe en rosa en un medio alcalino. Como el quimo extraído contiene ácidos, el reactivo indicador permanecerá incoloro; pero una vez que se le haya agregando la solución alcalina, que contiene la bureta, se tornará en rosa. Fácil será entonces determinar la cantidad de H Cl. del quimo que contiene la copa, leyendo en la bureta la cantidad, consumida de solución cáustica.

También se reconoce el H Cl por el reactivo de Gunzbourg, que de incoloro que es, se torna en rojo-vermellon, si se mezclan V gts de dicho reactivo con otras V de jugo gástrico y se calienta la mezcla en una capsula de porcelana.

El reactivo es formado por lo siguiente:

Fluoro glucina— 2 gr.

Vanilina — 1 „

Alcohol absoluto —30 „

Para descubrir el ácido láctico, que es el ácido orgánico que mas frecuentemente se encuentra en el estómago después de la comida de prueba, se sirve del reactivo de Uffelmann, éste se compone de lo siguiente:

Sal acuosa de fenol al 4% — 10 cm³

Agua destilada 20 gr.

Sal de percloruro de fierro concentrado— 1 gt.

(Sólo debe de prepararse para ser empleado) Este reactivo tiene un color amatista, que en presencia del ácido láctico se torna amarillo-naranja ó canario.

Los ácidos butirico y acetico se reconocen por el olor sui generis de cada uno, además el butirico da al reactivo de Uffelmann el aspecto de una emulsión amarillo-rojiza.

Hemos dicho que el jugo, gástrico es segregado por la excitación directa que producen los alimentos en el estómago, pero también es segregado por acción refleja; así se ha comprobado que desde que los alimentos son gustados, el jugo es segregado. La simple vista de ellos, su olor ó el sonido que producen los útiles de mesa determinan igualmente la secreción del jugo gástrica por lo que Pau-

low la ha llamado jugo psíquico; y por ser provocado por los sentidos podría ver llamado también jugo de los sentidos.

La presencia de este jugo contribuye generalmente á la sensación del apetito del que carecen los dispepticos, esta anorexia se presenta de preferencia en las personas nerviosas y en las que abusan del alcohol y del tabaco, existiendo también casos aunque raros en verdad, en que el apetito es exagerado hasta el punto de hacerse el hambre insaciable; estos estados constituyen la bulimia y la polifagia.

También existen perversiones en la sensación del hambre que se conocen con el nombre de panorexia y en la que se distinguen la malecia, que está constituida por el abuso de los excitantes como el ají sal, pimienta, mostaza, vinagre, jugos ácidos etc. y la allotiofagia, que es cuando los enfermos ingieren cuerpos extraños, como tierra, arena, carbón, clavos etc. (esto se presenta en los alienados que engullen á veces sus excrementos).

El abuso del alcohol puede constituir una perversion de la sensación del hambre, cuando para despertar el apetito, se ingieren dosis mas que regulares antes de las comidas; llegando á provocar la dispépsia por destrucción de la mucosa y de las glándulas estomacales; destrucción que en su avance puede comprometer, las paredes de los vasos y dar lugar á esas gastrorragias que á veces presentan los alcohólicos. Como se comprenderá en este estado el estómago é intestinos están perdidos y el dispeptico vá á su inevitable ruina. Si en estas calamitosas condiciones pudieran ser vistos estos estómagos, muy posible sería que el alcoholismo disminuyera su porcentaje, hoy tan abrumador y alarmante, pero desgraciadamente sus conquistas se incrementan no respetando clases, edades, sexo ni condición social, en la que penetra y se arraiga artificialmente.

El abuso del tabaco provoca también la dispépsia, la que se presenta en estas dos formas: ó porque la saliva se arroja al exterior, en cuyo caso se le resta al aparato digestivo un elemento necesario para la digestión, pues sabido es que en la boca los alimentos sufren la primera digestión; trasformándose el almidón en dextrina y azúcar; reconociéndose los primeros por la tintura de yodo que colorea en azul al almidón y en bruno á la dextrina, (el azúcar se reconoce por el licor de Fehling); ó porque la saliva se ingiera, llegando con ella al estómago la nicotina ó el tabaco mismo, cuando es mascado, lo que irrita la mucosa y determina un exceso en el funcionamiento de las glándulas, que degenera en un amortiguamiento después.

Siendo el estómago el órgano destinado á recibir los variados alimentos necesarios é indispensables para mantener en saludable equilibrio los constantes desgastes que sufre la complicada máquina orgánica, hácese preciso el reglamentar los alimentos que han de dar trabajo al estómago enfermo, instituyendo un régimen dietético apropiado; para lo cual se comenzará por reglamentar las horas de las comidas, en los que la masticación debe ser completa para no recargar los labores del estómago é intestinos. Será conveniente tomar en ayunas todos los días medio vaso de los corrientes, de agua. El café con leche y tostadas sin mantequilla, constituye el

mejor desayuno para los dispépticos (el chocolate se digiere mal). Las aguas minerales llamadas de mesa no convienen á los dispépticos por el CO₂ que contienen, que excita la mucosa gástrica. Los condimentos debenser proscritos. Los pescados pueden tomarse, tan sólo los de poca grasa, como el lenguado, los ayanques, peje-reyes etc.

Las conservas deben estar en constante riña con los dispépticos.

Las bebidas alcohólicas, serán suprimidas; así como el té y café concentrados.

Se está generalizando el Kefir que es una leche fermentada, cuyo fermento es una semilla del Cáucaso y un bacilo del género *leptothrix* (dispora caucásica de Kern) y de la levadura (*saccharomyces cerevisiae*.) Su aspecto es del color de la leche, espeso y espumoso. Su sabor es agri-dulce, agradable. Su composición es de ácido láctico, alcohol y materias albuminoideas. Además contiene CO₂.

Entre nosotros es frecuente el uso de la leche vinagre. Ambas son ventajosamente empleadas en la hipopepsia y apoepsia.

Será prudente también observar, un régimen higiénico, como los ejercicios moderados, el cambio de lugar, el dispéptico debe de gozar de tranquilidad, física y moral.

Las labores cotidianas, no deben comenzar sinó dos horas después de las comidas, pues, el trabajo físico é intelectual, sobre todo este último á raíz de ellas, entorpece la digestión.

Las funciones de la piel deben tenerse en buen estado, para lo que se darán baños frecuentes.

Se cuidará del aseo de la boca, pues juntamente que la saliva son introducidas en el estómago las partículas alimenticias que quedan adheridas al sistema dentario en cada comida, por eso es provechoso, el asearse la boca, no sólo al levantarse sino después de tomar los alimentos y con tanta mayor razón que así no sólo se liberta al estómago de sustancias dañinas, sinó que también se protege la buena conservación de la dentadura.

En el régimen terapéutico al par que una indicación apropiada á la enfermedad causal, será tratada convenientemente la dispépsia, según su forma. Así un dispéptico acusa gastralgias que presenta después de las comidas y que adquieren su ajudeza al fin de las digestiones, que tiene regurgitaciones ácidas y ardientes, pirosis, que padece de constipación, que sufre de constantes cefalgias que experimenta alternativas en su carácter, que tiene perturbaciones cardiacas (palpitaciones aritmia) entonces se trata de una hiperpepsia, forma mas frecuente y en la que los dispépticos hacen un uso desmedido del tan popular bicarbonato de soda. Verdad que es un medicamento magnifico, pues determina ipso-facto un bienestar, anonadando el olor y refrenando la hiperclorhidria, pero es necesario reglamentar su administración; así se ha observado que cuando se toma una pequeña dosis antes de las comidas, provoca una excitación gástrica aumentando el HCl, y cuando se le toma en el curso de ellas y después, disminuye la secreción del mismo. Teniendo esto en cuenta se podrá en las hipopepsias y apoepsias, administrar el bicarbonato de soda una hora

antes de las comidas, y en la hiperpepsia en el curso de ellas ó despues.

He tenido ocasión de observar las ventajas, de este procedimiento en cuatro hiperpepsias inveteradas; asociando al bicarbonato de soda como auxiliares el Br. de calcio, Cl de calcio, magnesia calcinada, maltina y polvos de opio. Además les administraba aguas alcalinas, obteniendo halagadores resultados con las excelentes aguas de Yura y Jesús.

En la forma hipopeptica y en la que los pacientes, acusan por lo general amargor de boca, vómitos glerosos, que son tan abundantes en los alcohólicos, abatimiento, modorra, pesades etc. deben administrarse las bebidas aciduladas ya sea con el ácido lactico ó el H Cl. asociado con las pepsinas.

Las aguas alcalinas deben ser suprimidas; haciendo uso tan solo del bicarbonato de soda á pequeñas dosis una hora antes de las comidas.

El kefir y la leche vinagre están bien indicados en esta forma.

En la dispépsia flatulenta, en la que existen eruptos después de la ingestión de los alimentos, pesadez de cabeza, congestión de la cara, distensión del estómago etc., se tomarán laxantes para corregir la habitual constipación y el bicarbonato de soda asociado al Carbon de Belloc. Los amargos serán prescritos un cuarto de hora antes de las comidas; haciendo también uso de la nuez vomica.

El lavado del estómago, es muy conveniente en toda dispépsia porque así se le despoja de los residuos alimenticios y mucus, contenidos en él, y porque con el lavado se extraen las toxinas. Solo está contraindicado su uso en la úlcera, porque podría provocar hemorragias. En el cancer no lo está de manera absoluta, sobre todo si se trata de un cáncer del píloro.

El tratamiento fisioterápico por el masaje y electricidad se ha hecho hoy algo mas que indispensable; constituyendo en la moderna terapéutica de esta penosa afección, el complemento obligado y de manera muy especial, en las dispépsias de origen neurasténico é histérico.

JULIO GUILLERMO ARBULU.

Callao, de 1913.

CRONICA DE LA QUINCENA

El 5o. Congreso Médico Latino-Americano.—A mérito de las gestiones hechas por la Comisión Organizadora del 5º Congreso Médico Latino Americano (6º Pan Americano), iniciadas en vista de las comunicaciones recibidas de las Repúblicas Orientales, indicando las dificultades que se presentaban para la concurrencia de los profesionales médicos de esas naciones en la época fijada para la celebración del Congreso, el Supremo Gobierno ha tenido á bien expedir la suprema resolución de 30 de noviembre último, postergando la reunión de dicho Congreso hasta la segunda semana del mes de noviembre de 1913.

REVISTA DE TESIS

Tratamiento neurolítico de la neuralgia facial esencial.—Tesis que para optar el grado de bachiller presenta á la Facultad de Medicina, Alfredo Hernández.

Después de indicar el autor que la neuralgia facial no es una enfermedad autónoma, sino más bien un síndrome, pasa á estudiar la etiología. En este capítulo divide las neuralgias faciales, en dos grandes grupos nosológicos: las neuralgias faciales secundarias y la neuralgia facial esencial.

En cuanto á las neuralgias faciales secundarias, reúne las causas productoras de la enfermedad en cuatro grupos: Causas predisponentes, causas ocasionales, causas locales, y causas de las neuralgias reflejas ó causas alejadas.

Con respecto á la neuralgia facial esencial estudia la sintomatología, evolución, diagnóstico y tratamiento.

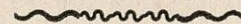
Se ocupa como lo indica el título de su tesis, del tratamiento neurolítico, por medio de inyecciones modificatrices neurolíticas locales. Este método como se sabe tiene por objeto destruir en su mayor parte los troncos, ramas y filetes nerviosos, por medio de un líquido de elección llevado á la profundidad, al contacto mismo del tejido nervioso.

Este método usado por Schlosser de Munich, Oswald Leroy, Bandonón ha sido perfeccionado por Sicard, y esta es la técnica que ha usado el autor con éxito, siempre seguro.

Llega á las siguientes conclusiones:

1º. Toda neuralgia facial esencial que no ha cedido á los medicamentos antineurálgicos ó á los procedimientos fisioterápicos, debe ser sometida al método de las inyecciones neurolíticas que no ofrecen ningún peligro en su técnica y que solo exige un poco de práctica, en cualquiera que trate de emplearlo, sin ninguno de los incidentes operatorios, que á veces son inevitables; pero pasajeros.

2º. Débe preferirse al tratamiento quirúrgico en caso de neuralgia facial esencial, el tratamiento neurolítico que hoy día ha ganado terreno sobre el anterior, tanto por la simplicidad y sencillez, cuanto por que no expone al enfermo á los peligros de una gran operación.



BIBLIOGRAFIA

La stérilisation de la syphilis por el doctor Leredde.—Un vol. en 8º 1.912 con figuras y 3 planchas en colores.—París. A. Maioin, editor.

El libro del Doctor Leredde, es una contribución importante, al debatido problema de la acción terapéutica del Salvarsan.

Comienza indicando todas las enseñanzas necesarias de técnica para las inyecciones del «606» y de la reacción de Wassermann. Discute las dosis y estudia los accidentes que se le atribuyen al medicamento. Preconiza el tratamiento continuado, hasta que la reacción de Wassermann sea negativa, y termina diciendo que el tratamiento

por el Salvarsan permite esterilizar la infección sifilítica, mas rápidamente, mas completamente que el tratamiento mercurial. Bien entendida, agrega, que yo hablo, de tratamientos á dosis suficientes, seguidas con continuidad.

Estado actual de la cuestión del radio en terapéutica.—Por el Doctor S. Velazquez de Castro, Catedrático de Terapéutica en la Facultad de Medicina de Granada.—Granada 1.912.

Comienza el autor por una sucinta historia del descubrimiento del radio, sus propiedades físicas y químicas y su acción biológica. Entra despues á tratar de la acción terapéutica de las indicaciones y contraindicaciones, y de la técnica de la terapéutica del radio, haciendo atinadas y oportunas indicaciones.

Merece especial mención el capítulo de la radioactividad de las aguas minero medicinales, en el que presenta un cuadro con las aguas minero-medicinales españolas indicando su grado de radioactividad.

Completa su estudio haciendo un resumen de las aguas mine-romedicinales radioactivas portuguesas, francesas, inglesas, alemanas belgas etc., etc.

Paris Medical.—Le numéro du 7 décembre 1912 qui commence la 3^e année de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT á la librairie J. B Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, á Paris, est entiérement consacré aux *Maladies des enfants*.

Voici le sommaire:

La chirurgie infantile et l'orthopédie en 1912 (*Revue annuelle*) par le Dr. A. MOUCHET.—La Médecine infantile en 1912 (*Revue annuelle*) par les Drs. LEREBoullet et SCHREIBER.—Considerations générales sur les traumatismes osseux chez les enfants, par le Professeur KIRMISSON.—La pneumonie infantile jugée par la radiographie, par les Drs. E. WEILL et MOURIQUAND.—Traitement opératoire des paralysies spasmodiques, par le Dr. FORSTER.—Faut-il opérer le spina-bifida, par le Dr. DROELICH.—Diagnostic des formes frustes de la coqueluche, par le Dr. DELCOURT.—Les petits trucs de l'orthopédiste, par le Dr. ROEDERER.—Sociétés SAVANTES.—Libres propos, par le Professeur GILBERT.—Le berceau de la loi de 1902 sur la santé publique, par le Dr. DORLENCOURT.—L'éducation physique de l'enfance par le passé.—Le rôle du médecin en éducation physique.—Les crèches de Paris.—*La médecine au Palais*.—*Silhouette médicale*.—Diététique.—Formules thérapeutiques.—Revue hebdomadaire de la Presse française et étrangère.—Œuvres d'assistance.—Institutions pour les enfants.—*Chronique, des livres*.—*Nouvelles*.—*Vie médicale*.—*Cours*.—*Memento de la quinzaine*.—*Thèses*.

(Envoi franco de ce numéro de 116 pages in - 4 avec figures Contre 1 fr. en timbres-poste de tous pays.)

