

EL MONITOR MÉDICO.

ORGANO DE LOS INTERESES CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES DEL CUERPO MÉDICO

PUBLICADO BAJO LA PROTECCIÓN DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Año IX.

Lima, 1.º de Agosto de 1893.

N.º 197.

SECCIÓN OFICIAL.

Academia Nacional de Medicina.

6.ª SESIÓN ORDINARIA DE 1893.

DISCUSIÓN SOBRE INFLUENZA.

Presidencia del Doctor Vélez.

Abierta la sesión con asistencia de los miembros titulares: Dres. Almenara, Avendaño, Barrios, Bravo, Castillo, León, Morales, Perez Roca, Villar y de los infrascriptos secretarios, se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Se dió cuenta:

De una nota de la Sociedad «Unión Fernandina» participando la nueva Junta directiva que regirá durante el año 1893—94

De un oficio del Director de Justicia pidiendo á la Academia el pronto despacho del Reglamento de sanidad.

ÓRDEN DEL DÍA.

DR. BARRIOS.—Creo que todos los documentos relativos al Reglamento de sanidad están en poder del Dr. Muñiz, quien se encargó de la cuestión y él nos prometió ocuparse de ella á su regreso, que sería pronto.

DR. VÉLEZ.—Por un acuerdo especial todos esos documentos pasaron á mano del Dr. Odriozola para entregarlos á la Sección correspondiente. Yo creo que sería necesario completar dicha Sección por la ausencia del Dr. Muñiz.

DR. BARRIOS.—Me parece que tal

medida es innecesaria, porque esa Sección es numerosa y la ausencia de uno de sus miembros no importa nada para la marcha de sus trabajos.

Se convino, en consecuencia, en no completar dicha Sección.

Se leyó el informe de la Sección 4.ª sobre el homicidio de Manuel Justo y como se exigiese su pronta evacuación, sin más trámite, se puso en debate de preferencia al informe sobre influenza.

DR. VILLAR.—De la lectura del informe se desprende que la conmoción cerebral sufrida por Manuel Justo ha sido de 1.º grado, y á mi me parece que no ha sido de 1.º sino de 2.º porque en el primer caso no hay sino atontamiento, obnubilación, zumbido de oídos, mientras que en este caso ha habido caída y pérdida de conocimiento por algunos instantes, cosa que se presenta más bien en el 2.º grado de la conmoción, que se complica frecuentemente con las contusiones cerebrales y meníngeas. En este caso, pues, yo creo que el golpe ha producido la conmoción cerebral y que ésta se ha realizado en un terreno desfavorable dada la inyección de los vasos; estas circunstancias son indudablemente las que explican la muerte de Justo.

DR. BARRIOS.—Yo estoy de acuerdo con el Dr. Villar en que la conmoción ha sido la causa determinante de la muerte, pero yo admito que el alcoholismo crónico ha sido la causa esencial ó predisponente desde que engendra modificaciones profundas y bien conocidas de los vasos.

DR. PÉREZ ROCA.—Yo creo también que en un individuo alcohólico, como era Justo, basta una conmoción de 1º grado para facilitar una hemorragia cerebral.

DR. VILLAR.—Una conmoción de 2º grado la realiza con mayor razón.

DR. MORALES.—Yo opino porque se modifiquen algunas palabras en las conclusiones del informe.

Introducidas y aceptadas algunas modificaciones en las conclusiones del informe y habiendo sido suficientemente discutidas, se aprobó por unanimidad.

En seguida, á petición de los Dres. Villar y Morales se dió nueva lectura al informe de la 4ª comisión sobre influenza y se puso en discusión.

DR. MORALES.—O yo he entendido mal ó me parece haber oído que en el informe se hacen inculpaciones á los médicos que ejercieron durante la 1ª epidemia; yo deseo saber de que epidemia se trata, por que si es de aquella que hubo hace treinta años yo puedo asegurar que los enfermos fueron bien tratados.

DR. ALMENARA.—En la última epidemia grave que hemos tenido me he encontrado á la cabecera de los enfermos con algunos compañeros y me han sostenido que en cualquier complicación pulmonar, bronco-neumonía ó neumonía, aplicaban los vejigatorios sin preocuparse de la naturaleza infecciosa de la enfermedad; que ellos atacaban al enemigo donde lo encontraban y que, por consiguiente, trataban esas complicaciones como si fueran simples, vulgares. La comisión se ha esforzado, pues, en combatir con razones científicas todas esas ideas sin hacer inculpaciones á nadie.

DR. MORALES.—Yo insisto en creer que se hacen inculpaciones á los prácticos antiguos y todavía no sé de que epidemia se ocupan en el informe, porque si es de la que hubo hace treinta años yo aseguro que no hubo entonces casi víctimas.

DR. SOSA.—El informe se ocupa de la epidemia de 1889—90.

DR. VÉLEZ.—El informe no recae

sino sobre la influenza que hubo en 1890; no ha tocado, pues, aquella á que se refiere el Dr. Morales.

DR. VILLAR.—Yo creo que todo el cuerpo médico no ha dudado por un momento del carácter infeccioso de la gripe: eso es hoy para todos un punto de credo perfectamente reconocido y aceptado; pero yo creo que reconocida como infecciosa la causa de la gripe, el médico no puede atacarla en sí misma porque carece todavía de los medios eficaces para hacerlo y, por consiguiente, es necesario que el médico no desatienda el estado orgánico, el organismo en general, y á ese respecto es preciso tener en cuenta que en una neumonía infecciosa no todo es infeccioso. Uno de los más eminentes prácticos de esta época, Mr. Bouchard, dice textualmente: «es un error el creer que en una neumonía grippal todo es infeccioso; en esas neumonías hay también neumococcus y estreptococcus como en las neumonías vulgares y, en tales casos, el médico cumple con un deber atendiendo al estado orgánico del enfermo y atacando á la neumonía como estamos acostumbrados á hacerlo diariamente.»

Dejando á un lado esta cuestión, veo además, que en el informe al tratarse de los diversos medicamentos que deben emplearse en la gripe, no se ha hecho siquiera mención del muriato de amoniaco que se ha empleado desde hace mucho tiempo con muy buenos resultados entre nuestros prácticos. Mariotte, en su estudio sobre la influenza, de la colección Charcot Debove, recomienda con entusiasmo dicho medicamento que, además de las propiedades ya conocidas, goza también de una virtud bactericida en la gripe. En resumen, pues, el muriato es un medicamento muy bueno que debería recomendarse de un modo especial porque su empleo es una cuestión de ciencia, de razón y de observación.

Además, noto que en el informe no se dá la aceptación que merece al sulfato de quinina, siendo así que es mejor que la antipirina como sedante del sistema nervioso.

En cuanto á los vejigatorios, la opi-

nión de la comisión me parece exagerada, porque si es cierto que muchos enfermos han muerto con las huellas de los vejigatorios también es cierto que muchos han sufrido igual suerte sin ellos; este método que consiste en tratar las bronco-neumonías ó neumonías sin vejigatorios parece que quisiera resucitar el método expectante. Es indudable que cuatro ó seis vejigatorios pueden ser dañosos, pero un vejigatorio no ataca los riñones y es benéfico cuando no se trata de esos procesos inflamatorios ambulantes.

DR. ALMENARA.—La comisión no ha tenido la vanidad de desempeñar el cargo que la Academia le confió, con la altura y talento con que lo habría hecho el Dr. Villar. El informe que la comisión ha presentado no ha tenido otra mente que la de narrar lo que ha presenciado, lo que á su juicio ha producido mejores resultados en el orden terapéutico, y su deseo ha sido justamente el que cada uno de los miembros de la Academia emita su opinión al respecto y que de este modo, grano por grano se vaya elevando el edificio del tratamiento eficaz y verdadero de la gripe.

En cuanto al muriato de amoniaco, que nunca ha producido nada entre mis manos, lo he visto muy recomendado por los yankees, como un específico contra la influenza, en una Revista española que he recibido de los Estados Unidos.

Es de mi deber hacer constar que la comisión no ha querido hacer inculpaciones á nadie; ha tratado las diversas cuestiones que se relacionan con el tratamiento de la gripe siguiendo una doctrina y en un terreno elevado. ¡Cuántas veces me he encontrado con algún compañero que me ha dicho: Yo uso los vejigatorios en las neumonías ó broncos-neumonías gripales, también empleo las sangrias, las ventosas, el tártaro; yo no tengo que ver con que sean ó no gripales, yo ataco al enemigo donde lo encuentro; y esas complicaciones inflamatorias que tratadas de esa manera parecían disminuir en la tarde, volvían al día siguiente á aparecer con la misma ó

mayor fuerza y los enfermos se morían con una taquicardia admirable y una dispnea atroz, y se morían sin que en los pulmones hubiera desórdenes que explicaran tales fenómenos. Soy franco en confesar que si yo hubiera estado al corriente de todos estos hechos un año antes, talvez no se me habría muerto ningún enfermo. Recuerdo que hace mucho tiempo asistí á un joven ingeniero Araos, que tuvo una neumonía gripal y el Dr. Odriozola, que también vió al enfermo debe recordarlo; pues bien, en esa época yo no estaba al corriente de todos los hechos que hoy sé y estoy seguro que entonces yo habría yugulado su neumonía porque habría tomado pronto el gobierno del corazón.

Esta es, señores, la medicina de hechos, la medicina de observación; ella no puede hacer inculpaciones á nadie ni debe hacerlas; ella nos enseña con la experiencia que en todos esos casos no debe desatenderse el corazón, pero no como quiera, esperando que se altere su ritmo sino anticipándose y mucho á estos desórdenes. Por estos motivos soy de opinión que siendo el trastorno del corazón el gran peligro de la gripe á él se debe dirigir uno de preferencia; los vejigatorios nada pueden hacer en las complicaciones pulmonares en que hay casi siempre una paralización de los bronquios y creo y sostengo que más bien son dañinos; son los remedios cardíacos los que, conservando la energía del miocardio, contribuyen poderosamente á limpiar los obstáculos que se presentan en los pulmones. Recuerdo haber visto con el Dr. Florez á una señora en la epidemia pasada que tuvo una bronco-neumonía gripal doble de forma membranosa, asfixiante; la señora estaba gravísima y hemos estado luchando contra la corriente para no ponerle un vejigatorio; yo confieso que tenía miedo que la señora fuera á sucumbir por no aplicarle el revulsivo, pero el Dr. Florez, un poco más valiente que yo, se resistió á usarlo y los fenómenos llegaron á conjurarse.

Además de todas las razones ya expuestas, que no son desatendibles, debe tenerse presente la idea del veneno que resuelve la cuestión.

Creo, por último, que si la antipirina ha sido recomendada por la comisión, debe recordar el Dr. Villar que la quinina ha sido también colocada en buen sitio.

DR. VILLAR.—Yo acepto y sostengo también que los antimonioales están contraindicados, pero no digo lo mismo de los vejigatorios. Yo he visto con los doctores Sosa y Bambarén á una enferma que tuvo una bronco-neumonía doble; la enferma estuvo gravísima, le pusimos sin embargo dos vejigatorios y salvó. Otra enferma análoga vi también con el Dr. Vasquez de Velazco y también usamos los vejigatorios con igual resultado.

DR. SOSA.—Veo que la comisión trata puntos de doctrina y que los conceptos que emite dan una idea de la observación del tratamiento. En este sentido la comisión señala la oportunidad para dar tales ó cuales medicamentos.

Creo que en la influenza se puede aceptar tres periodos: un primer período ó período inicial durante el cual aparecen los fenómenos generales; un segundo período ó período de las determinaciones locales y un tercer período ó de eliminación de los venenos. El tratamiento debe estar por consiguiente en armonía con esta división.

Durante el primer período dominan en primera línea la fiebre y los dolores, ellos son los fenómenos reaccionales de todo el organismo y su intensidad y duración están en razón directa de la intensidad de la infección. La comisión recomienda durante este período la antipirina en unión del acetato de amoniaco; yo á la verdad no creo en la conveniencia de semejante asociación, porque si es cierto que la antipirina rebaja la fiebre cierto es también que deprime el sistema nervioso y no me parece del todo clínico el unir un sedante á un estimulante difusible como es el acetato de amoniaco. Yo creo que hay otro medicamento que es al mismo tiempo que defervescente también un analgésico y que no tiene los defectos de la antipirina: ese medicamento es el salicilato de soda que rebaja la fiebre y alivia los dolores; o he empleado el salicilato de soda en

casi todo los casos en que habia elevada temperatura y fuertes dolores y me ha producido excelentes resultados. En aquellos enfermos en que no habia altas temperaturas ni fuertes dolores, he usado mejor el acetato de amoniaco no tanto como estimulante difusible sino mas bien como un diaforético, teniendo en cuenta que la piel es uno de los importantes enunctorios para la eliminación de las toxinas en esta enfermedad. Con estos dos medicamentos, pues, el médico puede contar con dos recursos poderosos y aplicables en todos los casos.

Durante el segundo período ó período de las determinaciones locales ó complicaciones, la comisión recomienda de un modo especial el dirigir su atención del lado del corazón y casi exclusivamente sobre este órgano. Yo convengo en que es muy natural y necesario el uso de la digital, digitalina, etc., para conservar las fuerzas del corazón, pero me parece que la comisión no dá la debida importancia á una gran superficie de eliminación y que desempeña un gran papel: quiero hablar de los bronquios. Todos hemos presenciado esas abundantes broncorreas, por donde se eliminan los venenos; esas broncorreas pueden ser en muchos casos el motivo de una auto-infección para los germenos que existen en esas cavidades, principalmente para la tuberculosis. Creo, pues, que el médico debe dirigir su atención con particular interés del lado de la superficie bronquial por medio de medicinas expectorantes, pero no como quiera por medio de expectorantes vulgares sino con agentes capaces al mismo tiempo que de modificar la membrana bronquial de destruir los germenos infecciosos; con tal motivo yo he empleado y con muy felices resultados el benzoato de soda y el terpinol que desempeñan el papel ya indicado. Veo que la comisión ha hecho caso omiso de esta última cuestión que tiene á mi juicio mayor importancia de lo que se cree.

DR. ALMENARA.—Iré contestando las diversas objeciones que acaba de hacer el Dr. Sosa á medida que las vaya recordando. No se ha fijado el

tenor del informe en la multiplicidad de causas, ni en la complejidad de los accidentes; este es un círculo vicioso del que es difícil salir; pero debo advertir al Dr. Sosa que una enfermedad infecciosa no tiene períodos ni puede tenerlos: la división de una enfermedad infecciosa en períodos, sólo cabe en una obra didáctica y para mayor comodidad de descripción, pero no obedece á nada real ó clínico. Durante la invasión de la enfermedad, la comisión recomienda la antipirina contra el elemento fiebre y el elemento dolor, y la recomienda no como un agente primordal y en todo caso.

En cuanto á las broncorreas, la comisión no se ha ocupado del tratamiento de las diversas complicaciones que quedan de la influenza, porque eso habría sido hacer un trabajo muy largo y difuso.

DR. CASTILLO.—La comisión no ha querido en el informe que ha presentado sino condensar el tratamiento de la influenza, bosquejarlo por decirlo así. En este sentido ha presentado diversos medicamentos, y el efecto que ellos han producido. Yo soy también de opinión que tratándose de una enfermedad infecciosa no es posible aceptar su división en períodos, aquello no corresponde sino á una necesidad de estudio.

La antipirina no sólo goza de propiedades analgésicas y antitérmicas sino que es también un parasiticida, y puede por consiguiente ser un medicamento muy ventajoso en la gripe.

En cuanto á la broncorrea, entiendo que no ha sido la mente del Dr. Sosa, al hablar de la autoinfección y de la tuberculosis, el demostrar la transformación del germen grippal en el bacilo de la tuberculosis; la comisión no ha tratado extensamente este punto de las broncorreas por ser ya una complicación lejana ó mejor dicho una consecuencia de la enfermedad, y el estudio de este asunto, como de otros, nos habría llevado demasiado lejos.

Por ser la hora avanzada se levantó la sesión.

ODRIOZOLA. MATO.
Secretarios anuales.

TRABAJOS NACIONALES.

Hernias inguinales.

NOTAS CLÍNICAS DEL DR. J. C. CASTILLO.

I

El 8 de Junio de 1892, al pasar la visita en mi servicio médico-quirúrgico del Hospital «2 de Mayo,» encontré en el número 15 de la sala de San Juan de Dios, á Victor Bijar, italiano de nacimiento, de constitución fuerte, de temperamento sanguíneo, y de cuarenta y siete años de edad. El enfermo guardaba la posición de decúbito lateral izquierdo, revelaba gran agitación, un sudor frío y copioso cubría su cuerpo, el pulso era frecuente y pequeño, la respiración acelerada, tenía vómitos, cefalalgia y acusaba, además, un dolor intenso que se exacerbaba de tiempo en tiempo y que el paciente refería á un tumor redondeado y voluminoso que ocupaba la región escrotal y se prolongaba por su pedículo hacia el anillo inguinal izquierdo.

Palpando dicho tumor, se nota que es duro, tenso, renitente y que á la percusión da un sonido mate.

Interrogado el paciente sobre la fecha en que había aparecido dicho tumor, nos manifestó que hacía cinco años que, ejerciendo el oficio de carretero, tuvo que levantar un madero muy pesado, y al hacer un gran esfuerzo por conseguirlo, sintió un dolor en la ingle izquierda, dolor que fué seguido de la presencia de un tumor pequeño, el que, reconocido por un facultativo, fué calificado como una hernia, recomendándole para su tratamiento el uso de un braguero, que ha llevado siempre consigo.

Refiere que apesar del braguero, la hernia se producía con frecuencia, y notaba al reducirla (operación que el mismo ejecutaba) que su volumen aumentaba cada día; verdad es que, según él afirma, llevaba siempre el braguero flojo y descuidado.

En esta condición siguió hasta el 8 de Junio citado, en que al hacer un gran esfuerzo para levantar un cubo lleno de agua, se produjo su hernia adquiriendo dimensiones más considerables que nunca y sufriendo desde ese instante 5 h. a. m. hasta las 8 h. 30 a. m. hora de la visita, los tormentos más crueles.

Persuadido como estaba de la naturaleza del tumor, traté de reducirlo, hice por algún tiempo esfuerzos metódicos sobre él, y viendo que con dichas maniobras no conseguía ni reducir siquiera su volúmen, juzgué la hernia irreductible y no trepidé en hacer el diagnóstico de hernia inguinal extranguada.

Al frente de un caso clínico de esta naturaleza, deber del médico es agotar los recursos con que la ciencia cuenta.

Recordé haber leído el tratamiento que emplea Frinken-stein en iguales casos, haciendo uso de las pulverizaciones de éter, procedimiento que, según su autor, es de magníficos resultados y que ha tenido el honor de ser adoptado por Krosoosky cirujano ruso, Koch cirujano americano y Otto cirujano alemán. Lleno de ilusiones empleé dicho procedimiento por más de 50 minutos, y viendo su acción ineficaz en un caso como éste, cuya gravedad aumentaba por minutos, tuve que abandonarlo.

Había trascurrido ya más de 5 horas desde el principio del accidente y el enfermo continuaba en angustiosa situación, puesto que los dolores redoblaban su intensidad, el pulso continuaba pequeño, los vómitos eran más frecuentes. En este estado las cosas, resolví cloroformizar al paciente para hacer otra tentativa de taxis. Pero fué igualmente negativo el resultado. En vista de tal emergencia, punible habría sido cruzarse de brazos; era preciso resolverse á intervenir, y así lo hicimos aprovechando de la anestesia clorofórmica en que se encontraba el paciente.

Quelotomía y su cura radical. - Previa una antisepsia rigurosa, hicimos sobre el tumor una incisión de

10 centímetros, partiendo por encima del anillo inguinal, como prometimos en la primera incisión sólo la piel y el tejido celular subyacente, dividiendo después, y sucesivamente, las diversas capas celulares guiados por la sonda acanalada, hasta llegar al saco; incidido éste, dejó correr abundante cantidad de líquido seroso, y pudimos observar el intestino que se presentaba en condiciones casi normales, pues apenas mostraba un ligero estado congestivo, resultado sin duda ya de la presión sufrida en las pocas horas trascurridas, ya también en parte por las maniobras empleadas. Procedimos á ensanchar el cuello del saco con el bisturí de botón, hecho lo cual el intestino se redujo con suma facilidad.

En seguida disecamos el saco aislando cuidadosamente el cordón espermático, con el que había contraído profundas adherencias, resecaamos una buena porción de él, y se hizo la sutura abdominal por medio de cuatro puntos profundos con catgut, y con seda antiséptica la sutura superficial tegumentaria. Se dejó colocado un drain de mediano calibre en el fondo de la herida y se completó la curación con todo el rigor de la antisepsia.

Se le prescribió como tratamiento 0.025 de opio cada dos horas, una vejiga de hielo sobre el vientre, trocitos de la misma sustancia para tomar á pasto y dieta absoluta.

En la noche el termómetro marcó una temperatura de $38^{\circ} \frac{2}{10}$. El día 9 la temperatura fué de $37^{\circ} \frac{2}{10}$ en la mañana y $38 \frac{2}{10}$ en la tarde, el tratamiento fué el mismo que el del día anterior. El día 10 el termómetro marcó 39° en la mañana y $39^{\circ} \frac{2}{10}$ en la tarde, el paciente se queja de dolor agudo en los testes. Examinados, se nota gran tumefacción en el izquierdo, dolor á la presión, piel rubicunda, síntomas que señalaban bien claramente la existencia de una orquitis de origen traumático. Esta circunstancia nos obligó á mover la curación y nos puso en condiciones de ver que la herida se encontraba en magníficas condiciones. Se vuelve á curar antisépticamente, se recomienda los defensivos fenicados

calientes y un suspensor moderadamente compresivo para combatir la orquitis. Como régimen interno se le administra sulfato quinina 0.10, ext. acónito 0.01 ext. opio 0.02 cada dos horas. Como alimento se le dá leche helada. El día 11 la temperatura fué de $38^{\circ} \frac{1}{10}$ en la mañana y $38^{\circ} \frac{3}{10}$ en la tarde, la orquitis había mejorado, el estado general era satisfactorio. Tratamiento, el mismo. El día 12 el termómetro marcó $37^{\circ} \frac{6}{10}$ en la mañana y 38° en la tarde, siguió el mismo tratamiento.

En los días 13, 14 y 15 no hubo fenómeno clínico capaz de llamar la atención; este último día se descubrió la herida y encontrándose cicatrizada se retiraron el drain y los puntos de sutura. Régimen alimenticio: huevos, caldo con peptona y leche. En los días 16, 17 y 18 siguió el enfermo en las mejores condiciones, su temperatura era de 37° . Pero el día 19 se sintió febril (38° de temperatura) se quejó de dolores cólicos, tuvo náuseas, sed, insomnio, gran postración pulso frecuente y pequeño. Se le administró 30 gotas cada 2 horas de la fórmula siguiente: tintura quina, idem valeriana, 10 gramos, de mixtura alcanforada 8 gramos, tintura de almizcle 4 gramos; su alimentación consiste en caldo clara de huevo y leche y agua con cognac á pasto. El día 20 continuaron los mismos síntomas, presentando además como síntomas nuevos, meteorismo, frecuentes deseos de deponer aunque infructuosos, dolor marcado al nivel de la fosa iliaca izquierda, sitio en que se percibía á la vez una sensación de pastosidad bien manifiesta. Se le prescribió este día Emulsión de Frank para tomar á pocos cada hora y un enema de agua con glicerina, tratamiento que produjo tres cámaras abundantes. En los días 21 y 22 siguió bajo el mismo tratamiento con igual resultado, consiguiendo de este modo que todos los síntomas alarmantes del día 19 desaparecieran por completo, encontrándose el paciente en condiciones de ser declarado completamente curado.

Tratando de darnos la explicación de los síntomas que aparecieron el día

19 hemos creído que su causa fué, no una complicación peritoneal que desde luego no existió, sino la retención de las materias fecales. Doce días tuvo de absoluta constipación nuestro enfermo y sabemos bien por los trabajos de Bouchard que ella es una de las fuentes más comunes de las auto-intoxicaciones intestinales. Si quisiéramos buscar una comprobación clínica la tendríamos en las observaciones del Profesor Terrillon, quien manifestó á la Sociedad de Cirujía francesa el 17 de Febrero de 1892, que siempre que la temperatura aumenta en un operado de hernia, puede asegurarse que hay retención de materias excrementicias, retención que puede determinar á la vez síntomas y accidentes más alarmantes, razón por la que este cirujano no trepida en tales circunstancias en administrar un purgante.

L. Championnière, cuya práctica es fecunda y autorizada en esta materia, profesa idénticas ideas, y convencido de que la paresia intestinal puede en muchos casos originar la muerte, purga á sus operados. Raynier opina en igual sentido y se apresura á purgar á sus operados sobre todo si son viejos; según el decir de estos cirujanos, semejante práctica no ha producido jamás el menor accidente.

A primera vista parece que las ideas expuestas están en pugna abierta con la práctica que por mucho tiempo se ha seguido en los casos de cirujía abdominal, en los que la regla era siempre inmovilizar los intestinos por medio del opio; práctica que, según observa Terrier, ha causado algunas víctimas. Pero se deduce de las ideas que vienen expuestas, que debe abandonarse por completo el uso de los opiados para echarse resueltamente en brazos de los purgantes? El profesor Quenu que, dicho sea, es partidario de los purgantes post-operatorios en casos como el que nos ocupa, observa juiciosamente que la conducta del cirujano tiene que arreglarse á la naturaleza de los casos clínicos, en los que hay que tener en cuenta el estado de los intestinos. Así, si las paredes de estos órganos están sanos, pueden adminis-

trarse sin reserva los purgantes; pero si no conservan su integridad debe procederse con cautela y administrar mejor los opiáceos si no se quiere producir una perforación que mate rápidamente al paciente.

Guiados por la antigua doctrina, tratamos de inmovilizar los intestinos en nuestro operado por medio del opio; pero los síntomas alarmantes que se desarrollaron nos obligó á entrar en el régimen evacuante que produjo admirables resultados.

Es tal vez ésta la razón ostensible, por la que me he atrevido á publicar la presente historia, que, en mi concepto, no tiene otro mérito que el haber puesto en evidencia una enseñanza clínica, según la cual, queda probado que no se puede proceder sistemáticamente á cerrar el vientre en todos los casos de cirugía abdominal; sino que hay necesidad, antes de proceder, de tener en cuenta las condiciones individuales, el estado de repleción de los intestinos y la integridad de sus paredes, para que, según los casos, se pueda emplear ya los evacuantes, ya los opiados.

II

El 20 de Junio del presente año 1893, entró á mi servicio hospitalario el enfermo Cayetano Reyes, natural de Ica, de 74 años y de profesión panadero.

Refiere Reyes que el año 1843, al levantar dos quintales de harina, sintió un fuerte dolor en la ingle derecha é inmediatamente pudo notar en esa región un tumor pequeño, que no era otra cosa que una hernia intestinal. Desde esa época usa braguero sin haber tenido nunca el menor accidente, hasta el día 25 del mes de Julio en que, bajo la influencia del alcohol del que había abusado, quiso levantar un peso superior á sus ya gastadas fuerzas, y en el momento del esfuerzo sintió que su hernia había adquirido un volumen muy considerable. El día lo pasó sin preocuparse; pero al siguiente cuando estuvo ya consciente (disipada su embriaguez) principió á sentir dolores localizados en su tumor herniario, y que

se irradiaban á todo el vientre. Soportó esta situación por cinco días durante los cuales los dolores fueron incrementando hasta el punto que, alarmado Reyes, resolvió ingresar al Hospital.

Durante el exámen que practiqué, pude notar que el tumor referido era duro, tenso, resistente, mate á la percusión, que tenía su asiento en la porción derecha del escroto continuándose por un pedículo hacia la ingle correspondiente; el paciente acusaba dolores que venían de tiempo en tiempo en forma de cólicos y con deseos frecuentes de deponer aunque infructuosos. Con la convicción de que se trataba de una hernia inguinal traté de reducirla por medio de la taxis moderada, sin conseguirlo.

En vista de este resultado, y teniendo en cuenta los días trascurridos, me resolví á hacer la quelotomía seguida de la cura radical.

Por un momento vacilé antes de tomar esta resolución; pues no encontraba en dicho enfermo los fenómenos generales agudos y graves que me acreditan en la existencia de una extrangulación; pero recordando que hay casos clínicos que llaman la atención por su indolencia y en los que no existe relación proporcionada entre la constricción y la aparente benignidad de los síntomas, concluí por resolverme.

Cloroformizado el enfermo y hecha la antisepsia rigurosa, desbridé todas las capas hasta llegar al saco, que, incindido á su turno, dejó correr abundante líquido seroso, quedando descubiertas las asas intestinales que presentaban un aspecto pronunciadamente edematoso y de un color rojo venoso.

Procedí á ensanchar el cuello del saco herniario, valiéndome de las tijeras, hecho lo cual se trató de reducir el intestino; grande fué la dificultad que experimenté en esta maniobra, y creyendo que esta dificultad dependía de la insuficiencia de la desbridación practicada para ensanchar el cuello, volví á desbridarlo con las tijeras; pero al tratar de reducir nuevamente el intestino, observé que una asa había contraído extensas y sólidas adherencias con las paredes del saco en las ve-

ciudades del cuello, circunstancia que me explicó la dificultad sufrida en el primer instante de la reducción.

Procedí á desprender estas adherencias valiéndome de las tijeras y más que de ellas de las uñas, procediendo en esta maniobra de tal manera, que sacrificué las paredes del saco, quedando adheridas al intestino para no caer en el peligro de herir las de éste.

Concluida esta maniobra la reducción del intestino fué fácil. Se disecó el saco resecaando una gran porción de él, después de aislarlo completamente del cordón que presentaba un aspecto varicoso; se cerró la abertura abdominal por medio de cuatro puntos hechos con catgut; la herida tegumentaria con seda antiséptica, y se dejó un drain en el fondo, curando antisépticamente al operado.

El tratamiento fué opio á la dosis de 0.02 cada dos horas y dieta.

Al día siguiente se queja de tensión al vientre de insomnio, tiene meteorismo. El día 23 se queja de cólicos, náuseas, agitación, cefalalgia é hipo. Tratamiento: un purgante de 150 gramos de emulsión Frank con 45 gramos de ricino, que correspondió con abundantes cámaras excrementicias, desapareciendo con esto todos los síntomas anotados.

El día 27 se renovó la curación encontrándose la herida en magnificas condiciones. Regimen: caldos, carne, huevos, leche; ningún medicamento. Las condiciones de nuestro enfermo parecían excelentes hasta el 10 de Julio que quedó completamente curado, siendo de advertir que durante todo el tiempo se ha mantenido en apirexia completa.

Debo llamar la atención sobre la circunstancia de que aquí la cura radical no ha tenido un éxito tan completo como en el caso anterior, pues el individuo lleva actualmente su punta de hernia. Pero esto se debe, en primer lugar, á la edad de la hernia (50 años) y á la edad del paciente (74 años); y en segundo lugar, á la relajación del anillo, por efecto de la misma antigüedad de la lesión. Este defecto es mi concepto de escasa sig-

nificación, ante el enorme beneficio recibido por el paciente.

Estos casos que he tenido la oportunidad de observar, se vé que representan los dos tipos ó formas clínicas de extrangulación reconocidos por los nosografistas. En el primero del italiano Bijar, tenemos la forma de extrangulación aguda de Richter y Scarpa ó la verdadera extrangulación de Maligne, puesto que desde las primeras horas del accidente se presentaron todos los trastornos que acreditaban la violenta compresión del intestino.

En el segundo de Reyes, tenemos la forma crónica, puesto que el 50 día apenas se notaban algunos síntomas de escasa intensidad y que habian marchado con gran lentitud, concurriendo además la circunstancia de ser una hernia de 50 años, muy voluminosa y con un anillo muy ancho, condiciones todas que concurren en esta forma de extrangulación.

REVISTA EXTRANJERA.

La Aquilodinia.

Con este nombre describe el profesor Albert (de Viena) un síndrome que ha observado seis veces en estos últimos años. En esta afección la marcha y la estación vertical se hacen imposible por dolores, que desaparecen completamente en cuanto el enfermo se sienta ó se acuesta. El dolor está localizado exactamente en la inserción del tendón de Aquiles, en donde se nota alguna tumefacción, así como una ligera dureza sensible á la presión. En estos casos la sensación dolorosa y la hinchazón residen en las partes óseas subyacentes al tendón. Estos dolores son rebeldes y resisten á todos los tratamientos: baños calientes, aplicaciones frías, iodo, unguento gris. No se encuentra causa traumática ninguna como origen.

Una observación de Albert parece atribuir algún papel al reumatismo, pues el enfermo habia experimentado dolores dorsales, y después habia tenido una artritis metacarpo-falángica.

El autor no ha encontrado mencionada esta afección de ninguna parte, pues las descripciones de Raynal, en 1883 y de Kirmisson, en 1884, de celulitis peritendinosa Aquiliana, no concuerdan con sus observaciones.

Pitha ha descrito la ruptura parcial del tendón y la evulsión de sus inserciones, cuyos signos objetivos y subjetivos son muy análogos á los observados por Albert. Pitha menciona la tenacidad de la afección y describe la periostitis muy difícil de comprobar. Ha obtenido muy buen resultado con la tenotomía del tendón de Aquiles, en los casos en que existía tumefacción del hueso, estado que designa con el nombre de «*evulsión*».

En un caso Albert ha visto agravarse la enfermedad con la exacerbación de una hemorragia, señalando Kirmisson un hecho análogo. Albert no comprende en este síndrome, los casos en que el dolor Aquiliano está asociado al «*pie plano*».—(*Deutsche Med. Zeit.* n.º 94).

Bromuro de estroncio.

Coronide cree que esta sal es un excelente antiemético, ya se trate de vómitos nerviosos, ya de los sintomáticos de afecciones gástricas en sujetos nerviosos. Es además un buen anestésiante de la mucosa gástrica. A la dosis de cuatro gramos diarios en dos dosis, tomadas antes de las comidas, da una las accesos gastrálgicos. Como contiene menos bromo que los demás bromuros y en cambio es más sedante que ellos debe admitirse que el estroncio influya en este efecto.—(*Lo Sperimentale*.)

Las vibraciones vocales craneanas.

En los «Anales del Circulo Médico Argentino», ha publicado el Sr. Masí, interno del Hospital de Rawson, un interesante artículo, sobre este asunto, algunos de cuyos párrafos copiamos:

«De gran utilidad para el clínico son las vibraciones de la caja torácica; su aumento, disminución y aboli-

ción responden á alteraciones intratorácicas que muchas veces sólo por este signo se revelan al médico.

Las vibraciones de la columna aérea en la palabra articulada se comunican no sólo á la caja torácica, también se comunican á la base del cráneo y por su intermedio á la bóveda.

Aplicuese la mano sobre la bóveda del cráneo, pronúnciese el para nosotros clásico *treinta y tres ó cuarenta* y una vibración amplia, tan clara como la vibración torácica, impresiona nuestra mano.

¿Pueden ciertas afecciones del cráneo y del encéfalo modificar las vibraciones craneanas, así como ciertas afecciones del pulmón y de la pleura modifican la vibración torácica?

En caso afirmativo, el diagnóstico de algunas afecciones craneanas y del encéfalo tendría á su disposición un nuevo é importante signo: *la vibración craneana*.

Estudiando el fenómeno teóricamente y en el terreno de la Física, encuentro que muchas enfermedades son capaces de modificar esa vibración.

Un niño de doce años con una fractura de la base del cráneo, con ramificaciones á ambas regiones temporo-parietales, se presentó en este año á la clínica de Cirujía del Hospital Rawson.

Examinándole la bóveda notábase al tacto dos líneas sinuosas que producian la sensación de un surco sobre el hueso como de 2 milímetros de ancho. Eran las propagaciones de la fractura de la base, que salían de bajo de ambos músculos temporales y se perdian insensiblemente hacia la sutura sagital.

Los signos de la fractura de la base eran indiscutibles: salida de sangre por nariz y oídos, salida durante muchos días de liquido céfalo-raquídeo por la nariz (patognomónico).

Sobre la línea que salía del temporal izquierda habia una ligera depresión de 2 centímetros.

Mientras hacia este exámen el niño habló (estaba despejado, los síntomas de commoción habia desaparecido, estábamos á ocho días del accidente), y me impresionó una vibración clara y sonora que mi mano percibió.

Inmediatamente se me ocurrió que esa vibración no debía ser tan neta en los puntos fracturados. Hice seguir hablando al niño, y grande fué mi sorpresa al notar que toda la bréveda vibraba, menos el punto deprimido de 2 centímetros que he mencionado; allí la pulpa del dedo no percibía vibración alguna; había completa abolición.

¿Hice mal en diagnosticar por ese hecho un pequeño hundimiento en ese sitio? Creo que de ninguna manera; no repugna al espíritu pensar que si allí ese pequeño territorio óseo no vibraba, era porque estaba separado del resto del hueso vibrante.

Este signo podrá aprovecharse no solamente en estos casos de fracturas; toda compresión que el hueso sufra será capaz de modificar sus vibraciones.

En efecto: comparo el hueso que vibra á una cuerda de piano. Mientras ésta vibra, poned en su contacto un objeto cualquiera: la vibración se detiene. Poned en contacto del hueso que vibra una colección líquida (sangre, pus, etc), ó un cuerpo sólido (tumores del cerebro, de la dura madre, etc.), ó una masa semisólida (adherencias de la dura-madre al cráneo y al encéfalo); por estas circunstancias las vibraciones del hueso deben modificarse *necesariamente*.

Y ahí tenemos que este nuevo signo nos prestará gran auxilio en el diagnóstico de abscesos del cerebro, tumores, adherencias de la dura madre á los huesos y al cerebro, hematomas de la dura-madre, etc., etc.

(«Progreso Médico» de la Habana)

BIBLIOGRAFÍA.

Tratado Elemental y Práctico de Patología y Cirugía ginecológica por M. M. PONTE, primer volumen, Curazao, 1893

Tratado elemental y práctico de Patología y Cirugía ginecológicas.—Por M. M. PONTE, antiguo rector y catedrático de obstetricia de la Universidad Central de Venezuela, etc. etc.

Hemos recibido con placer el primer tomo de esta obra que consta de 475

páginas en 8º Curazao.—Imprenta de la Librería de A. Bethencourt é hijos, año de 1891.

Este volumen está dividido en tres partes: 1ª Enfermedades de los órganos genitales externos de la mujer; 2ª Enfermedades de la vagina y 3ª Enfermedades de la vulva»

La lectura de algunos artículos nos ha dejado agradablemente impresionados; los que se ocupan de la *vulvodinia*, del *vaginismo superior* y del *hermafroditismo* tienen mucho de originales; los que tratan del *chancroide* y del *chancro sifilítico* y especialmente de las *fistulas vesico vaginales* se distinguen por claros y concisos, cualidades que rara vez se ven reunidas y, en general, toda la obra llama la atención por su erudición y método y sobre todo por su claridad, peculiaridad de los autores que se han familiarizado con la materia de que se ocupan y á la cual han dedicado largos años de estudio.

A juzgar por la extensión del tomo de que tratamos, cuando termine la publicación de toda la obra será indudablemente la más extensa que hasta hoy se conoce. Para entonces nos reservamos formar un juicio general de ella; pero nos parece que si el autor continúa como ha comenzado verá realizado su propósito de dar á conocer ventajosamente el estado de adelanto de la Ginecología en Venezuela.

Una de las obras que más resonancia han tenido en el mundo médico cuando su primera aparición, lo fue *El tratado práctico de enfermedades de los órganos genito-uritarios, incluyendo la sífilis*, de los ilustres especialistas norte-americanos Dres. Van Buren y Keyes, al punto que en breve tiempo quedaron agotadas las TRES PRIMERAS numerosas ediciones que una tras otra publicó la casa editorial de Appleton y Compañía. Muerto poco há el primero de sus autores, el Dr. Keyes, profesor del Colegio médico del Hospital de Bellavista, de New-York, se ha visto forzado á publicar UNA CUARTA EDICIÓN, reformando por completo la primitiva obra y poniéndola al corriente de los importantes progresos realizados en

estos últimos años. Esta NUEVA EDICIÓN ha sido correctamente vertida al castellano por el Dr. D. Federico Toledo, y publicada por la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS, formando un grueso volumen de más de 800 páginas impresas en papel superior y adornado con 144 magníficos grabados, siendo su precio tan sólo de 14 pesetas en Madrid.

* * *
La pratique Dermatologique et Syphiligraphique des Hôpitaux de Paris. Aide-memoire et formulaire, par le Professeur PAUL LÉFERT, 1 vol. en 16 de 288 pages, cartonné. 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur P. Lefert de leur présenter en un petit volume clair et précis, la *pratique* des dermatologistes et des syphiligraphes des hôpitaux de Paris.

MM. BALZER, T. BARTHÉLEMY, E. BESNIER, DE BEURMANN, BROCC, DU CASTEL, FEULARD; Alfred FOURNIER, GAUCHER, HALLOPEAU, HARDY, HARTMANN, HUMBERT, LOUIS JULIEN, LAILLER, MAURIAC, MERKLEN, QUINQUAUD, A. RENAULT, TALAMON, TENNESON, THIBIERGE, E. VIDAL, etc. — Ce livre est le reflet de l'enseignement et de la pratique de l'Hôpital Saint-Louis, de l'Hôpital du Midi, de l'Hôpital de Lourcine: on y trouve traitées les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien:—l'acné, l'antiseptie de la peau, la blennorrhagie, le chancre, les dermatites, les diabétides génitales, l'eczéma, les éruptions médicamenteuses, l'erysipèle, le favus, la folliculite, la gale, l'herpes, la kératose pileaire, la lèpre, le lichén, le lupus, le mycosis fongóide, la pelade, le phagédénisme, la phthiariase, la scarlatine, la sclérodermie, la sycosis, les syphilides, la syphilis, les syphilitomes, les syphiloses, la teigne tondante, les tuberculoses cutanées, l'urticaire, la variole, etc.

Cet ouvrage, dû à la collaboration de 80 médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, renferme eplus de 400 consultations sur les cas le plus nouveaux et le plus variés.

Il permet au médecin praticien de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris, et de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Il est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Pour faciliter les recherches et pour rendre par cela même le livre plus utile, il a été complété par deux tables alphabétiques: l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De tel sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou del professeur sur les divers questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

* * *
Revue statistique des maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles, por el DOCTOR R. BEAUSOLEILL, ayudante de Clínica. Burdeos, 1893.

* * *
Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale, por el Dr. L. LICHTWITZ de Bordeaux. Paris, 1893.

* * *
Memoria de la Asociación sanitaria y Asistencia pública, correspondiente al año 1892. Buenos Aires, 1893.

* * *
Deux procédés inédits d'hystérectomie. La castration totale par le vagin, por E. DOYEN (de Reims) Paris, 1893.

* * *
Enteroplexis, por el DOCTOR A. RAMAUGÉ, Profesor de Medicina operatoria, ex-cirujano del Hospital de niños, Memoria laureada con el premio del gobierno del Perú (medalla de oro) en el concurso sud-americano de medicina, celebrado en Buenos Aires. Rosario, 1893.

SUMARIO.—Sección Oficial: Academia Nacional de Medicina.—Trabajos Nacionales: Hernias inguinales;—Cuadro de las observaciones meteorológicas, correspondiente al mes de Julio.—Revista Extranjera: La Aquilodinia;—Bromuro de estroncio;—Las vibraciones vocales craneanas.—Bibliografía.