

REVISTA BALEAR DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICACIÓN QUINCENAL

ÓRGANO DEL COLEGIO MÉDICO-FARMACÉUTICO DE PALMA

✧ AÑO XIII ✧

✧ 21 ENERO 1897 ✧

✧ NÚM. 2 ✧

LA MEDICINA MODERNA

EN SUS RELACIONES CON LA SOCIEDAD

DISCURSO INAUGURAL

Leído en el Colegio Médico-farmacéutico de Palma el día 25 de Marzo de 1896

POR

D. Julián Álvarez Alefiar

(Continuación)

III

Pasteur es el alma de la Medicina contemporánea. Puede decirse que él la ha infundido su espíritu y trazado la ley de su evolutivo desarrollo.

Empezó señalándose como investigador puro, ateniéndose siempre á la verdad de lo observado en sus experimentos, estuvieran ó no conformes con las reglas científicas admitidas como dogmáticas en su tiempo.

Pasteur comprueba con hechos experimentales, que las fermentaciones son producto de organismos vivientes; en contra de las teorías de Liebig, al parecer inespugnables, las cuales hacían derivar las fermentaciones de una fuerza catalítica desarrollada por un cuerpo albuminoideo influido por el oxígeno: y de la lucha que se originó, sóbria de razonamientos y rica en hechos, arranca la derrota del racionalismo científico, y la adopción del nuevo método de investigar, que

3

18
—
14



siempre fué norma de todos los trabajos de Pasteur. Aún estando próximo á su fin, cuando, vacilante el cuerpo se presentó á recibir el homenaje del mundo científico, en el gran anfiteatro de la nueva Sorbona, sus últimas ideas (1) (no habladas que sus menguadas fuerzas y su emoción no permitían la hilación del discurso, sinó escritas) se encaminaron á encarecer á la juventud, heredera de sus iniciativas, el estudio de los hechos y su comprobación, base sólida del experimentalismo moderno, que con verdad y modestia reconocía estaba en sus comienzos.

Demostrado hasta la evidencia por Pasteur, que la generación espontánea era un error, imposible sostener el agente misterioso de la esencialidad de ciertas enfermedades; calificativo al parecer buscado expofeso, para justificar la oscuridad de su etiología, ó nuestra incapacidad para comprenderla.

El estudio que hizo Pasteur de las enfermedades de los vinos y cervezas y más tarde de los gusanos de seda, hubo de inspirarle la idea de aplicar el mismo método de investigación, que le había permitido conocer las enfermedades zímóticas del vino, á las llamadas infectivas del hombre, clasificadas desde tiempo igualmente como zímóticas. Desde entonces se ha comprobado LA CAUSA VIVA de un gran número de enfermedades. A partir de este punto, la historia de Pasteur se confunde con la historia de la Medicina Moderna y «si pudo el »esclusivismo que acompaña al surgir de toda idea nueva en- »turbiar la verdad; un momento de reposo ha bastado para darle toda su transparencia (como ha dicho un distinguido »publicista médico (2)) y hoy día poseemos una concepción »clara de la esencia de gran número de enfermedades, con-

(1) Discurso de gracias de Pasteur, leído por su hijo, con motivo de celebrarse en París el aniversario de sus 70 años, al recibir de manos del Presidente de la Academia de Ciencias una artística medalla conmemorativa costada por sus admiradores de todas las naciones.

(2) Durán. «Necrología de Pasteur».

»cepción que mañana, ó más tarde, por los actuales ó por
»otros caminos, paralelos ó divergentes, ha de llevarnos á la
»invención de su remedio eficaz.»

John Lister que seguía con atención vivísima los estudios de Pasteur emprendió sus conocidos trabajos sobre la antisepticia que han sido la base del fecundo, desarrollo alcanzado por la Cirugía contemporánea.

El principio vago, mal definido, del contagio, admitido un día, negado otro, por la Medicina legendaria, para determinadas enfermedades, queda hoy plenamente demostrado, evidenciándose la presencia de especiales micro-organismos para muchas de ellas.

Considerados los tales micro-organismos como seres inferiores en la escala vegetal, muchos de ellos tienen estudiada su historia natural particular, en la cual se asigna su desarrollo, evoluciones, medio en que viven, elementos que favorecen ó perturban su existencia, duración de la misma y naturaleza de las lesiones que provocan en las intimidades del organismo humano: en una palabra, *su biología*.

Con tales antecedentes la preservación de contagio obedece á principios científico-rationales.

Recordad los clásicos moldes en que se forjaban, los bandos, circulares, etc., ó sean los documentos de las Autoridades, fórmulas ridículas de la ciencia oficial, que se publicaban al presentarse una epidemia, todas idénticas en el fondo, disponiendo siempre lo mismo, ajustadas á las reglas científico-sociales de una Higiene pública hoy caduca; sin tener en cuenta que en buena lógica á causa morbosa diferente correspondía una fórmula higiénica correctiva distinta. El cólera, la peste, la fiebre amarilla, por ejemplo, con todo y ser contagios exóticos tienen una génesis diferente y una evolución propia, sin paridad alguna bajo el punto de vista de su propagación; y en consecuencia, las reglas higiénicas para evitar su contagio deben ajustarse á *la filiación natural* del sér vivo que las dá origen.

Conocida la naturaleza del contagio, en general considerado, huelgan las tradicionales fumigaciones, las hogueras públicas, que igualaban la policía médica de nuestras ciudades con las de la Edad Media, los acordonamientos, mientras no se apliquen á puntos topográficamente defendibles de la circulación comercial, y el aislamiento y la secuestración individual, sólo aceptables para los primeros chispazos de una epidemia.

Conocido el modo de propagación de un contagio, cada cual podrá poner en práctica los medios científicos conducentes á salvarse de la epidemia; evitándose así, que á la calamidad pública se sumen los desastrosos efectos del pánico y de la paralización comercial; lo cual, dada la manera de ser de nuestra sociedad, constituye una plaga de efectos más desastrosos que la epidemia misma.

Teniendo en cuenta la biología de los micro-organismos causantes de las epidemias, la estadística ha demostrado la poca utilidad que puede reportar el sistema de desinfección pública.

Una vez más queda demostrada la verdad del vulgar axioma *si vis pacem para bello*. No es en los premiosos momentos de una invasión epidémica que puede acudirse con éxito á la desinfección pública para atajar aquélla en su desarrollo.

Si no fuera rebasar los naturales límites del tema de mi discurso, aportaría datos numéricos en demostración de que ciudades populosas, abiertas á todos los contagios, muy especialmente á los llamados exóticos, se han visto libres de éstos y disminuída notablemente la cifra media de su mortalidad normal, desde que abandonando los procedimientos de desinfección pública, proveyeron á la adopción de un sistema de alcantarillado y abastecimiento de aguas; en armonía con las condiciones de la localidad; al objeto de alcanzar la incomunicación posible entre las viviendas de sus moradores, y evitar la contaminación de las aguas destinadas al abastecimiento público, por los micro-organismos letales que anidan en el subsuelo.

Si el concepto que la Medicina Moderna tiene de las enfermedades epidémicas, ha modificado profundamente las reglas para evitarlas, lo mismo sucede con otras que normalmente diezman las poblaciones. Véase sinó lo que ha sucedido con la tisis. Proclamada primero su contagiosidad por el voto popular, negada luego por la Medicina racional, afirmada hoy por la experimentación, sabemos como podemos evitar el contagio sin privar al tuberculoso del auxilio cariñoso de sus deudos y amigos. En el esputo del tuberculoso existe la semilla propagadora de su enfermedad: destruid el esputo y evitaréis su diseminación: cuidad el más ligero desgaste de los órganos respiratorios con tendencia á la cronicidad, y cerraréis la puerta de entrada á la semilla tuberculosa.

Y así, en idénticos términos, podréis disminuir las probabilidades de transmisión de muchos otros afectos morbosos. En unos, será la orina la vectora de la causa viva patogénica; en otros, las materias fecales, y en algunos, el inmediato contacto, será el propagador del parásito morbozo.

Consignemos que los contagios se mitigan asimismo considerablemente por la desecación, por el aire, por la acción de la luz, del calor y de las tempestades atmosféricas; conclusiones aportadas por la Higiene legendaria como resultado de laboriosa observación crítica de hechos clínicos á través de los siglos, coincidiendo con las investigaciones bacteriológicas de la Medicina Moderna.

El hecho de observación, de que ciertas enfermedades habiendo afectado una vez al organismo le hacían inmune para otro ataque de la misma enfermedad, hizo nacer la idea de la variolización para preservarse de la viruela. Más tarde pudo comprobarse que esta misma enfermedad no prendía en las personas que habían padecido el *cow-pox*, cuyo hecho fué el punto de partida de la vacuna Jenneriana.

Pasteur y sus discípulos han planteado el problema de las vacunas contra diferentes enfermedades, resolviendo en el terreno experimental la inmunización para algunas correspon-

dientes á distintas especies animales, tales como la del carbunco, cólera de las gallinas, erisipela de los cerdos, etc., etcétera: siendo cosa sabida, que, en patología general y terapéutica comparada, los experimentos tienen una significación decisiva.

La vacuna anti-colérica fué positivamente descubierta en España, en 1884, por el Dr. Ferrán, actual director del Laboratorio Microbiológico Municipal de Barcelona. Consignemos en honor del amigo querido y del conciudadano, que cuantos experimentadores han estudiado después de él la vacuna contra el cólera, no han hecho otra cosa que plagiarle. La lectura detenida de los trabajos de Metsnikoff sobre el cólera, demuestran de una manera clara y patente esta afirmación. No pudiendo el bacteriólogo ruso desvirtuar las conclusiones de Ferrán respecto á la inmunidad activa, ó sea la que produce la inyección del cultivo del bacillus vírgula, desvíala cuestión por el lado de la sueroterapia, tratando de prevenir y curar el cólera por medio de la inmunidad pasiva, que produce el suero de caballos hiperinmunizados. De modo que si se acepta que dicho suero previene y cura, no podrá negarse que los líquidos de *cultivos* de Ferrán, debieron originar el organismo de las personas vacunadas, las mismas antitoxinas que crean en los caballos, los cultivos de Metsnikoff.

Deseo se me dispense el que me haya extendido en dar detalles sobre esta materia, por tratarse de la vindicación de la gloria de un descubrimiento biológico, que pertenece á España, que ha tratado de desvirtuarse en el extranjero.

Permítaseme también consigne aquí, á título de curiosidad y en demostración de la fé que inspiran los modernos descubrimientos de la Medicina, que en esta capital, desde el día 6 de Diciembre de 1892 hasta el 28 de Julio de 1893, el que os dirige la palabra en unión de nuestro consocio el ilustrado Dr. D. Rafael Ribas, nos vacunamos juntauente con 39 personas, con cultivos vacuníferos de cólera remitidos á este objeto

por el Dr. Ferrán, clasificadas en esta forma: 2 señoras; 6 médicos; 13 abogados, entre ellos el que entónces era gobernador de la provincia; 2 procuradores; 3 militares; 1 ingeniero; 2 empleados; 3 propietarios; 6 comerciantes y 1 dentista.

¡Se ha hecho constar en alguna parte que el descubrimiento de Ferrán ha tenido detractores encarnizados! ¿No los tuvo por ventura Jenner, de cuya vacuna afirmó alguno de sus contemporáneos «que producía accidentes morbosos generales tan alarmantes, como la viruela misma?» (1)

¡Cuánto adelanto no supone para la Humanidad el resolver el problema de la inmunización por las vacunas!

¡Lástima que el actual presidente del Consejo de Ministros, no haya aceptado la proposición que le ha hecho el Dr. Ferrán, de vacunar contra la fiebre amarilla, por el procedimiento de Freire, á nuestros soldados que han debido marchar á Cuba á defender el pabellón español; con lo cual ningún perjuicio podía irrogárseles; habiendo contrariado (según se dice) tan laudable propósito, el desfavorable informe de algún médico *arriéré*, cuyo dictamen seguramente habría sido propicio á la generosa y patriótica iniciativa de Ferrán, á haber estudiado el asunto. (2)

Las vacunas pastorianas encajan de lleno, histórica y racionalmente con la vacuna jenneriana; pero hay otro hecho, que parte de un principio en apariencia distinto, el cual apenas esbozado promete fecundísimas aplicaciones prácticas: cual es la curación de las enfermedades con la intervención de un suero que contenga antitoxina de agena procedencia.

Todos nosotros hemos participado de la general emoción producida por el anuncio de haberse comprobado clínicamente la eficacia del suero antidiftérico. Hoy, creo, no debemos va-

(1) Voelwille.

(2) Debemos á la galantería de nuestro amigo el Dr. Ferrán, el poder publicar la memoria (inédita) que este señor dirigió al Excmo. Sr. D. Antonio Cánovas del Castillo, sobre este asunto, y que continuamos al final de este discurso, como apéndice.

cilar en afirmarla. A mas, la estadística llevada á cabo en las principales naciones señala en modo evidente, una reducción importante en la cifra de mortalidad en la difteria tratada por el nuevo método; conforme brillantemente espuso en sesión privada de este Colegio Médico, nuestro consocio el Sr. Fajarnés, tan acreditado en esta clase de estudios.

La experiencia clínica nos había demostrado la completa inutilidad de cuantos medios poníamos en práctica para curar la difteria; siéndonos solamente posible atajarla hasta cierto punto y en determinados casos, sorprendiendo la enfermedad en su nacimiento en el mismo sitio de su implantación. Tal impotencia de la Ciencia había trascendido á la sociedad, para la cual el diagnóstico de difteria grave, equivalía á inapelable sentencia de muerte. ¡Cuánto prestigio no ha conquistado la moderna Medicina ante la Sociedad con el éxito del suero antidiftérico!

¿Debemos combatir á los médicos que aún dudan hoy de la eficacia de tal medio curativo?

Si fuera ocasión oportuna lo haríamos demostrando la deficiencia de sus objeciones; pero séanos permitido hacer constar que la eficacia de la sueroterapia en la difteria no se funda solamente en los resultados favorables sumados por la estadística, sinó en un detalle de observación clínica, en mi concepto decisivo para valorar la cuantía de acción correspondiente á cualquier medio terapéutico.

En el curso de una difteria tratada por una inyección de suero Behring-Roux, obsérvase después de algunas horas, una modificación favorable especial, en la manera de ser del proceso local de las fauces; modificación que se suspende á veces al cesar la acción del suero, para presentarse de nuevo cada vez que se repiten las inyecciones. Es un efecto admirable que demuestra la modificación local aportada á la garganta del enfermo como resultado de la acción general del suero Behring-Roux sobre el organismo. Huelga aquí la estadística para fallar clínicamente la certeza de acción del nuevo medio

muy buen resultado, es una pomada compuesta de vaselina 30, subnitrato de bismuto finamente pulverizado 10, óxido de zinc, 3. Extiende una buena capa sobre planchas de algodón hidrófilo y las aplico sobre la piel después de dejarla bien limpia.

Si el excema va acompañado de trastornos generales, hago tomar al enfermo una poción con bromuro potásico y nitrato potásico, para calmar el escozor y aumentar la diuresis. Creo que todos los diuréticos son buenos para estos casos para facilitar la más pronta eliminación de los productos extraños que se hayan podido absorber.



REVISTA DE OFTALMOLOGÍA (*)



I

CATARATAS DIABÉTICAS.—El García Mansilla (Acad. med.-quirúrgica española, ses. del 23 Nov. 1896): Una complicación de relativa frecuencia en la diabetes sacarina, es la catarata. Según las estadísticas más exactas, el 5 por 100 de los diabéticos padece la opacificación del cristalino. La catarata diabética ataca lo mismo á los jóvenes que á los viejos, aunque es más frecuente en la juventud. Casi siempre es doble y marchan paralelas, si bien en ocasiones, una se adelanta mucho á la otra. Es de ordinario blanda, como las traumáticas con las que tiene alguna semejanza, si bien algunas cataratas diabéticas que se presentan en la vejez, son duras ó esclerósicas. La opacificación del cristalino, que en general es lenta, comienza por las capas corticales posteriores, se extiende por el ecuador y termina por el núcleo y capas corticales anteriores. En los puntos blancos y azulados del cristalino, se observan numerosas vacuolas, cuando se observan al microscopio y las fibras cristalinianas aparecen hinchadas y encorvadas. Cuanto á la génesis de esta catarata, se la ha relacionado íntimamente con la presencia de azúcar en el humor acuoso. Fundándose los clínicos en el hecho de que un cristalino transparente y recientemente extraído del ojo, se opacifica si se coloca en una disolución de azúcar, debido á la pérdida de agua que experimenta por la absorción que verifica el azúcar, siempre ávida de aquel líquido, suponen que el humor acuoso del

(*) De la *Rev. de Med. y Cir. práct.*, tomamos las materias de esta Revista.

diabético deshidrata el cristalino, y de ahí su opacificación. Mas hay que tener en cuenta que esta teoría no es aceptable á causa de que en el experimento citado, hace falta que la disolución azucarada sea por lo menos en la concentración del 5 por 100, proporción muy distante de la que corresponde al humor acuoso del diabético, donde el azúcar sólo existe en la cantidad de 0'40 por 100. Además, en el mismo experimento citado, se ve que el cristalino opacificado en la disolución de azúcar, se vuelve transparente si se coloca en agua destilada, lo que no sucede con la catarata diabética. También puede refutarse otro argumento por los que sostienen que la deshidratación del cristalino por el azúcar del humor acuoso, origina la catarata. Si á una rana se extrae una parte de sangre é inyecta en las venas después una disolución de azúcar ó de cloruro de sodio, el cristalino se opacifica, pero se vuelve transparente en cuanto el animal se coloca en el agua. En este experimento la cantidad de azúcar que hay que inyectar en las venas, es muy superior á la que contiene la sangre del diabético, sin que por eso se obtenga una verdadera catarata que supone una opacificación permanente, sinó una pérdida de transparencia transitoria que desaparece en cuanto el animal vuelve á su vida normal.

La génesis de la catarata diabética, supone una alteración de la nutrición del cristalino que puede presentarse lo mismo como fenómeno avanzado de la enfermedad, que como hecho dependiente del marasmo y del empobrecimiento orgánico, lo mismo con gran cantidad de azúcar en la orina que con poca cantidad, y lo mismo en las diabetes graves que en las leves, y lo mismo que en las pancreáticas que en las de origen nervioso. No obstante, coincide casi siempre la catarata diabética con la poliuria y con la presencia en la orina de grandes cantidades de azúcar, sin que la poliuria sea capaz de producir las cataratas, pues de ser así ninguna afección más abonada para engendrarla que el cólera donde las pérdidas de grandes cantidades de líquidos orgánicos da lugar á un marasmo más acentuado que en ninguna otra enfermedad.

Expuestas estas breves consideraciones sobre la catarata diabética, ocuparémonos de su tratamiento. Existe muy extendida la creencia de que no es posible practicar operación alguna en los diabéticos, así como se recomienda mucho por los autores la abstención de cauterizaciones, cantáridas, etc., en esta clase de enfermos. Y en cuanto á las cataratas de los diabéticos, hay quien se abstiene de operarlas, fundándose en la frecuencia de las supuraciones de las iritis y de la lentitud de la cicatrización, todo lo cual, se opone á conseguir la visión que con la operación se buscaba. Esta abstención es, en nuestro concepto,

completamente injustificada, hoy que contamos con las prácticas asépticas en las operaciones de cataratas. Ciertamente que los tejidos del diabético ofrecen poca resistencia en la invasión de los gérmenes sépticos, cierto que los procesos de reparación son muy lentos en los tejidos infiltrados en glicosa, pero sin embargo, operando con todo rigor aséptico, puede evitarse la infección de las heridas y conseguir su cicatrización. Y si esto es posible ¿por qué hemos de condenar á la ceguera á un individuo que puede recobrar la vista mediante la extracción de la catarata? Y es más digna de tener en cuenta esta consideración, cuanto que la diabetes dura muchos años y ataca á menudo á las personas jóvenes.

Por estas razones, nosotros acostumbramos á operar las cataratas diabéticas, siempre que los enfermos no se encuentren en el marasmo. En este caso nos abstenemos, porque la muerte está muy cercana de estos desgraciados. Pero antes de proceder á la operación, dosificamos la cantidad de azúcar que contiene la orina, y procuramos su disminución con el tratamiento médico. Mientras dura éste, procuramos curar toda complicación de índole séptica que puedan padecer los ojos, fijándonos principalmente en el estado de las vías lagrimales, cuya integridad y asepsia, es indispensable antes de operar en todos los casos de cataratas y especialmente en las diabéticas. Después que la cantidad de azúcar se ha reducido cuanto ha sido posible, y sobre todo si el ojo que ha de operarse es aséptico, procedemos á la extracción de la catarata. La operación la verificamos con el mayor rigor aséptico, tanto en el ojo como en los instrumentos y en los asépticos. Practicamos la iridectomía, y en el tratamiento consecutivo la única modificación que introducimos, en relación á los demás operados de catarata, es la de que no los tenemos á dieta de caldos á los diabéticos, sino que por el contrario, se les da la misma alimentación abundante de carne, vino y leche á que estaban sometidos antes de la operación. También es conveniente que continúe el tratamiento médico durante los quince días que siguen á la operación, con lo cual se consigue que la cicatrización sea más rápida. Con estas precauciones, creemos deben operarse las cataratas diabéticas, y nosotros constantemente así lo hacemos, siendo muchos los enfermos á quienes les hemos restablecido la visión, á pesar de tener grandes cantidades de azúcar en la orina y de estar bastante demacrados. Entre ellos á continuación, exponemos dos historias clínicas de dos enfermos que hemos operado en estos últimos meses, entendiéndose, que la primera operamos los dos ojos, en sesiones distintas, obteniéndose en las tres operaciones de catarata un éxito completo.

Observación 1.^a J. S., de veintidos años, hace dos años que empezó á notar síntomas diabéticos, entre ellos la sed, la poliuria y la polifagia, sin causa á qué atribuir las. Al observar nosotros á la enferma, la encontramos bien nutrida, come con gran apetito y sólo la atormenta la ceguera. Reconocida la orina, resultó tener 35 gramos de azúcar por litro de orina. Cantidad de orina durante las veinticuatro horas, cinco litros. En el aparato ocular, comprobamos la presencia de dos cataratas blandas completamente formadas. Sometimos á la enferma á la alimentación conveniente y al uso de la antipirina, de la que usaba 2 gramos en cuatro dosis durante las veinticuatro horas. A los veinte días, la cantidad de azúcar disminuyó á 30 gramos por litro y la de orina á cuatro litros por día. Procedimos enseguida á la operación, practicándose la extracción ó colgajo mediano con iridectomía. Continuó el tratamiento médico y dietético durante los días que siguieron á la operación. La cicatrización fué perfecta sin complicación alguna y la enferma recobró la visión. Visto el buen resultado de esta operación, la enferma nos rogó la operásemos la otra catarata, lo que practicamos al mes de la primera, obteniendo igual resultado que en aquélla. Con lentes biconvexas de 10 diopatrías, la enferma adquirió una visión de $\frac{2}{3}$ igual y aún superior á la agudeza que se obtiene en muchos de los operados de catarata senil.

Observación 2.^a J. N., de cuarenta y tres años, minero de Linares; es diabético desde hace tres años, encontrándose con gran demacración. La catarata del ojo derecho no está completamente formada, mas sí la izquierda que es la que hemos operado. Ambas cataratas son blandas. En el análisis de la orina, se encontraron 30 gramos de glicosa por litro de orina, de la que expulsaba seis por día. No obstante, el uso de la antipirina y de los opiáceos, la cantidad de azúcar en vez de disminuir aumentó, pues el análisis que se practicó el día de la operación, demostró que había 31^o,50 por litro de orina. Fué operado el enfermo como la enferma anterior con las mismas precauciones asépticas, y el resultado fué completo, sin complicación alguna, y se obtuvo una visión de $\frac{1}{2}$ mediante la asociación de una lente esférica de + 11 diopatrías y otra cilíndrica convexa de 2'30 diopatrías y eje horizontal.

En resumen, respecto á las cataratas diabéticas, creemos deben establecerse las siguientes conclusiones: 1.^a Deben operarse las cataratas diabéticas, siempre que el enfermo no se encuentre en el período de marasmo. 2.^a Se procurará por un tratamiento dietético y farmacológico, sostenido durante un mes, reducir todo lo posible la cantidad de azúcar de la orina. 3.^a Toda complicación ocular que acompañe á

la catarata, sobre todo las conjuntivitis y dacriocistitis, serán combatidas antes de extraer el cristalino. 4.^a Durante la operación se observará el mayor rigor aséptico y se traumatizará lo menos posible el globo ocular. 5.^a Después de la operación, el enfermo continuará con el mismo régimen alimenticio y farmacológico, que estuviera usando antes de ser operada.

II

CHANCRO SIFILÍTICO DEL PÁRPADO INFERIOR.—El Dr. García Mansilla (Acad. cit. ses. cit.): C. B., de cincuenta y seis años, ingresa en nuestra sala 23 del Hospital General, manifestando que hace un mes y en ocasión de caerle en el ojo una chispa de carbón encendido, comenzó á inflamársele el párpado inferior y ángulo lagrimal, siguiéndole á la inflamación una úlcera que fué progresando. A los pocos días, se presentó un infarto delante de la oreja y debajo de la mandíbula inferior. Estado actual: se observa una extensa ulceración redondeada, de bordes duros bien limitados, del tamaño de una peseta, que ocupa la mitad interna del párpado inferior, y comisura palpebral interna. La ulceración avanza al borde del párpado y conjuntiva, todo lo cual origina ligero ectropión y eversión del punto lagrimal. El fondo de la ulceración es deprimido, de color de jamón é indolente. No tiene secreción alguna ni sangre con facilidad. Infartos dolorosos del ganglio preauricular y de los sub-maxilares del lado de la ulceración palpebral. La enferma acusa violentas cefalalgias. No existen antecedentes de sífilis anterior. Tratando de averiguar la génesis de este chancro, he visto una sobrina de la enferma, que vive en la misma habitación, la cual tiene placas sifilíticas en la boca. Hasta ahora no se han presentado en la enferma otras manifestaciones de la sífilis. Ya está sometida al tratamiento por las uncciones mercuriales desde hace tres días, y han disminuído las cefalalgias. En la ulceración, se observa que se ha limitado y ha disminuído la induración de los bordes. Se lava el ojo con ácido bórico y en la úlcera se aplican polvos de calomelanos. No cabe la confusión con un goma sifilítico del párpado, tanto porque en éste faltan los infartos ganglionares y existen en cambio otros antecedentes sifilíticos, cuanto porque la evolución de las gomas es distinta de la que se ha observado en la ulceración de nuestra enferma. También hay que excluir el epiteloma ulcerado, por el aspecto del fondo de la ulceración, por la induración de los bordes y sobre todo, por el modo de empezar y la rapidez de la marcha del padecimiento.

Julio Ulecia

REVISTA
DE LARINGOLOGÍA, OTOLOGÍA Y RINOLOGÍA

I

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ANGINA GRANULOSA.—Este importante afecto de la patología laríngea ha sido objeto de una monografía interesante publicada por el Dr. Braudiller.

Aunque el tratamiento general que se dirige contra la diátesis artrítica es importante, el cual es el que obra desde luego contra la lesión.

Antes de ensayar ningún medio contra las granulaciones, es necesario hacer desaparecer las lesiones rino-faríngeas que existan para que dé resultado el tratamiento local.

Se tratarán enseguida con el mayor cuidado los ataques agudos de faringitis antes de establecer un tratamiento curativo propiamente dicho. Al presentarse estos ataques se usarán gargarismos, ó mejor pulverizaciones ó lavatorios de la garganta con una solución ligeramente antiséptica, ya de ácido bórico:

Acido bórico	5 gramos
Borato de sosa	10 —
Glicerina neutra	10 —
Agua destilada	500 —

ya calmante con belladona:

Cocimiento de malvabisco	500 gramos
Tintura de belladona	5 —
Glicerina neutra	15 —

Estas pulverizaciones producen una sedación muy manifiesta.

Cuando ha desaparecido todo el elemento inflamatorio, podrá empezarse el tratamiento local.

Conviene mencionar la práctica de los maestros de Viena, que ha sido muy bien expuesta en una obra reciente del Dr. Lermoyez. La escuela de Viena, abandonando completamente el concepto hipotético de la diátesis, sólo se preocupa de combatir la lesión local.

Störk formula así su tratamiento:

(*) De *El Siglo Médico*, 18 Oct. 1896.

1.º Pulverizaciones muy frías de agua aluminosa al 5 por 100 todas las mañanas.

2.º Inmediatamente después hacer una embrocación de la mucosa con nitrato de plata del 15 al 50 por 100.

3.º Lavatorios con agua salicilada:

Acido salicílico	5 gramos
Cloruro de iodo	50 —
Bicarbonato de sosa	100 —

Dos cucharadas de café por litro de agua.

En Francia se recurre también á las aplicaciones tópicas energicas. Las embrocaciones son mucho más activas. Las más empleadas se practican con la solución de cloruro de zinc del 1 por 20 al 1 por 10, con el nitrato de plata al 1 por 10 y al 1 por 15, con la tintura de iodo pura, ó mejor con la glicerina iodada del 20 al 50 por 100, con la solución iodo-iodurada.

Tintura de iodo	1 gramo
Ioduro de potasio	1 —
Agua destilada	10 —

De ácido tricloracético, etc.

Pero todos estos métodos, obrando sobre la totalidad de la mucosa, excelentes contra el catarro ó en los casos de faringitis atrófica para determinar la hiperhemia y la vascularización de la mucosa, tienen menos acción que la destrucción aislada de cada granulación, ya por medio de los cáusticos químicos, ya por medio del gálvano-cauterio.

Con la ayuda de este instrumento, muy fácil de manejar, se puede destruir cada una de las granulaciones con la mayor precisión, sin lesionar las partes vecinas. Se usa generalmente uno de punta fija un poco larga y, después de la cocainización previa, se va tocando cuidadosamente cada granulación con la punta enrojecida.

II

ADHERENCIAS Y ESTRECHECES FARÍNGEAS Y LARÍNGEAS DE LA SÍFILIS —Las estrecheces siliticas de la faringe, siempre de origen terciario, tienen dos sitios de predilección: la proximidad de las fosas nasales, que pueden obturar por completo, y el límite de la faringe bucal y de la naringe aasal, en donde se revelan por adherencias del velo á la pared posterior de la faringe. Estas adherencias son parciales ó to-

tales y de naturaleza cicatricial. En la faringe bucal, propiamente dicha, no se encuentran estenosis; pero estas estenosis se encuentran en la faringe inferior. Veinticinco veces se ha notado una adherencia en la base de la lengua á la parte posterior de la faringe; pero siempre con conversación de un orificio central que dejaba comunicar la boca con el esófago y la laringe. El orificio puede ser muy pequeño y producir una molestia considerable á la deglución, y algunas veces hasta á la respiración. De seis observaciones, en tres de ellas las lesiones existían simultáneamente en la rino-faringe y en la faringe.

Las estrecheces sifilíticas de la laringe reconocen por causa muchos factores: infiltración mucosa ó submucosa, ulceración gomosa, artritis crico-aritenoidea, condilomas, cicatrices aisladas ó superpuestas. Las cicatrices tienen su asiento ordinariamente al nivel de las cuerdas vocales y empiezan por la comisura para extenderse poco á poco hacia atrás tomando un carácter membranoso; esta membrana transversal deja habitualmente un espacio libre entre su borde posterior y la mucosa inter-aritenoidea.

Al lado de esta disposición horizontal se encuentra casos en los cuales el tejido cicatricial es muy irregular; se extiende de la banda ventricular á la verdadera cuerda, de la epiglotis á la base de la lengua, del repliegue ariteno-epiglótico á la banda ventricular, etc.

Por regla general la localización laríngea única es rara, y la estenosis de la laringe es debida á una sífilis hereditaria.

Asegura el Dr. Hegmann, autor de este trabajo, que el tratamiento antisifilítico detiene muchas veces la formación del proceso escleroso; en otros casos no produce efecto. Una vez establecida esta cicatriz, puede ser atacada de diferentes maneras: con el cuchillo galvánico, pinza cortante, dilatación, intubación. «La dificultad no consiste —dice el autor— en dilatar la estrechez, sinó en mantener la dilatación.»

Lo mismo que toda cicatriz y quizás más aún, la sifilítica tiene siempre tendencia á reformarse y producir una nueva estrechez. — (*Archives internat. de Laryng.*).

III

TRATAMIENTO DE LAS OTORREAS CRÓNICAS POR LA TINTURA DE IODO.—El Dr. F. Pierce Hoover, de Nueva York, ha conseguido curar otorreas crónicas que databan de doce á veinte años y rebeldes á todos los medios terapéuticos empleados anteriormente, tocando las partes afectadas con tintura de iodo pura. Estos toques, que es preciso repetir dos ó tres veces por semana, provocan una ligera sensación de escozor que se disipa rápidamente.

Puede suceder, si se emplea demasiada tintura de iodo, que este líquido penetre en la garganta por la trompa de Eustaquio; pero esto no tiene más inconveniente que el hacer percibir al enfermo el sabor del iodo.

IV

INFLUENCIA REFLEJA SOBRE EL OJO POR EL INTERMEDIO DEL ÓRGANO AUDITIVO.—Según Urbantschitsch (*Wien. Klin. Wochens.*, 1896), el nistagmus reflejo, de forma en general oscilatoria, rara vez rotatoria, puede nacer de diversas partes del oído, á consecuencia de inyecciones hechas con agua muy fría, bajo la influencia de fricciones hechas sobre el estribo, ó también á causa de una otitis media purulenta debida á la entrada de un insecto en el conducto. El autor refiere un caso de nistagmus oscilatorio que persistió más de diez años, á pesar de la curación de la otitis.

Dice que no ha visto más que dos casos de estrabismo, el primero en un niño que padecía otorrea. Cada vez que había exacerbación de los fenómenos otícticos, había igualmente aumento de estrabismo. El segundo en una mujer que tenía un pólipo de la caja y un estrabismo divergente del ojo del mismo lado, y el estrabismo aumentó de intensidad en el momento de ablación del tumor por medio del asa fría. Este estrabismo persistió muchos meses después de la operación.

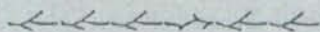
Se observa también midriasis pasajera en jóvenes irritables, á causa de variaciones bruscas de fricción en la caja del tímpano y en el conducto.

V

OPERACIÓN POR LAS VÍAS NATURALES DE ALGUNOS TUMORES MALIGNOS DE LAS FOSAS NASALES.—El Dr. Moure, de Burdeos (Congreso de Burdeos), hace la clasificación de los tumores malignos de las fosas nasales (los corizas y sus variedades, epitelomas, etc., ?), por el sitio que ocupan, en superiores medio operables según el curso de su evolución, é inferiores en los que siempre es posible la extirpación. Insiste en las dificultades de la intervención, en la hemorragia y en la imposibilidad de encontrar el punto exacto de implantación del neoplasma. Una vez levantada la nariz, es generalmente imposible afirmar si ya se ha llegado ó si ya se han traspasado los límites de la afección, á menos de encontrar un tumor poco voluminoso, pediculado, y, por lo tanto, fácil de extraer, sobre todo por las vías naturales. Siguiendo

este último procedimiento operatorio, se va lentamente, por destrucción sucesiva y deteniendo la hemorragia con facilidad, puesto que se trabaja en un campo iluminado; de este modo se llega exactamente al punto de inserción del neoplasma que ve uno y destruye sin tocar las partes sanas.

Dr. C. Compaired



REVISTA BIBLIOGRÁFICA

La viruela y su profilaxis. Memoria premiada por el Instituto Médico Valenciano, por D. GUILLERMO SERRA BENNASAR. —Palma, 1893.

DE todos los trabajos que se practican en el vasto campo de la medicina ningunos revisten más importancia que los dirigidos á corregir ó evitar los estragos de las enfermedades de carácter contagioso. La viruela pertenece á este número, con la circunstancia agravante de que mueren en España 13,804 individuos al año más de los que morirían si se practicara á todas las personas el poderosísimo recurso profiláctico que poseemos, como hemos demostrado con estadísticas y estudios comparados en la REVISTA BALEAR.

Basta en nuestro concepto esta indicación para demostrar la conveniencia de divulgar las nociones prácticas sobre aquella dolencia, y creemos que el Sr. Serra y Bennasar, convencido de esta necesidad ha puesto sus conocimientos al servicio de una idea tan plausible, escribiendo y publicando un libro interesante sobre *La viruela y su profilaxis*.

La obra, que consta de 205 páginas, está dividida en ocho capítulos, sin contar las conclusiones y el apéndice, y en ellos dedica un recuerdo histórico á la viruela de la edad media, y al descubrimiento de la vacuna por Jenner; estudia el *horse-pox*, el *cow-pox*, y la vacuna bajo todos sus aspectos, sin olvidar los trabajos modernos de Voigt y Garré sobre los microbios de la linfa; examina las impugnaciones dirigidas contra la vacuna, deteniéndose en la parte relativa á la transmisión de la sífilis, indudablemente uno de los problemas más interesantes; ocúpase en los pareceres y observaciones, datos y experimentos, de diferentes autores, en la naturaleza del *cow-pox* para deducir que

la vacuna no es más que la viruela atenuada; dedica un capítulo, útil y provechoso por la minuciosidad de los detalles, á la vacunación y revacunación; expone los procedimientos de preparación y conservación de la linfa, y cuanto se refiere al periodo de inmunidad, comparando después la vacuna humana con la animal; trata de la inoculación de la vacuna, indicando los métodos empleados, los resultados obtenidos, y los preceptos para conseguir vacuna en las mejores condiciones posibles; consagra algunas páginas á la profilaxis complementaria, basada principalmente en la Higiene pública; traza un resumen sobrio de todas las ideas apuntadas en forma de conclusiones, y termina con un apéndice que comprende los tratamientos generales y locales empleados con éxito contra la viruela, en estos últimos tiempos.

Del estudio comparativo de las vacunas deduce el autor que la humana ofrece mayores garantías que la animal. La exposición de ideas y la resolución de este problema, planteado en nuestros días, llenan pocas páginas de la memoria, y tratándose de un punto tan interesante y sobre el cual no hay uniformidad de pareceres, el autor hubiera podido presentar mayor número de pruebas en pro y contra. Si al lado de la opinión de Layet y de las observaciones personales del autor, figuraran los valiosos estudios del Dr. Passin sobre la vacunación animal en Alemania, Bélgica é Italia, y algún otro trabajo acerca de la misma materia, tendríamos el capítulo consagrado á la eficacia de las vacunas, con la riqueza de hechos que conviene reunir cuando se trata de fijar la significación y el alcance de las ideas nuevas en la evolución de un proceso determinado.

Mientras exista el peligro de la sífilis vaccínica, admitido por sifilígrafos que han observado casos aislados y verdaderas epidemias producidas por la linfa infectante de niños heredo-sífilis, ofrece más garantías la vacunación directa de la res, aunque ésta se desarrolla menor número de veces que la de brazo. Después de todo el inconveniente de aquélla se salva con facilidad repitiendo tan sencilla operación.

Aparte de esto la materia está bien estudiada. El Instituto Médico Valenciano premió la obra; la Academia de Medicina de Palma emitió un dictamen muy lisonjero, y la Diputación de Baleares acordó la adquisición de 50 ejemplares.

Los hechos apuntados demuestran la importancia y utilidad del trabajo del Sr. Serra, á quién felicitamos por su laboriosidad y por las merecidas distinciones que ha recibido.

E. Fajarnés

NOTAS CIENTÍFICAS

Patogenia de las roturas espontáneas del corazón

Las roturas espontáneas del corazón son bastante raras, hasta el extremo que de 12 á 13,000 autopsias practicadas en el Instituto Anatómico de Munich desde 1854 á 1886, sólo se han encontrado siete casos, y dos en 15,000 autopsias practicadas en el Hospital Obouchovsky (de San Petersburgo) en los treinta últimos años.

La etiología de estas roturas— dice el Sr. Chipervitch, cuyo es este artículo—es todavía muy obscura. Las tres causas que provocan la rotura espontánea del corazón, son la degeneración grasosa del músculo cardíaco, las miocarditis y las alteraciones de las arterias coronarias; después vienen las enfermedades infecciosas, que ocupan sitio preferente en la producción de estas alteraciones y tienen, por tanto, parte importante en su patogenia. Como causas determinantes debemos invocar los movimientos corporales forzados (baile, carreras á caballo ó en bicicleta), las emociones psíquicas fuertes (alegría, dolor, miedo), los excesos venéreos ó alcohólicos, etc.

El Sr. Chipervitch publica cuatro casos de rotura espontánea del corazón, de los cuales tres recayeron en sujetos que tenían la gripe (coriza, tos, mialgia, temperatura alta, etc.), y que murieron súbitamente, encontrando en la autopsia, en los tres, numerosos focos de bronco-pneumonia, hiperhemia-bronquial y traqueal, y rotura de la pared anterior del ventrículo izquierdo, cuyas dimensiones variaban desde un cuarto de centímetro á un centímetro. Al microscopio presentaban las fibras cardíacas las alteraciones típicas de las miocarditis.

El cuarto caso recayó en un hombre de treinta y seis años, no sifilítico ni alcohólico, pero que había tenido en otros tiempos ataques de reumatismo articular agudo. Ingresó en el hospital porque tenía violentos dolores en la región precordial, disnea y tos. Reconocido, se encontró una hipertrofia del corazón, edema del miembro inferior y diversos trastornos circulatorios y respiratorios, diagnosticándosele de nefritis infecciosa complicada con bronco-neumonía. Tres días permaneció en este estado, pero al cuarto murió de repente. En la autopsia se encontró el pericardio lleno de sangre y de coágulos; la pared anterior del ventrículo izquierdo presentaba una rotura doble de dos y de un centímetro de longitud; el miocardio estaba degenerado; la cavidad

del ventrículo izquierdo y la arteria coronaria izquierda eran asiento de una trombosis reciente. Todos los demás órganos internos presentaban alteraciones profundas.

Según el autor, esta observación demuestra—y en esto consiste su interés—que las roturas espontáneas del corazón pueden tardar varios días en prepararse; de suerte que si se consigue establecer un diagnóstico precoz, podría en rigor intentarse intervenir quirúrgicamente para impedir tan fatal terminación.—(*El Siglo Médico*).—(DR. RAMÓN SERRER.);

Psicosis menstrual. Histerectomía Curación

El Dr. Popelin (Soc. Belga de Ginecol. y Obs., 1896): La enferma objeto de esta observación tenía cuarenta y tres años y reglaba con regularidad. Desde hace ocho años sufría ataques nerviosos antes de cada época menstrual. Tenía tres hijos el menor de once años. El primer parto fué seguido de prolapso uterino; los dos últimos fueron acompañados de inercia del útero. Hace ocho años fué operada de un pólipo. Las relaciones sexuales eran incompletas. La vulva estaba abierta, el cuello uterino prolongado y doloroso; el ovario izquierdo aumentado de volumen y muy doloroso. La palpación provocaba accesos histero-epilépticos, constituidos por convulsiones crónicas con pérdida del conocimiento; el acceso terminaba por llanto, y la enferma nada recordaba de lo que había sucedido. Padecía también dispepsia. El tratamiento médico fué ineficaz. Cada reconocimiento provocaba una crisis. El 10 de Octubre de 1895 practiqué la histerectomía vaginal. Durante los dos días que siguieron á la operación hubo un acceso cada media hora. Después de separarse las pinzas cesaron las crisis. La enferma salió curada. En Noviembre se quejaba de trastornos gástricos. Volví á verla el 23 de Marzo. Su estado era excelente. Había sólo algo de prolapso vaginal que no la impedía dedicarse á sus ocupaciones. Creo que el aparato vaginal era el punto de partida de los accesos nerviosos á pesar de la poca importancia de las lesiones, había quistes numerosos de los ovarios, pero las trompas estaban sanas.

El Dr. Kufferath: Creo que estos fenómenos histéricos dependen más del estado general del sistema nervioso que de lesiones tan mínimas. En el caso referido por Popelin el éxito es notable; pero como se observan curaciones espontáneas y otras veces recidivas, es necesario ser reservados en el pronóstico. En el caso referido estaba indicada la operación por lo considerable de la desnutrición.—(*Arch. de Gynecopatía Obst. y Pediat.*).

Los rombos lumbar y sacro

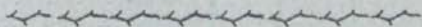
El Dr. Waldeyer dice (Soc. de Obst. y Ginecol. de Berlín, Junio 1896), que según Richet, existen en la región sacra, por ambos lados, dos pares de hoyuelos cutáneos, *fossulae lumbales*, correspondiendo la inferior, cuya importancia ya hizo constar Michaelis, á la región de la espina iliaca superior posterior, mientras que la superior se halla un poco más arriba. La figura del rombo sacro se obtiene trazando líneas de la punta del coxis á las dos fosetas lumbales inferiores, y de éstas á la foseta lumbar media. Michaelis se equivocó al atribuir á la espina iliaca posterior superior la formación de la foseta lumbar lateral, pues resulta de una pequeña área que los músculos glúteo mayor y sacro-lumbar dejan libre, y sobre la cual la piel forma una depresión á modo de hoyuelo, sobre todo en las mujeres.

La foseta superior, que según Michaelis correspondería á la apófisis de la quinta vértebra lumbar, no es tal foseta, sino el extremo del surco dorsal medio, y puede hallarse sobre las vértebras lumbares tercera, cuarta ó quinta, siendo inconstante la situación de dicha fosa aparente. El conferenciante no puede adherirse á la opinión de Stratz, según el cual, en la pelvis normal, la figura es un rombo genuino, pues en este caso, el vértice superior estaría en la tercera ó cuarta vértebra lumbar, y no en la quinta, como afirma Stratz. La figura de romboide no es siempre indicio de pelvis defectuosa, como puede verse en las pelvis de la colección de la Sociedad; sólo un romboide estrecho por aproximación de las fosetas laterales, parece indicar una estrechez transversal de la pelvis. Tampoco le parece exacta al conferenciante la afirmación de Stratz, de ser el rombo característico de la pelvis femenina; pues también se observa á veces en el hombre.—(*Arch. de Ginecop. Obst. y Ped.*).

Tratamiento de los prolapsos genitales

El Dr. Richelot dice (Décimo Con. francés de Cirugía, París, Octubre, 96) que el origen del prolapso debe buscarse ante todo en un estado diatésico, porque las lesiones mecánicas y las distensiones producidas por el embarazo y el parto, no suponen nada sin un trastorno particular de la nutrición. Vírgenes que no han sufrido ni distensión ni roturas, pueden tener un descenso completo del útero. Ha operado enfermas de dieciséis, diecisiete, dieciocho y diecinueve años, y á menudo entre veintitrés y treinta años. Tales mujeres son artríticas y el artrismo se debe la relajación de los tejidos fibrosos que produce el descen-

so del útero, las hernias la dislocación del riñón, etc. La vagina es la que descende, faltándole el sostén á la pared vaginal hace prominencia en la vulva, siguiéndola después el útero sin que su peso desempeñe papel alguno, pues después de la histerectomía la vagina vuelve á descender. Los principios del tratamiento se resumen en pocas palabras: para impedir que las paredes se desarrollen, es preciso quitar la tela sobrante, estrechar el conducto y rehacer el periné; todo procedimiento que no llene estas indicaciones, no puede dar resultado; de ahí que no tengan valor las fijaciones diversas de la vagina ó del útero, ni tampoco la histerectomía vaginal, porque las paredes vaginales vuelven á caer de tal modo, que de 6 casos en que ha hecho la histerectomía, ha podido observar 4 recidivas. El único medio es quitar tejido y estrechar, y eso por medio de la colporrafia, siendo el único procedimiento el de Hegar. La colporrafia da curaciones permanentes aún en casos muy difíciles, y un 13 por 100 de recidivas, pero insistiendo se obtienen resultados definitivos y los casos verdaderamente incurables son excepcionales. Claro es que no hay que descuidar los actos complementarios, sobre todo la amputación supra-vaginal, aplicada la hipertrofia á menudo enorme del segmento inferior, pudiendo ser también á veces conveniente las diversas fijaciones de la vagina ó del útero. En cuanto á la histerectomía, la cuestión debe sentarse del modo siguiente: ¿para ayudar al éxito de la colporrafia, es mejor quitar todo el órgano, ó sólo el segmento inferior? En la mayoría de los casos, la amputación parcial da el mismo resultado que la total, la cual, sin embargo, puede considerarse útil si la hipertrofia uterina es enorme y los tejidos están muy relajados.—(*Rev. de Med. y Cir. prácts.*)—(JOSÉ RIBERA).



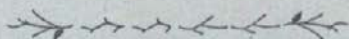
NATALIDAD		Total	MORTALIDAD			
			Total			
MES DE NOVIEMBRE DE 1896	Legítimos	Varones	DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR EDADES Ó PERÍODOS	En el claustro materno	»	
		mos		Hembras	Hasta 5 meses	8
					De más de 5 id. á 3 años	24
					De más de 3 á 6 años	10
					» 6 á 13 »	8
					» 13 á 20 »	4
					» 20 á 25 »	5
					» 25 á 40 »	7
					» 40 á 60 »	21
		» 60 á 80 »		26		
» 80 » »	6					
TOTAL			Total general de defunciones	119		
Demografía Médica	mos	TOTAL	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CONTAGIOSAS	Viruela	24	
				Sarampión	»	
				Escarlatina	»	
				Angina y laringitis diftérica	1	
				Coqueluche	»	
				Enfermedades tifoideas	4	
				Id. puerperales	1	
				Intermitentes palúdicas	»	
				Disenteria	»	
				Sífilis	»	
Carbunco	1					
Hidrofobia	»					
Otras infecciosas y contagiosas	»					
TOTAL			TOTAL	31		
PALMA POB. CAL. 51.573	mos	TOTAL	OTRAS ENFERMEDADES	Circulatorio	23	
				Respiratorio	30	
				Enfermedades Digestivo	11	
				del aparato Urinario	2	
				Locomotor	1	
				Cerebro espinal	18	
				Distrofias constitucionales	»	
				Procesos morbosos comunes	2	
				Enfermedades mentales	»	
				Id. cancerosas	2	
Alcoholismo	»					
Lepra	»					
Pelagra	»					
Bocio	»					
TOTAL			TOTAL	87		
Total general	mos	TOTAL	MUERTE VIOLENTA	Accidente	1	
				Suicidio	»	
				Homicidio	»	
				Ejecuciones de justicia	»	
				TOTAL	1	
Total general			N.º de fallecimientos sin asistencia médica	»		

terápico. No se trata de averiguar si se curan mayor ó menor número de diftéricos: esto tendrá su importancia y muy grande para la sociedad; pero en el frío y sereno terreno de la especulación clínica, surge el caso de suspenderse el curso que podríamos llamar clásico de la enfermedad;... un paso más, y la halagüeña esperanza de detener en su camino el curso de todas las enfermedades zimóticas va á ser un hecho práctico: algo parecido á lo que la Cirugía realiza extirpando en una sesión operatoria el nido bacilar de una fístula tuberculosa del ano (pongamos por ejemplo) acabando con el proceso local y salvando al organismo del peligro de que pueda generalizarse el bacillus de Koch.

Estamos, pues, en el caso de afirmar que el suero de Behring-Roux, á semejanza de la quinina oponiéndose á la malaria, inhibe el parásito productor de la difteria y aniquila su acción bio patológica conforme lo demuestra la clínica.

Digamos en pro de las esperanzas apuntadas, que el hecho que exponemos tiene precedentes y analogías en el nutrido catálogo de la Medicina experimental moderna, tan fecunda en fenómenos nuevos y sorprendentes. ¿Existe por ventura otro análogo en los archivos de la vieja Medicina, á la maravillosa acción de unas gotas de tuberculina de Koch inyectadas hipodérmicamente á distancia de un proceso tuberculoso local, lupus cutáneo, por ejemplo, transformándolo en breve espacio de tiempo en su manifestación objetiva? ¿No es también un hecho que deja adivinar valiosos resultados el hacerse evidente el diagnóstico del muermo por una inyección de maleína?

Si son legítimas las perspectivas que se ofrecen para la curación de diversas enfermedades por medio de los sueros; si los cálculos, á propósito de la sueroterapia, son completamente exactos; ó si falta á despejar alguna incógnita, sólo podrá decidirlo una copiosa experiencia clínica.



TRATAMIENTO DE LA ASCITIS

POR EL MÉTODO DE DURAN (*)

POR

D. Guillermo Serra y Bennasar

EN época no muy remota, el peritoneo era... la *Marina* de los cirujanos: no había que tocarlo.

A pesar de los ensayos y sugerencias de los Dres. Houstoun, Delaporte, Laumonier, etc., considerose como un atrevimiento poco menos que imperdonable toda manipulación en esta serosa hasta que el doctor Ephraim Mc. Dowell, practicando con buen éxito la primera ovariectomía, vino á demostrar que no era tan fiero el león, ó sea la abertura de dicha membrana, como se suponía.

Reconocida la vulnerabilidad quirúrgica de la misma, los grandes operadores fueron introduciendo poco á poco la ventriseksió en la práctica corriente, y, una vez perdido ya el respeto que antes inspiraba, cual si la abertura de la cavidad abdominal fuera cosa baladí, se ha llegado por algunos al extremo de practicarla y recomendarla como simple medio de investigación diagnóstica.

Afortunadamente, esa desenfrenada manía operatoria ha hecho pocos prosélitos, y la mayoría de los cirujanos, haciéndose cargo de sus peligros, han ido precisando sus verdaderas indicaciones; pues tan censurable es una intervención no justificada, como atenerse en ciertos casos al *noli me tangere* de los antiguos.

Aparte de los tumores ováricos, las heridas penetrantes del abdomen con lesión visceral, la rotura de un quiste en la cavidad del peritoneo, un embarazo ectópico, etc., en que la laparotomía se impone de manera indiscutible, se ha recomendado también en el tratamiento de la peritonitis tuberculosa de forma exudativa.

Indudablemente la paracentesis es la primera operaci6n con que el cirujano osó herir la serosa abdominal, pues su práctica data de los tiempos más remotos; pero si bien, por su cuasi inocuidad y por el alivio inmediato que experimenta el hidrópico con la extracci6n del líquido derramado, se recomienda como medio paliativo, en cambio

(*) Es, á mi entender, tan meritoria la inventiva de este laborioso profesor que me atrevo á bautizar la operaci6n con su nombre.

son muy excepcionales los casos en que el derrame deja de reproducirse más ó menos pronto; de ahí los ensayos é investigaciones en busca de un tratamiento curativo en las modalidades esencialmente peritoneales—pues es bien sabido que cuando la ascitis se presenta como síntoma ó más bien secuela de una lesión orgánica del corazón, hígado, etc., nada hay que esperar de la intervención operatoria. —El doctor L. N. Varnek, en su tesis doctoral—Moscou, 1893,—compila los trabajos verificados conducentes á este fin respecto á la peritonitis tuberculosa, y sienta como conclusión que el mejor y casi único tratamiento es la laparotomía, eficazmente recomendada en todos los casos por el Sr. Spencer Wills.

Es indudable que con esta operación se han obtenido numerosas curaciones; pero también es cierto que se registran bastantes casos de éxito fatal, por lo que no es de extrañar que algunos médicos se resistan á aceptarla y estudien la manera de sustituirla por otros medios menos peligrosos.

El Dr. Rendu, inducido probablemente por el hecho experimental del hidrocele tratado por el método de Monod, resolvió aplicarlo á la hidropesía tuberculosa, substituyendo empero el alcohol por el naftol alcanforado, medicamento que á la circunstancia de su escasa toxicidad reúne la de ser un enérgico parasitocida, y en una comunicación dirigida á la Sociedad médica de los hospitales, á últimos de 1893, dió cuenta del resultado favorable obtenido en dos casos tratados por este procedimiento.

Poco después—febrero de 1894—el Dr. Spilmann, de Nancy, empleó con igual éxito el mismo tratamiento: Hecha la paracentesis extrajo con el aspirador 850 gramos de líquido, inyectando inmediatamente en la cavidad peritoneal 10 gramos de una solución de naftol alcanforado.

Por la tarde hubo algunos vómitos y movimiento febril. El día siguiente administró 30 centigramos de calomelanos: los vómitos cesaron, pero la temperatura se elevó á 40°.

Los cuatro primeros días el vientre aumentó de volumen, pero luego empezó á disminuir de una manera muy paulatina; sin embargo, la temperatura se sostuvo durante cinco semanas oscilando por encima de 39°. Después de este tiempo, reapareció el apetito, las cámaras se regularizaron, la curva térmica descendió notablemente, y á primeros de mayo el enfermo estaba curado, habiéndose reabsorbido completamente el derrame peritoneal.

El observador hace notar que no hubo accidentes locales: nada de

dolor agudo post-operatorio, ni reacción peritoneal intensa, ni supuración (1).

¿Cómo se efectuó la curación en estos casos? Según los Sres. Rendu y Spilmann la inyección del naftol alcanforado debe de producir una exudación adhesiva en el peritoneo, capaz de provocar la reabsorción del líquido y de las falsas membranas que recubren la cavidad de la serosa; explicación, á mi entender, poco satisfactoria.

Pero antes de que estos señores practicaran los referidos ensayos, un médico español, el Dr. J. Durán, de Barcelona, había ideado y puesto en práctica con feliz éxito un procedimiento mucho más sencillo.

Partiendo del hecho de que la peritonitis tuberculosa se cura la mayor parte de veces por medio de la laparotomía, el Dr. Durán, como el Dr. Varnek, trató de investigar el mecanismo de esta curación, mejor dicho, cuál es el agente que la provoca.

Después de pasar revista á todas las opiniones formuladas respecto á este punto, sin que ninguna de ellas le satisficiera enteramente, analizando algunas ideas expuestas por el médico moscovita adquirió el convencimiento de que «el agente de *irritación nutritiva*, en el concepto todavía cierto de las doctrinas de Virchow, es el aire atmosférico que en el transcurso de la operación se pone en contacto con toda la extensión del peritoneo; el cual aire, viniendo á perturbar de una manera enérgica la vida de esta serosa, convierte la inflamación exudativa de que es asiento en inflamación formativa, que acaba por asfixiar los parásitos que en su seno colonizan (2)».

Perdone el ilustrado colega que tampoco me satisfaga su manera de interpretar los hechos, pero, después de haber comprobado prácticamente como él la acción curativa directa del aire atmosférico por el procedimiento de su invención, entiendo que el contacto de este agente no obra *convirtiendo la inflamación exudativa en formativa*—concepto que nada explica—, sino que, llevando en sí y facilitando á los leucocitos el elemento de vida, que es el oxígeno, despierta la actividad funcional de éstos y por ende provoca ó más bien estimula la fagocitosis.

Partiendo el Dr. Durán del anterior supuesto, pensó que tal vez no fuera preciso practicar la laparotomía para obtener los mismos buenos efectos, pues que sin necesidad de abrir extensamente el vientre, puede ponerse el peritoneo en contacto con el aire atmosférico por un medio infinitamente más sencillo, que procedió á ensayar desde luego.

(1) *Revue médicale de l'Est.*, Mayo de 1894.

(2) Véase el número de esta misma REVISTA correspondiente al 15 de Agosto de 1893.

Hé aquí como lo describe el mismo autor:

Practiqué—dice—la paracentesis de la manera usual, y vaciada la cavidad peritoneal, por el mismo trocar inyecté toda la cantidad posible de aire; dejé permanecer el vientre así hinchado algunos minutos, durante los cuales procuré, percutiendo con la palma de la mano, que el contenido intestinal cambiara varias veces de sitio y no fuera obstáculo á que el peritoneo recibiera por completo el *baño de aire*. Permitti luego la salida de la mayor parte del mismo, y coloqué un vendaje ligeramente compresivo. Resultaron extraídos 12 litros de líquido.

La técnica es sencillísima: no requiere más instrumentos que el trocar ordinario de paracentesis y un frasco para el *lavado* del aire, pudiendo utilizarse uno cualquiera de pequeño tamaño, con tal que la boca del mismo permita ajustar un tapón de goma que dé paso á dos tubos, doblados en ángulo recto, uno de los cuales ha de llegar al fondo del frasco, mientras que el otro sólo debe atravesar el tapón. Se llena dicho frasco, hasta la mitad, de potasa cáustica en pequeños trozos y encima se coloca una gruesa capa de algodón aséptico.

Dispuesto así el aparato, se adapta un inyector de Richardson al extremo del tubo que llega hasta el fondo del frasco, y el otro más corto se pone en comunicación con el pabellón del trocar, por medio de un tubo de goma; y de este modo el aire penetra seco y aséptico, aún cuando se practique la operación en una atmósfera impura como la de una sala de hospital.

Si antes de dar salida al aire, se coloca al enfermo en posición conveniente, se consigue desalojar cierta cantidad de líquido que se había sustraído á la primera evacuación, de manera que ésta resulta tan completa como la que se obtiene por medio de la laparotomía; circunstancia que probablemente contribuye en gran parte al buen resultado final.

Como se ve, el procedimiento seduce por su inocuidad y sencillez; así fué que al leer el artículo en que el autor da cuenta de haberlo aplicado en dos casos con feliz éxito (1), me propuse ensayarlo tan luego se presentara la oportunidad, y confieso ingénuamente que los resultados han sobrepujado las esperanzas que había concebido.

*
* *

Catalina Llabrés, de 38 años, avecindada en uno de los pueblos de la isla, de temperamento sanguíneo, casada, unípara, bien reglada y

(1) *Loc. cit.*

sin antecedentes morbosos anteriores, vino á consultarme á mediados de diciembre de 1895.

Llamaba desde luego la atención el extraordinario abultamiento de su abdomen. Aunque enjuta de carnes, su color era sano, y chocaba su despejo y ligereza de movimientos á pesar de tan enorme distensión.

Hacia unos cuatro años que notó cierto aumento de volumen del vientre, sin experimentar, empero, molestia ni sufrimiento alguno, lo que al principio le hizo sospechar un nuevo embarazo, á pesar de seguir menstruando con perfecta regularidad; mas, después de algún tiempo, faltándole los signos propios de la gestación en un período ya avanzado, empezó á alarmarse y consultó el caso con el médico de la población, el cual le manifestó que se trataba de una hidropesía. No satisfecha, vino á consultar otro profesor de esta capital, que corroboró el expresado diagnóstico. Como el derrame iba acreciendo, hubo necesidad de practicarle la paracentesis, quedando, al parecer, curada, si bien le quedó en el bajo vientre un pequeño tumor blando, que permaneció algún tiempo estacionario sin molestarle lo más mínimo; mas luego observó que aquella especie de buche iba extendiéndose lentamente y, á pesar de todos los medios farmacológicos empleados para detener su marcha, el proceso siguió desarrollándose hasta alcanzar las dimensiones verdaderamente enormes que presentaba cuando vino á mi consulta.

Reconocida detenidamente la enferma, no aprecié lesión alguna orgánica ni funcional en ninguno de los grandes sistemas y aparatos: cerebro-espinal, circulatorio, respiratorio y digestivo; todas sus funciones se verificaban con la mayor normalidad. La causa del derrame radicaba, de consiguiente, en el peritoneo exclusivamente, y como no cabía sospechar siquiera que pudiera ser de naturaleza tuberculosa, hube de deducir que se trataba de una peritonitis de forma crónica, primitivamente localizada y que, extendiéndose poco á poco, acabó por afectar toda la serosa.

De repetir la simple paracentesis había de resultar necesariamente una segunda reproducción del derrame, probablemente mucho más rápida que la anterior, y así lo manifesté á la enferma y á su marido, proponiéndoles la operación con la inyección de aire en la forma descrita, medio exento de peligro y del que les indiqué podía esperarse la completa curación.

Aceptada la idea, se marcharon al pueblo, quedando en volver después de pasadas las fiestas de Navidad.

El día 7 de enero de 1896, ayudado por el Sr. Mercant, procedí á

la operación en la forma indicada por el Dr. Durán, y cuando, después de haber retenido el aire en la cavidad durante algunos minutos, retiré el dedo con que obstruía la extremidad de la cánula, ejerciendo ligeras presiones conseguí, con la evacuación del aire, la de una regular cantidad de líquido que había quedado en dicha cavidad. Cubrí el abdomen con una gruesa capa de algodón aséptico y coloqué el vendaje correspondiente.

La cantidad de líquido extraído excedía de 11 litros.

Por la noche tuvo algo de insomnio, ligera sed y algunas náuseas.

A la mañana siguiente, vientre timpánico y muy poco movimiento febril. Le prescribí 30 centigramos de calomelanos; hubo evacuaciones abundantes; las náuseas no se reprodujeron.

Los días 9 y 10 se mantuvo el timpanismo y el pulso algo frecuente, oscilando la temperatura entre 37°,4 y 37°,8. El día 11 la hinchazón del abdomen hubo disminuído bastante, la enferma estuvo apirécetica y comió con bastante apetito; el 13 pudo dejar la cama durante algunas horas; el 16 salió á la calle, y el día siguiente regresó á su pueblo, siendo la forma del vientre completamente normal, sin que se apreciara ningún resto de derrame ni signo de lesión alguna en el peritoneo ni en las vísceras abdominales; sin embargo, le recomendé que llevase el vendaje durante algún tiempo.

A mediados de abril vino á verme, y era tal el cambio de su aspecto que de pronto no la reconocí; estaba bastante nutrida y no quedaba rastro del derrame peritoneal. Recientemente he sabido que está gorda y robusta como nunca y goza de salud inmejorable.

*
* *

El feliz resultado obtenido en este caso hubo de excitar el deseo, tanto en mí como en el Sr. Mercant, de tener ocasión de repetir el ensayo, y ésta no tardó en presentársele á mi distinguido compañero.

Catalina Picornell, de 34 años, vecina de esta ciudad, casada, múltipara, reclamó su asistencia á últimos de abril del mismo año. Era de temperamento linfático, y la palidez de la piel, decoloración de las mucosas y extrema demacración acusaban desde luego su pobreza orgánica.

Sin antecedentes morbosos de ninguna clase, había menstruado siempre con perfecta regularidad, de manera que en faltándole las reglas podía afirmar que había concebido. En julio de 1894 dió á luz una niña, que amamantó durante quince meses; el parto, al igual que los

cuatro anteriores, fué completamente normal, y durante la lactancia tampoco experimentó sufrimiento alguno hasta que hubo transcurrido un año; pero después de este tiempo empezó á aquejar inapetencia, cólicos en la región hipogástrica y vomituración, no impidiéndole, sin embargo, que continuara dedicándose á sus habituales ocupaciones, por lo que creyó que se trataba de una nueva gestación, á pesar de que todavía no había reaparecido el ménstruo, y partiendo de esta creencia resolvió destetar á su hija, lo que realizó el mes de octubre. Pocos días después le sorprendió la aparición del flujo catamenial, que desde entonces ha venido reproduciéndose con toda regularidad, y sin embargo el vientre iba aumentando de volumen, lo que lo indujo á consultar el caso con su médico, quien de pronto se inclinó á creer que verdaderamente se trataba de un embarazo, á pesar del flujo periódico, opinión en que coincidieron también otros comprofesores que la vieron al principio; pero algún tiempo después ya no cupo duda acerca la naturaleza del fenómeno: se trataba de un derrame peritoneal, cuya marcha progresiva no bastaron á detener cuantos medios farmacológicos se emplearon.

Cuando la vió por primera vez el Sr. Mercant, el proceso se encontraba en pleno desarrollo, y reconocida la enferma se convenció de la perfecta normalidad funcional de los principales órganos, no apreciando más lesión que una simple procidencia del útero, que databa de pocos días, debida indudablemente á la presión continuada del líquido sobre el fondo de saco vaginal.

De los antecedentes expuestos y resultado del exámen dedujo que la hidropesía debía de haberse producido á consecuencia de una peritonitis exudativa de carácter crónico, y que, de consiguiente, ofrecía condiciones abonadas para esperar un feliz éxito de la paracentesis seguida de la inyección de aire. Así lo expuso al médico de cabecera Sr. Villalonga, en junta celebrada pocos días después, citándole con entusiasmo el buen resultado que había tenido ocasión de observar en el caso antes descrito.

Aceptada la idea por este comprofesor, practicó la operación el día 21 de mayo, ajustando el procedimiento á la técnica aconsejada por el autor; resultaron extraídos unos seis litros de líquido. Debido al estado anémico de la enferma, la evolución curativa fué algo más lenta; sin embargo, á mediados de junio pudo salir de casa completamente restablecida, aunque molestada por el prolapso del útero; pero éste también fué corrigiéndose poco á poco hasta llegar á la completa reducción. Reconocida á principios del corriente mes, se apreció una anteversión del órgano, con ligero infarto del cuello y color rojo subido de la mucosa del mismo.