

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 VIII {

Lima, Febrero 28 de 1891.

} N° 86

OFICIAL

Sesión ordinaria de Diciembre

CONSTITUCIÓN MÉDICA LOCAL

El Dr. ALMENARA manifiesta que en la estación actual, como en las anteriores de que ha dado cuenta, se marca el tipo catarral en la constitución médica reinante; notándose de preferencia, neumonías, bronquitis, fiebres gástricas (seudotifoideas) y además la toz convulsiva, la que, en la mayoría de los casos se presenta desprovista de signos á la auscultación, carácter que acentúa su diagnóstico. No debe descuidarse este importante elemento de diagnóstico, para no dejar pasar desapercibidas neumonías lobares y complicaciones bronquiales tan frecuentes en el curso de esta enfermedad, y que es necesario tratar con energía. No se puede fijar un tratamiento general y único, para esta dolencia, pues los variados que presenta la literatura médica, no satisfacen en ciertos casos las aspiraciones del práctico. Bien que el uso de la tintura de belladona sea el mejor; hay uno, sin embargo, que de preferencia emplea, y es el que recomienda, el uso del tanato de quinina, por analogía con el que preconiza el tanino sólo en la forma catarral de la gripe, y que encuentra aquí feliz aplicación. Por otra parte, más de un autor recomienda en idénticos casos los compuestos del anti-periódico por excelencia.

El Dr. JOSÉ D. SALAZAR hace notar la preferencia que el profesor Romero dá á los alcalinos y en especial al bicarbonato de potasa.

El Dr. LEON, antiguo interno del expresado profesor, lo asocia á la cochinilla y al jarabe de codeína.

El Dr. ALMENARA emplea para combatir la frecuencia de los accesos de la toz convulsiva la siguiente fórmula, siempre que no exista el elemento catarral en las vias aereas:

Bromuro potasio.....	4 gr.
Agua destilada azahar..	60 „
Jarabe de cloral.....	} a a. 20 „
Jarabe de codeina..	
Cucharadas.	

Cuando el elemento catarral existe, emplea el Kermes mineral á la dosis de 0,01 centígramo cada cuatro horas. Para combatir la astenia que en muchos enfermos llega á manifestarse, hace uso de la siguiente fórmula:

Tintura de mirra.....	2 grms
id de eucaliptus..	8 „
Vino de quina.....	170 „
Jarabe de goma.....	130 „

El Sr. CASTAÑEDA manifiesta los benéficos efectos conseguidos con el valerianato de quinina.

El Dr. MEDINA hace notar que la presente epidemia no respeta á los adultos, observación que no es rara indudablemente en la ciencia, pues recuerda ha sido indicado por el Dr. Calatraveño de Madrid en el Congreso médico de Barcelona (1888); deja igualmente constancia de los benéfi-

cos resultados obtenidos en el servicio de niños del hospital de Santa Ana, con las pulverizaciones de ácido fénico.

El SR GONZALEZ OLAECHEA da cuenta del empleo de la antipirina y del bromoformo con éxito más que mediano en el servicio del Dr. Villar de que es interno.

A continuación hicieron indicaciones algunos otros socios sobre esta tenaz y molesta afección.

Se eligió en seguida Presidente de la Comisión de Redacción de la "Crónica Médica" al Dr. Francisco Almenara Butler.

MORA y MANRIQUE

Secretarios

SECCION NACIONAL

Clinica Quirúrgica del Hospital de Santa Ana—Sala de la Virgen.

(Continuación.)

Terminamos con lo anterior, la primera parte de este resumen, reservándonos el ocuparnos de la erisipela en el tercer grupo que hemos señalado ya.

SEGUNDO GRUPO

LESIONES TRAUMÁTICAS Y HERIDAS

Consideraremos en esta división, primero las contusiones, segundo las heridas contusas, y tercero las heridas, ocupándonos en cada una de estas secciones de los casos simples y complicados.

I

CONTUSIONES

1.º *Simple.*—De primer grado hemos tenido 12 casos, en los cuales hemos contado algunos de contusiones múltiples. Las partes lesionadas han sido de preferencia el torax y la

cabeza y con especialidad el lado izquierdo de estas regiones. Los instrumentos vulnerantes fueron los más variables (fierros, palos, piedras, los puños y los pies). Los causantes de estas lesiones, han sido con raras excepciones, los maridos ú hombres con quienes estas mujeres han vivido amancebadas, en estado de beodez y casi siempre exitados por los celos. La edad de las pacientes ha sido de los 20 á los 45 años. Todas han salido curadas de los 4 á los 10 días, y el tratamiento empleado no ha ofrecido nada de notable, siendo el indicado en todas las obras de cirugía para estas circunstancias.

De contusiones múltiples pertenecientes al 2º y 3º grado, hemos tenido dos casos, reconociendo las mismas causas que los anteriores: en el uno, las lesiones estaban localizadas en el lado izquierdo del pecho; y en el otro, se extendían á todo el lado derecho desde la cadera hasta la cabeza. En el primero se manifestaron los síntomas de una complicación torácica ó fluxión de pecho, según la expresión de Dieulafoy, y en el segundo, los de una complicación encefálica que se manifestó no poco rebelde á la terapéutica empleada, y que nos hizo temer de una meningoencefalitis.

La curación de ambas se efectuó antes del mes y el régimen dirigido á combatir una complicación pulmonar en el primer caso, se redujo á aplicaciones de ventosas sajas y secas, á lociones y baños de árnica alcanforada, y á la administración de algunas bebidas emolientes y pectorales; y en el segundo caso, en que se temió una complicación de parte del cerebro ó sus meninges, se emplearon con alguna insistencia los evacuantes, el bromuro de potasio y la antipirina asociados, que dieron muy buen resultado contra las cefalalgias; y paños de agua helada en la cabeza, aplicados por varios días seguidos.

2.º *Contusiones complicadas con lesiones de los órganos internos.*

1.º *Neumonías traumáticas.*—Hemos tenido dos casos: El primero en la enferma Margarita Aguilar que ocupó la cama número 28, el 15 de Agosto; joven aun, dijo ser soltera y haber sido estropeada días antes por el individuo con quien vivía, á consecuencia de lo cual había arrojado sangre por la boca, le había sobrevenido fiebre, tos, y no podía respirar sino con gran dificultad. Con estos antecedentes se procedió al examen de los pulmones, los cuales permitieron apreciar los síntomas de una neumonía en su segundo periodo, de forma lobar y localizada en la base de ambos órganos respiratorios. La temperatura era de 39 grados, tenia 38 respiraciones y 110 pulsaciones por minuto. Establecido este diagnóstico y teniendo en consideración las condiciones individuales de la enferma, aun bastante maltratada, nos limitamos á prescribirle un régimen expectorante, asociándole en él como analgésico y antitérmico á la vez, el uso de la antipirina á la dosis de dos gramos en poción; con este tratamiento se modificó bien rápidamente nuestra enferma y la temperatura que al segundo día de su ingreso al hospital había subido á 40º, descendió el cuarto hasta 37º, suprimiéndose desde este día, tanto por esta circunstancia como por haber desaparecido los dolores, la antipirina, y continuando solo con sus pociones pectorales hasta que desapareció por completo lo tos, lo cual tuvo lugar algunos días después, dándose de alta la enferma ya del todo curada el 9 de Setiembre. Los medicamentos empleados de preferencia como pectorales, fueron el muriato de amoniaco, el bicarbonato de soda, el bálsamo de tolu y la tintura de ácido benzoico. En los últimos días (tercer periodo) se administró también á la enferma, la poción de Tood y más tarde el extracto blando de quina como tónico.

El segundo caso de neumonía traumática, lo tuvimos en la enferma Micaela Valverde, de 22 años de edad, de constitución regular, soltera y natural de Arequipa, que ingresó al hospital el 27 de Agosto, (ocupando la cama número 20), á medicarse de una fuerte contusión sufrida en el lado izquierdo del torax, por haberse caído sobre unas piedras, contra las cuales chocaron sus costillas; contusión que la hizo perder el conocimiento por un tiempo que ella no pudo apreciar y que al volver en sí, la hizo arrojar sangre por la boca en regular cantidad y la puso en estado de no poderse mover, tal era el dolor que sentia en el lado golpeado y la dificultad que él llevaba á la respiración, circunstancia por la que la trasladaron al hospital el día ya indicado; confesó además tener hábitos alcohólicos, y como tuviera tos, manifestó encontrarse constipada desde antes del golpe y haber padecido ya antes del pulmón; por lo que para curarla le habían puesto un caústico en el lado izquierdo.

El examen de la parte afecta, permitió reconocer la existencia de dos fracturas localizadas en el tercio posterior de las 9ª y 10ª costilla izquierdas; la auscultación en el mismo lado, permitió percibir al día siguiente (29 de Agosto) los estertores crepitantes finos y secos de la neumonía en su primer periodo, oídos solo al fin de las inspiraciones é invadiendo todo el lóbulo inferior del pulmón correspondiente. La respiración frecuente, superficial y entrecortada, daba 31 movimientos dobles por minuto, y el número de pulsaciones era de 102 en el mismo tiempo. La tos era repetida y muy penosa, á consecuencia del dolor que sentia en las costillas fracturadas, no expectoraba casi nada y decia haber rasgado sangre en los esputos. La temperatura era de 38 grados 2 décimos. Con este cuadro de síntomas no hubo dificultad para diagnosticar una neumonía traumática.

tica en su primer periodo, complicando las fracturas ya indicadas. La marcha ulterior de la enfermedad, vino por lo demás á confirmar el juicio formado de ella; pues, sucesivamente se fueron presentando los síntomas que corresponden á los tres periodos de evolución de este proceso morboso, pero con algunas particularidades en su marcha que nos parecen deben ser anotadas: la primera de éstas, desde luego, fué la tendencia de la enfermedad á pasar al estado crónico tanto en su segundo como en su tercer periodo, prolongándose el primero de estos más de 15 días, por lo que la curación completa se hizo esperar hasta el vigésimo sétimo día; la segunda fué relativa á la marcha de la temperatura, cuyo trazo sentimos no poder acompañar en este trabajo y del cual vamos á procurar hacer un resumen. Desde el día 28 de Agosto hasta el 7 de Setiembre, la temperatura osciló entre 39° y la normal, habiendo descendido el día 6 á 37° . Desde el día 7, en que la temperatura por la tarde era de 37° 8, hasta el día 14 en la mañana que lo fué de 37° 2, se verificaron una serie de grandes oscilaciones térmicas, cuyo máximo fué de 40° 8 (día 12) y el mínimo de 36° (día 13). El 15 la temperatura permaneció debajo de la normal (36°) y el 16 volvió á subir, variando entre ésta y 38° hasta el día 24, en que se hizo ya estable el estado apirético, pero con tendencia todavía á la hipotermia hasta el día 27. Las grandes variaciones termométricas, coincidieron con la aparición de fuertes calofríos, cefalalgias intensas, insomnios tenaces y sudores copiosos después de las exacerbaciones de temperatura, síntomas todos que nos hicieron temer una invasión de la enfermedad al pulmón del lado opuesto ó alguna complicación seria de otra naturaleza; la auscultación sin embargo, fué negativa á nuestro primer temor, revelándonos sólo el sople característi-

co de la neumonia en su segundo periodo, localizado en el pulmón afecto, y el examen general de la enferma, no nos suministró tampoco resultado alguno que confirmara nuestra segunda sospecha y pudiera explicarnos marcha tan anómala de la enfermedad, que solo podemos inculpar á los hábitos alcohólicos de la paciente, preguntándonos, no obstante, si en ellas no habria podido incluir una infección de naturaleza palúdica, pues, el bazo aunque no aumentado de volumen estaba muy doloroso, aún espontaneamente. El pulso y la respiración que habían mejorado algo, volvieron á subir en estos días, llegando hasta 113 pulsaciones y 34 respiraciones por minuto (día 13), descendieron en seguida para volver á subir á la vez que la temperatura, hacia el día 20 (110 pulsaciones y 30 respiraciones), desde cuya fecha fueron paulatinamente disminuyendo hasta llegar á la normal.

Citaremos por último, para terminar estas observaciones, que en el curso de este proceso mórbido, tuvimos con frecuencia ocasión de ver que las remisiones tanto de la temperatura, como del pulso y de la respiración, se realizaban en las tardes, en vez de serlo en las mañanas, como es lo regular en la evolución de la enfermedad que nos ocupa.

El tratamiento de este caso, cuyas indicaciones múltiples fueron tan variadas, tuvo indudablemente que estar sujeto á estas mismas variaciones; combatiendo siempre las síntomas dominantes, tratando de normalizar la marcha de la enfermedad y sosteniendo luego las fuerzas de la paciente, cuya tendencia á la hipotermia era manifiesta como ya lo hemos indicado. En esta virtud, se ordenaron el primer día, la aplicación de dos ventosas sajadadas en el sitio del dolor, y un vendaje de cuerpo en la parte superior del torax para inmovilizar las costillas fracturadas. Al

interior se prescribieron bebidas pectorales y una poción de

Agua dest. de lechuga	120	gr.
Muriato de amon.	3	„
Antipirina	2	„
Jarabe de codeína	30	„

para cucharadas (1 c. 2 horas,) que continuó usando hasta el día 1º de Setiembre, en que habiéndose calmado casi por completo el dolor de costado y quejándose de sufrir dolores al estómago, después de tomar las cucharadas, se le cambió por la siguiente:

Looc. blanco	120	gr.
Kermes mineral	0,10	„
Jarabe de polígala	30	„

por cucharadas (1 c. 3 horas), las cuales tomó sin interrupción hasta el día 5. Durante este tiempo como se quejase de insomnios, y de algo de agitación en las noches, se le administraron diferentes hipnóticos á la hora de dormir: el jarabe de morfina con bromuro de potasio, el jarabe de hidrato de cloral con el agua destilada de laurel cerezo, el sulfonal etc. y por último, para mover el vientre, cuyas funciones no se realizaban hacía varios días, se ordenaron dos enemas purgantes salinos. El día 5 como se notase ya la marcha penosa de la enfermedad en su segundo periodo, resolvimos intervenir más enérgicamente como lo aconseja Jaccoud en estos casos, por medio de los vomitivos de ipeca y en consecuencia prescribimos:

Polvos de raíz de ipeca	1	gr.
Agua hirviendo	120	„
en tres partes (1 c. 10 minutos);		
Sulfato de quinina	0,30	„
Extracto de orozus	c. s.	

para píldoras número 2 (en alterna) sostuvimos en seguida este tratamiento químico, aumentando la dosis hasta 1,20 gr. en las 24 horas, por haber sobrevenido las oscilaciones térmicas de que hemos dado cuenta, hasta el día 10 en que volvimos á repetir en

el mismo orden el vomitivo de ipeca, dejándola después en la poción siguiente:

Agua dest. de lechuga	120	gr.
Muriato de amon.	} a a 2	„
Tint. de bals. de tolú		„
Jarabe de codeína	30	„
por cucharadas (1 cada 2 horas).		

Los vomitivos y el uso continuado de esta poción, con ligeras modificaciones en las cantidades, consiguieron modificar el curso del proceso mórbido, haciéndolo pasar á su tercer periodo, en el cual como se manifestáran de nuevo tendencias febriles, volvimos á hacer uso de la quinina, inyectando primero 1 gramo, en dos inyecciones, al estado de bromhidrato, y administrándola después, por la vía digestiva en la forma en que lo habíamos hecho antes, á la dosis de 0,30 gr. en alterna. Además el día 17, acusando la enferma un dolor agudo en el 10º espacio intercostal izquierdo, la prescribimos con buen éxito, un pequeño vejigatorio en dicha región. Como alimentos se prescribía desde el primer día caldos con vino cada dos horas y sustancia de carne, más tarde se le ordenaron sopas, churrascos y junto con ellos 30 gramos de poción de Tood.

Con este tratamiento se obtuvo por fin, la resolución completa de la enfermedad el día 23; en que desaparecieron del todo los estertores de retorno, característicos del tercer periodo, motivo por el que se suspendió la poción de muriato continuando solo con pequeñas dosis de quinina como tónico, hasta el día 29 de Setiembre, en que la mujer sintiéndose ya perfectamente, pidió su alta, que le fué dada, recomendándola procurara salir á convalecer á algún lugar de campo.

2º *Peritonitis traumatica.*—Tuvi- mos un caso sobreagudo y generalizado en una mujer, que en un derrumbe habido en uno de los fundos de los alrededores de Lima, le cayó sobre

el vientre un pedazo de pared de adobe. Llevada al hospital, en la tarde del día del fracaso, la encontramos al día siguiente con todo el cortejo de síntomas de la enfermedad que encabeza estas líneas, en su forma mas grave y fatal; y no obstante el enérgico tratamiento á que se le sometió; opio en altas dosis, bebidas heladas, aplicación permanente de vejigas de hielo al vientre, falleció doce horas después de la visita, casi 36 después del accidente. La autopsia nos permitió comprobar la existencia de sufuciones plásticas abundantes, adherencias intestinales, equimosis, derrames sanguíneos y purulentos, y contusiones con rasgaduras y resblandecimiento de los tejidos del hígado y del bazo. Alteraciones de gravedad tal, que se consideran como productoras de una muerte rápida é inevitable.

3.º *Esplenitis traumática.*—Dos casos de inflamación aguda del bazo por contusión, registramos en nuestra clínica: el uno en Santos Cuba que ocupó la cama N.º 25 el 7 de Setiembre y que tenía además antecedentes palúdicos, y el otro en Teodora Galindo que tomó posesión de la cama N.º 26 el 3 del mismo mes: en ambas la hiperestésia del bazo era excesiva y la tumefacción poco manifiesta en la última: se traducía en la primera por un verdadero aumento de volumen así como de consistencia del órgano afecto, lo cual sin duda era debido al paludismo. En un caso la enfermedad había provenido de la caída de la paciente que era lechera, del caballo que montaba, y en el otro de golpes recibidos en la región. Los dos terminaron felizmente por resolución, saliendo curadas nuestras enfermas la una á los 7 y la otra á los 20 días de su ingreso.

El tratamiento fué distinto en los dos casos. En el primero se ordenó la aplicación de un vejigatorio en la región esplénica, y, como hubieran además los síntomas de un embarazo

gástrico, se prescribió un régimen evacuante, que tuvo además la ventaja de servir de derivativo; así, se administró á la enferma dos purgantes salinos con un intervalo de dos días, que le hicieron muy buen efecto y en los demás días vacantes, hasta que se dió de alta, tomó sólo, 1 gramo de gotas amargas antes de los alimentos. En el segundo, en que la contusión era del todo reciente, se hizo la aplicación de ventosas sajasadas en la región esplénica, y, como la enferma estuviera además febril, se le recetó una poción de bicarbonato de soda con antipirina, para tomar por cucharadas cada 2 horas y 1,20 de sulfato de quinina en 6 pildoras, para tres dosis en el día; cantidad que fué disminuyéndose gradualmente hasta su suspensión completa, que tuvo lugar algunos días después de haber establecido este tratamiento, ya cuando había desaparecido la fiebre, por lo que se suprimió también la poción, sustituyendo todo, por el uso de la resorcina, á la dosis de 0,20 tres veces al día, con el fin de combatir el aumento de volumen del bazo, que aun no había vuelto á su estado normal; efecto que conseguimos, si bien no del todo como lo esperábamos; terminando con esto la curación.

4.º *Caries ú Osteo-artritis tuberculosa, determinada por contusión.*—Al hacernos cargo de la clínica, encontramos en la cama número 20 á la enferma Beatriz Castillo, de 30 años de edad, con el diagnóstico de caries en el pie derecho. Por los datos que ella nos suministró, nos impusimos que la pisada de un caballo, había originado el principio de su enfermedad, de la cual se creía muy aliviada.

Examinada la parte afecta, reconocimos las alteraciones de una caries invadiendo á la vez á varios de los huesos del tarso y cuyo desarrollo habia determinado en el pié, la formación de pequeños abscesos, dejando después trayectos fistulosos múltiples, cuya supuración era abun-

dante y de los cuales, algunos estaban drenados. La región estaba además muy dolorosa á la presión, tumefacta y un tanto edematosa, presentando en algunos puntos una coloración amarotada. Síntomas generales, no habia ninguno y las funciones se verificaban bien; no obstante de encontrarse esta mujer, que era de pobre constitución, en un estado bastante marcado de debilidad. En vista de este examen, estuvimos de acuerdo en reconocer la indicación de una amputación; pero tanto por satisfacer los deseos de la enferma que nos aseveraba estar mejorando, cuanto por procurar entonarla un poco, resolvimos esperar algunos dias más, haciéndole una curación lo más anti-séptica posible y suministrándole toda clase de tónicos. Nos encontrábamos en esta expectativa, cuando á consecuencia de un constipado, sobrevino á la paciente una tos seca, frecuente y rebelde á todo tratamiento, la que nos hizo proceder al examen de los pulmones, encontrando en ellos por desgracia, los síntomas de una tuberculosis en su primer periodo; recurrimos entonces á los antecedentes y ellos confirmaron nuestra opinión, adquiriendo conocimiento de que nuestra enferma habia ya padecido dos veces del pulmón, echando sangre por la boca, por lo que la habían mandado á la sierra, donde se habia mejorado notablemente; pero de donde tuvo que venir, por haberle atacado *costado* (pleuresía). En esta situación, quisimos hacer que esta mujer se fuese inmediatamente á la sierra, pero ella se negó rotundamente, por la circunstancia en que se encontraba prefiriendo quedarse en el hospital: empleamos entonces cuantos medicamentos estuvieran á nuestro alcance para detener la marcha de la enfermedad: la creosota, el yodoformo, el eucaliptus, la cal, el bacalao, etc; todos sin éxito alguno. La tuberculosis seguía su curso imperturbable y fatal;

bien pronto aparecieron las fiebres, al principio intermitentes, después continuas y se manifestaron las alteraciones del segundo y tercer periodos de tan temible proceso, con todo el cortejo de sus síntomas, concluyendo con la vida de la enferma, que falleció el 9 de Agosto de 1890.

En la autopsia se encontró una vasta caverna en uno de los vértices pulmonares, focos múltiples de reblandecimientos y un sin número de granulaciones tuberculosas en ambos pulmones.

Ahora bien, teniendo en cuenta los antecedentes tuberculosos de esta enferma, no dudamos que su caries haya sido de naturaleza tuberculosa, y siendo evidente que ella invadió las articulaciones del tarso, no tenemos tampoco dificultad en aceptar el diagnostico de osteo-artritis tuberculosa que de ella hizo nuestro compañero y amigo el Dr. Valle y Osma en su último examen doctoral, si bien sentimos que este diagnostico no hubiese sido rectificado con el examen microscópico del pus. La contusión pues, en este caso, reaccionando sobre una mujer tuberculosa y ya predispuesta á esta enfermedad, habria sido simplemente una causa determinante, para fijar en este punto una de las manifestaciones de su existencia.

5.º *Osteo-Periostitis flegmonosa complicada de gangrena, determinada por contusión.*—El 26 de Octubre ingresó al hospital á ocupar la cama N.º 17, Francisca Ibarra natural de Canta, de 60 años de edad, á medicinarse de accidentes sobrevenidos en su pierna izquierda, á consecuencia de un golpe en la *espinilla* (cresta de la tibia), que habia sufrido desde hacia ya algunos días y durante los cuales, lejos de mejorarse con los medicamentos de que habia hecho uso, se habia agravado hasta el punto de resolverse á entrar en el hospital en busca de curación. Puesto á descubierto el miembro enfermo, se le encontró monstruoso: la pierna su-

mamente hinchada, pastosa, dolorosa al más ligero tacto, era el asiento de una tumefacción uniforme y generalizada, y en su parte anterior llevaba una vasta escara de tejidos mortificados, que tenía de 8 á 10 centímetros de largo por 4 á 6 de ancho, por debajo de la cual se hacía manifiesta la existencia de una abundante cantidad de pus, que amenazaba invadir todos los tejidos de la región ya fuertemente infiltrados. El pie estaba también disforme y muy edematoso, y la infiltración subía hasta la parte media del muslo, que estaba también muy sensible á la presión.

Los síntomas generales eran no obstante la extensión y naturaleza de las lesiones descritas, nulos puede decirse, y apenas si la enferma cuyas funciones se realizaban perfectamente, se quejó de haber experimentado ligeras descomposiciones y fiebreccitas uno que otro día; encontrándose apirética en el momento del examen. Esta circunstancia notable nos alentó en la idea de obtener un feliz resultado en la curación de esta mujer, y mejoró por consiguiente nuestro pronóstico, que sin embargo, fué reservado. Dada la gravedad del caso, era necesario proceder sin pérdida de tiempo en el tratamiento que debiera tener por objeto, no solo salvar el miembro enfermo, sino aun la vida de la paciente, y, con este fin, el Dr. Sandoval hizo múltiples y extensos desbridamientos en el sentido longitudinal de la pierna, desbridamientos que se llevaron aun sobre las partes mortificadas, permitiendo la salida del pus, que se encontraba debajo de ellas y que dejaban á descubierto el periostio y hueso enfermo en la parte anterior de la tibia. Se ordenó en seguida, la aplicación repetida de paños mojados en una solución saturada de ácido bórico. Con esta intervención se modificaron considerablemente las partes enfermas y al día siguiente, la infiltración del muslo había desaparecido, y la del pie y la pierna habían

disminuido de un modo sorprendente; pudimos entonces desprender la escara sin gran dificultad y después de avivar los bordes de la úlcera así resultante con la tijera, hicimos la aplicación rigurosa de la curación Listeriana, practida al principio dos veces al día por la abundancia de la supuración y después con intervalos cada vez mayores, á medida que se pronunciaba la mejoría. El tratamiento interno se redujo á la administración de un purgante salino el primer día, al uso del sulfato de quinina, por tres ó cuatro días, en que hubieron por las tardes sus accesos febriles que no pasaron de 38° y después al empleo de los tónicos, teniendo por base el extracto blando de quina.

Tal es el regimen que le dejamos á esta enferma, ya fuera de peligro al cerrar nuestra clínica, y que continuó hasta su curación completa, obtenida en el mes de Enero de 1891.

6.º *Contusiones complicadas con fracturas.*—Además del caso citado al tratar de neumonias traumáticas, tuvimos otros dos: uno en que la fractura estaba localizada en la quinta costilla derecha y otro en que á la vez, estaban fracturados los dos huesos del antebrazo derecho en su tercio inferior y la clavícula izquierda en su parte media. Estas últimas fueron producidas, por el derrumbe de que hablamos al tratar de peritonitis traumática. El tratamiento y curación de estas enfermas no ofreció nada de notable, por lo que no insistiremos en ellos.

II

HERIDAS CONTUSAS

1.º *Simples.*—Hemos tenido 9 casos de heridas contusas curadas sin complicación alguna. La parte lesionada ha sido siempre la cabeza y con especialidad las regiones frontal y parietal izquierdas, (8 por 1). En su etiología, como en la de todos los

traumatismos de que nos ocupamos, figuran casi siempre como únicos factores, los maridos ó consortes que ebrios ó celosos, se han valido para producirlas de los instrumentos más diversos. La edad de las heridas ha estado comprendida entre los 15 y 35 años, perteneciendo todas ellas á la raza indígena. El tratamiento se ha reducido: al exterior, curaciones simples fenicadas, uniendo los bordes de las heridas, cuando se encontraban yá en buen estado con tiras de esparadrapo y empleando en uno que otro caso, en que se hacía necesario avivar la herida, un poco de polvos de yodoformo; al interior se prescribió siempre á precaución, ligeros derivativos ó purgantes salinos, cuando había síntomas de embarazo gástrico ó constipado prolongado. El tiempo en que se obtuvieron las curaciones, en relación por supuesto con la extensión y estado de las partes alteradas varió entre 7 días y un mes próximamente.

2.º *Heridas contusas complicadas.*

—1.º *Con embarazo gástrico febril.*—Tuvimos dos casos, que nos hicieron temer una complicación de otro género, en las enfermas Rosalía Castro y Petronila Farfán. Un régimen evacuante sostenido por tres ó cuatro días, subyugó sus síntomas, haciendo desaparecer la fiebre y las enfermas se curaron bien pronto sin accidente alguno de otro género.

2.º *Heridas contusas del cuero cabelludo, complicadas con accidentes meníngeos y encefálicos.*—Dos casos se nos han presentado: El primero en una morena ya de alguna edad, que al atravesar una calle por el Prado, fué botada al suelo y estropeada por unos caballos del ejército, cuyos jinetes estaban ebrios. La caída y una patada que recibió en la cabeza, la hicieron perder el sentido, estado en que la trasladaron al hospital, ocupando la cama N.º 29. Su herida contusa, ocupaba la parte superior de la región occipital, y dejaba ver de-

nudada la parte correspondiente de la superficie ósea. Sin nada que llamara la atención en esta mujer, seguimos con ella el tratamiento habitual, mejorando con él, el estado de su herida, lo que nos hacía esperar verla pronto restablecida; pero hácia los 15 días del accidente y de un momento á otro se iniciaron en ella los síntomas de una complicación cerebral, en la que no tardamos en reconocer una meningo-encefalitis difusa, cuya extensión se había retardado, quizá por el tratamiento, hasta la tercera semana después de la contusión. Desarrollada esta enfermedad, el tratamiento fué impotente para dominarla y los síntomas de excitación y depresión que la caracterizan, se sucedieron de una manera alternativa, por varias veces, durante 6 ó 7 días, al fin de los cuales falleció la enferma.

La autopsia comprobó el diagnóstico: las meninges alteradas, eran el asiento de exudaciones y de falsas membranas, y una abundante cantidad de pus cubría toda la parte convexa de los hemisferios cerebrales.

Desde que hicieron su aparición los primeros accidentes, se prescribió un tratamiento derivativo enérgico, compuesto según la fórmula siguiente:

Tártaro estibiado.....	0,05 gr.
Sulf. de soda cristalizado..	10 „
Caldo	450 „

por pocillos 1 cada 2 horas, que se sostuvo por dos ó tres días y se aplicó una vejiga de hielo á la cabeza. Suprimida la poción anterior, se le substituyó con otra de bromuro de potasio y antipirina, á fin de calmar los fenómenos de irritación y dar algún descanso á la enferma cuyas cefalalgias eran terribles, lo que se conseguía en efecto, pero solo de un modo pasajero. A esto y á algo más tuvo que reducirse nuestra terapéutica, sintiendo sobre manera que ciertas circunstancias ajenas á nuestra voluntad, no nos permitieron aplicar el trépano, único tratamiento que se-

gún ciertos autores, es capaz de producir una terminación feliz, sino en todos los casos, en muchos de ellos, por lo menos en la mitad, lo que es ya conseguir demasiado en esta enfermedad, cuyo pronóstico ha sido siempre fatal, con el tratamiento médico.

El segundo caso de herida contusa, con accidentes encefálicos, lo tuvimos en la enferma Blasa Buendia, que ocupó la cama número 26, el 25 de Julio, y cuya lesión se produjo á consecuencia de haberse caído de un caballo, golpeándose la cabeza contra el suelo. En ella después de 4 ó 5 días del accidente, se manifestaron con excepción de la fiebre, todos los demás síntomas que caracterizan el primer periodo ó sea de excitación de la meningo-encefalitis, predominando sobre todo, la cefalalgia que fué muy constante y tenaz. Estos fenómenos duraron 5 ó 6 días, consiguiendo al fin dominarlos con el uso de la posición evacuante, indicada anteriormente, empleada varios días, alternando con la de bromuro con antipirina. En la noche se prescribió además como hipnótico, el sulfonal á la dosis de un gramo. Terminado este accidente la enferma que contaba ya 60 años de edad, fué mejorando sin interrupción, hasta el 22 de Agosto en que salió curada del hospital.

3.º *Heridas contusas complicadas con erisipela.*—Contamos cuatro casos de los cuales nos ocuparemos en la tercera parte de este trabajo.

III

HERIDAS

Sólo 5 casos, de heridas por instrumentos cortantes, registramos en nuestra estadística: tres de ellos sin complicación alguna y dos complicados de erisipela, cuyo estudio haremos en la parte siguiente, junto con los demás casos complicados con esta enfermedad. En los primeros á los que por ahora me refiero, las he-

ridas han tenido su asiento, sucesivamente en las regiones deltoidea, dorsal (parte superior) y en el hipocondrio (parte posterior), todas del lado izquierdo, circunstancia que ya he hecho notar, tratando de otras lesiones traumáticas superficiales felizmente, que no han interesado sino la piel y el tejido subcutáneo, sin herir las aponeurosis musculares. El cuchillo ha sido siempre el arma empleada como instrumento cortante, por los delinquentes que han sido todos varones. Las curaciones se obtuvieron sin dificultad mediante el tratamiento anti-séptico. Como régimen interno no se encontró otra indicación que, mantener expeditas las vías digestivas, lo que se consiguió fácilmente por los medios ordinarios; las tres pidieron su alta antes del mes de haber ingresado al hospital.

(Continuará)

SECCION EXTRANJERA

EFECTO DEL REMEDIO DE KOCH SOBRE LOS ORGANOS INTERNOS DE LOS TUBERCULOSOS POR R. VIRCHOW

Conferencia dada en la Sociedad Médica de Berlín el 7 de Enero de 1890

Señores: Os ruego me permitais algunas consideraciones preliminares, relativas á un número considerable de piezas anatómicas que os presento.

Antes de presentar las preparaciones que he traído conmigo, permítanme unas pocas observaciones. En primer lugar, he de decir que mis comunicaciones se referirán tan solo á lo que hemos podido averiguar por el camino de la investigación anatómo-patológica. En nuestro hospital (Charité) han ocurrido desde el principio de las inyecciones hasta el final del año, 21 defunciones de en-

fermos tratados con el líquido de Koch; luego en lo que vá del año, según creo, hemos tenido 6 ó 7 casos, habiendo investigado varios nuevos hoy mismo. (I)

Naturalmente, este material anatómo-patológico se distingue bastante del clínico en que en éste, los procesos visibles desde fuera son los que más interés de observación presentan, mientras que nosotros nos hemos de limitar á las partes internas, de las cuales, las más no son alcanzables de fuera y cuya lesión, en muchos casos, puede averiguarse sólo muy superficialmente por más que se esmere la investigación. Pero tal vez será de interés particular para vosotros tener ocasión de ver estos resultados para compararlos con lo que os ha enseñado la observación inmediata de las partes accesibles.

De los 21 casos que hemos tenido hasta fines de Diciembre, 17 eran tísicos en el estricto sentido de la palabra; es decir, de afección pulmonar. Entre los cinco restantes había un caso típico de tuberculosis ósea y articular, otro que presentaba la singular complicación de un carcinoma del páncreas, con pequeñas cavernas de paredes lisas é induración de los contornos en los vértices pulmonares; un caso de empiema en una puerpera que probablemente hubiera sucumbido también sin inyecciones; luego un caso de anemia perniciosa con muy insignificantes alteraciones antiguas del pulmón, y pleuritis tuberculosa; y, finalmente, un caso de aracnoiditis.

Los primeros 16 casos, como ya he dicho, eran de tisis pulmonar, encontrándose en todos, procesos ulcerosos menores y mayores.

No puedo entrar hoy en los pormenores de estos casos; tal vez más tarde se me presente ocasión, pero si me pudiera permitir algunas observaciones generales, serían las siguientes:

Como á la inspección esterna el

efecto del remedio de Koch sobre los puntos afectados se presenta en primer término como irritante, produciendo graves alteraciones agudas, con fuerte rubicundez y muy fuerte tumefacción, se observa lo mismo en las partes internas, de lo que hemos visto formas muy pronunciadas. Traigo una preparación que puede considerarse como modelo. Procede de la clínica del Sr. Henoch y pertenece al caso mencionado de aracnoiditis tuberculosa. También había algunas alteraciones en el pulmón, unos puntos de neumonía caseosa antiguos que podía considerarse como punto de partida de la aracnoiditis metastática, y luego una serie de alteraciones inflamatorias recientes. Después de cuatro inyecciones, de las cuales la última fué hecha solo diez y seis horas antes de la muerte, siendo la cantidad de 2 mg., murió el niño, que tenía 33 meses, encontrándose una hiperemia tan colosal, tanto de la pía madre como de la sustancia cerebral misma, que no recuerdo haber visto ninguna cosa parecida. La preparación se ha conservado, primero en glicerina, pero luego se ha mantenido bastante bien en seco; ofrece en la superficie una fortísima plenitud de los vasos de la pía madre, mientras que en el interior, presenta un enrojecimiento oscuro de la sustancia cerebral. En este caso, que es el único de aracnoiditis tuberculosa que hasta ahora hemos tenido que investigar, he examinado personalmente los tubérculos, y no puedo decir que haya encontrado nada que pueda suponer un proceso regresivo. Los tubérculos estaban muy bien constituidos y se hallaban en el estado que suelen ofrecer los de la túnica cerebral.

Semejantes hiperemias y tumefacciones agudas se ven también en otros órganos internos. Especialmente hemos observado repetidas veces que también la superficie de viejas cavernas pulmonares ofrecía una ru-

bicundez extraordinaria de las capas de granulación. Bastantes veces había también infiltraciones hemorrágicas en las paredes cavernarias, y hasta se observaron hemorragias recientes en las cavernas mismas. Así, por ejemplo, en un hombre de 30 años con antigua fístula rectal y numerosas úlceras escrofulosas del c6lon, la muerte fué debida á una hemotipiasis de una cavidad ulcerosa antigua. Había recibido siete inyecciones, la última trece días antes de la muerte y que fué la que produjo la primera hemorragia.

Pero estos procesos perceptibles no se limitan solamente á los entumecimientos hiperémicos pasajeros, los que puede suponerse que tal vez volverían á desaparecer muy pronto sino que, no cabe duda, en las partes internas se presentan en alto grado *procesos inflamatorios positivos* especialmente *proliferaciones activas*. Esto se refiere, ante todo, á dos puntos en los cuales semejantes fenómenos se presentan con gran constancia, á saber: los bordes de las úlceraciones existentes y las glándulas linfáticas inmediatas, especialmente las bronquiales y mesentéricas. Las glándulas linfáticas presentan grados de tumefacción extraordinaria, y por cierto, aquella forma de tumefacción medular propia de las inflamaciones agudas, y debida á la rápida proliferación de las células en el interior de las glándulas. Con estas grandes tumefacciones agudas, se relaciona probablemente el que muchas veces puede observarse una multiplicación de los elementos incoloros de la sangre, un estado de leucositosis, que acaso podía contribuir á su vez á la relativa frecuencia con que se observaron toda clase de infiltraciones de corpúsculos incoloros en la circunferencia de los puntos enfermos, y en particular en los tubérculos mismos.

Estas tumefacciones toman á veces un caracter muy peligroso, bas- tando recordar los fenómenos que se

presentan en la laringe, entumeciéndose enormemente los contornos y produciendo estrechese alarmantes aún en los casos en que las superficies ulceradas mismas se limpian. Además de estas alteraciones se observan algunas formas más intensas que presentan yá caracter flemoso y recuerdan la forma del edema erisipelatoide de la glotis y del flemón retro-faríngeo. De esto presento aquí un caso reciente (6 de Enero) que os interesará particularmente.

Comprenderéis que es difícil decidir si toda inflamación, que en semejantes pacientes ocurra, ha sido ó no provocada por la inyección. Por ahora no poseemos ningún criterio objetivo para semejante distinción, y aunque he visto un número regular de casos parecidos, no me siento capaz de decidir en que puede reconocerse semejante especie de inflamación para diferenciarla de otras que son observadas en el curso ordinario de la tisis. De todos modos, hay algo que aparece notable, pero dado lo avanzado de la hora me limitaré á concretar tan sólo lo que hemos observado en los pulmones.

Ha resultado que entre los casos de tisis ulcerosa, la gran mayoría ofreció alteraciones recientes de gran extensión, sobre todo en el pulmón mismo, pero también pleuritis, y por cierto, en los más de los casos, muy grave, simple ó tuberculosa, frecuentemente hemorrágica y bastantes veces bilateral.

Las alteraciones en el pulmón mismo pueden distinguirse en dos categorías bastante diferentes, correspondiendo una, más ó menos, á lo que tenemos costumbre de calificar de neumonía caseosa ó anatómicamente de *hepatización caseosa*. Con respecto á esto comprenderéis que es muy dudoso si una hepatización caseosa tiene alguna relación con las inyecciones, y yo también habría rechazado semejante idea si alguno de estos casos no hubiesen tenido una

importancia muy especial. Del caso más característico, en este concepto, procede el presente trozo de pulmón, que presentaba una hepatización caseosa tan estensa, que no recuerdo haber visto cosa semejante de muchos años á esta parte. El pulmón en ambos lóbulos inferiores, sobre todo el derecho, era tan grande como en la hepatización ordinaria, pero todos eran focos aislados tan apretados uno al otro, que casi no ha quedado nada de parénquima intermedio libre. El pulmón en el momento de sacarlo, parecía un pedazo de morcilla negra con abundancia de pedacitos de tocino. La parte no ocupada por la hepatización caseosa rojo negra, destacando fuertemente de las paredes caseificadas.

En este hombre, arquitecto, de 33 años, se habían hecho seis inyecciones, la última cuatro semanas antes de la muerte, suspendiéndose éstas porque, según declaración del médico, apareció fiebre continua é infiltración de los lóbulos inferiores, de modo que en este caso la infiltración empezó después de las inyecciones, habiéndose encontrado antes tan sólo la induración de un vértice, acerca de la que se vió luego que en parte presentaba un carácter más de antigüedad, más bien indurativo.

En este caso, consta fuera de toda duda la aparición aguda de la alteración después de las inyecciones, pero también en otros casos todo el aspecto de los pulmones era, en no pequeño grado distinto del que solemos observar en los tísicos. Por lo demás, he de hacer constar que entre los 16 casos de tisis que hemos autopsiado en Diciembre, había 5 que ofrecían hepatización caseosa reciente, en mayor ó menor grado, pero ninguno siquiera aproximadamente en el mismo grado que el que acabo de mencionar.

Una segunda alteración que se presentó en los pulmones debe igualmente considerarse como inflamatoria,

siendo, en mi concepto, todavía más distinta de lo que solemos encontrar, aunque tampoco con respecto á ella puedo establecer un carácter patognomónico general. Sabido es que las neumonías que se desarrollan en el curso de la tisis, pueden dividirse en tres categorías, siendo *caseosas*, *fibrinosas* ordinarias ó *catarrales*; es decir, neumonías simples en que los alvéolos se llenan de células. Pues bien, en ninguno de los casos tratados con las inyecciones, se encontró una neumonía fibrinosa pura, y sólo en algunos casos hubo hepatización fibrinosa parcial al lado de otras alteraciones. De la hepatización caseosa he hablado ya, y así es que lo restante correspondería á lo que suele llamarse neumonía catarral, en la que los alvéolos contienen materias relativamente líquidas y fácilmente esprimible, á veces de consistencia de jalea, en lo que se fundaba precisamente la antigua doctrina de Laenec, quien decía que la infiltración tuberculosa empezaba con una infiltración glutinosa. En nuestros casos el producto no es tan gelatinoso; al contrario, es muy aguoso y turbio, pudiéndose hablar de una infiltración turbia. Antes bien recuerda los estados *flegmonosos*. En algunos puntos se condensa un tanto, aproximándose al aspecto externo de la infiltración caseosa sin adquirir el carácter seco pronunciado, de modo que si las dos infiltraciones se hallan juntas, no cuesta mucho distinguirlas; la catarral flegmonosa produce estados más blandos, más húmedos, más laxos. Entre las preparaciones que presento hay una muy reciente que además de unas cavernas ulcerosas colosales del vértice, muestra en el lóbulo inferior, una al lado de otra, las infiltraciones caseosas y catarral. También en otras dos preparaciones se ven juntas las hepatizaciones caseosa y catarral. Entre los 16 casos del año pasado hubo 7 con esta hepatización fofa, un tanto difusa.

Aun por otra cosa se distingue la

hepatización catarral ordinaria de la que aquí se observa y es que en medio de semejantes puntos, han aparecido, á la verdad no con gran frecuencia, focos de reblandecimiento que producen una descomposición rápida del parénquima y una especie de formación de cavernas, por ejemplo en medio del lóbulo inferior, como suelen observarse casi tan solo en la bronco neumonia gangrenosa. Este resultado, me parece, indica que aquí ha obrado un agente nocivo más enérgico que la causa ordinaria de la neumonia catarral. En efecto, me he formado el concepto que, si no todos, al menos parte de estos casos dependen de una inflamación análoga á los procesos que después de la inyección vemos desarrollarse en las partes esternales, alcanzando un grado más ó menos intenso, según la constitución del individuo y la particularidad del caso.

Entre los demás fenómenos, nos ha llamado la atención uno cuya importancia debe comprobarse en una serie de observaciones clínicas exactas del curso de los casos, y es la aparición de *tubérculos nuevos* en semejantes pacientes. Se comprenderá que sobre este punto he de expresarme con mucha reserva, puesto que carecemos de criterio fijo para apreciar la edad de los tubérculos pequeños (y no refiero aquí la forma *submiliar* de los mismos), por más que en general propendemos á considerarlos todos como nuevos, como recién formados. Sobre la erupción de semejantes tubérculos diminutos en la mucosa laríngea á consecuencia de las inyecciones constan ya varias observaciones clínicas, apareciendo á la vista de los observadores, en puntos que parecían del todo libres, de repente unos tuberculillos que no tardaron en producir úlceras nuevas. Según veo en las publicaciones, se ha querido explicar la cosa suponiendo que los tubérculos existían ya antes de las inyecciones, sólo que no se habían percibido, has-

ta que el líquido inyectado los atacó y destruyó convirtiéndolos en úlceras. Naturalmente no puedo comprobar la exactitud de esta apreciación en los casos citados, pero puedo decir que en la investigación posterior de partes internas, sobre todo de aquellas que siempre he considerado más abonadas para la observación de estas formas recientes, á saber las membranas serosas, *hemos visto la erupción de tubérculos submiliares enteramente nuevos en circunstancias que excluyen la verosimilitud de ser tubérculos de fecha más antigua*. Esto se refiere especialmente á la pleura, el pericardio y el peritoneo. La presunción que los tubérculos quedarían fuertemente afectados por la acción del remedio, y que su sustancia resultara mortificada también, no se ha confirmado en ninguna parte. Todos los tubérculos submiliares de que aquí hablo, estaban enteramente intactos, á pesar de haberse hecho inyecciones ya semanas antes. No sólo esto, sino que sospecho que la erupción es consecuencia de las inyecciones.

Con respecto á los pulmones, sabéis cuan difícil es reconocer en su interior estas formas finísimas de tubérculos. Por esto, me limitaré á aquellas partes en las que, como la mucosa laríngea, se han manifestado tubérculos miliares tan sólo después de la inyección, ó en que después de repetidas inyecciones se han encontrado en las membranas serosas tubérculos muy recientes é intactos. Así, teneis aquí un intestino (de Enero) en el cual se hallan erupciones sumiliares enteramente recientes, y en la vecindad de úlceras intestinales antiguas. Procede de un hombre de 41 años que tenía también tubérculos recientes en el pericardio.

¿Cómo deben explicarse estas nuevas erupciones? Eso, por ahora, habrá de quedar todavía en suspenso; pero no puedo dejar de hacer constar que si admitimos que todos los tubérculos son obra de bacilos, merecen

nuestra atención especial, precisamente puntos tan remotos como el pericardio. En otro caso, el llamado epicardio presentaba, en un punto que no tenía contacto con ningún foco pulmonar, un pequeño grupo de cuatro tubérculos submiliares contiguos en medio de una zona intensamente hiperemiada. Aquí no había otra posible procedencia de los gérmenes, que por vía de metastasis. No cabe otra suposición que la de haberse movilizado los bacilos, propagándose luego por el cuerpo, como contagio. Sabéis también que el Sr. Koch considera los bacilos bastante resistentes á su remedio, de modo que no puede negarse la posibilidad de que, cuando en algún punto se produce por el remedio un proceso de reblandecimiento, del que resultan procesos de descomposición fluidos, ó al menos movibles, estos pueden ser trasportados y producir nuevos focos en otro puntos. Semejante consideración, bastante obvia, implica otra. Si vemos que durante el tratamiento, todo un lóbulo inferior se llena de focos de hepatización caseosa, parece natural pensar que el material puesto en libertad en el lóbulo superior por un proceso destructivo, y que no ha llegado á expectorarse, se aspira tal vez, produciendo una especie de neumonia por deglución que aquí resulta caseosa.

Me considero obligado á expresar esta idea, para que sirva de advertencia para operar todavía con mayor precaución en los casos en que no se está del todo seguro que el enfermo tenga la fuerza y el hábito de espectorar por completo las materias de reblandecimiento, existiendo, por lo tanto, la posibilidad de transportar las mismas á otros puntos del pulmón provocando nuevos focos.

Hay que tocar todavía un pequeño punto, y es la descomposición que nuestro colega el Sr. Koch, considera como el resultado principal de la acción de su remedio, atribuyéndole un

valor esencial. Yo puedo admitir que todo lo que hemos visto habla á favor de que semejante efecto se realiza en muchos puntos, pero hasta ahora no me he sabido explicar en que estriba el que este efecto mortificante no se presente en todas partes, y que, por ejemplo, según ya he dicho, los tubérculos submiliares resistan en muchos puntos. Yo admito que á veces, como han descrito algunos de los primeros observadores, los tubérculos, cuando han llegado á ser un poco mayores, toman un aspecto insólito, turbio, amarillento, y realmente ofrecen bajo el microscopio, estados de descomposición—Pero en otros casos no se ha visto nada de esto, aun cuando las inyecciones se habían continuado hasta el día antes de la muerte.

También los grandes tubérculos se muestran muy resistentes. El otro día, observamos un caso muy notable de un niño de 3 años que tenía, sobre todo, tuberculosis de las vertebrae y de los huesos largos, encontrándose despues tubérculos grandes en el cerebro. Las inyecciones habían llegado á la cantidad total de 12 mg. El caso procedía del servicio quirúrgico, existiendo caries vertebral con abscesos por congestión y múltiples afecciones de las articulaciones y de los huesos largos de las extremidades inferiores. En la autopsia se encontró que este niño tenía un número insólito de los llamados tubérculos solitarios del cerebro. Sabido es que estos tubérculos llevan el nombre de solitarios por no ser más que uno, el cual, en cambio puede llegar al volumen de una nuez. Pero en este caso se presentaba todo un montón, creo que siete, semejando grandes grumos de queso. Ni en estos ni en sus contornos se veían alteraciones notables. En el interior noté unos puntos blandos, pero estos se encuentran á veces también sin que se haya hecho nada de particular. De todos modos, los tubérculos no presentan otra modificación notable.

Finalmente, quiero llamar vuestra atención sobre los dos puntos principales que se han de considerar en todos los casos de tisis, á saber: las úlceras intestinales y las de los órganos respiratorios, sobre todo de los pulmones.

En cuanto al intestino, no cabe duda que en las úlceras del mismo se observan procesos mortificantes análogos á los que esteriormente se ven en el lupus etc; especialmente en las úlceras antiguas que tienen mucha extensión y bordes gruesos en los cuales se han verificado nuevas erupciones submiliares; vemos semejantes destrucciones en grado excesivo. Un ejemplo de esto, es un intestino (de Enero) procedente de aquel hombre con tuberculos recientes del pericardio. La destrucción alcanza hasta tocar la serosa. Si el hombre hubiese vivido un par de días más habría ocurrido indudablemente una perforación como en otro caso mencionado, según creo por el Sr. Fränkel y que sucumbió á la perforación. Aunque en las úlceras tuberculosas del intestino ocurren destrucciones y perforaciones en el curso ordinario de la enfermedad, he de hacer constar sin embargo, que en el corto espacio de dos meses, hemos encontrado un par de casos muy graves en que el proceso destructivo debe haberse verificado con gran rapidez.

Lo mismo puede decirse de las úlceras de los órganos respiratorios, en los cuales se produce una descomposición muy rápida, estando á veces la cantidad de las masas que se desprenden fuera de toda proporción con las posibilidades que tiene el individuo de expelerlas. Por esto se producen entonces toda clase de estados de retención y aspiración.

Entre las preparaciones, he de mencionar un caso de tuberculosis laríngea de extraordinaria gravedad, en el cual se habían hecho veinte inyecciones, la última el día antes de la

muerte. Era el mismo hombre que he mencionado varias veces por sus tubérculos en el pericardio y sus úlceras gangrenosas del intestino. En la preparación se vé una erupción reciente que se extiende por toda la laringe y traquea, y es de una vehemencia estremada.

Otra preparación presenta una hipertización caseosa reciente y procede de un caso, en el cual se habían hecho seis inyecciones, la última cuatro días antes de la muerte. En otro caso parecido en que se han hecho tres inyecciones, la última, una semana y media antes de la muerte, se encuentran unos al lado de otros, focos de procesos caseosos y de inflamación difusa.

Finalmente, presento una preparación hecha esta mañana misma, en la que se ve una supuración progresiva de los pulmones, partiendo de unas bronco-ectasias de los lóbulos inferiores.

En la sesión del 14 de Enero, de la misma Sociedad, comunicó el Doctor Virchow nuevos datos de autopsias confirmando lo dicho en la sesión anterior. En el mismo sentido que Virchow, expresáse también el profesor Browicz, quien en vista de sus investigaciones histológicas, aconseja empezar en los casos de tuberculosis pulmonar, con dosis pequeñísimas y prolongar los intervalos entre inyecciones, para prevenir los peligros de la infección secundaria del organismo. (*Wiener Med. Blatt.* N. 3. 1891).

(1) Mis ayudantes han hecho la autopsia, en otros hospitales y casas particulares, de un mayor número de casos análogos y de los cuales yo he visto las preparaciones importantes.

Décimo Congreso Médico Internacional (Continuación)

PATOLOGÍA COMPARADA DE LAS RAZAS
HUMANAS Y RESISTENCIA DE LOS
EUROPEOS EN LOS TROPICOS

B. J. Stokvis (AMSTERDAM). Me propongo tratar un asunto de patolo-

gía comparada: el poder de resistencia de los Europeos en los países cálidos. Puedo citar en mi apoyo, los estudios que se han realizado en las islas de la Sonda, en la Gran Bretaña, y en los Estados Unidos.

El poder de resistencia de los seres vivientes, se mide por la facilidad ó la dificultad con que el organismo es atacado por influencias nocivas y sucumbe. En los países tropicales, estas influencias son dos: la temperatura y las enfermedades infecciosas.

Los centros reguladores de la temperatura, se adaptan en los Europeos á temperaturas variables; deben por consiguiente presentar más resistencia que los indígenas, á los descensos nocturnos de la temperatura. Y es en efecto lo que sucede; éstos están mucho más expuestos á las afecciones pulmonares que los inmigrantes, este es un hecho conocido lo mismo en América que en Asia; mueren por tanto más indígenas que extranjeros de afecciones pulmonares. El blanco padece afecciones del estómago, del intestino, del hígado y de la piel del mismo modo que en nuestros climas en estío. Comparados con los indígenas, mueren, por ejemplo, doble número de europeos de hepatitis. Podría invocarse la adaptación de los indígenas á las condiciones climáticas, de las zonas tórridas. Pero esta interpretación es discutible si se recuerda que los indígenas no toman bebidas alcohólicas.

Un estudio profundo de la cuestión permite asegurar, que la raza no juega más que un papel secundario. La aclimatación del europeo, aún cuando se verifique rápidamente, tiene sin embargo sus límites. El organismo habituado á temperaturas variables no puede, inmediatamente, prestarse á las condiciones de una temperatura igual. La adaptación solo se realiza lentamente. Las amibas habituadas á vivir en el agua dulce se transforman en amibas de agua salada. Así, el europeo debe poco á poco transformar-

se en hombre de los países cálidos; debe atravesar un periodo de transición, y esto le es fácil, gracias á su excelente aparato de regularización de la temperatura. Se ha creído que la mortalidad de los europeos es diez veces mayor que la de los indígenas. (Estadísticas hechas hasta 1860). Parecía cierto que las razas extranjeras desaparecieran más rápidamente que las razas indígenas, pero las estadísticas de estos últimos años, están en completo desacuerdo con este modo de ser. Hasta 1860 la mortalidad de los europeos en las colonias holandesas era de 168 por 1000: de 1860 á 1878 solo fué de 60 por 1000: y de 1879 á 1889 de 30 por 1000. De modo que es seis veces menor actualmente. Lo mismo sucede en las colonias inglesas. En las armadas, donde hay igual número de europeos y de indígenas, la mortalidad de los soldados indígenas es mayor que la de los soldados europeos. En Jamaica á principios de este siglo la mortalidad de los blancos era de 121 por 1000. Y la de los negros de 30 por 1000; ahora la de los negros es un poco mayor que la de los blancos.

En la guerra civil E. N. (de 1863 á 65), se formó un regimiento con los negros declarados libres, pero su mortalidad fué tan considerable, que los oficiales suplicaron que no se les enviasen más soldados de color. De 1866 á 1881 la mortalidad de los negros fué siempre un poco más fuerte que la de los blancos; pero desde entonces, es igual la mortaidad de las dos razas en la armada Americana.

Puede decirse en suma, que el resultado final de la lucha por la existencia, depende en poca parte, de la raza.

Aunque fuesen víctimas de las condiciones climáticas 168 soldados por 1000, no se puede, sin embargo, invocar la cuestión de raza, porque ésta no se modifica; sólo las condiciones exteriores se transforman. Se procede con más cuidado en las elec-

ciones de los soldados coloniales, de sus bebidas y alimentación.

La higiene práctica de los tiempos modernos, no puede reclamar un título más bello de gloria que el que ha adquirido modificando la salud de los europeos en los Trópicos; nada más fácil que indicar las regiones tropicales en que la mortalidad es mediana: así, en Jamaica la mortalidad no es más que 22 por 1000, en Caracas 18; en Java, que pasa por muy insalubre 31. La mortalidad militar en Ungría es de 33, en España, 31, en Prusia de 22. Existen en los climas templados, como en los trópicos, regiones sanas y malsanas. La influencia mortífera de los climas cálidos no es más que un mito.

En los últimos 24 años, la fiebre intermitente, no ha causado en nuestras posesiones indias, más muertes en los europeos que en los indígenas. En la guerra de América, negros y blancos sufrieron igualmente la malaria. En Bengala, casi nunca sucumbe un inglés por la fiebre intermitente, y en cambio mueren muchos indígenas. El cólera y la disentería han disminuido extraordinariamente, aunque ellas son, con la hepatitis, las enfermedades que atacan más a los europeos.

Todo pueblo que quiere colonizar, no debe enviar al extranjero más que individuos robustos y someterlos á una higiene rigurosa. Gracias á estas medidas de esas naciones (Españoles, Portugueses, Franceses, Ingleses, Holandeses) han podido colonizar las grandes y pequeñas Antillas. El europeo vigoroso encuentra en los trópicos un campo de trabajo remunerador; está sujeto á mayores daños que en el suyo, pero sabe que puede soportar estos peligros gracias á las prescripciones de la higiene y encuentra su recompensa en el éxito que reporta, gracias á la superioridad que le dá su grado de civilización.

SECCIONES ESPECIALES

LOS PSEUDO-MICROBIOS DE LA SANGRE HUMANA NORMAL

Kollmann (Leipzig).—En la sangre normal recogida con precauciones antisépticas, he observado unos corpúsculos apenas visibles y otros de 0,5 de milésima de milímetro, redondos ó alargados; con formas análogas á los cocos, diplococos, streptococos, bacilos etc., animados de vivos movimientos y probablemente productos de la descomposición de los glóbulos sanguíneos. El examen por los reactivos colorantes han probado que se trata de productos artificiales, los cultivos en gelatina han sido estériles. Es muy posible que los bacilos de la malaria de Tommasi Crudeli, etc., tengan la misma significación; ya han sido reconocidos como productos artificiales.

Tito Gualdi (Roma).—Es cierto que una parte de los cuerpos descritos por Klebs y Tommasi Crudeli, han sido reconocidos como de origen artificial, pero también lo es que hoy está comprobada la existencia de los plasmodios de la malaria, que solo se encuentran en la sangre de los palúdicos. Un observador algo experimentado no confunde hoy dichos corpúsculos. Como buen medio para percibirlos debo indicar la práctica (de colorear el cubre objeto) seguida por Jacksch ó el procedimiento de Krönig, de Berlín, consistente en separar súbitamente el diafragma del microscopio dejando el aparato de iluminación; por este medio los plasmodios desaparecen quedando los vacuolos y se hacen más visibles.

Bozzolo (Turín).—Cree que las personas habituadas á la investigación de los plasmodios de la malaria no se engañan en su distinción, sobre todo cuando se han seguido en los diversos tipos febriles, terciano, cuartano, etc.

UNA PSEUDO-TUBERCULOSIS MICÓSCICA

Dieulafoy, Chantemesse y Vidal. (París).—Hemos seguido la evolución de una pseudo tuberculosis de origen micótico que ataca á los pichones llegados de Italia. Algunos de esos animales padecen de una enfermedad de la boca llamada chancro vulgarmente. Los autores creen que esta afección es de origen diftérico, pero nosotros hemos reconocido al lado de esos tumores, otros debidos á la vegetación de un hongo. Estas micosis á veces quedan localizadas á la boca, pero pueden extenderse al pulmón, al hígado y con menos frecuencia, al intestino, esófago y riñón. La lesión bucal toma la forma de un nódulo blanco, de aspecto caseoso, del volumen de un guisante al de una avellana pequeña. En el pulmón afecta la forma de las granulaciones tuberculosas típicas representadas por tuberculosis miliares, ya transparentes, ya opacos, aislados, diseminados ó aglomerados en masas caseosas, como los tubérculos de Laennec. Estos tumores no encierran bacilos de la tuberculosis, pero contienen en su centro un micelio de hongo. Los cultivos afeccados por M. M. Cornil y Fayol han demostrado que ese hongo presentaba todos los caracteres del *aspergillus fumigatus*. Los esporos no germinan á menos de 15° y se multiplican á la temperatura del cuerpo humano.

La inoculación de dichos esporos á los pichones ha desarrollado en ellos lesiones tuberculosas, con más ó menos rapidez; idénticas á las que se desarrollan espontáneamente en esos animales. La inoculación en la vena axilar ha producido la muerte en tres ó cuatro días; desarrollándose las lesiones en el hígado en forma de granulaciones miliares, raras en el pulmón.

Inyectados en la tráquea los esporos ocasionan la muerte de los animales de los diez á los veinte días;

según la dosis, las lesiones toman el aspecto de la infiltración neumónica ó de las masas caseosas. Las lesiones histológicas son interesantes, pués, en un corte del pulmón, coloreado por el método de Weigert, se vé una gran cantidad de nódulos tuberculosos rodeados de células gigantes.

Los nódulos más recientes están formados por una aglomeración de células leucocíticas ó epitelioides alrededor de uno ó muchos ramos micélicos; los más antiguos tienen en su centro una red de micelios, más coloreados en la periferia. En ciertos casos el tubérculo solo está representado por una célula de núcleos múltiples muy grande, cuyo protoplasma, contiene una ramificación de micelio, ya viva y bien coloreada, ya alterada, moniliforme, decolorada, y como digerida en parte por la fagocitosis.

Algunos tubérculos sufren la evolución fibrosa; en su centro sólo se ven corpusculos azulosos, vestigios del hongo ó no se nota nada, como si el tubérculo hubiera destruido al parásito.

El *aspergillus* extiende sus propiedades patógenas á gran número de animales y á la especie humana, determinando neumopatías particulares.

Hay en París individuos que tienen por ocupación criar palomas. Se sabe que en ellos esta profesión ocasiona á la larga una enfermedad crónica del pulmón. Hemos observado tres de esos individuos atacados de una neumopatía cuya evolución es la tuberculosis pulmonar crónica. Está caracterizada por la sofocación, tos, expectoración purulenta, pequeñas hemotipsis de repetición y á veces manifestaciones pleuríticas. El examen revela signos de bronquitis y de induración pulmonar en general localizada, y que se caracteriza por la debilidad de la respiración y un poco de submacidez. La temperatura está poco elevada relativamente y sin embargo los enfermos palidecen, adelgazan, y pasan por periodos de me-

jería y agravación. En ningún caso hemos encontrado el bacilus de Koch en los esputos.

Los criadores atribuyen su afección pulmonar á sus esfuerzos de espiración constantes; no creemos en el origen mecánico de esa neumopatía sino que es debida al aspergillus que introducido, ya por los granos de que llenan su boca, ya al contacto directo del tumor bucal de las palomas.

La prueba concluyente sería la autopsia en esos casos, pero el examen microscópico y la inoculación de los esputos, nos han suministrado datos importantes. En los esputos sanguiinolentos hemos comprobado, aunque no constantemente, pequeños filamentos con una ó dos ramificaciones que pueden considerarse como fragmentos de micelio. La inoculación de un esputo á una paloma produjo una tuberculosis micósica debida al aspergillus fumigatus. La siembra en gelatina de la expectoración mucopurulenta de un sujeto dió una colonia del mismo aspergillus. La reciente memoria de Liebermann prueba la frecuencia de las afecciones del oído ocasionada por el desarrollo de ese hongo, señaladas la primera vez por Meyer, en 1844; se ha encontrado también en las fosas nasales y la conjuntiva, pero los casos en que se ha encontrado en el pulmón del hombre nos interesan más. Los casos más importantes son los cuatro observados por Virchow en 1856, el de Friedreich, de Wurzburg, de Dusch y Pagenstecher, el caso de Türbringer, el cual se diagnosticó en vida y se comprobó por la autopsia y el más reciente de Lichtheim en que fué caracterizado el aspergillus.

Nuestro objeto, al presentar esta nota, no ha sido solamente estudiar una pseudo-tuberculosis micósica interesante, sino también llamar la atención de los médicos é higienistas sobre una variedad rara de neumopatía, causada por la presencia de un hongo.

ASOCIACIONES MICROBIANAS

Cornil y Babes.—Para distinguir las diversas asociaciones de microbios proponen la clasificación siguiente:

1º Asociación de microbios pertenecientes á variedades muy próximas de la misma especie: variedades muy vecinas del microbio de la neumonía ó del bacilo de la fiebre tifoidea en estas dos enfermedades.

2º Asociación casi constante de un microbio con otro en una enfermedad dada: el streptococcus y el bacilo de la difteria en esta enfermedad; el microbio de Schütz y el de la septicemia hemorrágica en la fiebre tifoidea del caballo.

3º Asociación en las enfermedades causadas por heridas, de microbios equivalentes por su acción patógena; asociación de diversos streptococcus, por ejemplo, con uno ó muchos stafilococcus.

4º Asociación accidental de los microbios sépticos ó piohémicos, á los microbios de las enfermedades infecciosas: fiebre tifoidea, disentería, cólera etc. El mayor de casos entra en esta división. Muchas veces se puede determinar la puerta de entrada de los microbios secundarios, pero como no siempre es posible, referimos simplemente los hechos de esta categoría á las consecuencias de las heridas.

5º Asociaciones en la cual el segundo microbio queda localizado y no toma parte en la lesión, ni en los síntomas de la enfermedad primitiva.

6º Asociación, en que los microbios secundarios, dominan la escena y determinan una enfermedad mortal por ejemplo una bronco-pneumonia á consecuencia de tuberculosis antigua localizada, ó al contrario, una tuberculosis miliar á consecuencia de una coqueluche.

7º Asociación de un microbio patógeno á otro microbio generalmente inofensivo, de donde resulta una enfermedad especial. En este grupo en-

tran ciertos casos de gangrena pulmonar debido sobre todo al stafilococcus áureos unido á microbios patógenos.

8º Asociación de las bacterias ú otros parásitos distintos. Tal es la unión de los bacilos séptico y hemorrágico con el parásito de la hemoglobinuria del buey; tal es la asociación del bacilo de la tuberculosis, y del aspergillus fumigatus (Cornil)

9º Bacterias y tumores. Desde Verneuil se saben que los tumores son el sitio de predilección de las bacterias. No estamos sin embargo en condiciones de afirmar aún el origen parasitario de los tumores epiteliales.

10º Asociación de algunos parásitos disintos de las bacterias á ciertas micosis pulmonares: (Difteria de los pichones).

ALGUNOS HECHOS RELATIVOS Á LA FIEBRE AMARILLA

Carmona y Valle. (de Méjico).—

Si creí que había descubierto el germen de la fiebre amarilla, una observación más atenta, me ha demostrado hoy, que hasta el presente no existen hechos bastante concluyentes para establecer científicamente este descubrimiento.

Sin embargo, debo decir que en las orinas de los enfermos atacados de fiebre amarilla, existe y se desarrolla una bacteria muy parecida á la que se encuentra en algunas orinas albuminosas; pero se diferencia en que resiste á una temperatura de 100º centígrados durante hora y media, y en que la solución acuosa de hematoxilina paraliza sus movimientos, mientras que esta solución no actúa en las bacterias de las orinas simplemente albuminosas.

En lo que concierne á la parte clínica de la fiebre amarilla, diré que bajo el punto de vista urológico he observado la cantidad de urea muy disminuida: he visto enfermos que no eliminan más de 3 gramos en 24 ho-

ras, y como por otra parte he observado que la sangre y el hígado de estos enfermos contienen cantidades de urea mayores que en el estado normal, creo que en la fiebre amarilla existe un estado urémico debido á una insuficiencia renal

El tinte amarillo de los enfermos, no es debido como se creía, á las materias colorantes de la bilis, y la prueba es que los reactivos de ésta, no dan las reacciones características. He encontrado en las orinas una materia de consistencia siruposa, de color amarillo, insoluble en el alcohol, el éter y el cloroformo, pero muy soluble en el agua, y á la cual he dado el nombre de *icteroidina*.

En fin, bajo el punto de visto profiláctico, he ensayado en más de mil personas, la inoculación del residuo desecado de las orinas de enfermos de fiebre amarilla.

Con este objeto, y de acuerdo con el gobierno, he inoculado la guarnición de Veracruz, escogiendo soldados que no hubieran padecido el vómito y no estuviesen aclimatados; al mismo tiempo realizaba esta operación, en un grupo de penados que se encontraban en iguales condiciones. Más tarde, otro grupo de soldados que no estaban aclimatados y no habían padecido la fiebre amarilla, llegó desde Tabasco á Veracruz.

Los penados y los soldados inoculados, estuvieron en observación durante los meses de Junio, Julio, Agosto, Septiembre y Octubre. He aquí el resultado de la observación: los penados no inoculados fueron atacados en la proporción del 42 por ciento; los soldados inoculados, lo fueron en la proporción del 7 por ciento.

En cuanto al tercer grupo de soldados no inoculados solo en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre la proporción de enfermos fué de 32 por ciento.

Me limito á exponer los hechos, sin querer establecer una explicación que podria ser hipotética.

LAS HEPATITIS DE LOS PAÍSES CÁ-
LIDOS.

Mejía (de Méjico).—Deseo hablar de una variedad de hepatitis no descrita aún por los autores y frecuente en los trópicos. Se trata de una *hepatitis intersticial aguda supurada*.

Observamos además en Méjico otras dos formas: la hepatitis parenquimatosa aguda (forma común) y la hepatitis intersticial recientemente descrita por el profesor Carmona. En 10 años en Méjico ha habido 1985 casos de defunciones por hepatitis, en un total de 88,416 enfermos. Esta terminación es mas frecuente en verano y se observa lo mismo en los indígenas, que en los extranjeros.

El alcoholismo, las comidas copiosas y exitantes, juegan el principal papel etiológico.

La *hepatitis parenquimatosa aguda* circunscrita es la forma más frecuente; no difiere de la descripción corriente, sino por los caracteres del pus, que es color de chocolate, á causa de las materias colorantes de la sangre y de la bilis. Su cantidad puede llegar á tres quilógramos y más.

Puede formarse rápidamente, quizá en algunos días; busca con frecuencia una vía de salida en otros órganos, que son por orden de frecuencia, los bronquios, el intestino, la pleura, el estómago, la pared abdominal, el riñón derecho, el pericardio, y el peritoneo. En esta forma, siendo circunscrita, está indicada la intervención quirúrgica, es decir, la punción á través de los espacios intercostales.

En la *hepatitis intersticial aguda*, mucho más rara, el íctero en lugar de desaparecer, vá acentuándose. Aparecen los síntomas de la supuración, y encontrándose comprometida la circulación porta, se desarrolla la colateral, y á veces se dibujan las venas de la piel del vientre. La ascitis es rara. El bazo no está tumefacto. El pus extraído presenta caracteres

muy diferentes del de la hepatitis común, es blanco ó amarillo verdoso.

El hígado está aumentado de volumen. Al corte, aparecen numerosos absesos de volumen variable; se pueden contar hasta 200. Su multiplicidad hace imposible el tratamiento quirúrgico; y el tratamiento médico presta muy poca utilidad.

Las dos formas descritas, parenquimatosa é intersticial, se combinan algunas veces, y resulta una forma mixta, con absesos que contienen pus de diferente naturaleza.

ETIOLOGÍA Y PROFILAXIA DEL TÉ-
TANOS.

Sormani (Pavia).—He demostrado que puede introducirse impunemente el virus del tétanos, en el estómago y el tubo intestinal de los animales.

El virus tetánico que recorre el tubo digestivo, sale de él sin haber perdido ni su vitalidad ni su virulencia.

Los excrementos de ciertos animales (perros, conejos, curieles, gallinas) pueden ser naturalmente tetanígenos.

La virulencia tetanígena del suelo de las calles, de los jardines, de los campos cultivados, de los establos, proviene de los excrementos, en los cuales el bacilo tetanígeno encuentra condiciones favorables para su multiplicación.

El bacilo de Nicolaier, introducido en las heridas profundas, donde encuentra, como anaerobio, las condiciones que le son necesarias, segrega un veneno que produce las convulsiones tetánicas. Este veneno atraviesa los filtros de porcelana.

El bacilo del tétanos no se propaga en el organismo ni por la vía sanguínea, ni por los linfáticos, ni por los nervios; no se encuentra en la secreción de la bilis ni en la de la leche. Es inofensivo aun cuando penetre por las vías respiratorias.

Es una utopía pensar que podría obtenerse por la desinfección del sue-

lo, una profilaxia general y absoluta del tétanos.

Los esporos del tétanos resisten á casi todos los desinfectantes empleados en las soluciones ordinarias. Se necesita una solución de sublimado al 20 p. g. á lo menos, para matar el bacilo.

La verdadera profilaxia del tétanos consistirá en desinfectar las heridas sospechosas, antes del desarrollo del absceso, lo más pronto posible.

Cuando se encuentra al lado del bacilo tetánico, otro microbio muy reductor, como el *clostridium fætidum*, lo cual es muy frecuente—el iodoformo produce iodo en estado naciente, y puede así destruir los esporos y los bacilos del tétanos.

Propongo, después de haber lavado cuidadosamente la herida con el sublimado, espolvorearla con el iodoformo.

Puesto que el tétanos no confiere inmunidad, no es probable que se le pueda encontrar una vacuna.

HEMORRAGIAS EN LA CIRROSIS ATROFICA DEL HIGADO

Litten.—Las hemorragias estomacales son frecuentes en esta enfermedad y ocasionan á veces la muerte de una manera inesperada, por su abundancia (2 á 4 litros) y por su repetición. En la autopsia solo se encuentra una hiperemia de la mucosa. He observado esas hemorragias en un caso de infiltración carcinomatosa difusa del hígado; en este caso encontré en la autopsia una dilatación varicosa enorme de las venas de la parte inferior del esófago. Después he observado lo mismo en siete casos de cirrosis. El esófago presenta, en efecto, un sistema venoso doble; las venas de su parte superior desaguan en la vena cava superior, las de su parte inferior en la vena azygos y en pequeña parte en la vena porta. La vena azygos y sus afluentes se distienden mucho en la cirrosis, en cuya

afección tiene que suplirlos á otros sistemas venenosos. Se comprende que en los esfuerzos del vómito se rompa una de esas varices.

Trier. (Copenhague) — En Francia se han publicado muchos casos de este género y un autor inglés refiere cinco ó seis. Mi ayudante el Dr. Blume, ha publicado seis casos. Siempre hemos encontrado varices en la parte inferior del esófago y muchas veces en el sitio de la ruptura. Esas varices se presentan también en ciertos casos de sífilis hepática.

LA CIRROSIS HIPERTROFICA

Rosenstein. (Leyde)—La cirrosis hipertrófica (aumento de volumen con íctero) debe considerarse como una enfermedad especial ó solo como el primer estadio de la cirrosis atrófica? Los franceses creen lo primero, los Alemanes lo segundo.

Las alteraciones histológicas, no difieren esencialmente y sin embargo, no creo que sean idénticas. Para mí, la forma atrófica no empieza jamás por un aumento del hígado, pero produce el extasis venoso, la ascitis y tumefacción del bazo, presenta poco ó ningún íctero y apenas se ve antes de los cuarenta años. La cirrosis hipertrófica no presenta extasis venoso, sino íctero casi siempre y aparece de los veinte á los cuarenta años.

La cirrosis atrófica corresponde á la nefritis intersticial secundaria.

¿Como se produce el íctero? En la forma atrófica, el hecho principal es la destrucción del parénquima, la formación del tejido conjuntivo no es más que secundaria. En la forma hipertrófica, se produce primero la policolia; el desarrollo del tejido conjuntivo ocasiona una retención de la biliar y el íctero.

Litten.—Creo que en la cirrosis hipertrófica, permanece el hígado hipertrofiado hasta la muerte. La ascitis por una parte y el íctero, estable-

cen suficientemente la no identidad de las dos afecciones. No doy valor etiológico al alcohol en la cirrosis hipertrófica, mientras que siempre he observado como punto de partida de esta enfermedad, una afección de las vías biliares. Con razón se dice en Francia: "cirrosis hipertrófica con íctero;" una vez, al menos, ha existido el íctero en ella. La causa que me ha parecido más frecuente es la litiasis biliar.

Baumler. (Friburgo)—En los casos que he observado, he visto sobrevenir la muerte por tuberculosis miliar ó al menos ha influido mucho en la marcha de la afección.

El examen histológico del hígado me ha demostrado también infiltraciones celulares como las de la tuberculosis miliar. La cirrosis hipertrófica crea una predisposición para la tuberculosis.

Rosenstein.—He examinado muchas cirrosis hipertróficas y en ellas he encontrado muy pocas tuberculosis miliares.

LA ASEPSIA SUSTITUYENDO A LA ANTISEPSIA

Von Bergmann. (Berlín)—Hace dos años que empleo corrientemente en mi clínica la simple asepsia en lugar de la antisepsia. No tengo que advertir que esta sustitución no siempre es posible y que no es practicable sino cuando no existan supuraciones, flemones, gangrena y linfangitis.

El método aséptico descansa sobre el hecho bien comprobado de la rareza de la infección de la herida por medio del aire. El contacto del aire es tan corto que no puede producirse infección. La sala de operaciones contendrá menos polvo si sus paredes y suelo están bien limpios. El piso debe estar húmedo siempre, para que los gérmenes infecciosos que caen no puedan esparcirse por el aire.

Las precauciones que se tomen de-

ben ser numerosas; el sitio operatorio deberá asearse y lavarse con agua esterilizada y jabón de potasa glicerinado; se friccionará con una servilleta esterilizada, lo cual se hará con fuerza para desprender las capas superficiales de la piel.

Por último, se lavará la piel con alcohol á 80° y sublimado al $\frac{1}{2}$ por 1000.

El cirujano y los ayudantes asearán sus manos con una brocha que haya permanecido algún tiempo en una solución de sublimado al $\frac{1}{2}$ por 1000. Inmediatamente antes de la operación el enfermo se cubrirá con un paño esterilizado, dejando solo á descubierto el sitio de la operación.

Todos los instrumentos se someten á la ebullición en una solución de sosa al 1 por 1000 en la que permanecieran hasta que hayan de usarse; se secarán con una gaza esterilizada y se pasarán al operador. Se limpiarán después de la operación sumergiéndolos en la solución de sosa en ebullición.

Para la limpieza, uso, en lugar de esponjas, una tarlatana esterilizada y seca. Los vasos se ligan con catgut; no se suturará la herida sino cuando se haya detenido del todo la hemorragia.

El catgut arrollado en una sola capa en placas de vidrio se conservará en una solución alcohólica de sublimado á 5 p 100 y antes de la operación se sumergirán en otra solución alcohólica de sublimado al 1 p 100.

Los hilos de seda serán esterilizados así como los otros objetos de curación en un esterilizador de vapor, durante media hora, después que el termómetro haya señalado 100°. En seguida se introducen en sacos de género que se colocan de nuevo en el aparato de esterilización. Una enfermera cuyas manos se hayan desinfectado, se encargará de extraer los objetos esterilizados del saco y las llevará á la sala de operaciones entre los lienzos esterilizados.

Después de las operaciones recubro la herida con una gaza ó algodón simplemente esterilizado, sin adición de sustancia alguna antiséptica. Esta primera cura no se renueva en ocho ó diez días y aun durante tres semanas cuando la operación ha interesado los huesos.

El método antiséptico no es aplicable en las condiciones siguientes: 1º cuando se opera en partes atacadas de tuberculosis; 2º cuando se trata de supuraciones, flemones ó gangrena; 3 cuando se opera en la cavidad bucal, en el recto y la uretra.

En estos casos, en que puede sobrevenir la infección, dejo la herida abierta, la cubro con gaza iodoformada que, no quito hasta los dos días; entonces puede suturarse la herida, en la mayoría de los casos.

DE LA ANTISEPSIA EN OBSTETRICIA

Galabin (de Londres).—Los excelentes resultados alcanzados por la antisepsia obstétrica en los hospitales, parecen debidos al uso del sublimado como desinfectante, empleado no solo para el lavado de las manos é instrumentos, sino también en irrigaciones vaginales durante y después del parto y en el periodo puerperal.

Haciendo una comparación con los resultados obtenidos durante algunos años con el ácido fénico y el permanganato de potasa, se observa que en Inglaterra la mortalidad total ha descendido de 10 por 1,000 á 2 por 1,000 y la mortalidad por septicemia ó por inflamación pelviana se ha reducido á 1,5 por 1,000.

Los casos en que una ligera fiebre ha seguido al alumbramiento han disminuido en una mitad, pero el resultado mas sorprendente es sin duda, el descenso en la proporción de los casos de fiebre puerperal.

En el hospital general de partos de Londres, esta proporción ha descendido de 40 á 2,5 por ciento. Estos buenos resultados se han obtenido

por el uso de colchones de crin que se desinfectan sólo en los casos desgraciados.

Para las duchas vaginales la solución de sublimado á 1 por 4,000 no es suficiente; debe usarse el uno por 2000, al menos durante los 3 ó 4 primeros días. El silicofluorato de sosa no puede compararse en eficacia al sublimado,

Las mismas precauciones deben tomarse en la desinfección de las manos é instrumentos, debiendo usarse el sublimado al 1 por 1000 y como lubricante en la misma proporción con la glicerina.

Pregunto: ¿las duchas vaginales con el sublimado deben emplearse en la práctica privada en los casos normales, y en este caso, deben hacerse una ó dos veces ó durante todo el periodo puerperal? ¿Si no se emplea el sublimado, cual es el antiséptico mejor y menos tóxico y cual debe ser su fuerza? El ioduro de mercurio tiene alguna ventaja práctica sobre el bicloruro de mercurio. ¿El uso de los antisépticos basta para prevenir los peligros del contagio de la septicemia puerperal, ó bien un comadrón que tenga un caso de este género en su clientela debe asistir á una parturienta? Un comadrón que asista á un individuo con erisipela ó escarlatina constituye un peligro por una mujer de parto?

Creo, que, en los casos normales, basta una sola ducha vaginal de sublimado al 1 por 2000, después del alumbramiento; pero que las duchas vaginales de ácido fénico al 1 por 50 deben emplearse durante todo el periodo puerperal. En el caso de operación obstétrica sería ó si sobreviene algún síntoma febril deben usarse duchas vaginales de sublimado al 1 por 2000 durante cuatro días al menos. En fin lo más importante en la práctica privada es la desinfección de las manos del comadrón y de la comadrona.

Stadfelt (Copenhague).—Lee un

trabajo sobre el mismo tema, he aquí sus conclusiones:

1º La antisepsia convenientemente dirigida permite hacer de las maternidades, centros de instrucción sin peligros para las púerperas.

2º Unir sucursales de las maternidades bajo la vigilancia de las comadronas, es inútil y con frecuencia peligroso.

3º La introducción de la antisepsia en los partos ha sido muy benéfica para los niños recién nacidos.

4º En la práctica privada, las comadronas deben mantener asépticos sus vestidos, su persona y los instrumentos. Deben recomendarse un esmeroso aseo, antisépticos de fácil manejo y baratos, prefiriendo el ácido fénico, y no asistir á una púerpera enferma.

5º Debe cuidarse de que en la púerpera y en lo que la rodea reine la mayor antisepsia; pero es de temerse que las inyecciones vaginales practicadas por las comadronas sean más nocivas que útiles.

6º Durante el parto las comadronas deben practicar el tacto vaginal.

7º Los casos en que sobrevenga la fiebre durante el puerperio deben participarse al médico de sanidad, tanto por el médico que ha asistido á la parturienta, como por la comadrona.

Cuando existen muchos casos de fiebre, en púerperas asistidas por una misma comadrona, ésta debe dejar de asistirlas y tomar enérgicas medidas de desinfección.

Slawjowsky (San Petersburgo).— En las clínicas de obstetricia de Rusia está muy estendida la antisepsia; el número de las enfermas y de muertas disminuye de año en año, como lo demuestra la estadística siguiente:

Años	Núm. de partos	Mortalidades
1886	17,000	0,48 %
1887	18,400	0,44 %
1888	19,700	0,33 %
1889	21,300	0,28 %

A pesar de la más estricta obser-

vancia de las leyes de la antisepsia, la mortalidad depende aun en cierto modo, de la frecuencia y gravedad de la intervención quirúrgica. Cuando la antisepsia se observa en todo su rigor, las grandes maternidades son preferibles á los asilos pequeños y diseminados.

Nota histológica acerca de la acción del remedio de Koch en la tuberculosis.

POR EL DR. ERNESTO KROMEYER.

El presente trabajo reconoce por base las siguientes palabras de la conocida comunicación del Dr. Koch.

«Respecto á los cambios que la inyección del remedio ocasiona en la piel atacada de lupus, no puede decirse nada por ahora, pues que después de la desaparición de la tumefacción y enrojecimiento el tejido lúpico no vuelve á su primitivo estado sino que se destruye ó desaparece en totalidad ó en parte. En unos sitios se observa esa evolución en poco tiempo, pues basta una inyección para efectuar la muerte del tejido y su desprendimiento. En otros casos se observa una atrofia, una especie de desecación de los tejidos, que para ser completa, necesita otra inyección del remedio. En que consisten esos cambios, no puede decirse por ahora; se necesitan exámenes histológicos. Por ahora sabemos que la acción del remedio se dirige contra el tejido ocupado por los bacilos tuberculosos y no contra los bacilos. En dicho tejido, á la vez que la tumefacción y la rubicundez visibles, tienen lugar importantes cambios circulatorios y profundos trastornos en su nutrición, los cuales ocasionan la muerte del tejido con mayor ó menor rapidez, según la manera de actuar el remedio.»

Así pues, esperaba encontrar un paciente afectado de lupus y en el cual la inyección ocasionase evidente reacción, con el objeto de efectuar investigaciones histológicas. Esta oca-

sión se me presentó al conocer la enferma, cuya historia bosquejo á continuación:

Señora X, 24 años. El padre murió tísico, las hermanas gozan de salud. A principios de 1888 presentaba la paciente en el ángulo de la boca y en el ala de la nariz del lado izquierdo un pequeño punto rojo. Seis meses más tarde el lupus había invadido el ala y la extremidad de la nariz y en el ángulo de la boca presentaba el tamaño de una moneda de 20 céntimos. A principios del 89 fué tratada con el escarificador y el cauterio de Paquelin y desde esa época con pomadas y un regimen dietético. El 24 de Noviembre ingresó la enferma en mi clínica.

Estado de las lesiones: la nariz y partes circunvecinas de la mejilla y labio superior estaban atacadas de lupus. En la mejilla izquierda existían algunas granulaciones lúparas del tamaño de un guisante. No existía infarto de los ganglios cervicales y submaxilares; pulmones intactos. Temperatura: 37° 1.

El 25 de Noviembre á las 11 y $\frac{1}{2}$ de la mañana recibe la enferma una inyección de 0,005 del remedio de Koch. A las 2 de la tarde las partes atacadas por el lupus comienzan á presentar las reacciones señaladas por Koch; se inflaman y enrojecen intensamente. A las 4 y $\frac{1}{2}$, 37° 5, á las 5 y $\frac{1}{2}$ 38° 3, á las 6 y $\frac{1}{2}$ 39° 2.

La nariz está deformada por la inflamación. De algunos puntos fluye un liquido amarillo. No sólo están muy inflamadas y enrojecidas las partes de la mejilla atacadas de lupus sino que la piel sana de la misma y los párpados están enrojecidos y edematosos. La enferma se queja de fuertes dolores en las partes enfermas—Ganglios submaxilares ligeramente infartados—A las 6 y $\frac{3}{4}$ se excinde por dos cortes de bisturí, un colgajo de 2 cm de largo por $\frac{1}{2}$ cm de ancho de la piel de la mejilla izquierda. El colgajo comprendía partes sa-

nas y partes enfermas. Una mitad de lo excindido se induró en alcohol absoluto y la otra fijada con liquido de Flemming é indurada en alcohol.

La excisión tuvo lugar á las 7 y $\frac{1}{2}$ horas de hechas la inyección. La parte de tejido lúparo excindida estaba roja á causa de la inyección y algo más gruesa que la piel normal vecina. No tenía costras ni abscesos y la epidermis no estaba deprendida y aparecía normal; presentaba varias pequeñas manchas amarillosas. El examen se hizo en unos cortes no coloreados y en otros coloreados con picro-carmin, carmin, vesuvina, hematoxilina y hematoxilina-eosina.

EXAMEN HISTOLÓGICO

En las partes de la piel normal que rodea el foco se ven numerosas células embrionarias, principalmente alrededor de los vasos; los capilares venenosos se encuentran rodeados por una gruesa capa de células. Dado el corto tiempo trascurrido, no se habían producido grandes lesiones en el corion; la induración en alcohol contribuyó á hacerlas menos apreciables; en la proximidad de la epidermis se notaban señales de inflamación del corion á la vez que una exudación amarillosa. Los epitelios estaban alterados, el protoplasma había desaparecido en ciertos puntos y se notaban redes de mallas amplias, indicio de la formación de burbujas en la epidermis.

Lo observado al microscopio concuerda con los síntomas consecutivos á la inyección. El tejido conjuntivo que rodea al tubérculo presenta tan gran cantidad de células embrionarias que en algunos sitios ofrece un aspecto purulento. Las granulaciones tuberculosas se presentaban aisladas pudiendo observarse en su totalidad después de la acción de la hematoxilina. Tanto en el centro como en la periferia las granulaciones azul oscuras de las células embrionarias rodean á las células irregulares del tubérculo.

En los alrededores del tubérculo de observan también capilares con numerosos globulos blancos que rodean los pequeños vasos linfáticos, los cuales están llenos de pequeños coágulos granulados que se colorean en azul según el método de Weigert; se trata indudablemente de masas de fibrina. Así pues, de las lesiones descritas hasta aquí se puede deducir la existencia de un proceso inflamatorio del tejido alrededor del tubérculo, como consecuencia de la inyección del remedio de Kock.

En las células gigantes y epiteloideas se forman vacuolos á la vez que son invadidas por degeneración grasosa. La generalización de ésta constituye el último estadio que he podido observar.

Puede decirse, por consiguiente, que el remedio de Koch determina al rededor del tubérculo una inflamación, que es seguida de una verdadera supuración del tubérculo mismo.

(*Deutsche Méd. Wochens.*)

VARIEDADES

Necrología—Uno menos!

El Dr. Juan Avendaño, hermano del que por algunos años fuera nuestro Presidente, ha pagado el tributo que todos debemos á la Naturaleza. Joven todavía, con un porvenir risueño, el distinguido médico baja á la tumba, cuando aún teníamos mucho que esperar de su clara inteligencia y relevantes cualidades.

Acatemos con resignación el cumplimiento de una ley fatal, y busquemos el consuelo en el recuerdo de sus buenas acciones, cuyo ejemplo, servirá de estímulo á los que aun tenemos que batallar en este mundo.

Quiera el Dr. L. Avendaño, mirar esta respetuosa manifestación, como un débil testimonio de cariñoso recuerdo á la memoria de su inteligente hermano.

Academia Nacional de Medicina—

La nueva Junta Directiva de esta corporación, se instaló con toda la solemnidad del caso el 22 del presente mes, con el personal siguiente:

Presidente

Dr. D. Belisario Sosa.

Vice-Presidente

Dr. D. Leonardo Villar.

Vocales

Dr. D. Armando Velez.

„ „ Ricardo L. Flores.

Tesorero

Dr. D. Manuel C. Barrios.

Secretario perpétuo

Dr. D. Casimiro Ulloa.

Secretarios anuales

Dr. D. Manuel M. Muñiz

„ „ Aníbal F. Dávila

El Dr. Romero, Presidente saliente, dió lectura á un magnífico discurso académico, con toda la elegancia y soltura, de que siempre ha dado muestras; siendo contestado por el nuevo Presidente Dr. Sosa, con un discurso corto pero de aliento, que sale de la esfera de todos los pronunciados en actuaciones semejantes de esa institución. Conceptuoso, galano y lleno de vigor juvenil, recorre magistoso la senda que han seguido las ciencias desde los grandes filósofos Pitágoras, Descartes y Kant hasta nuestros días. Reconoce como base para la marcha próspera de la Academia, el principio de la "alternabilidad en los cargos," esto es viejo, pero las verdades jamás están fuera de lugar. Tan antiguo como el mundo es el derecho de libertad y sin embargo

En seguida el Dr. Ulloa, dió lectura á una memoria bastante interesante y que, como todos los trabajos que brotan de su pluma, están ya juzgados por la bondad y erudición que en ellos campea.

Felicitemos á esa corporación por el acierto con que ha procedido en la elección, y no dudamos que sabrán corresponder dignamente á la misión que se les ha encomendado.