La Crónica Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA "UNION FERNANDINA"

LA REDACCION DE "LA CRONICA MEDICA", dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO VII. Lima, Abril 30 de 1890. Nº 76

BOLETIN

ASISTENCIA PUBLICA

La manera tan defectuosa como están organizados nuestros Hospitales, entregados exclusivamente á las Hermanas de Caridad, que, si bien procuran desempeñar su humanitaria misión con todo el celo y abnegación que es posible exigir de ellas, no por eso dejan de hacer sentir numerosos vacíos que se traducen en perjuicio positivo de los enfermos, exije imperiosamente que la Sociedad de Beneficencia Pública de esta Capital, haciéndose cargo del importantísimo papel que desempeña, de la noble misión que cumple cerca de la parte más desdichada de la sociedad y que por lo mismo merece su preferente atención y cuidados especiales, modifique, y de un modo radical, el servicio hospitalario en conformidad con el espíritu del día y con los últimos adelantos de la Medicina en sus distintas ramas y aplicaciones.

La Academia Nacional de Medicina de Lima, comprendiendo la necesidad de esta reforma, y en cumplimiento de su deber, por medio de su Comisión especial, ha estudiado el asunto que motiva estas líneas con todo el detenimiento que el caso requiere, y fruto de sus labores és el concienzudo informe que ha emitido y cuya lectura recomendamos á la Sociedad de Beneficencia, para que apreciando sus fundamentos, haga prácticas sus conclusiones.

En dicho informe, cuya publicación se registra en el número correspondiente á Febrero de La Crónica Médica, se hace ver de una manera bastante palpable, los graves defectos de que adolece el régimen y servicio hospitalario, y basta la enunciación de ellos, para comprender cuan importante es la reforma que se solicita y que, las inapreciables ventajas que reportarían los enfermos, serían la consecuencia inmediata de semejante reforma, por tanto tiempo sentida.

Frescos y recientes son nuestros recuerdos para no olvidar, que, cuando asistíamos á los Hospitales, teníamos constantemente que lamentar la deficiencia de su servicio, en lo referente al cuidado especial que había con los enfermos, la alimentación á que se les tenía sujetos, deficiente por más de un motivo y particularmente por su calidad, los útiles indispensables para la curación de los mismos en los Departamentos de Cirujía y otros muchos defectos que solo puede conocer el que está en contacto inmediato con los enfermos y palpa de cerca sus necesidades.

Por otro lado, es necesario conocer la manera como ejercen sus funciones los Inspectores de Hospitales, para comprender que por buenos que sean sus deseos y por sanas sus aspiraciones, éstas no podrán realizarse, como es debido, si tenemos en consideración que las personas á quienes se les encomienda semejante tarea y

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

que nos complacemos en reconocerles excelentes cualidades, carecen, de un lado, de los conocimientos profesionales necesarios é indispensables para el mejor desempeño de su cometido, y de otro, que disponiendo, como dicen los que suscriben el informe á que hacemos referencia, y con sobrada razón y justicia, de un tiempo sumamente limitado, no pueden, en los pocos momentos que sus ocupaciones naturales les permiten para la inspección de toda la administración de un Hospital, estar al corriente de las necesidades de éste, y mucho menos conocer lo bueno y lo malo de su servicio profesional.

Lo que acabamos de indicar hará ver cuales serán los inconvenientes que, lógica y fatalmente, tendrán que traducirse con la práctica como deficiencia del servicio Hospitalario, si se considera que la administración de los Hospitales y la dirección de los enfermos no están encomendados á un cuerpo docente facultativo, que es el único llamado á intervenir, y de un modo eficaz, en la buena marcha de los Hospitales, y por consiguiente, en la mejor salud de los enfermos que en ellos se asisten.

Si tenemos en cuenta, por otro lado, las dificultades que constantemente se presentan al que se dedica al estudio de las Ciencias Médicas, y que ávido de conocimientos vá en pos de nuevos é interesantus casos clínicos, cuyo estudio y observación solo puede hacer en los Hospitales civiles, dificultades que van hasta el extremo de impedírsele el acceso á determinados Hospitales (el de mujeres por ejemplo) privándolos, de esta manera, del contingente de conocimientos prácticos que solo la clínica puede proporcionar, no podemos menos que lamentar semejaute estado de cosas, como contrario al progreso y lesivo de los intereses de la juventud que se dedica al estudio de la Medicina.

Repoducimos á este respecto la parte pertinente del informe ya citado, por estar completamente de acuerdo con los miembros de la Comisión informante y porque ella traduce perfectamente nuestro modo de pensar sobre tal materia.

«Cuando en todas las naciones civilizadas la administración de la asistencia hospitalaria da generoso y ancho acceso á los médicos y alumnos, para obtener de ellos los mejores servicios, en cambio del provechoso concurso que se les ofrece para el adelanto de la Ciencia y de la enseñanza, sucede que en nuestros Hospitales, el personal médico es poco menos que un elemento exótico que es solo soportado por la fuerza de le necesidad; él no tiene ningún derecho, ninguna franquicia, ni para el estudio, ni para el aprendizage, ni para el ensanchamiento de la Medicina Nacional.»

Al concluír este artículo expresaremos la esperanza que abrigamos de que la Sociedad de Beneficencia, inspirándose en el sentimiento de los verdaderos intereses que le están encomendados y en la sublimidad de su misión, preste preferente atención á la reforma y organización nueva de los Hospitales, escuchando los consejos de la ciencia y aprovechando á la vez las indicaciones que suministra la experiencia.

Lima, 16 de Abril de 1890.

CASIMIRO MEDINA.

SECCION OFICIAL

SOCIEDAD MÉDICA "UNION FERNANDINA"

Sesión del 11 *del presente*

Epilepsia Jacksoniana de origen sifilítico

EL SR. GONZALEZ OLAECHEA dió lectura á una historia clínica que

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

apareció en nuestro número anterior.

El Dr. Medina crée prematuro el afirmar la curación, pues puede suponerse, no con poco fundamento, se haya retardado solamente los ataques.

El Dr. Almenara recuerda los casos de curación en la epilepsia vulgar ó esencial, merced á la trepenacion.

El Sr. Cancino dice que la epilepsía parcial, produciéndose en circunstancias bien diferentes, puede llamarse sintomática.

El Dr. Medina sostiene que en el estado actual de la ciencia la división en esencial y sintomática es enteramente aceptable.

El Sr. Cancino pregunta si las convulsiones comenzaban por las extremidades de los dedos é invadían el miembro sucesivamente, carácter muy importante para el diagnóstico.

El Sr. Gonzalez Olaechea responde, que existía esta gradación, pero muy poco manifiesta, pues el miembro todo era casi de golpe atacado por ella.

El Sr. Antunez nota la escasez de datos anannésicos, así como la falta de un examen prolijo de la superficie del cuerpo, en busca de las cicatrices dependientes de manifestaciones sifilíticas anteriores que nos acusasen la puerta de entrada.

El Sr. Castañeda recuerda los casos de heredo-sífilis en que esta inquisición es vana, en muchos casos.

El Dr. Almenara hace una exposición de los variados casos en que es imposible hallar la puerta de entrada del veneno morbígeno, como son: la blenorrágia sifilítica, la sífilis infantil adquirida de una nodriza durante la amamentación, las sífilis congénitas, las ignoradas y las inmerecidas de los ingleses.

Dice, ademas, que el caso presente, es dependiente de un trastorno de textura y no dinámico, pues hay un principio, incontrovertible ya, de que pasados los 25 años debe desecharse la idea de los fenómenos nerviosos esenciales é ir en busca de la lesión material. Quien sabe no está lejano el día en que se encuentre la razón material de todos esos trastornos denominados dinámicos, cuya explicación se quiere hallar en hipotesis más ó menos provistas de fundamento.

Inyecciones Brown-Sequard

El Dr. Ríos. continuando en sus conferencias verbales sobre este interesante asunto, manifiesta: que hasta la fecha ascienden á 67 los casos de *Inyecciones Brown-Sequard* que venía practicando con gran éxito. Que la mayor parte eran individuos *aniquilados* é impotentes, ya sea por la edad, ó ya por los excesos; que enunos y otros los resultados alcanzados eran brillantes, sobrepasando á sus esperanzas.

Que las «resurrecciones» que había realizado en algunos ancianos eran admirables.

En los casos patológicos el resultado es vario, asi, mientras en unos el éxito es más satisfactorio, en otros no había obtenido ningún resultado favorable. Cita entre estos últimos, el caso de un joven de 24 años, sanguíneo y notablemente robusto, que, paralítico hacía dos años, despues de unos meses de haber tenido que pasar crudo invierno en un lugar frio y excesivamente húmedo, constantemente sentado al bufete, ocupado en escribir, no había podido recobrar el libre uso de sus extremidades inferiores, apesar de muchos meses de curación en una nación vecina.

A la 1ª inyección el paciente se confesó mejorado, pero cree hubo algo de sugestión, pues, tanto la 2ª como la 3ª y la 4ª no produjeron ningun beneficio. Viendo la inutilidad aún de la 5ª y sospechando un fondo específico, se instituyó el régimen terapéutico, clásico en nuestra medicina, que vino á yugular la enfermedad.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Frente á este caso puede colocarse el siguiente:

Érase un individuo á quien los excesos del *onanismo* han hecho presa de accesos epileptíformes, muy repetidos, y conducido á la idiotía, estupidez y embrutecimiento, después de un estado atáxico prolongado y en medio de una atrofia muscular que mueve á lástima. Como consecuencia de este desorden fisiológico se le luxaba el maxilar inferior con una frecuencia que, en sus mejores épocas, no bajaba de 5 veces por semana por lo menos, fenómeno que ha desaparecido gradualmente merced á las inyecciones Brown-Sequard. Habiéndose considerado ya como desaparecidos y retardado la inyección por más de 20 días, volvió á repetirse. Aunque el individuo al presente todavía no habla, su facies se presenta más lucida, revela con sus jestos darse cuenta de la conversación y acompaña en la risa.

En el presente caso los resultados conseguidos son verdaderamente asombrosos, desgraciadamente el vicio ha echado ondas raíces y, apesar de verse precisado á recurrir á los bromuros para disminuír la afrodisia, teme mucho sean vanas las propiedades milagrosas del medicamento.

Los efectos de estas inyecciones, asegura que son notabilísimas, sobre las facultades intelectuales, en los individuos que han tenido una vida un tanto relajada y en los que han soportado trabajos mentales demasiado exajerados.

Entre los efectos fisiológicos, dignos de mencionarse, que el Dr. Rios ha notado, figura la disminución del ácido úrico, desaparición del ácido hipúrico y considerable aumento de urea en las personas sanas, y aun en las que sufren de reumatismo; y esto no solo en las primeras 24 horas, á consecuencia de la febrícula más ó menos considerable que á las 20 horas de la inyección se nota en algunas, sino también durante muchos días. Estos fenómenos observados por él, últimamente, manifiestan un aumento notable en la desasimilación de las sustancias azoadas. Como en los enfermos, tratados por este método, el apetito aumenta considerablemente, surge la idea de investigar si las asimilaciones compensan, como es probable, á la gran desasimilación notada. Desgraciadamente lo tardío de la observación, le impide presentar una conclusión precisa á que aspira su curiosidad científica.

Ademas, ha observado que, en los paralíticos, sobreviene, durante las primeras 24 horas, una relajación de los esfínteres intestinales acompañada de contracciones peristálticas considerables. Dichas relajaciones se propagan á veces á los demás esfínteres. Estos efectos pueden impedirse (y él ha logrado cohibirlos) por medio de los opiáceos.

En resúmen, el Dr. Ríos vé en las inyecciones testiculares un poderoso agente vital, de cuyas aplicaciones podrá sacar la ciencia grandes provechos en obsequio de la humanidad doliente, y muy en especial de la senectud.

Hace presente, finalmente, que, después de filtraciones repetidas al amianto y con el auxilio del hielo, ha conseguido un líquido enteramente desprovisto de grasa y cuya inoculación es casi indolora.

El Sr. Presidente felicita al Dr. Ríos por sus interesantes experiencias y prolijas observaciones, para las que, no dejándose ilusionar por los arrebatos entusiastas de la prensa extranjera, se ha revestido de las cualidades del verdadero experimentador científico, severo en sus juicios, imparcial en apreciaciones.

La sesión se levantó á las 10 y 3 cuartos p. m.

L. I. de Mora—M. L. Urquieta.
Secretarios

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

SECCION NACIONAL

LA SEMILLA DE LA CALABAZA Y DEL ZAPALLO COMO TENIFUGOS

(Conclusión)

HISTORIAS CLÍNICAS

I

En Octubre de 1885, N. N. cocinero del Hospital de Guadalupe, de 38 años de edad, de nacionalidad alemana, se consultó con el Dr. Távara, jefe del departamento de cirujía, suplicándole le diera un medicamento para arrojar la tenia que venía atormentándole hacía más de dos años, y que apesar de haber tomado en varias ocasiones tenífugos no había conseguido desembarazarse por completo de su parásito.

Según referencias del enfermo, había tomado helecho macho, que en el departamento del Dr. Fonseca se le había propinado, que si bien se había aliviado de sus dispepsias y de sus cefalalgias; al cabo de dos meses, más ó menos, habían vuelto á desarrollarse sus síntomas coincidiendo con la expulsión involuntaria de anillos.

Poco tiempo después fué tratado por la corteza de raiz de granado, con el mismo éxito, continuando con su parásito hasta el día en que fué sometido por el Dr. Távara, al régimen que á continuación expreso:

Se le aconsejó una dieta láctea la víspera, y al siguiente día se administró 60 gramos de semillas de zapallo, en emulsión azucarada, dos horas más tarde tomó 60 gramos de aceite de ricino.

Dice no haber experimentado absolutamente ningún malestar y que al cabo de seis horas más ó menos, al verificar una deposición, sintió algo bastante voluminoso, que no fué otra cosa que una gran tenia de seis varas próximamente, que nos mostró al siguiente día, y pudimos comprobar su integridad.

El año 1887 lo encontré en el manicomio, de cocinero, y habiéndole preguntado si todavía padecía de tenia, díjome que desde aquella época, en que tomó el zapallo, no había vuelto á experimentar trastorno alguno, ni arrojado anillos.

Este fué el primer caso que ví, y cuyo recuerdo se me gravó para después haber emprendido personalmente el mismo tratamiento, siempre que he tenido ocasión, con el beneplácito de mis jefes de hospital.

II

R. V. natural de Lima, de 18 años de edad, soltera, temperamento sanguíneo y constitución fuerte, padecía constantemente de gastralgias y cefalalgias horribles, y arrojaba anillos contínuamente y aún largos fragmentos de tenia.

Cinco años hacía que padecía, y en el trascurso de este tiempo había tomado varios medicamentos, entre los que mencionó el helecho macho y la corteza de raiz de granado. Con estos tratamientos arrojaba grandes fragmentos y se nitigaban por 3 meses sus sufrimientos, pero después de este tiempo, volvían sus tenaces cefalalgias, coincidiendo con la expulsión de anillos.

El día 20 de Febrero de 1888 le hice tomar la emulsión de semillas de zapallo, encargándole cuidara mucho de respetar la cubierta verdosa al pelarlas; y dos horas después tomó el purgante de aceite de ricino, 60 gramos.

El día antes había estado sometida á un régimen lácteo bastante extricto.

Después de haber experimentado lijeros dolores de vientre, arrojó una tenia arrollada sobre sí misma, á las 7 horas exactas de la ingestión del medicamento y cuando pensaba no le había producido efecto.

Desgraciadamente no pude ver si estaba entera, pues, para mostrarla, la habían lavado, y probablemente habíanla roto; sin embargo, pude ob-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

servar el adelgazamiento de su estremidad cefálica.

Después no he tenido noticias de la enferma.

III

A. C. de 16 años de edad, limeño, blanco, robusto, sanguíneo, artesano, soltero, me suplicó le diera un medicamento para arrojar la solitaria de que padecía, y cuyos fragmentos arrojaba diariamente, sin sentirlos. Muchas veces por la calle experimentaba la sensación de un cuerpo frio por sus muslos, que no era otra cosa que los fragmentos del parásito.

Como la administración de este medicamento no ofrece peligro alguno, no trepidé en aconsejarle se sometiera al tratamiento indicado. Al día siguiente, sábado, 13 de Octubre de 1888, siguió el régimen lácteo, con un poco de bicarbonato de soda, pues la leche le producía vinagreras, y el domingo á las 6 de la mañana tomó el medicamento endulzado con azúcar; á las 8 tomó el ricino en cerveza negra, y á las 11 a. m. arrojó un grueso paquete muy enredado que contenía dos ténias todavía vivas, moviéndose, de las cuales sólo en una de ellas pude observar la existencia de la cabeza, notándose tan solo en la otra el adelgazamiento de los anillos. Los dos parásitos pertenecían á la especie *tenia inerme*.

Al cabo de cuatro meses volvió á arrojar anillos y á experimentar un apetito insaciable, un lijero dolor de vientre cuando estaba en ayunas y que se mitigaba tomando un poco de agua.

Fué sometido por segunda vez al tratamiento y arrojó una pequeña tenia de una vara próximamente, quedando hasta hoy libre de su parásito.

Como se vé por esta historia, en la primera vez no fué expulsada probablemente en su totalidad la tenia cuya cabeza no ví.

IV

La enferma P. A. de 54 años, india, natural de Cajamarca, de temperamento linfático y de constitución débil, ingresó al hospital de Santa Ana á ocupar la cama Nº 20 de la sala de Santo Domingo, del Departamento del Dr. J. E. Corpancho, el 12 de Febrero de 1889.

Esta enferma padecía de fiebre intermitente, de la que curó á los pocos días, con el régimen adecuado.

El día 18, ya convaleciente, sintió un fuerte cólico, seguido de abundantes deposiciones, en las que notó la presencia de anillos de tenia.

El día 20, después de haber cesado la diarrea, se le prescribió leche por alimento y por todo medicamento bebida emoliente.

El 21 tomó la emulsión de semillas de zapallo que hice preparar al efecto, y una hora después 60 gramos de aceite de ricino. No habiendo tenido ninguna deposición en la tarde, se le puso una lavativa de infusión de sen, y á las 6 p. m. arrojó una tenia de seis metros de largo próximamente. En este caso no pude percibir la cabeza del animal, por haber sido lavada la tenia en mi ausencia.

El día 28 salió curada, no la he vuelto á ver, de manera que no se si se habrá reproducido el parásito.

V

F. H. de 30 años de edad, india, de Huaraz, lavandera, viuda, sanguínea, de constitución fuerte, ingresó al Hospital de Santa Ana, á ocupar la cama Nº 19 de la Sala de la Vírgen, perteneciente al departamento del Dr. Nestor Corpancho, el día 9 de Marzo de este año.

Fué á curarse de contusiones de segundo grado.

Durante su convalencia dijo que arrojaba, hacía algunos meses, anillos y fragmentos de solitaria, que se había hecho curar del Dr. Castellanos y que arrojó algunos fragmentos; pe-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ro en el hospital había vuelto á expulsarlos.

El día 12 se le prescribió dieta láctea para darle el medicamente al día siguiente, lo que no se pudo realizar por no haber sido preparada la emulsión de semillas de zapallo, lo que se verificó el 14, tomándolo á la 1 p. m. una hora mas tarde se le administró el purgante de ricino.

Después de varias deposiciones, arrojó la tenia á las 7 p. m. prévia una lavativa purgante que se le prescribió.

La longitud del parásito era de 8 metros, percibimos la cabeza.

A los pocos días salió del hospital.

VI

En la Sala de San Pedro, cama Nº 29, perteneciente al mismo departamento, se medicinaba R. M. de 36 años, de edad, padecía una metritis aguda.

Una vez curada de su dolencia, me dijo que hacía muchos meses arrojaba anillos de solitaria y que sin embargo de haberla arrojado, por medio del helecho macho, había vuelto á expulsar.

El día 13 de Abril de este año prescribí el tratamiento, con el asentimiento de mi Jefe, previa la consabida dieta láctea, y arrojó varios fragmentos, en los que no solo no pude notar la extremidad cefálica, sino que no observé tampoco el adelgazamiento.

A los pocos días pensaba emprender nuevamente el tratamiento, pero pidió su alta y salió del hospital.

En este caso, sin embargo de que no volvió á arrojar anillos, creo que el éxito es muy dudoso.

De paso mencionaré el caso de un niño, que tenía muchas comezones anales, y al que se hizo comer un gran número de semillas de zapallo; pasados dos días, sin la intervención de purgante alguno, arrojó una gran cantidad de oxiurus.

El niño tenía 4 años y hoy se encuentra perfectamente, sin haber vuelto á tener prurito anal.

Este caso por no ser de tenia no lo he tomado con más detención, lo he consignado por parecerme bastante curioso.

CARTA DE ALEMANIA.

Berlín, Enero 31 *de* 1890.

Sr. Director

Muy estimado colega y amigo:

En la fecha he contestado oficialmente, y de un modo afirmativo, la nota que el Presidente de la «Unión Fernandina» me dirijió, con el objeto de preguntarme, si permanecería en Berlín hasta Agosto próximo, para representar á dicha Sociedad en el Congreso Médico que se reunirá en esa fecha. Espero que se me remitan las credenciales para tan honrosa misión, y, desde ahora, me felicito de poder servir, á tan larga distancia, al círculo médico, del que me cabe el honor de haber sido uno de sus fundadores.

Conozco su entusiasmo por todo lo que se refiere á la Medicina, y creo que le será grato saber algo respecto de la Facultad de Medicina de Berlín, con relación á su material de enseñanza, á sus hospitales y á las facilidades que encuentra en ella el estranjero que quiere hacer cierta clase de estudios.

Lo que conocemos allá en el Perú de la enseñanza médica de Alemania, por más que á cada paso oigamos nombrar á Wirchow, á Koch y á Schroeder, no es ni el débil reflejo de la grandeza de esa enseñanza, que, á cada momento, llega por su buena organización á ser una de las mejores de Europa.

Muchas son las ventajas que encuentra el estudiante de Medicina, para su aprendizaje en la Facultad de Berlín, y entre ellas existen como principales las siguientes: 1ª Los hos-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

pitales de las clínicas se hallan en un mismo barrio, de modo que economiza mucho tiempo el alumno; de un hospital á otro hay muy poca distancia 2ª Los hospitales á que tiene que asistir son hospitales de clínica, fundados con ese único y solo objeto; 3ª En cada hospital se encuentra cuanto material de estudio puede desear el alumno, el que le es entregado, inmediatamente, tan luego como lo pide; 4ª La distribución del tiempo se ha hecho en esos establecimientos de manera que no hay incompatibilidad de horas entre clínica y clínica, las que funcionan desde las 7 de la mañana hasta las 3 de la tarde: de modo que el estudiante, si desea, puede seguir todas ellas. 5ª Los profesores de clínica, especialmente los de Ginecología, dan lecciones todos los días del año; y 6ª En estos hospitales de clínica, ninguna ingerencia tienen las congregaciones religiosas.

Los principales hospitales, aquellos en que se hace la enseñanza, son: la «Charité,» hospital numeroso, fundado en el siglo pasado, pero al que se le ha agregado hace pocos años, un edificio de construcción enteramente moderna, sistema de pabellones aislados, á donde funciona la clínica de partos y de Ginecología del Dr. Gusserow. En este edificio moderno que lo llaman «Charité nueva» funciona también la clínica de enfermedades de niños, bajo la dirección del Dr. Henoch. En la construcción antigua llamada «Charite vieja« se encuentran las clínicas médicas de sifilografía, de laringología, rinología, y una sección de la clínica quirúrgica.

El hospital, llamado Franenklinek (clínica de mujercs) es uno de los edificios más soberbios que puede verse en materia de hospitales. Está destinado esclusivamente á la enseñanza de los partos y de la Ginecología, y tiene como director ó profesor de clínica al Dr. Olshausem, el primer ginecologo alemán, digno sucesor del gran Schroeder. Este hospital fué abierto al público en 1882, costó dos millones y medio de marcos, y es inmejorable bajo todo punto de vista. Olshausem practica operaciones todos los días de 7 á 8 de la mañana, y es un gran operador. Le he visto hacer operaciones que jamás me hubiera imaginado fueran hacederas.

En ninguna rama de la medicina está tan avanzada la escuela alemana como en Ginecología, y la enseñanza corresponde á este grado de adelanto. Aparte de la clínica oficial de Olshausem, donde se puede ver operacionss grandes y pequeñas todos los días, y donde se escucha, con gran admiración, diagnósticos dificilísimos, asi como lecciones siempre interesantes, existen cursos de operaciones ginecológicas, cursos de anatomía de la pelvis, de histologia normal y patología de los órganos genitales femeninos, y de diagnóstico y esploración ginecológicas. Ya vé U. que la cosa se estudia por sus cuatro costados.

Yo, que me he propuesto hacer esta especialidad, he debido también comenzar por el estudio de anatomía que hice el mes pasado. También he concluído un curso de operaciones, y ahora estudio la histología normal y el diagnóstico clínico, para continuar después con la anatomía patológica ginecológica. Después de todo esto, tengo que seguir con la clínica hasta cuando me llegue el día de volver á Lima.

La clínica quirúrgica más notable es la del profesor Bergmann. El hospital en que se hace esta clínica es tambien de construcción moderna, pues tiene la misma fecha que el de la clínica de mujeres. Nada le falta á este hospital para ser un modelo, casi un ideal de clínica quirúrgica: tiene un museo de preparaciones quirúrgicas, un museo de instrumentos de cirujía completísimo, donde se se puede seguir toda la historia de la cirujía operatoria, un gabinete cámara-oscura para la clínica oftalmo

lógica, un laboratorio de bacteriología y de anatomía patológica, otro de química. Los tres pabellones de que se compone el hospital, en su parte más interesante, se llaman «Augusta pavillón,» «Kaiser pavilloñ» y y «Victoria pavillon.» La sala de operaciones es la mejor que puede pedirse: bástele saber que allí puede hacerse la asepsia más completa; pues antes de las grandes operaciociones se lava, paredes, suelo y mesa de operaciones con una solución de ácido fénico y puede al mismo tiempo producirse una poderosa corriente de *spray* fenicado para purificar el aire. Si á esto se agrega que el operador, asistentes é instrumentos deben estar purificados antes de cada operación, se comprenderá por qué se ha suprimido en el paciente las irrigaciones antisépticas y la complicada curación de Lister. La *cura* que se hace en las heridas es sencillísima: se hace la hemostasis más completa posible y no se cierra una herida mientras ésta dé la más pequeña cantidad de sangre; después, como apósito se coloca simplemente la gaza iodoformada y un poco de algodón, colocando en seguida al paciente en un medio aséptico. Comunmente se emplea para lavar las heridas, solo el agua esterilizada por medio de la ebullición.

Lo que á mi juicio hace muy notable la clínica quirúrgica de Bergman, es que en ella se deja operar á los alumnos, naturalmente bajo la dirección del profesor, cosa que no sucede en ninguna parte del mundo, según creo. De este modo, cada uno hace cada mes sus cuatro ó cinco operaciones y puede cerrar su año escolar después de haber recorrido prácticamente gran parte de la cirujía operatoria.

En materia de cirujía abdominal están muy avanzados los alemanes, pues es moneda corriente para ellos practicar las laparotamias, ovariotomías, histerectomias, estirpaciones de riñón etc. Sin embargo, veo que algunos operadores abusan demasiado de esta clase de cirujía, pues abren el vientre por quítame estas pajas, y dividen el útero con la mayor frescuca, simplemente para ver si había algo en la cavidad uterina. Desde que estoy en Berlín no he dejado de ver un solo día una laparotamia, por éste ó por el otro motivo.

En cuanto á Partos, es justo decir, los franceses son muy superiores á los alemanes, y creo que no hay mejores parteros que ellos en el mundo. Los instrumentos de obstetricia de Tarnier no tienen rival, son, puede decirse, los más perfectos.

Uno de los cursos que se estudia muy bien en Berlín, es el de Higiene El instituto higiénico, que corre á cargo del Dr. Koch tiene fuera de los laboratorios de bacteriología y de química biológica y del gabinete de física, un expléndido museo de higiene, donde en pequeños modelos está representado cuanto hay en la materia; sistemas de canalización y desagüe, sistemas de calefacción, modelos de escuelas, de jimnasios, de prisiones, de hospitales etc., etc. El Dr. Esmarh, hijo del célebre cirujano, dá lecciones de higiene en el mismo Instituto y con los materiales del museo. Esas lecciones versan siempre sobre cuestiones de verdadera importancia.

Durante el mes pasado se ocupó el Dr. Esmarch de la higiene escolar y tuve ocasión de ver allí una infinidad de modelos de *bancas* para escuelas, de todos los sistemas y de todos los paises, así como otros tantos modelos de dormitorio, de salones para las clases, de jimnasios y hasta los diversos sistemas de *water-closets*, aplicables á las escuelas. Yo aconsejaría siempre al que quisiese hacer seriamente estudios de higiene, venir á Berlín; vale la pena.

El Dr. Kitasato, un japonés que trabaja en el Instituto de Higiene, ha podido aislar completamente y obtener un cultivo *puro* del bacilo

del tétano. Chantemesse y Widal en París trabajaban, desde hace mucho tiempo, en este asunto, sin haber llegado á un buen resultado, de modo que no les habrá gustado mucho el descubrimiento del japonés, á quien distingue una paciencia admirable.

Hace cinco años que el paciente asiático trabaja en el laboratario de bacteriología.

Le remito una fotografía de las personas que han concluído, en la fecha, el curso de Bacteriología del Instituto de Higiene, entre los que se encuentra su atento y S. S.

DVAID MATTO.

TRATAMIENTO DE LOS ABCESOS HEPÁTICOS POR LAS GRANDES INCISIONES Y EL MÉTODO ANTISÉPTICO

POR WENCESLAO S. SALAZAR

Historia.—La nueva era que abrió á la Cirujía el importantísimo descubrimiento de Lister, la senda de progreso en que élla entró después del conocimiento y aplicación de la antisepsia y los magníficos resultados que, desde su iniciación, produjo este excelente método, trajeron como consecuencia, ventajosas modificaciones en el tratamiento de casi todas las afecciones quirúrgicas, sobre todo en el de aquellas que, ya sea por la importancia del órgano afectado ó por su situación en una de las cavidades craneana, toráxica ó abdominal, daban lugar á funestas complicaciones que obligaban á una prudente reserva, aún á los más atrevidos cirujanos. Con la generalización de la antisepsia, con su rápido perfeccionamiento, desaparecieron, casi por completo, estos inconvenientes y hoy, que merced á ella, se poseen los medios de evitar las, antes fatales complicaciones, ó de quitarles el carácter de gravedad que antes revestían, los cirujanos no temen yá llevar sus investigaciones ó su intervención al sitio donde las variadas afecciones las requieren, sin preocuparse cual sea el órgano enfermo ó el lugar que ocupa.

Fruto de los felices resultados obtenidos en Cirujía por el empleo del método de Lister es el *Tratamiento de los abcesos hepáticos por las grandes incisiones y la curación antiséptica*, objeto del presente trabajo. En efecto, solo después de los triunfos obtenidos con ella, es que se ha iniciado su empleo, encontrando en su aplicación el medio de evitar la infección pútrida y purulenta, la gangrena de las paredes del vientre, la peritonitis, complicaciones consideradas antes como consecuencias obligadas de la abertura al exterior de los focos purulentos del hígado; sin embargo de estas ventajas, la incisión antiséptica directa de los abcesos hepáticos encontró al principio bastante resistencia por parte de muchos prácticos que, poco confiados en ellas, preferían esperar que el abceso abriera por sí mismo salida al exterior ó en algun otro órgano, ó si intervenían era poniendo en práctica los antiguos métodos tan lentos en su empleo y tan poco seguros en sus resultados. Hoy que la práctica ha demostrado la poca esperanza que se puede tener en la reabsorción de una colección purulenta, lo difícil así como peligroso que es aguardar que ella se fragüe una salida par las vías naturales (pulmón, estómago, intestinos....etc) y por último, los pocos satisfactorios resultados que han producido los métodos antes empleados, se comprende que la abertura por el bisturí, rodeada de todas las precauciones antisépticas, es el único tratamiento aplicable, siempre que se haya comprobado la existencia de un abceso hepático.

Las primeras iniicaciones del empleo de este método, se encuentran consignadas en las observaciones de los diferentes cirujanos establecidos en las poblaciones de África, América y otras regiones en que, á con-

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

secuencia del clima, son comunes esta clase de afecciones hepáticas.

El cirujano inglés Ralfe es el primero que, en 1874, pone en práctica este método en un caso en el que la aspiración había fracasado.

En 1876, el Dr. Hunter, médico inglés establecido hace mucho tiempo en Arequipa (Perú), publica una observación de un abceso hepático tratado directamente para estudiar con detención los diferentes métodos de tratamiento, indica la abertura antiséptica como el que mejores resultados dá.

Wolckman, en 1877, trata dos abcesos hepáticos por la laparatomia.

Pandenhuis en 1878 y Macleod en 1879, publicaron varias observaciones de abcesos hepáticos tratados con éxito por incisiones antisépticos.

El Dr. Dutroleau, ocupándose del tratamiento de los abcesos hepáticos indica que, cuando á los síntomas que hacen presumir su existencia, se unen la presencia de una tumefacción en la región hepática y el edema y enrojecimiento de la piel, se debe incindir francamente el tumor como si se tratara de un abceso ordinario. Este procedimiento encontró bastante aceptación desde que Lister Tayler y Roy, aplicaron á la operación los cuidados antisépticos más minuciosos.

El Dr. Rochard, en una ieteresante comunicación que en 1880 dirijió á la Academia de Medicina de París, hace notar los magníficos resultados obtenidos por Lister con el empleo de la antisepsia aplicada á la abertura directa de los abcesos hepáticos y desde entonces este método conocido con el nombre de método de Lister, se hace general y se considera como el que mejor éxito produce en el tratamiento de las colecciones purulentas del hígado.

En nuestros hospitales, así como en la práctica civil de nuestros cirujanos, encontró este método, desde su iniciación, la mas completa aplicación y hace algunos años que es el único empleado por la mayor parte de nuestros prácticos, desde que los diferentes medios de exploración les dan la certidumbre de la existencia de un abceso hepático.

Uno de los más importantes trabajos nacionales que he tenido ocasión de consultar á este respecto, es la magnífica tésis de doctorado de nuestro ilustrado profesor de Clínica Externa, el Dr. Lino Alarco, y aunque en el tiempo en que ella fué escrita (1858,) no era aún conocida la antisepsia, yá al ocuparse del tratamiento de los abcesos hepáticos, menciona la abertura del foco por el bisturí, después de haber llegado hasta él por cauterizaciones sucesivas con la pasta de Viena, y aconseja que una vez evacuado el pus se lave el foco por medio de inyecciones detersivas hasta obtener su completa cicatrización.

En el servicio de cirujía que en el hospital «2 de Mayo» tiene á su cargo el Dr. Aurelio Alarco, ha sido donde por primera vez, en el año de 1885, he tenido ocasión de ver puesto en práctica el tratamiento de los abcesos hepáticos por la incisión grande y antiséptica; pues durante el tiempo que tuve la suerte de ser externo se presentaron dos casos que fueron tratados por el procedimiento que indico, y de los que, uno de ellos terminó por la curación, siendo el otro fatal y debiéndose este fracaso nó á deficiencia del tratamiento sino á la existencia de un segundo abceso que la autopsia hizo conocer y que por su situación no pudo notarse su presencia al operar el primero, cuyo foco se encontró ya en vía de cicatrización.

Después en el servicio mixto que en el mismo Hospital tiene á su cargo nuestro sábio Decano, el Dr. Leonardo Villar, en los tres años que como empleado suyo he tenido ocasión de asistir constantemente á su práctica, tan instructiva como fecun-

da en aprendizaje, he visto en los numerosos casos que allí se presentan de abcesos hepáticos, los magníficos resultados que se han obtenido con la aplicación del método cuyo estudio hago en el presente trabajo. En el desempeño del externado é internado de este servicio, puestos que siempre tendré á honra haber ocupado, he recojido casi todas las observaciones que sirven de base á este trabajo y que son la fiel expresión de los casos prácticos que en él se han presentado.

Últimamente he tenido ocasión de leer en el número 89 del "El Monitor Médico," una instructiva lección clínica, recojida en el servicio de de nuestro ilustrado profesor de Medicina Operatoria el Dr. José María Romero; en ella se trata de un abceso de la concavidad del hígado sometido al tratamiento por la incisión directa y los cuidados antisépticos, en el que se obtuvo la más completa curación. Allí mismo se hace mensión de la terminación fatal de un abceso hepático en el que se descuidó emplear el mismo tratamiento á pesar de las recomendaciones que de su aplicación se hizo, después que una punción explorativa dió á conocer la existencia de un foco purulento en la concavidad del órgano.

Aun cuando en el presente trabajo sólo me ocupo del tratamiento de los abcesos hepáticcs, no me parece demás consignar algunas indicaciones referentes á los diversos síntomas que pueden hacernos precisar, con más ó menos seguridad, su existencia, su situación, ya sea en la superficie ó profundidad del órgano, en su cara cóncava ó covexa ó en alguno de los lóbulos en que se considera dividida la glándula hepática. Si bien la situacion del abceso en nada modifica el tratamiento que es general y extensivo á todos los casos, sin embargo, el conocimieuto exacto de ella puede sernos de mucha utilidad para llevar con más seguridad la intervención al sitio del foco, haciendo de este modo más rápido y ventajoso el resultado que de su empleo se obtenga.

La existencia de un abceso hepático no es siempre fácil de precisar, pues los síntomas á que dá lugar, ademas de ser müy variados, son en su mayor parte inconstantes, sucediendo muchas veces que los que con más intensidad se manifiestan en algunos casos, faltan completamente en otros, ó si se presentan es de una manera tan insignificante que no atraen la atención del práctico que los observa. Esta dificultad para el diagnóstico es generalmente reconocida, y el Dr. Ronis uno de los autores que más se han ocupado del asunto, dice en su importante obra titulada: *Tratado de las supuraciones del hígado*, lo siguiente: «*La existencia de los abcesos del higado se traduce raramente por signos patognomónicos; no se la llega á comprobar sino por vía de exclusión es decir, buscando si los síntomas que se observan no se relacionan á ninguna otra lesión de la víscera ó á la de un órgano vecino.*

Por esta causa muchas veces un abceso hepático pasa desapercibido tanto para el médico como para el paciente, pues siendo el hígado un órgano poco sensible, cuando el abceso se desarrolla profundamente, puede llegar á adquirir algunas dimensiones sin despertar dolores ni ocasionar trastorno alguno al que lo lleva. Sin embargo, indicaremos alguno de los signos mas importantes cuya apreciación puede ponernos en vía de diagnóstico y facilitarnos el conocimiento más ó menos aproximado de su existencia. Entre estos signos tenemos: 1º Los etiológicos, como son: los hábitos del alcoholismo, disentería anterior, permanencia en las regiones tropicales; 2º Los objetivos suministrados por los diferentes medios de exploración, tales como: el aumento de volumen del hígado, la deformación del hipocon-

drio derecho, los ruidos de frote, la fluctuación; 3º Los signos sujetivos tales como: el dolor localizado á la región hepática, el dolor simpático, perturbaciones digestivas y secretorias; 4º Los signos generales, como: la fiebre, el enflaquecimiento, la actitud del enfermo, etc., etc.

De todos estos signos, los que generalmente se consideran como más importantes para el diagnóstico son: la fiebre y la fluctuación.

La fiebre, en efecto, es uno de los síntomas generales que con más frecuencia acompaña á las vastas operaciones del hígado, ella se presenta á veces desde el principio de la enfermedad, y otras no aparece sino muy tardiamente; en el primer caso afecta el tipo remitente, los paroxismos se presentan en la tarde, precedidos algunas veces de calofrios y acompañados de agitación, inquietud, y terminan generalmente por sudores profusos en la noche; en el segundo caso no aparece sino cuando la necrosis y supuración del tejido hepático han adquirido un gran desarrollo, entonces es casi continua, la defervescencia cuando la hay, es apenas marcada y los abcesos son generalmente diurnos, acompañados de sudores viscosos y de un sueño agitado mezclado de desvarios. Este síntoma tan importante cuando se presenta, falta muchas veces apesar de la existencia de abcesos hepáticos de desarrollo bastante avanzado, y no son raros los casos en los que una apirexia completa coincide con la presencia de una vasta supuración del hígado, como he tenido ocasión de observarlo en los enfermos objeto de las historias números 4 y 7, en uno de los que, apesar de que otros síntomas nos indicaban la existencia de un abceso, dudabamos en vista de la ausencia completa de todo movimiento febril, hasta que una punción exploradora nos puso de manifiesto un vasto foco purulento.

La fluctuación cuando se percibe es efectivamente un signo cierto de diagnóstico, pero el que no se la encuentre no implica la ausencia del abceso hepático, pues si bien su percepción es fácil en los que ocupan la superficie del órgano, no sucede lo mismo con los que se desarrollan en su profundidad, en los que, apesar de las diferentes reglas que para buscarla han dado ilustrados prácticos, como Boinet Hamond, es á veces completamente imposible percibirla; por otra parte, la sensibilidad en algunas ocasiones exajerada de la rejión enferma, no permite las maniobras necesarias para su investigación.

La apreciación de los síntomas que he indicado, nos manifestará con mas ó menos certidumbre, la existencia de un abceso hepático, ella también puede darnos algunas indicaciones referentes al sitio de su desarrollo según la intensidad, localización y modo de agrupación que estos sintomas presenten.

En los abcesos que ocupan la cara cóncava del hígado, el dolor, variable en intensidad, se manifiesta principalmente hácia el el reborde de las falsas costillas, desde el epigastrio hasta el hipocondrio, los dolores simpáticos se irradian hácia el abdomen el aumento de volúmen del hígado se manifiesta hácia abajo y en nada modifica los movimientos respiratorios, las perturbaciones intestinales son frecuentes, predominando las diarreas, que á veces son tan persistentes que aniquilan al enfermo.

Los abcesos de la cara convexa son los que se presentan con signos más característicos: la tumefacción del hipocondrio derecho es marcadísima, el dolor local es muy agudo, y el dolor simpático se manifiesta de preferencia hácia el hombro derecho, afectando á veces tal intensidad que constituye el mayor sufrimiento del enfermo. Las perturbaciones respiratorias son bastante frecuentes en esta clase de abcesos, y se manifiestan ge-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

neralmente por accesos de tos y por una disnea que reviste á veces gran intensidad; también se presentan complicaciones del lado de la pleura y del pulmón, que en algunos casos amenazan la vida del enfermo más aún que la misma lesión hepática que les dió orígen.

Los abcesos que se desarrollan en la profundidad del hígado son los más dificiles de conocer, pues ellos rara vez dan lugar á alguna perturbación local de vecindad, y cuando ésta se presenta pasa generalmente desapercibida por su poca intensidad. Sin embargo, cuando adquieren algún desarrollo, traen perturbaciones respiratorias y gástricas. Según Dutroleau, la icteria, sobre todo la de las conjuntivas, sería frecuente en esta clase de abcesos.

El predominio de los síntomas locales hácia la derecha ó la izquierda. asi como la actitud que adopte el enfermo, nos indicarán cual de los lóbulos hepáticos es el atacado, habiendo demostrado las estadísticas que los abcesos del lóbulo derecho son mucho más frecuentes que los del izquierdo, siendo estos últimos menos graves y de un pronóstico más favorable, circunstancia que ha hecho notar Dutroleau y que yo he tenido ocasión de ver comprobada, pues de los casos que he observado, solo nos han sido del lóbulo izquierdo, y han curado de una manera rápida y completa.

Los abcesos de la cara convexa son más frecuentes que los de la cara cóncava, y según la estadística de Dutroleau, se encuentran en la proporción de 82 por 18 en 100 casos observados.

Cuando los diferentes síntomas de que me he ocupado se presentan de una manera clara y precisa al ánimo del práctico; cuando éste los puede apreciar y comprobar fácilmente, son de gran utilidad y bastan en la generalidad de los casos para establecer el diagnóstico de un abceso é indicar con más ó menos aproximación el sitio que ocupa. Pero sucede con mucha frecuencia, que estos síntomas se presentan de una manera insidiosa, que faltan muchos de ellos, ó si se presentan, es dificil apreciarlos, ya sea por la poca intensidad con que se manifiestan ó por la localización más ó menos profunda de la lesión; en estos casos el diagnóstico no puede basarse sobre ellos y hay necesidad de recurrir para establecerlo á un medio mucho más seguro y eficaz, á fin de evitar errores que pueden ser fatales. Este medio lo tenemos en la punción exploradora practicada con el aparato de Potain ó el de Dielafoy; ella nos indica con precisión la presencia del pus y el sitio donde el abceso se desarrolla por profundo que sea; presenta, además, la ventaja de ser completamente inofensiva, lo que permite practicarla repetidas veces, pues no siempre se dá con el foco en la primera ó segunda exploración. A ella debemos recurrir con preferencia cuando tratemos de comprobar la existencia de un abceso hepático, siendo el medio verdaderamente seguro que poseemos para diagnosticarlo.

Una vez que se ha demostrado la existencia del pus por medio de la puncion exploradora, el cirujano, debe proceder inmediatamente á la abertura directa del foco, ó debe esperar la formación de adherencias entre el hígado y la pared abdominal, á fin de evitar la penetración del pus en el peritoneo, aún más, debe tratar de provocar estas adherencias.

Las opiniones á este respecto están muy divididas, pues existen cirujanos como Villemen, que aún aceptando los progresos actuales de la antisepcia y sus buenos resultados, opinan que no debe intervenirse sino después de estar completamente seguros de la existencia de estas adherencias, pues sin ellas el empleo del método de Stromeyer Little, es seguido de éxito fatal.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América.

El Dr. Richard es de la misma opinión y crée que las curaciones obtenidas con este método, son únicamente debidas á la feliz circunstancia de haber determinado la supuración hepática una inflamación adhesiva expontánea.

Los Drs. Frager, Furnell y Carrington, opinan que las adherencias no son indispensables al éxito de la operación, y que siguiendo las prescripciones del método de Little, debe procederse inmediatamente á la abertura del abceso, una vez probada su existencia. Se fundan para esto: primero, en que la posibilidad de formarse estas adherencias es problemática, sobre todo en los abcesos centrales, en los que la inflamación, que su presencia determina, no puede extenderse hasta la superficie del hígado y provocar su formación; y segundo en que las experiencias hechas por ellos les han demostrado casi siempre la falta de estas adherencias, pues durante la operación han introducido el dedo en la cavidad peritoneal sin encontrarlas y á pesar de ello la curación ha sido obtenida.

El Dr. Smith no cree tampoco en la formación de adherencias. y en un enfermo operado por él, ha podido por medio de una pinza hacer deslizar el peritoneo sobre la superficie hepática sin que ésta presentara adherencia alguna con la pared abdominal.

La mayor parte de los cirujanos ingleses y á la cabeza de ellos el Dr. Stromeyer Little, no se preocupan absolutamente por esta modificación anatomo-patológica, y creen que en nada contribuye al éxito de la operación. No temen el derrame de sangre ó pus en el peritoneo, pues aún admitiendo que pueda tener lugar, lo creen completamente inofensivo una vez que sus propiedades nocivas están destruídas por el empleo de una rigurosa antisepcia; opinan que el abceso debe vaciarse lo más pronto posible ántes que el organismo sea deteriorado por la fiebre, la inapetencia, el insomnio y las perturbaciones intestinales, y sobre todo, ántes que la supuración, al principio limitada, gane las partes vecinas y destruya mayor cantidad de tejido hepático.

El Dr. Marboux crée que las adherencias son completamente necesarias, pues las hojas del poritoneo no tienen absolutamente tendencia á separarse y entreabrirse delante del pus para absorverlo, porque sasaliendo éste de una cavidad cuyas paredes lo comprimen, tomará de preferencia el camino más corto y más libre que le ofrece la incisión.

Si se tiene en cuenta tan autorizadas opiniones, confirmadas por felices y numerosas observaciones, debe pues creerse que la formación de adherencias no constituye una condición indispensable al tratamiento quirúrgico de los abcesos hepáticos. Si por otra parte, nos fijamos en que carecemos de medios seguros para cerciorarnos de su existencia, que ella es completamente problemática, ya sea que esperemos su formación expontánea, como consecuencia de una inflamación de vecindad, ó que tratemos de provocarla por los diferentes medios de que disponemos, y si, por último, existen observaciones que palpablemente nos demuestran su completa ausencia aún en abcesos de una gran extensión y solo separados de la pared abdominal por una muy delgada capa de tejido hepático no fundido aún, debemos concluír que las adherencias expontáneas ó buscadas faltan en un gran número de abcesos hepáticos superficiales, y con mucha más razón en los que están profundomente situados y que, por consiguiente, no se debe contar con su existencia para proceder á la abertura de un foco purulento del hígado.

La ausencia de adherencias no constituye un peligro en el empleo

Universidad del Perú. Decana de América

del método de Little, como se ha pretendido por los partidarios de su formación, ellas no tienen otro objeto que evitar el derrame de pus y sangre en el perítoneo y la peritonitis consecutiva, accidente mucho más raro y menos grave de lo que antes se suponía, pues en los numerosos casos que presento no lo he observado una sola vez, á pesar de haber comprobado la ausencia de adherencias, como pude apreciarlo en el enfermo objeto de la historia número 10, en el que después de haher sido practicada la incisión en un espacio intercostal y vaciado gran parte del abceso por el médico del servicio; al tratar yo de colocar una asa de drain que facilitara su evacuación completa y asegurara su fácil limpieza en las curaciones sucesivas, pude notar la dirfeencia de paralelismo entre la abertura externa y la de la superficie del hígado. Esta última á consecuencia de la retracción del órgano; libre ya de una gran cantidad de pus y también á la falta de adherencias que lo fijaran á la pared torácica, estaba completamente separada de la incisión hecha en esta pared y un poco más arriba que ella, separación que se hacía más apreciable durante los movimientos respiratorios. Con el fin de convencerme de esta falta de adherencias así como con el de tratar de aproximar las dos iocisiones y colocar el tubo de drain, llevé mi dedo anticipadamente desinfectado por la superficie del hígado y pude convencerme de la completa independencia de éste, respecto de la pared torácica.

Si á lo expuesto se agrega que el enfermo llegó al servicio sólo el día anterior de aquel en que se le operó, en condiciones bastante malas, y presentando un gran tumor en la región hepática, que indicaba la enormidad del abceso y la necesidad de intervenir inmediatamente sin tratar de procurar adherencias, cuya existencia se suponía, dado lo avanzado de la lesión y su situación superficial, se verá que no existiendo éstas, como se pudo comprobar, las condiciones para que se verificara un derrame de pus en la cavidad peritoneal eran de las más favorables, sin embargo, no sucedió esto, y el enfermo tratado con todas las precauciones antisépticas y rodeado de toda clase de cuidados, no presentó el menor síntoma de peritonitis y pudo restablecerse por completo despues de una larga y penosa convalecencia.

Si vemos, pues, que en los abcesos hepáticos tratados por la incisión directa, á pesar de no existir adherencias, no se presentan síntomas de peritonitis, ya sea porque el pus encuentra en la anchura misma de la incisión su mejor medio de derivación, ó ya sea porque aunque el derrame tenga lugar no es absolutamente temible, gracias al empleo de la antisepcia que neutraliza sus propiedades sépticas, debemos concluir que en el tratamiento de los abcesos hepáticos, sobre todo en el de aquellos que por su desarrollo y extensión han aniquilado bastante el organismo, debe intervenirse inmediamente sin preocuparse por la existencia de adherencias.

(*Cotinuará.*)

SECCION EXTRANJERA

RELACIONES ENTRE LAS ENFERMEDADES Y LOS MICROBIOS PATOGENOS.

Si se abre un tratado de patología, que date de algunos años, y se recorre los capítulos consagrados á la etiología de las enfermedades infecciosas, se comprueba que, para cada una de ellas, los autores invocan una multitnd de causas: la fatiga, el recargo de funcionamiento (*surmenage*) el frio, el calor, el traumatismo, las variaciones del termómetro ó del ba-

Universidad del Perú. Decana de América

rómetro, el estado del aire ó del agua; tales son las principales condiciones etiológicas que se encuentran citadas en todas las páginas. Es innegable que estas condiciones tienen su rol en ellas, pero la multitud de causas invocadas, en realidad, no hace sino enmascarar nuestra ignorancia; para una enfermedad definida, se necesita una causa constante y determinada, es decir única, tan solo las condiciones que favorecen la acción de esta causa pueden ser múltiples. Es imposible admitir que influencias triviales, como el frío ó la fatiga, puedan por sí solas, producir enfermedades tan diferentes como la neumonía, amigdalitis ó reumatismo articular agudo; por el contrario, se concibe que estas diversas influencias, sean capaces de ayudar á una causa específica.

Esta causa específica, única, variando de una enfermedad á otra pero siempre idéntica para la misma enfermedad, se creyó haberla encontrado el dia en que se comprendió que toda infección estaba bajo la dependencia de un elemento vivo, desarrollado accidentalmente en el organismo. Desde entonces, el problema pareció extremadamente simple; cada enfermedad debía ser producida, al parecer, por un microbio especial; la cuestión se reducía á encontrar este microbio, aislarlo, cultivarlo y estudiar sus efectos sobre los animales.

Desgraciadamente muchos hechos nos separan de semejante concepción; el problema es más difícil de lo que se había supuesto desde luego y las relaciones entre las enfermedades y los microbios patógenos son en realidad muy complejas.

Está demostrado hoy que alteraciones anatómicas y manifestaciones clínicas, en apariencia idénticas, pueden estar bajo la dependencia de microbios diferentes; recíprocamente, un mismo microbio, según las condiciones, con frecuencia difíciles de determinar, puede engendrar enfermedades anatómica y clínicamente desemejantes.

Tales son las dos leyes, cuya realidad vamos á tratar de demostrar, apoyándonos sobre cierto número de hechos clínicos y experimentales.

I

El organismo, en sus modalidades reaccionales, cuyo conjunto constituye la enfermedad, puede comportarse de la misma manera, en presencia de agentes diferentes.

El ejemplo más corriente nos lo suministra la historia bacteriológica de la supuración, que puede ser producida por los microbios más diversos ó aún por agentes químicos, con exclusión de todo elemento figurado. En todos los casos el proceso es el mismo, puesto que parece probado actualmente que los microbios piógenos, no ejercen su acción nociva, sino por los principios solubles que segregan. Estas sustancias, aunque diferentes en su constitución química, producen en el organismo animal recciones idénticas. El resultado no tiene nada que pueda sorprender. Hechos análogos se observan en gran número de intoxicaciones; muchos venenos determinan accidentes convulsivos, paralíticos ó comatosos, no presentando entre sí diferencia alguna; es imposible ascender á la causa, por el estudio de los efectos observados. Para tomar un ejemplo más simple, nos bastará recordar que la excitación de un nervio, determina siempre el mismo efecto, cualquiera que sea el excitante empleado, físico, químico ó fisiológico. El organismo no tiene á su disposición, sino un número limitado de modalidades reaccionales; se concibe así que, en patología como en fisiología, excitaciones diferentes puedan producir reacciones semejantes.

Pero volviendo á los microbios, supongamos que un agente piógeno vaya á localizarse en un órgano ó un tejido, por ejemplo al nivel de una

de las válvulas del corazón, producirá una destrucción rápida de esta válvula; al mismo tiempo los productos secretados por el microbio y los restos del tejido lesionado serán arrastrados en la circulación y determinarán un estado general extremadamente grave: es el cuadro de la endocarditis ulcerosa. He aquí una enfermedad que, desde luego, se estaría tentado á referir siempre al mismo agente patógeno; pero las investigaciones bacteriológicas nos prueban que no es absolutamente así; los microbios mas diversos pueden ser incriminados: ya son las bacterias de la supuración y particularmente los estafilococos, el estreptococo piógeno, el *Bacillus pyogenes fœtidus;* ya son organismos que parecen mas específicos, como el diplococo de la neumonía; otras veces, en fin, se han podido aislar bacilos ó micrococos que hasta entonces no se habían encontrado. Por consiguiente, la endocarditis ulcerosa es la manifestación anatómica y clínica de procesos microbianos múltiples y diversos.

Se puede decir que, hasta cierto punto, es lo mismo para la neumonía. Efectivamente, las formas francas de esta enfermedad, parecen estar siempre bajo la dependencia del mismo agente, es decir, del microbio cuyos carácteres nos han hecho conocer Talamon y Frænkel. Pero en las neumonías atípicas, en aquellas que presentan caracteres tifoides, en las neumonías secundarias ó en las bronco-neumonías, se pueden ver, microbios diferentes, producir lesiones ó determinar síntomas en apariencia idénticos. Es así que una neumonía, sobreviniendo en el curso de una fiebre tifoide, puede ser producida por el agente de la enfermedad principal; es lo que resulta de algunas observaciones, particularmente de las que han publicado Arthaud, Frænkel, Chantemesse y Vidal, Foa y B. Uffedruzzi. Pero este resultado parece excepcional; casi siempre las neumopatías secundarias son debidas á una infección combinada; se encuentra en el foco pulmonar sea uno de los dos neumococos, sea el estreptococo, solo ó unido á otros microbios piógenos, particularmente al estafilococo dorado; algunas veces aún se encuentra otro agente, tal como el bacilo de Schou, ó un microbio análogo al de la septicemia de los conejos (Mosler).

Todas estas neumonías parecen idénticas, tanto bajo el punto de vista clínico, como bajo el punto de vista anatómico, y es imposible actualmente, fuera del examen bacteriológico, adivinar qué microbio es la causa de ellas. El solo punto que parece establecido, es que el estreptococo determina accidentes particularmente graves, fenómenos tifoides; produce en el pulmón un proceso intersticial agudo, de núcleos múltiples, lobulares ó seudo lobares, teniendo gran tendencia á la invasión.

Uno de los ejemplos más curiosos nos lo suministra el estudio de la tuberculosis. Su unidad, afirmada en nombre de la clínica por Laennec, en nombre de la histología patológica por Grancher y Thaon, parecía establecida de una manera inquebrantable por los descubrimientos de Villemin y de Koch. Pero hoy, numerosos hechos experimentales demuestran que los tubérculos pueden desarrollarse bajo la influencia de microbios absolutamente diferentes del que Koch ha hecho conocer. Es á los señores Malassez y Vignal que corresponde el mérito incontestable de haber estudiado, los primeros, una de esas tuberculosis que, para comodidad del lenguaje, designaremos con Eberth bajo el nombre de seudo-tuberculosis.

Los señores Malassez y Vignal habían inoculado á cobayas, un nódulo tuberculoso del antebrazo; obtuvieron en estos animales una tuberculosis miliar, transmisible en serie y producida por zooglæas, ocupando el

centro de los tubérculos. Hechos análogos fueron observados por los señores Nocard, Chantemesse, Amrusch, Ebrth. Con M. Charrin, hemos estudiado una seudo-tuberculosis bacilar, producida por un pequeño bacilo que pudimos aislar y cuyas culturas determinaron en los conejos y cobayas, una erupción de tubérculos miliares, extremadamente abundantes en el hígado y el bazo. Más recientemente, en fin, los señores Dor, Grancher y Ledoux-Lebard, Nocard Masselin, Pfeiffer, han descrito también tuberculosis producidas por zooglæas ó bacilos diferentes del de Koch. Queda por saber si todas estas seudo-tuberculosis son idénticas, y si todas ellas revelan las zooglæas de Malassez y Vignal. Esta opinión es defendida por los señores Grancher y Ledoux-Lebard y por Nocard: confesamos que los argumentos presentados por estos experimentadores no nos han convencido. Nuestra seudo-tuberculosis bacilar nos parece diferente de la tuberculosis zooglæica, y nuestra opinión ha sido apoyada por Malassez, que se ha dignado comparar nuestras preparaciones histológicas con las suyas. Pero no es este sino un punto de detalle, sobre el que no insistiremos ahora, reservándonos volver á él en un estudio general sobre las seudo-tuberculosis. Lo que nos basta, simplemente, es retener, de los hechos experimentales que hemos expuesto, el que los tubérculos pueden desarrollarse bajo la influencia de diversos agentes microbianos.

A los ejemplos que hemos consignado, agregaremos todavía uno: nos es suministrado por una afección cutánea, la sicosis parasitaria: la bacteriología ha permitido distinguir tres variedades, que la clínica no ha podido separar. En efecto, ya esta efección está bajo la dependencia de un hongo, de una organización relativamente elevada, el *tricophyton* (forma hipógena de Unna); otras veces se está en presencia de una forma coccígena, dependiente de uno de los estafilococos de la supuración; en fin Tommasoli ha descrito una forma bacilógena, producida por un microbio que recuerda un poco al *bacillus pyogenes fœtidus*; las culturas de este microbio han podido reproducir la enfermedad.

Podríamos, fácilmente, alargar la lista de las observaciones que establecen la realidad de la primera ley que sentamos al principio de este artículo. Creemos que los pocos hechos que hemos comunicado, son suficientemente demostrativos para permitirnos concluir que: afecciones en apariencia idénticas pueden presentar microbios diferentes.

II

Un mismo microbio patógeno puede determinar lesiones de tal manera variables, que no podría creerse, desde luego, que se trata de una sola y misma enfermedad.

La patología humana nos suministra numerosas pruebas de esta aserción. Apenas si es necesario recordar las largas discusiones que ha levantado la historia de la tuberculosis. ¿Qué semejanza hay, en efecto, entre las diversas manifestaciones de esta enfermedad? ¿Cómo afirmar, sin la presencia del agente microbiano, la identidad de la tuberculosis miliar aguda, de la neumonía caseosa, de ciertas pleuresías, del lupus, de los abcesos fríos ó de las sinovitis de granos risiformes? La causa es siempre la misma y sin embargo, las manifestaciones clínicas parecen no tener, entre sí, relación alguna.

El microbio de la neumonía (neumococo de Talamon-Frænkel), puede también, por sus localizaciones múltiples, dar nacimiento á las afecciones más diversas: es así que se ven meningitis, pleuresías, peritonitis, otitis de neumococos: en un organismo invadido por el agente habitual de la neumonía, el pulmón puede quedar absolutamente indemne; lo que se

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

observa son localizaciones, que llamamos anómalas, puesto que nos parecen raras y que derivan de causas determinantes que siempre llegamos á encontrar.

Desde luego, tales resultados pueden parecer extraños; sin embargo, es necesario no exajerar la novedad ó la rareza. La medicina clínica, nos había hecho conocer anomalías análogas, llegando á reunir manifestaciones mórbidas que parecían no tener entre sí, relación alguna. La viruela hemorrágica, por ejemplo, y de una manera más general, las fiebres eruptivas malignas, ofrecen una sintomatología y una evolución bien diferentes de las que presentan las enfermedades á las cuales se las reune. Hay así mismo formas atenuadas y particularmente ciertas formas frustas de la escarlatina; con frecuencia su naturaleza no es reconocida sino más tarde, sea porque sobrevengan accidentes de nefritis, sea porque en el seno de la familia se vé desarrollar una escarlatina típica.

La fisonomía clínica de una enfermedad puede ser trastornada á consecuencia de modificaciones dependientes, ya del agente invasor, ya del organismo invadido.

La historia de las modificaciones que puede sufrir un mismo microbio en su virulencia, apenas nos detendrá un momento. Todo el mundo sabe que se puede, hasta cierto punto, hacer la educación de las bacterias, disminuír ó aumentar su virulencia; se puede aún ver, á microbios inofensivos, adquirir temporalmente propiedades patógenas. No insistiremos sobre estos hechos perfectamente conocidos hoy; nos apresuraremos á abordar la historia, aún mas oscura, de las modificaciones sintomáticas que pueden sobrevenir, aún cuando no haya cambio alguno en la virulencia del microbio.

El aspecto clínico y la evolución de las enfermedades pueden diferir completamente, según la especie animal sobre la que se observe, según la edad del sujeto atacado y el estado de sus órganos, en fin, según el punto de introducción del agente patógeno.

Un microbio que es patógeno para diferentes especies animales, puede determinar en cada uno de ellos una enfermedad diferente. El bacilo del cólera de las gallinas, mata al conejo con gran rapidez, produciendo una verdadera septicemia; inoculado á la cobaya, con frecuencia no produce sino una lesión local. Así mismo, la bacteridia carbonosa puede producir manifestaciones muy diversas; determina una septicemia en las cobayas, los conejos y las ratas de poca edad, en tanto que en las viejas ratas, no produce, frecuentemente, sino un absceso; en el hombre, la infección puede revestir aspectos bastante diversos: ya es una enteritis cuya naturaleza no puede ser reconocida sino por el examen bacteriológico; otras veces son las manifestaciones del edema maligno; con mas frecuencia se encuentra una pústula maligna, cuya terminación puede ser favorable.

Uno de los ejemplos más curiosos que han sido publicados á este respecto, se encuentra consignado en una reciente nota de M. Courmont. En una lesión tuberculosa, encontrada en un buey, este experimentador halló un bacilo, absolutamente diferente del descubierto por Koch. Las culturas recientes de este bacilo, inoculadas á conejos y cobayas, hicieron perecer á estos animales, pero la autopsia dió resultados, desgraciadamente desatendidos; se encontraron en los conejos, numerosas granulaciones tuberculosas; las que no se encontraron en las cobayas, que sucumbieron á una especie de septicemia, Con culturas antiguas fueron los resultados diametralmente opuestos: las cobayas fueron las que presentaron tubérculos, en tanto que los conejos perecieron septicémicos. M.

Courmont ha comprobado todavía que los tubérculos, se trasmiten en serie sobre la misma especie animal; en tanto que los productos tuberculosos inoculados de la cobaya al conejo ó vice-versa, hacen perecer á los animales sin que se pueda, á la autopsia, descubrir la menor granulación. Esta seudo-tuberculosis no es entonces trasmisible en serie, bajo la forma de tubérculos, sino en los animales de la misma especie: el *cambio de especie produce un cambio completo en la evolución.*

Estos pocos ejemplos conducen á una conclusión bastante interesante. Supongamos que se quiera estudiar una enfermedad humana; por la cultura se aisla un microbio; es necesario demostrar que verdaderamente es el agente patógeno; la prueba más decisiva es, con evidencia, la suministrada por la inoculación á los animales; pero podrá suceder que el microbio encontrado, no produzca accidentes en ninguna de las especies sobre las que experimentamos en los laboratorios: ó bien el animal sucumbirá con síntomas y lesiones, que no recuerden absolutamente, la enfermedad primitiva; en los dos casos, apesar de la presencia constante del microbio en los humores ó tejidos del hombre enfermo, subsistirá una duda, que necesariamente, es legítima. Estas reflexiones pueden referirse hasta cierto punto al bacilo de Eberth; el solo animal sensible á su acción, el ratón blanco, no sucumbe, sino cuando se inyectan cantidades de cultura verdaderamente enormes: la muerte sobreviene entonces en veinticuatro horas; nada hay en esta evolución fulminante que recuerde, aún á lo lejos, la marcha lenta y las alteraciones tan características de la fiebre tifoidea. No queremos, ciertamente, tomar parte en la discusión que se levanta actualmente sobre el rol del bacilo de Eberth; hemos querido tan solo mostrar, por este nuevo ejemplo, cuán difícil es hacer conclusiones sobre una especie animal, experimentando en otras.

En una misma especie, la enfermedad puede revestir caracteres diferentes, según la edad del sujeto que se observa: la medicina humana nos suministra muchos ejemplos. También se pueden tomar de la patología animal; es así que M. Nocard ha demostrado que el bacilus de la peri-neumonía inoculado á un ternero, sea en el cogote, sea en el brazuelo, produce una infiltración enorme del mediastino, sin alteración pulmonar; si se hace la experiencia sobre uno recién nacido, no se produce ya lesión local, se desarrolla una enfermedad general, hiriendo las sinoviales articulares y tendinosas, alcanzando algunas veces las serosas y el endocardio. Los síntomas son entonces absolutamente diferentes, bien que, en los dos casos, la inoculación haya sido hecha de la misma manera.

El estado general de los sujetos atacados puede todavía modificar la evolución de una enfermedad. Así el recargo de funcionamiento (*surmenage*), favorece el desarrollo y la generalización de las infecciones; si se inocula el carbón sintomático á un ratón blanco, sobrevivirá este animal frecuentemente; si sucumbe, se encontrarán, lesiones características en el punto inoculado; pero si es hecha sobre un sujeto agotado (*surmené*), la muerte será casi fatal y con frecuencia, á la autopsia, hará falta la lesión local; simultáneamente habrá habido generalización, comprobándose que los órganos están llenos de bacilos.

La clínica nos ha demostrado desde largo tiempo que, en el diabético, las enfermedades inflamatorias tienen gran tendencia á terminarse por gangrena y las experiencias de Bujwid han hecho ver, en efecto, que el estafilococo, ese agente piógeno por excelencia, determina la gangrena, cuando se inocula en animales vueltos glicosúricos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Pero sobre todo, son las alteraciones previas de los órganos, las que ofrecen bajo este punto de vista, el mayor interés. Un microbio, introducido en la sangre, de preferencia irá á localizarse sobre las partes ya enfermas: es esta la vieja teoría del *locus minoris resistentiæ*. Las localizaciones pueden ser de tal manera diferentes, que no se creería nunca sin el socorro de la bacteriología, que desórdenes tan variados puedan estar bajo la dependencia de un mismo agente. Experimentalmente se han podido reproducir ciertas de esas modalidades clínicas: la cauterización de los órganos, el traumatismo, la ligadura de las arterias, la sección de los nervios, tales son los principales medios que permiten obtener las diversas localizaciones microbianas.

En fin, la vía por la cual penetra el microbio en el organismo, es una condición que no se debe perder de vista y que modifica completamente la evolución de una enfermedad infecciosa, en circunstancias iguales desde luego, con respecto de la edad ó del estado del sujeto, de la virulencia del microbio ó de la cantidad de virus inoculado.

Tal bacteria, que, inyectada bajo la piel, no produce sino una lesión local, puede determinar, cuando se introduce por las venas, una infección de todo el organismo. Tal es el caso para los microbios de la supuración, lo mismo que para la vacuna, como lo ha demostrado M. Chauveau; quizás aún para la sífilis congénita, en que el virus, penetrando directamente en la sangre, infecta simultáneamente toda la economía.

Recíprocamente, existen microbios que no determinan sino trastornos muy ligeros cuando se les inyecta en la sangre, en tanto que matan cuanson introducidos bajo la piel ó en un músculo: tales son, por ejemplo, los bacilos de la septicemia gangrenosa y del carbón sintomático; pero si la inoculación es hecha al nivel de un punto en que el tejido celular es denso y la temperatura orgánica poco elevada, por ejemplo al nivel de la cola, el animal resiste á la infección.

Todavía podemos citar un ejemplo bastante curioso, tomado de la medicina experimental: es el de la seudotuberculosis bacilar del conejo y de la cobaya. El microbio de esta enfermedad, inyectado bajo la piel, determina un tubérculo de inoculación seguido de una producción granulosa en el hígado, el bazo, los pulmones y algunas veces los riñones. Si se practica la inyección en el peritoneo, se observan, ya granulaciones semejantes, ya simplemente un depósito de falsas membranas al rededor del hígado y del bazo; si se hace la inoculación en la cavidad pleural, podrá verse desarrollar una pleuresía serosa, con frecuencia muy abundante, acompañándose ó nó de granulaciones características. ¿No se tiene en estas diversas manifestaciones una reproducción perfecta de las localizaciones tan variadas que se observa en la tuberculosis humana y que apenas se puede reproducir experimentalmente con el bacilo de Koch?

En la clínica humana las dos últimas condiciones que hemos indicado, con frecuencia están reunidas y es bien difícil decir si las modificaciones sintomáticas dependen de las alteraciones anteriores de los órganos ó de la vía de introducción del microbio. Nos contentaremos entonces con citar algunos ejemplos que irán á confirmar, lo que ya nos ha demostrado la experimentación.

Tenemos el *estaphylococus pyogenus aureus;* se trata, como se sabe, de un micrococo piógeno, que, con frecuencia, se encuentra en los abcesos y particularmente en los forúnculos: pero también se le encuentra en supuraciónes más profundas y particularmente en los focos de osteomielitis. Este resultado, que apenas nos parece sorprendente hoy, fué acogido desde luego con grande incredulidad,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

al menos parecía raro el sostener que la osteomielitis era un forúnculo de los huesos. Y en efecto, las manifestaciones clínicas son de tal manera desemejantes en los dos casos, que se comprende perfectamente las dudas que semejante afirmación había levantado. Pero el estafilococo puede producir otras lesiones no menos diferentes; hemos ya dicho que era la causa de una variedad de sicosis; es también el agente del impétigo, Schimmelbusch lo ha demostrado por inoculaciones practicadas en el hombre. En fin, recordaremos todavía que, en ciertas circunstancias, el mismo microbio puede provocar la gangrena, bronco-neumonías, la endocarditis ulcerosa etc.

La historia del estreptococo nos va á suministrar ejemplos todavía más curiosos. Este microbio produce habitualmente una erisipela: pero si invade el útero de una mujer recientemente parida, provocará la fiebre puerperal. La medicina tradicional nos había preparado á admitir este resultado: observaciones bastante numerosas demostraban que la fiebre puerperal podía ser contraída á la vecindad de una erisipela, la recíproca era igualmente verdadera. Así mismo, se estaba dispuesto á aceptar la identidad de la erisipela y de la linfangitis, identidad que acaba de ser establecida, sobre pruebas científicas, por los Sres. Verneuil y Clado. ¿Pero cómo afirmar, sin las investigaciones bacteriológicas, que la *flegmatia alba dolens* es debida á la localización de este mismo estreptococo? ¿Cómo adivinar que este mismo agente puede producir neumonías tifoides ó bronco-neumonías de marcha invasora? Hay mas: para algunos sabios el estreptococo de la erisipela es idéntico al estreptococo piógeno; si esta opinión se confirma, á la ya larga lista de las calamidades que se puede atribuir á este microbio, sería necesario agregar muchas otras manifestaciones mórbidas, endocarditis ulcerosas, infección purulenta, etc.

Hemos hablado muchas veces de septicemia y de piohemia; las relaciones que existen entre estas dos infecciones han sido diversamente comprendidas por los cirujanos: para los unos se trataba de dos modalidades diferentes de un mismo proceso; para los otros, sería necesario admitir dos enfermedades distintas. Esta última opinión pareció encontrar un apoyo en las investigaciones de M. Pasteur; para el ilustre sabio, la piohemia estaba bajo la dependencia de un agente aerobio, la septicemia, de un anaerobio. Hoy llegamos á una concepción bien diferente: la septicemia y piohemia se nos aparecen como dos estados mórbidos, bien distintos sin duda bajo el punto de vista anatómico y clínico, pero pudiendo depender de los mismos agentes infecciosos y particularmente del estreptococo.

***

Algunos autores han querido servirse de los hechos que hemos consignado, para atacar las teorías patogénicas actuales y disminuir ó negar el rol atribuido á los microbios. Es necesario confesar que, desde luego, los resultados parecen un poco engañosos; pero basta estudiar comparativamente lo que pasa en las intoxicaciones y las infecciones, para comprender que en los dos casos, la dificultad es la misma.

Un veneno cualquiera puede tener efectos enteramente diferentes. Tomemos por ejemplo el alcohol: su acción sobre el organismo puede traducirse por las manifestaciones más variadas; la embriaguez, el delirium tremens, la paquimeningitis, la seudotabes, la cirrosis hepática, etc. Lo mismo para los otros venenos, tanto para el fósforo ó el arsénico, como para el plomo y el mercurio.

Recíprocamente, manifestaciones en apariencia idénticas, pueden depender de venenos diferentes ó aún producirse fuera de toda intoxicación

Universidad del Perú. Decana de América

determina el plomo, cuando hiere el sistema nervioso, se encuentran algunas veces en enfermos en los que no se puede invocar la influencia del saturnismo; entonces, tan solo el conocimiento de los antecedentes es lo que autoriza relacionar, las manifestaciones observadas, á la intoxicación; el estudio de los síntomas ó de las lesiones no nos permite ascender á la causa específica.

Pero porque el alcohol y el plomo produzcan manifestaciones múltiples y porque estas mismas manifestaciones frecuentemente revelen los agentes tóxicos más diversos y que aun aparezcan fuera de toda intoxicación no puede pretenderse, ni nadie lo ha pensado, borrar los venenos del cuadro nosológico: así mismo, creemos que no hay razon alguna para poner en duda el rol de los microbios. En los dos casos, las reacciones del organismo pueden ser diferentes en presencia de un mismo agente morbífico, ó idénticas en presencia de agentes diferentes.

Lo que debemos aun retener de los resultados obtenidos actualmente es, que será siempre bueno proseguir el estudio bactereológico de las enfermedades, aun cuando el agente patógeno parezca bien conocido. Gracias á estas investigaciones sistemáticas es que se ha podido descubrir las seudo-tuberculosis, es decir tutuberculosis producidas por microbios diferentes del de Koch; ademas, no hemos visto que neumopatías en apariencia idénticas, pueden revelar los microbios más diferentes? Quizás cuando se conozcan mejor los hechos de este género se llegará á encontrar entre ellos, diferencias anatómicas y clínicas. Por el momento, nos basta haber demostrado que las relaciones entre las enfermedades y sus causas tóxicas ó infecciosas, son mas complejas de lo que se había creído desde luego, nuestras clasificaciones artificiales apenas responden á la realidad de los hechos: es imposible sentar una ecuación exacta entre las causas que se conoeen y las enfermedades, tales como se las ha definido.

DR. G. H. ROGER.

Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurgie.

(Traduccion de E. C.)

VARIEDADES

Crónica.—

DR. BECERRA.—Como lo preveíamos, en nuestro número anterior, este distinguido facultativo ha sido nombrado catedrático titular de la Facultad de Medicina, despues de haber probado suficientemente su competencia en una magnífica disertación sobre *sangre patológica.*

Este ascenso ha sido recibido con agrado por los que anhelan el progreso de la medicina nacional, y con júbilo por los alumnos de medicina que, admiradores de su competencia y testigos de su laboriosidad, alimentan fundadamente, las esperanzas de que hará esfuerzos para que se dote á las cátedras que dicta, siquiera con los instrumentos mas indispensables para el aprendizaje.

No cabe felicitación cuando hay mérito reconocido.

MANUEL A. VELASQUEZ.—Felicitamos al consocio y al colega, por el título de médico y cirujano que le otorgó la Facultad en la última sesión del presente mes . Deseamos que el porvenir haga justicia á su contracción al estudio.

Alejado de la sociedad y de la redacción de este periódico á causa de la preparación de sus exámenes *doctorales*, abrigamos la confianza de que con su inteligencia y su entusiasmo, continuará prestándonos su importante coucurso en la tarea que nos hemos impuesto.

NUEVO SERVICIO DE MEDICINA. —Se ha constituído otro nuevo en el Hospital de Santa Ana, formado por

Universidad del Perú. Decana de América

tres salas que se han quitado de los servicios de los doctores J. Corpancho y Morales. Médico titular de este servicio se ha nombrado al Dr. Gomez Sanchez, antiguo auxiliar de dicho Hospital. Felicitamos al citado doctor por este ascenso.

El S.. Correa y Santiago, Inspector del hospital, ha presentado ya la terna para proveer la vacante dejada por el Dr. Gomez Sanchez.

EL CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE LAS HORAS DE CLASE.—Se halla fijo en la pizarra de la Facultad de Medicina. Entendemos que muy pronto comenzarán á dictarse las clases, pudiendo solamente así penetrarse los alumnos de las ideas y teorías que sustentan sus profesores, las que le servirán para formar un juicio que normalise su conducta en tan difícil como delicada carrera.

Bibliografía.—

LA FARMACIA CONSIDERADA POR SU LADO ECONÓMICO, SOCIAL Y PRÁCTICO.—Proyecto de reforma en el Perú mediante la limitación. Tésis sostenida por *Alberto B. Tiravanti* (Farmacéutico) al optar el grado de Bachiller en la Facultad de Ciencias Políticas y Administrativas. Excelente trabajo, cuya lectura recomendamos.

El Sr. Tiravanti comienza por decir que si la Farmacia no es un sacerdocio, es por lo menos un Ministerio de mucha confianza, pues el farmacéutico no tiene las mas veces otro juez que Dios y su conciencia. Con estos fundamentos concluye que no debe considerarse como una profesión libre.

Niega que sea un comercio, pues le faltan los caracteres de él; considerándola en relación con la Higiene pública, y por consiguiente con la vida de la humanidad, deduce que es una profesión excepcional, que exije disposiciones de excepción, y concluye: *que á necesidades limitadas por si mismas y por el interés público, profesión limitada.*

A los que proclaman la libertad de industria les hace observar que *libertad no es anarquía y progresar no es retroceder*, y les hace las siguientes preguntas: ¿están sinceramente convencidos de que esas oficinas dudosas, que á la sombra de la decantada libertad (bajo el sistema actual) trafican en medicamentos, son en efecto un bien y un adelanto positivos? La providad de un farmacéutico digno está siempre en peligro ante la competencia de un compañero de conciencia poco severa. Si los que hacen uso de medicamentos pertenecieen siempre á la clase culta y no hubiese casos fortuítos, el peligro no sería tan grave; pero desgraciadamente no es así, y en busca de la baratura y de lo urgente del caso se sacrifica muchas veces la vida del enfermo.

De que la farmacia no es un comercio ni la medicina una mercadería, de que se palpa la necesidad de una reforma, propone la siguiente que amplía, por lo demas en el cuerpo de la tesis:

Nadie podrá vender sustancia alguna con el título de medicamento, sino tiene Diploma, es decir, sino es farmacéutico; excepto en el campo, donde los médicos podrán suministrar las de más urgencia. El número de boticas será proporcional á la necesidad de las poblaciones.

Indica también las obligaciones que debe imponerse á los farmacéuticos en cambio del provecho que esta reforma les concede.

Denuncia el hecho de que la salud hoy no está garantida, pues raro es el farmacéutico que no sepa el día en que ha de ser visitado por la comisión revisora,

Díce que la comisión de farmacia tal como él la propone debe formar una verdadera policía de sanidad, encargada de comprar medicamentos con receta ó sin ella, en tales ó cuales boticas, llevarlos al Laboratorio Químico y analizarlos, ya sea cuali-

Universidad del Perú

tativa ó cuantitativamente y reconocer si las preparaciones magistrales están hechas segun arte ó no, para imponerles las correspondientes penas.

Considera inutil la visita anual no solo por la razón expuesta más arriba, sino por la existencia de boticas regentadas por profanos que, bajo la tutela de un *diploma alquilado*, consideran la profesión solo bajo la faz comercial, desconocen la importancia del crimen que cometen con un engaño en el peso ó en el cange de un medicamento.

Nótese que al señor Tiravanti le da derecho para expresarse así el siguiente fallo: *todo bueno, en abundancia y en un orden digno de ser imitado* emitido por el profesor de Farmacia de la Facultad de Medicina con respecto á su establecimiento farmacéutico.

En fin, en la importante tesis de nuestro consocio señor Tiravanti se encuentra mucho digno de leerse, no solo por los farmacéuticos, sino también por los médicos Higienistas, Economistas y sobre todo por los legisladores.

Sería lástima que la primera voz que se levanta para enaltecer una profesión, que tanto se relaciona con la vida del hombre, fuese á perderse en el profundo abismo de nuestra indiferencia.

L. I. DE MORA.

TRATADO ELEMENTAL DE PATOLOGÍA EXTERNA por *E. Follin y Simón Duplay*; traducido de la última edición francesa por los Drs. José Lopez Diaz, M. Salazar y Alegret Francisco Santana y Villanueva. *Segunda edición* española. Madrid 1888-1890 La clásica obra de los doctores Follin y Duplay, Patología Externa. que es hoy la que sirve de texto en todas las Universidades del mundo, y que es tambien una de las *obras más importantes de consulta* ha llegado á su feliz terminación.

Agradecemos mucho la remisión de las entregas 6, 7, 8, y 9, de esta importante publicación. Cuando todas las entregas lleguen á nuestra mesa de redacción, tendremos la satisfacción de hablar de ella mas extensamente. Por hoy solo acusamos recibo. Se hallará la obra en Madrid, librería editorial de don Carlos Bailly y Bailli re, Plaza de Santa Ana, número 10, y en provincias y Ultramar en las principales librerias.

Frote perihepático y abcesos del hígado.—M. Bertrand ha llamado la atención de la Academia de Medicina de Paris (sesión del 4 de Marzo último) acerca de este síntoma olvidado por la generalidad de los autores y que constituye un signo precioso de diagnóstico en la hepatitis supurada.

Se percibe por el oído y la mano aplicados sobre el hipocondrio derecho, frecuentemente al nivel del septimo ú octavo espacio intercostal, sobre la línea axilar anterior.

Bien que la situación parezca acusar un origen peritoneal, puede ser igualmente el resultado de una inflamación de la pleura. Que uno ú otro sea el origen, lo importante para el clínico es el signo, revelador de una perihepatitis que ha comprometido una ú otra serosa, provocando una inflamación adhesiva, claro signo que afirma la existencia del abceso, si existian de antemano sintomas referibles á una hepatitis. Este signo es tanto más importante, cuanto que, puede preceder muchos dias al edema de la pared.

El frote perihepático no concurre solamente al diagnóstico del abceso, es además la prueba de que el hígado se encuentra fijo á la pared abdominal por intermedio del peritoneo, lo que sabemos cuanto importa conocer al cirujano.

El máximun de frote corresponde, por su asiento, al máximun de dolor y al punto donde primero aparecerá el edema parietal, que marca el sitio

Universidad Nacional Autónoma de México
Biblioteca Central "Dr. Ignacio Chávez"

donde deba efectuarse la punción exploratriz.

De su estudio M. Bertrand concluye: que en los enfermos á los que se supone atacados de hepatitis supurada se les debe auscultar, no solo el aparato respiratorio para no ser sorprendidos por una migración toráxica del pus, sino también, y más que todo, el hígado, el peritoneo, para diagnosticar el abceso mismo.

Del empleo de los alcalinos en las enfermedades del estómago.—Pocos medicamentos han sido tan preconizados en las diversas formas de dispepsias como los alcalinos, sean estos administrados bajo la forma de sales ó de aguas minerales; desgraciadamente son prescritos con frecuencia de una manera empírica, no obteniéndose, como era natural, los éxitos que se esperaba. Tal desigualdad en los resultados obtenidos, parece depender de que, durante mucho tiempo, el estudio químico de las dispepsias no estaba hecho; hoy que las investigaciones recientes nos han hecho conocer las diversas modificaciones patológicas de la secreción gástrica según los diferentes estados en que se les observe, la disminución ó el aumento del ácido clorhídrico, la presencia ó la ausencia de este cuerpo en el jugo gástrico, la terapéutica de las dispepsias por los alcalinos podrá basarse sobre datos más exactos y más científicos.

Si se propone combatir la *hiperclorídría* convendría prescribir, dice el profesor See, los alcalinos á las 2 ó 3 tres horas de los alimentos, cuando la hiperacidez alcanza su máximun; sería necesario todavía, para obtener buen resultado, no darles en pequeñas cantidades, sino, por lo menos, 3 á 4 gramos en una sola vez. Dosis más elevadas podrían presentar inconvenientes, porque no se trata de neutralizar enteramente el jugo gástrico, sino reducir su acidez á una cifra normal. Siguiendo el consejo de M. Germain See se debe dar en estos casos el bicarbonato de soda disuelto en bebidas calientes (infusión de camomilla y otras) que presentan la ventaja de diluir el jugo gastrico.

Si se trata de una dispepsia con disminución del ácido clorhidrico, de una *anaclorhidria ó hipoclorhidria*, como es el caso para un cierto número de dispepsias de los neurasténicos y de los anémicos, sería necesario prescribir los alcalinos á *pequeñas dosis* y *antes de los alimentos*; pues la experiencia demuestra que los alcalinos, así administrados favorecen la secreción del jugo gástrico. En estos casos se da por ejemplo una agua alcalina media hora antes de cada alimento ó uno de los paquetes siguientes cuya composición puede variarse:

Bicarbonato de soda.... } *aa*
Creta preparada..... }
Magnesia decarbonatada } 0 g. 20 c.

Estas reglas, como es facil comprender, son aplicables cuando el analisis químico refiere las dispepsias á trastornos en la secreción gástrica. Faltan aquí las reglas higiénicas y alimenticias cuya severa aplicación es la única garantía del éxito.—L. I de MORA.

Método práctico para juzgar la capacidad digestiva del jugo gástrico.—Como corolario obligado del artículo anterior vamos á describir ligeramente el procedimiento propuesto por el Dr. Günzburg (de Francfort-Sur-le-Mein) para juzgar la cantidad de ácido clorhídrico contenido en el jugo gástrico.

En 1887 propuso el citado doctor la floro-glucina-vanilina que, con los ácidos minerales del jugo gástrico es decir, el ácido clorhídrico, daba una coloración rojo vivo, depositándose cristales de un bello rojo; desgraciadamente este procedimiento exije el empleo del aspirador de Potain, asi como el hacer tragar esponjas suspendidas á un hilo para conseguir algunos centímetros de jugo gástrico.

Vistos los inconvenientes que pre-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sentan estas maniobras, el mismo Günzburg ha propuesto las siguientes cápsulas:

20 á 30 centígramos se encierran en un tubito de caucho perfectamente vulcanizado y de paredes muy delgadas, cuyos dos extremos están suturados con tres hilos de fibrina conservados en alcohol para darles suficiente resistencia. Estos paquetes se colocan en glicerina. Antes de usarlos se colocan en una capsula de gelatina.

Veámos á que obedece esta complicada estructura.

Introducida la capsula al estómogo, la gelatina tarda en disolverse un cuarto de hora; quedan yá los hilos de fibrina en presencia del jugo gástrico, que, actuando sobre ella facilita la abertura del tubo que deja en su seno el ioduro de potasio, cuya pronta ó tardía eliminación por la saliba nos dará la madida de la actividad del jugo gástrico, ó mas bien, de la cantidad de ácido clorhídrico que contiene.

Experiencias repetidas han demostrado á dicho doctor, que á la hora de destruirse la capsula de gelatina aparese el yodo en la saliba de un individuo que posea una cantidad de jugo gástrico. Si se presenta á los 3 cuartos de hora, á la media hora, habrá hiperacidez; si se retarda al tiempo normal, un cuarto, dos, ó tres, etc, la hiporacidez, por el contrario, irá en aumento.

El Dr. Günzburg hace desayunarse con un huevo duro y un vaso de agua, y una hora despues administra la capsula. Como esta pudiera atravesar, sin detenerse, el estómago, el autor recomienda repetir varias veces el exámen para pronunciar un juicio.

Este procedimiento cuya descripción apareció en la *Semaine Medicale* del 20 de Noviembre pasado, nos viene hoy recomendado por las experiencias realizadas en más de cuarenta casos, por el doctor Marfan jefe de clínica de la Facultad de París.

El doctor Marfan procede de la manera siguiente para reconocer el yodo en la saliva: á la saliva recibida en un vaso se le agrega agua almidonada y después *ácido nítrico fumante* (y no otro ácido.) Cuando la saliva tiene yodo se produce un precipitado primero rojizo, despues azul de yoduro de almidón. Si esta reacción no aparece tres horas después de la ingestíon de la capsula debe concluírse que hay una insuficiencia muy marcada de jugo gástrico.—L. I de M.

ACCIÓN ANESTÉSICA LOCAL DE LA OUABAINA Y ESTROFANTINA. — Cuando se instila en el ojo de un conejo 4 gotas de una solución al uno por mil, de cualquiera de estas sustancias aisladas por Arnaud, se produce una anestesia completa de la córnea á los 5 minutos, anestesia que persiste durante muchas horas, sin que se observe otro fenómeno concomitante, que un cierto grado de miosis al cabo de media hora. Esta miosis es muy fugaz.

La anestesia es casi completa y no produce inflamación.

Sobre la cocaína presenta la positiva ventaja de la pequeñez de las dosis.—L. I. DE M.

Formulario contra la Grippe.— Al principio de la snfermedad: con presas frias y purgantes, y luego las preparaciones siguientes·

I. Infución de raiz de ipeca 120 g.
Salicilato sódico.....2 grs.
Ac. Clorydrico diluido.....XII gts.
Jarabe de grosella.....30 grs.
H. s. a. cuch. c. 3hs.

II. Codeina pura .....0' 5 gr.
Antipirina .....3 ,,
Bicarbonato sódico .....1' ,,
M. p. 10 pp. 1 en alterna.

III. Linimento jabonoso..80 gr.
Mistura de oleato balsámico..30 ,,
Cloroformo..... 8 ,,
Extracto do opio..... 2 ,,
Alcohol de lavanda.....15 ,,
M. s. a. fricciones generales 2 veces al dia.

(Les Nouveaux Remedes)