

---

---

# 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, 15 de Enero de 1894. }

Nº 208.

---

## SECCIÓN EDITORIAL.

---

### La Nueva Municipalidad.

Intriga política ó conveniencia de otro orden, lo cierto es que el Poder Ejecutivo ha nombrado Juntas de Notables para reemplazar á los cuerpos Municipales en toda la República; y si vamos á juzgar de la medida por el personal que constituye la actual Municipalidad de la Capital, personal idóneo y entusiasta en su casi totalidad, debiera aplaudirse la determinación que se ha tomado en los consejos del Gobierno.

La Junta de Notables se halla, pues, en presencia de grandes problemas higiénicos que resolver en beneficio de la ciudad, cuyos intereses administra, problemas muchos de ellos que el anterior cuerpo municipal apenas si desfloró y eso en el terreno teórico, manifestando así el poco interés que le inspiraba la higiene urbana, preocupación constante en todas partes de los encargados de velar por los intereses del común.

Afortunadamente preside hoy el Honorable Cuerpo un entusiasta caballero que, miembro de una Municipalidad en años

atrás, se preocupó mucho por dotar á Lima de un Instituto de Vacuna animal; y hoy que, por su actual posición, está en mejores condiciones para hacer práctica la idea, no dudamos que se empeñará afanosamente por conseguir el resultado que se propuso entonces.

La necesidad inaplazable de reconocer los canales de desagüe de la población, para remediar los defectos que presenten y la terminación de la obra de la canalización de la ciudad comenzada hace más de veinte años, son medidas que no podran menos que preocupar á los actuales personeros del pueblo, por que ellos son capaces de apreciar su trascendencia.

Muy satisfechos quedaríamos si á estos objetivos se limitara la acción de la nueva Municipalidad en materia de higiene; pues, llevando á cabo esas reformas, habrá hecho más que las anteriores y tendrá conquistado el agradecimiento y los aplausos de todos. En asuntos de higiene especialmente, cuyo culto entre nosotros no es por cierto muy general, y que es casi desconocido en las altas esferas del poder, es preferible escoger puntos de notoria im-

portancia y dedicar á ellos todos los esfuerzos para que el resultado sea práctico y completo. Reléguese el manoseado sistema de hablar de muchas reformas en oficios, informes, proposiciones, etc., para no realizar ninguna y repetirse otra vez el juego en cada cuerpo que se instala.

Mucha confianza inspira la ilustración de los actuales ediles; grandes esperanzas se fincan en los elevados sentimientos que abrigan en favor del vecindario que los ha aceptado con respeto; hay certidumbre de que sacarán incolumes el buen nombre de que gozan en la sociedad para que descuiden los sagrados deberes que han contraído al aceptar el nombramiento, y por eso aguardamos tranquilos su labor patriótica y humanitaria. Creemos que esta vez será un hecho la higiene de la ciudad y terminamos recordándoles que todo gasto en ese orden es un ahorro positivo.

ANTONIO PÉREZ ROCA.

## TRABAJOS NACIONALES.

### Hipertrofia de la Próstata.

Y SU TRATAMIENTO POR LA DILATACIÓN GRADUAL OBTENIDA POR EL CATETERISMO.

POR ABEL S. BARTRA.

*Bachiller en Medicina.*

Los móviles que me han inducido á elegir por tema de este trabajo el importante papel que desempeña en las hipertrofias prostáticas la *dilatación gradual* de esta porción de la uretra, obtenida por medio del *cateterismo progresivamente creciente*, cuyos plausibles resultados lo colocan con ventaja á la altura de los demás procedimientos de esta índole, están subordinados

á hechos de observación que, juzgados con severa imparcialidad, y mientras la ciencia en sus ulteriores progresos no nos suministre recursos más seguros que dilaten el estrecho horizonte que nos rodea con respecto al tratamiento de este proceso, tendremos indefectiblemente que darles nuestro asentimiento. En efecto: basta concretar nuestra consideración en los peligros que asedian la existencia del paciente en la última edad de la vida, cuando se trata de una intervención quirúrgica que no sea el *cateterismo*, tales como la exisión, las incisiones ó la extirpación completa de la glándula al través del periné, que casi siempre vá seguida de flebitis, infección purulenta ó hemorragias abundantes de difícil hemostasia, para vernos forzosamente obligados á abandonar todo procedimiento operatorio, pues debemos tener en cuenta que nos hallamos en un terreno estéril, agotado por los estragos del tiempo, sin fuerzas de vitalidad orgánica para contrarrestar los profundos sacudimientos que originan accidentes de tal naturaleza. No así si se trata de un *cateterismo bien practicado*. He podido presenciar, durante mi practica hospitalaria, hechos verdaderamente sorprendentes, viendo curar prostáticos en muy desconsoladoras condiciones, sólomente por un simple *cateterismo* suficientemente repetido durante un periodo más ó menos largo de tiempo.

Estas aserciones quedan testificadas con las observaciones clínicas de que hablaré más adelante y que nos ponen en la condición de ceder á la *dilatación gradual* la supremacía de acción como tratamiento del proceso que me ocupa.

Pero no sólo el elemento hemorragia, flebitis etc, como tengo dicho, excluirían toda tentativa operatoria: sabemos también que el líquido urinario es uno de los más peligrosos y perfidos de nuestra economía, de manera que una solución de continuidad, por insignificante que ella parezca, en un punto cualquiera del aparato urinario, envuelve en sí el inminente peligro de

una infiltración urinosa; y si ésta es de grave pronóstico, tratándose de una potente organización, de enérgicas reacciones vitales, capaces de luchar contra el sangriento é inevitable tratamiento que en estos casos la cirugía ordena; ahora bien, en la edad que nos ocupa, cuyas condiciones de seguridad son enteramente opuestas, y donde el práctico no halla un punto de apoyo en qué cifrar sus esperanzas ¿cuál sería el resultado? la apreciación dejo á un ilustrado criterio . . . . .

Pero dado el caso que los auxilios de la cirugía, junto á una refinada maestría pudieran evitarlo, siempre existiría el riesgo, pues según Bouilly, en algunos casos de lesiones crónicas del aparato urinario, tales como las hipertrofias prostáticas, cálculos vesicales, estrecheces de la uretra etc. las intoxicaciones urémicas no estallan sino cuando á estas lesiones se añade un nuevo elemento, la intervención quirúrgica. Luego entónces, teniendo presente estos terribles accidentes, y á la vez que la inocencia relativa de la *dilatación gradual* de la región prostática de la uretra por el *cateterismo*, tendremos forzosamente que replegarnos á éste, puesto que en él es poco ó ninguno el sufrimiento del paciente, condición que, unida á un éxito casi siempre favorable, son en síntesis el último resultado á que puede aspirar el cirujano. Y aunque es cierto que una sonda permanente en el canal uretral produce alguna incomodidad al enfermo, también lo es que esta vá desapareciendo paulatinamente á medida que aumenta el número de *cateterismos*. Esto no quiere decir que la indicada operación se halle exenta de peligro, sobre todo, en aquellas antiguas lesiones de la próstata que ya han producido profundas alteraciones en el resto del aparato urinario, en donde las lesiones se han sucedido unas tras otras hasta invadir la glándula renal, constituyendo así aquellas nefritis ascendentes; entónces no está léjos que un simple *cateterismo* practicado por una mano maestra y con todas las condiciones apetecidas, sea el punto de partida de accidentes urémicos que

casi siempre son fatales; pero en todo caso, ésta sería la excepción mas no la regla.

Todas estas consideraciones que por si solas se imponen, me han llevado al convencimiento de que en el estado actual de la ciencia, no existe tratamiento alguno que pueda supeditar en sus buenos resultados á la *dilatación gradual* del trayecto prostático obtenida por medio del *cateterismo*.

Hechas estas indicaciones pasaré á ocuparme del proceso morboso, procurando en cuanto me sea posible precisar el diagnóstico á la vez que la anatomía patológica, en la convicción de que, en su justa apreciación, está cifrado el buen éxito del *cateterismo*, así como su error daría margen á inculpaciones inmerecidas á este procedimiento.

La hipertrofia de la próstata consiste en un aumento parcial ó general de volumen de esta glándula, sin cambio en su textura.

La próstata á menudo se hipertrofia á partir de la edad de 50 años, sin que sea fácil descubrir la verdadera causa. Esto no quiere decir que se hayan dejado de emitir algunas opiniones que tienden más ó menos á esclarecer la etiología de este proceso; pero no hay una á la que no puedan oponerse serias objeciones.

Entre estos diversos modos de ver, descuella la opinión del señor Mercier, seguida por otros muchos autores. Este cirujano ha insistido de un modo especial en el éxtasis de la sangre en la cavidad pelviana y el predominio del sistema venoso en las personas de edad avanzada. Ha notado, además, que los individuos de constitución débil, y en los que el tejido celular adiposo está muy desarrollado y sobre todo de profesión sedentaria padecían de hipertrofia.

Sin que pueda aceptarse de una manera absoluta esta hipótesis, por lo menos debe dársele la preferencia en la explicación del proceso que ventilamos, en atención á que es un principio anátomo-patológico, en la génesis de las hipertrofias, que en todos los

casos ésta depende de un aumento en la cantidad de materiales reparadores que llegan á las células para presidir á su movimiento nutritivo; pues bien, la anatomía de esta región nos demuestra la existencia de plexos vasculares peri-prostáticos enormemente desarrollados en la vejez, y que, por consiguiente, producen un aflujo sanguíneo constante, estableciéndose así el centro de atracción de elementos nutritivos generadores de las hipertrofias; y si además tenemos en cuenta que el sitio de predilección de esta dolencia es el tejido glandular y muscular, que precisamente constituyen la textura de la próstata, creo no hay inconveniente en aceptar la opinión del señor Mercier como la que más se inclina á determinar la etiología de este proceso.

Esto no constituye una demostración, pero es una razón más que añadir á las probabilidades que militan en favor del papel desempeñado por el aflujo sanguíneo, y por consiguiente de principios nutritivos en la génesis de las hipertrofias.

Algunos autores colocan los exesos venéreos como una de las causas de la hipertrofia prostática. Sin embargo, que esta opinión cuenta pocos partidarios, no deja de tener alguna influencia en el desarrollo del proceso que me ocupa. Sabemos que la función de la glándula prostática no es pasiva en orden á la eyacuación espermática. Fuerbringer ha demostrado que los movimientos del espermatozoide no existen mientras no se pone en contacto con el líquido que lanza la próstata, cuando es invadido sus dominios por la corriente espermática. En este momento es que se desarrolla la facultad motriz del espermatozoide, luego la próstata tiene su faena señalada en esta función, cuyo trabajo no puede realizarlo sin poner en juego sus elementos musculares de que está provisto, y que á la larga no sería extraño, engendre la hipertrofia, como la engendra en el músculo deltoides y bíceps de los gimnastas y los gemelos en las bailarinas.

En los viejos, según el señor Hodgson, la causa predisponente de la hi-

peretrofia reside en la aptitud de algunos músculos de la vida orgánica de multiplicar sus elementos en cierta época de vida, propiedad manifestada igualmente por el útero y la próstata, en razón de su analogía de textura, y la causa ocasional sería una fluxión sanguínea hácia estos órganos, que según Civiale, la presencia de un cálculo sería el agente más eficaz de esta fluxión peligrosa.

Nélaton dice: «la hipertrofia de las fibras musculares de la vejiga, originadas por alguna estrechez de la uretra, trae como consecuencia la hipertrofia de la próstata, como que ésta no es más que la continuación de las fibras musculares de la vejiga»

Valeix atribuye la hipertrofia á la prostatitis crónica.

Como se vé, por lo que antecede, reina todavía en la ciencia gran oscuridad con respecto á la etiología de este proceso, pues ninguna de ellas dá una solución satisfactoria; y aunque la del señor Mercier, como tengo dicho, es más aceptable, no deja de tener algunos hechos prácticos que la contradicen, como lo refiere el señor Moynac, quién dice que los labradores Vascos y Aubernesés, cuya vida es de actividad y movimiento, son los que padecen con más frecuencia esta afección.

Quédanos, pues, en tal situación, el único partido de no ser exclusivistas de tal ó cual teoría, sino admitir que, todos ó el mayor número de ellas, contribuyen de alguna manera al establecimiento del proceso.

Pasemos á otra cosa:

Observad un hombre que ha llegado hasta la edad de 50 años, sin padecer de las vías urinarias, y sin embargo siente que desde algún tiempo orina con cierta dificultad, que el chorro cae sin fuerza, que las ganas se repiten con alguna frecuencia, de preferencia en la noche, y sobre todo, en las últimas horas de éste; sus orines no presentan arenillas ni contienen sangre alguna, padece poco; tal es el principio ordinario de una hipertrofia de la próstata. Este fenómeno patológico es el punto de origen de diferentes accidentes y contribuye en gran parte á hacer pe-

nosa la ancianidad del hombre. Es que, en efecto, esta hipertrofia produce profundas modificaciones en la forma del cuello de la vejiga y determina como consecuencia trastornos graves en la expulsión de la orina. Haré presente que hasta en el período hipertrófico, la próstata está esencialmente formada por dos lóbulos laterales de volumen á corta diferencia igual, á través de los cuales pasa la uretra como dentro de un tunel. Mirados por su cara posterior, estos dos lóbulos están unidos entre sí, presentando, según la comparación clásica, la forma de un corazón de naípe francés. Cuando estos lóbulos se hipertrofian de un modo uniforme y simétrico, no resulta de ello desórdenes serios en la micción, el conducto se encuentra como aprisionado, y todo lo que se observa es una evacuación un poco menos rápida de la orina. Existe entonces una hipertrofia lateral simétrica ó bilobular. Si tan sólo se hipertrofia uno de los lóbulos, sobreviene una modificación más importante en la forma de la uretra. En vez de ser rectilíneo, el conducto se encuentra acodado y empujado hacia el lado opuesto al del lóbulo hipertrofiado. En este caso se trata de una hipertrofia lateral asimétrica ó unilobular. Esta disposición implica mayor dificultad en la micción que la precedente, pero no existe obstáculo material á la salida de la orina.

No sucede lo mismo cuando se trata de lo que se conoce con el nombre de hipertrofia del lóbulo medio.

Según he dicho, la próstata se compone durante una gran parte de la existencia únicamente de dos lóbulos laterales, ó cuando menos el tercero es inapreciable. Pero en ciertos sujetos sucede lo siguiente: de la depresión que separa los dos lóbulos laterales al nivel de la base de la próstata, se vé nacer una eminencia redondeada más ó menos pediculada, que se eleva poco á poco por encima de los lóbulos laterales y acaba por un volumen igual á las demás, esto es lo que se designa con el nombre de lóbulo medio de la próstata. Este lóbulo sobresale dentro de la cavidad vesical y corresponde

exactamente al cuello de la vejiga, resultando de ello que este orificio queda profundamente modificado. El orificio del cuello, visto por el interior de la vejiga en estado normal, es regularmente redondeado. Cuando el lóbulo medio obstruye paulatinamente este orificio, creciendo de atrás á delante como si fuera un opérculo, puede llegar el caso de que el orificio consista únicamente en una hendidura lineal semicircular. Es fácil imaginarse todas las fases intermedias de este estado, desde un simple relieve que ocupa el labio posterior del cuello hasta la obturación completa.

Tiene indudablemente mucho valor la deformación del cuello vesical producida por el desarrollo hipertrófico del lóbulo medio de la próstata, pero no todo consiste en esto, y si insisto sobre estas disposiciones, que más bien se refieren á la anatomía patológica, es porque el práctico no podría dirigir convenientemente el tratamiento sin tener perfectamente presente y en cierto modo fotografiadas en su imaginación tales circunstancias.

En efecto, la hipertrofia del lóbulo medio trae consigo un cambio notable en la dirección del conducto de la uretra y altera profundamente la forma de la vejiga. Es tan útil conocer la dirección de la uretra en estas nuevas condiciones, que de ello depende el buen éxito del cateterismo.

La uretra normal presenta en su parte profunda una corvadura de concavidad antero-superior. Esta corvadura corresponde á una circunferencia de radio bastante largo y es regular. La hipertrofia del lóbulo medio modifica estas condiciones. Desde luego la porción prostática, en vez de tres centímetros de longitud, puede tener más del doble y por consiguiente en una sesión de cateterismo pudieramos creer haber penetrado en la vejiga, cuando todavía estamos en la uretra. Además, en vez de continuarse sin línea de demarcación la porción prostática con la membranosa, siguiendo una línea oblicua de arriba á bajo y de atrás á delante, forma en este punto una corvadura brusca, de suerte que ambas por-

ciones vienen á constituir casi un ángulo recto. El lóbulo medio forma, pues, una especie de promontorio dirigido perpendicularmente, alterando la dirección del conducto y obturando más ó menos completamente el cuello de la vejiga.

La deformación de la vejiga, resultado de la presencia del lóbulo medio, es tan característica como la de la uretra. Por detrás de este lóbulo la vejiga presenta una profunda depresión cuyas dimensiones están en relación con las del lóbulo. En esta depresión se alojan los cálculos y pueden ocultarse á la exploración si no se hace con un instrumento apropiado. La orina también se acumula y permanece allí si no se toma la precaución de evacuarla con una sonda, porque no llega á efectuarlo las simples contracciones musculares de la vejiga.

Con lo dicho nos llamamos en el caso de poder apreciar los diversos fenómenos que trae consigo la hipertrofia de la próstata. Estas alteraciones se reflejan en el recto, en la micción, en la vejiga, en el aparato renal y en la salud general.

El enfermo acusa una sensación de pesadez más ó menos marcada por parte del ano, de cuerpo extraño en el recto, y frecuentes pujos.

Los trastornos de la micción es el primer fenómeno que llama la atención del enfermo, no obstante, debo advertir que esto no es constante, ni siquiera con una hipertrofia bastante pronunciada. En efecto, puede suceder que los lóbulos laterales hayan alcanzado un volumen considerable, sin que la uretra haya perdido nada de su permeabilidad, aunque exista desviación lateral ó una ligera estrechez del cuello, porque se establece á veces una hipertrofia compensatriz de las fibras musculares de la vejiga suficientes para vencer el obstáculo.

Los trastornos de la micción aparecen principalmente en la hipertrofia del lóbulo medio. La micción es desde luego más frecuente sobre todo durante la noche; se efectúa menos fácilmente, el enfermo orina con menos li-

beidad, se vé obligado á hacer esfuerzo y la orina no sale al momento como quisiera el enfermo, sino después de algunos instantes, fenómeno que tiene lugar generalmente por la mañana. Debo decir que este último signo no es exclusivo de la hipertrofia de la próstata, sino que denota también cierto grado de paresia muchas veces momentánea de la vejiga. La micción no sólo es penosa sino que además es incompleta, puesto que el enfermo expulsa difícilmente las últimas gotas de orina, y hasta sucede que se derrama parte en sus vestidos cuando suponia el acto terminado. Muchas veces no queda completamente satisfecho el deseo de orinar, y en este caso puede suceder que quede detenida dentro de la vejiga una cierta cantidad de líquido, por lo cual el enfermo experimenta deseos continuados de expulsarlo. El chorro de la orina no es proyectado á distancia y cae babeando. Poco á poco la micción se hace cada vez más difícil, hasta que llega un momento en que el estancamiento es completo. El enfermo hace esfuerzos supremos por ver aparecer una gota de orina que, indolente, se niega á salir. Después de este estado de agitación, viene un momento de calma más ó menos largo, para volver á reaparecer con más exigencia la imperiosa necesidad de la micción. A partir de este momento la escena se hace terrible. El enfermo experimenta una sensación de peso en el periné, dolorés en la región hipogástrica que se irradian por delante hasta la extremidad del glande, y por detrás hasta la región lumbar. Los esfuerzos de expulsión se repiten á cada instante voluntariamente, después se hacen involuntarios. El enfermo está ansioso, agitado, lanza gemidos ya sordos, ya furiosos; se levanta, se acuesta, y ensaya incesantemente todas las posiciones. En algunos individuos, bajo la influencia del sacudimiento nervioso, puede desarrollarse una intoxicación urémica, declararse el delirio; pero en medio de la pérdida de la noción del mundo exterior, en medio de la incoherencia de las palabras y de los pensamientos, la angustia vesical no

deja de persistir y automáticamente el paciente lleva las manos sobre el pene, periné é hipogastrio.

Después de algún tiempo de angustias, de dolores y de esfuerzos inútiles, se derrama una cierta cantidad de orina, lo cual dá muchas veces al enfermo y hasta al médico una falsa seguridad, porque sólo sale de la orina el líquido que no cabe en la vejiga, y entónces tiene la micción por rebosamiento. ¿Quiérese la prueba? sondeése al enfermo inmediatamente después que ha orinado y se extraerá todavía más orina y su cantidad dará el grado de la retención. En presencia de una incontinenia de orina, nuestro primer cuidado debe ser, pues, sondear al enfermo.

En algunos casos excepcionales, la incontinenia depende de la dilatación mecánica del cuello de la vejiga; en este caso el cateterismo no dá orina, como puede suceder con la presencia de un fungus, de pólipo, de un cálculo, de la destrucción del esfínter consecutiva á ulceraciones cancerosas ó tuberculosas etc, ó también á la falta de acción del esfínter vesical producido por una afección de la médula. Todas ellas pueden presentar la incontinenia, debiendo el cirujano tener siempre presente que la incontinenia por rebosamiento es la más frecuente. Este fenómeno puede provenir ó de una hipertrofia ó de una estrechez de la uretia. El caracter dominante de esta última, aunque rara, es que la incontinenia tiene lugar durante el día y en la estación vertical, á diferencia de los prostáticos que se verifica en la noche y en decúbito, pero cuando ambas enfermedades han llegado á un grado muy avanzado, la incontinenia se establece día y noche.

Durante este tiempo, que puede durar años, la vejiga sufre paulatinamente alteraciones profundas: se distiende, se engruesa, el bajo fondo se acentúa cada vez más, y la mucosa, alterándose, toma los caracteres que tiene en la cistitis crónica.

Cuando este estado de cosas se prolonga, el aparato renal no permanece

indiferente, sino que sobreviene la nefritis y pielonefritis.

Hasta entónces la salud general del sujeto se había conservado y no había experimentado más fenómenos generales que los producidos por retenciones de orina progresivas, pero sobreviene luego una fiebre continua, escalofrios, signos de envenenamiento urinoso y el enfermo sucumbe.

En general es fácil reconocer una hipertrofia de la próstata: la edad del enfermo constituye por sí solo un valioso dato de presunción y el tacto rectal permite comprobarla directamente. Sin embargo, no se llegará á una plena certidumbre mientras no se resuelvan algunas dudas que la ennuflan y que son las siguientes:

Supongamos el caso de que la sonda no penetra en la vejiga: ¿es que nos encontramos en presencia de una estrechez de la uretra ó de una hipertrofia de la próstata? Si se encuentra la resistencia después de haber salvado el bulbo, es decir, después de haber operado el movimiento de descenso del pabellón de la sonda entre las piernas del enfermo, lo cual demuestra que se ha penetrado en la región membranosa, puede afirmarse casi con seguridad de que no se trata de una estrechez de la uretra, porque el sitio de elección casi constante de esta última es el cuello del bulbo.

Por la desviación del pabellón de la sonda, se comprenderá principalmente si la hipertrofia es unilobular y si el conducto está inclinado á la derecha ó á la izquierda.

La estrechez puede observarse en cualquier edad de la vida, pero únicamente en las personas que han tenido blenorragias. La hipertrofia prostática no se presenta antes de los 50 años y es independiente de toda otra afección de las vias urinarias. En estos enfermos el chorro cae sin fuerza, conservando casi su calibre y el esfuerzo empleado para expulsar la orina es por lo general al principio, en aquellos el chorro es delgado y el esfuerzo es continuo desde el principio hasta el fin.

(Continuará.)

## REVISTA EXTRANJERA.

## CONGRESO MEDICO PAN AMERICANO

Primera reunión celebrada en  
Washington durante los días  
5, 6, 7 y 8 de Septiembre de 1893.

[Continuación]

2º DIA; MIERCOLES 6 DE SEPTIEMBRE.

## SESIÓN DE LA TARDE.

El Dr. Osler abrió la discusión sobre el trabajo del Dr. Lobo: *fiebre remitente prolongada*. So-tiene que se admite universalmente que en todos los tipos palúdicos hay ciertas formas de plasmodias, que son elementos de diagnóstico, aunque no tenemos pruebas de su cultivo fuera del cuerpo ó de su inoculación. Dice que no se atrevería á criticar el trabajo del Dr. Lobo, sin haber ejercido en su país, pero que á falta de estudios de la sangre, él no estaría seguro de que algunos de los casos descritos no hubiese sido de tifoidea. Afirma que el Dr. Resquez se fija en el valor del pigmento de la sangre como medio de diagnóstico, y este sólo existe en la sangre en pequeña cantidad y en los casos muy agudos.

El Dr. Theayer, de Baltimore, declaró que el tipo común del paludismo en Baltimore, es cotidiano, aunque también es frecuente el terciano. Este último está caracterizado por el mismo organismo ya descrito en otros países. La segmentación del germen precede al paroxismo, a veces se encuentran flagelas.

El organismo cuartano se parece al terciano, pero se segmenta menos, y en el otoño este organismo es completamente diferente porque tiene un aspecto anular y es más pequeño. El tipo de media luna es el más característico en la intermitente de otoño.

El Dr. Lobo, dijo que el aspecto clínico de sus casos era tan diferente de los de tifoidea, que estaba seguro que no podían confundirse. La tifoidea es muy rara en Caracas. Había visto algunas casos, pero muy contados.

*Ataxia vaso-motriz*.—El Dr. Solis Cohen, de Filadelfia designa con el

nombre de ataxia vaso-motriz el estado de inestabilidad del mecanismo circulatorio que existe en ciertas personas y que se caracteriza por una predisposición á los trastornos y demora en volver al estado normal de equilibrio del aparato cardio vascular. Las manifestaciones se hacen más patentes en los vasos terminales y ocurren generalmente por la acción de los agentes externos, como el frío, agentes tóxicos y emociones. El estímulo puede aplicarse central ó periféricamente, pero de todos modos los fenómenos resultantes indican un defecto de la inhibición central.

La ataxia vaso-motriz es en muchos casos congénita, en algunos hereditaria y no raras veces aparece en varios miembros de la misma familia.

Los fenómenos son paréticos ó espasmódicos. Ambos se presentan en el mismo caso y siempre sugieren una falta de coordinación.

El bocio exoftálmico, especialmente los casos producidos por emoción y aquellos que son intermitentes, presentan el tipo extremo de la variedad parética.

La forma de la enfermedad de Reynaud que recibe el nombre de «síncopa local» es el tipo correspondiente á la forma espasmódica, mientras que la «asfíxia local» presenta ambas variedades.

Entre estos extremos existen numerosas gradaciones que llegan hasta las más ligeras desviaciones del estado normal; pero aun los síntomas extremos representan simplemente las exageraciones de condiciones que existen en el individuo normal.

El dermatografismo es un fenómeno esencial. Con facilidad se produce por el frío. Manchas de la piel, de las uñas, estados telangiectásicos y estigmas se presentan con frecuencia.

La tendencia á hemorragias se muestra en forma de equimosis, petequias, epistaxis, hemoptisis, hematemesis, hematuria y hemorragia retinal.

Aun cuando no aparece la hematuria se encuentra glóbulos rojos en la orina. También se encuentran en ésta ácido úrico, uratos y oxalatos. La presencia de albúmina, cilindros, ci.in-

droides es menos frecuente, y por regla general, con intermitencia. Se ha observado la glicosuria.

En casos notables parece que existen lesiones del cuerpo tiroides.

La acción del corazón es generalmente rápida é irregular. Hay palpitaciones, y en algunos casos taquicardia intermitente. Soplos hémicos y funcionales son frecuentes.

Se han observado: idiosincrasias de drogas, urticaria edemas locales, angina de pecho hiperhidrosis, asma, fiebre del heno, vértigo, hemicranea, y otras clases de cefalalgia, hemiopia, transitoria, y otros trastornos de la visión, miopía persistente, astigmatismo, miopía, hiperopía, irregularidades de la menstruación, poliuria intermitente, reumatismo, corea, epilepsia, neurastenia, gastralgia, enteralgia y enteritis membranosa; la mayor parte de cuyas condiciones se relacionan con alguna causa común.

La tuberculosis pulmonar es en algunos casos probablemente consecuencia de trastornos vasculares y tróficos del pulmón.

El Dr. West abrió la discusión y dijo que la ataxia vaso motriz, tal como la describe el Dr. Cohen explicaría muchos fenómenos observados por los médicos.

El Dr. Carmona, de Venezuela, habló de la importancia de este asunto.

*Curso, resultados y complicaciones de la Erisipela.*—El Dr. Anders, de Pensilvania, presentó unas estadísticas minuciosas confirmando que las causas debilitantes predisponen á esta enfermedad; las complicaciones son frecuentes pero especialmente lo es el reumatismo articular agudo; solamente le excede en frecuencia el absceso.

El Dr. Cronyan, de Buffalo, presentó un caso de ataxia locomotriz que curó después de un ataque de erisipela y dijo que creía en el antagonismo entre la erisipela y otras enfermedades.

El Dr. Desaussure, de Charleston, preguntó si los absesos eran del tejido celular ó de los ganglios.

El Dr. Anders, cerró la discusión.

## SECCION DE LARINGOLOGIA Y RINOLOGIA

PRIMER DÍA, MARTES 5 DE SEPTIEMBRE.

El Presidente (E. Fletcher Ingalls) al abrir la Sesión mencionó la gran cantidad de trabajos que los laringólogos americanos habían presentado en las diversas Sociedades durante estos últimos meses y el desarrollo de esta especialidad en los Estados Unidos, donde podían contarse hoy unos quinientos médicos competentes en esta rama. Dijo que la construcción del ferrocarril contribuiría á formar en los países del Sur algunas estaciones invernales.

### *Algunas formas de reflejos nasales.*

—Este fué el título del trabajo leído por el Dr. S. R. Merriek, de Baltimore. Revisó la historia de este asunto desde las primeras ideas de Voltolini hasta la época actual. Los reflejos principales son: trastornos oculares, tos, manifestaciones cardiacas y gástricas, corea, epilepsia y diversas formas de cefalalgia. Mc. Bride, de Edimburgo, ha discutido la influencia que ejerce sobre el reflejo la curación del estado local de la nariz. Bosworthe, refiere haber curado una ciática cauterizando el lobulo de la oreja. Se invoca para explicar estas curas la influencia de un efecto moral y dice el autor que aunque tiene su influencia, es secundaria. La curación de la enfermedad nasal es sin duda á la que se atribuyen mayor número de éxitos. Hay tres opiniones á cerca de la manera de curar estos reflejos: 1º por la curación de la enfermedad nasal, 2º por contra irritación y 3º por efecto moral. Ninguna de estas es completamente cierta ni tampoco falsa según puede verse en los casos siguientes:

Caso 1º y 2º trastornos oculares que se observaron, no inmediatamente sino después de la curación de la enfermedad local de la nariz.

Caso 3º una cefalalgia refleja y vértigo fué aliviada por la acción contra irritante del cauterio antes que la enfermedad de la nariz hubiese curado.

Caso 4º una ciática curada inmediatamente después de cauterizar los cornetes—aliviada sin duda por efecto moral.

*Epilepsia refleja por enfermedad intra nasal.*—El Dr. J. O. Roe, de Rochester formuló estas conclusiones:

1º La epilepsia es con frecuencia el resultado de una irritación periférica, la cual puede ser provocada por trastorno localizado que afecte los nervios periféricos de cualquier parte del cuerpo.

2º La susceptibilidad á la irritación periférica varía considerablemente según los individuos y se comprueba porque la misma contra-irritación provoca diferentes grados de perturbación central y puede ocasionar reflejos diferentes.

3º La nariz es con frecuencia el punto de partida de un número variado de manifestaciones reflejas, pero estos trastornos pueden limitarse á los centros cerebrales y manifestarse bajo la forma de convulsiones epilépticas ó bien pueden reflejarse á otros órganos periféricos y dar lugar á otras manifestaciones.

4º En la nariz hay áreas sensitivas que son más fáciles de afectar por las enfermedades locales y más sensibles á la contra irritación.

5º Estas áreas se hacen extraordinariamente sensitivas á la irritación en condiciones anormales y á veces independiente de un hábito neurótico.

6º Esta hiper-sensibilidad de las áreas sensitivas y la producción de reflejo—especialmente los epilépticos—depende más de la presión intra-nasal que de otro estado local.

7º La frecuencia con que ocurre la epilepsia por lesión intra nasal encarece la importancia de examinar la nariz en todos los casos de epilepsia, sobre todo en aquellos que tienen una causa oscura.

El Dr. P. Brow, del Canadá, dijo que nunca había visto á la verdadera epilepsia resultar de una enfermedad intra-nasal; pero sí ha observado algunos síntomas nerviosos análogos á los ataques epilépticos. Citó casos de tras-

tornos oculares y de asma de heno aliviados después de conseguir la presión intra-nasal.

El Dr. Solis-Cohen se inclina á negar la existencia única de un sustratum nervioso en estos casos. Con frecuencia hay una inestabilidad en el mecanismo circulatorio y en estos pacientes la excitación periférica puede provocar las convulsiones epilépticas. Se debe observar cuidadosamente la acción cardíaca, en estos se perturba por las causas más triviales; ocurre en ellos con frecuencia el dermatografismo ó urticaria falsa y se presenta trazando unas líneas sobre la piel con una tintera y empleando poca presión. El efecto moral juega sin duda un papel importante. Hay otros pacientes con obstrucción intra-nasal que se quejan de una sensación de presión en la raíz de la nariz y en las regiones supra é intra orbitarias; en estos emplea bromhidrato de quinina á la dosis de uno á uno y medio gramos, asociado á la ergotina para aliviar los síntomas del oído.

El Dr. A. W. de Rhvaldes, de Nueva Orleans, refirió un caso reciente de su práctica; una muchacha fuerte se quejaba de algo de sordera; había obstrucción nasal en el lado izquierdo que fué tratada por la sierra bajo la anestesia de la cocaina. Sobrevino una cefalalgia supra orbitaria, respiración embarazosa, palidez y pulso pequeño y frecuente, se presentó una tos respiratoria que duró tres días y se aliviaba algo con el uso de inyecciones hipodérmicas de morfina. Cuando se hizo la curación de la nariz se repitieron los síntomas que duraron una semana. Con una tercera cura ocurrió lo mismo. Al principio se atribuyeron estos síntomas á la cocaina, que se había empleado profusamente durante la curación, pero como no se usó en las distintas curas, se abandonó esta idea. Al curarse la enfermedad nasal desapareció la tos. Cree en la existencia del reflejo á distancia del sitio de la lesión.

El Dr. J. C. Cobb, de Boston, dudó de la persistencia de la curación en estos casos. Había visto asmáticos recaer después de un año del último ataque.

Hay á veces una mezcla de sugestión y de verdadero efecto fisiológico.

El Dr. Herrich añadió que cualquier droga que domine la circulación ayuda á la curación de estos casos.

*El Alumnol en las enfermedades de la garganta y nariz.*—El Dr. J. M. Bleyer, hizo la historia de la composición sintética de los modernos productos; el alumnol es antiséptico y astringente. Las sales de alumnio, particularmente el acetato y el aceto-tartrato se han empleado desde largo tiempo. El nuevo preparado es un polvo blanco soluble en agua fría hasta el cuarenta por ciento; las soluciones se oscurecen por la exposición al aire, pero este cambio de color no desmerece su eficacia; precipita la albúmina y el precipitado se disuelve en un exceso de alumnol. Ha usado el remedio en la epistaxis, en la hemorragia nasofaríngea, para extirpar adenoides y con el objeto de asear la nariz y garganta en diferentes enfermedades. En las placas mucosas de la lengua es superior al ácido crónico.

El Dr. Bleyer también presentó un aparato para encontrar tubos de intubación perdidos en la traquea; dos agujas paralelas que al tocar el tubo establecen el contacto y se sierra la corriente.

El Dr. B. Delavan, de Nueva York, aunque cree útil el alumnol no es tanto como lo elogia el Dr. Bleyer; es muy costoso; en América vale cuatro veces más que en Alemania.

*Tratamiento de algunos casos de laringitis crónica.*—El Dr. A. Gaviño, de Méjico, hizo referencia á aquellos casos en que persisten los síntomas apesar de que el exámen objetivo no revelase nada anormal ni se sospecha tuberculosis, inspecciona la secreción laríngea en todos los casos y raspa la mucosa y la examina; en las secreciones y el raspado ha encontrado el bacilo tuberculoso. Ha operado los aritenoides, las bandas ventriculares y la epiglotis. Para el tratamiento recomienda las inyecciones intra-laríngeas de cobre ó salicilato de bismuto y

creosota en una solución de aceite; también aplica zinc y bicloruro y administra la creosota al interior.

#### SUSTANCIAS INCOMPATIBLES CON LA ANTIPIRINA.

Las siguientes sustancias precipitan la antipirina de sus soluciones acuosas:

1<sup>a</sup>—Solución concentrada de ácido carbólico.

2<sup>a</sup>—Tanino y preparaciones que lo contengan.

3<sup>a</sup>—Tintura de iodo.

4<sup>a</sup>—Cloruro de mercurio.

Las que se enumeran á continuación descomponen la antipirina cuando se trituran con este medicamento.

1<sup>a</sup>—Calomelano, formándose un compuesto tóxico.

2<sup>a</sup>—Naftol beta.

3<sup>a</sup>—Hidrato de cloral, formándose un líquido oleaginoso.

4<sup>a</sup>—Bicarbonato sódico, desprendiéndose al ponerse en contacto ambos cuerpos, un olor á éter acético.

5<sup>a</sup>—Salicilato de sosa, formándose también un compuesto oleaginoso.

#### TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

1<sup>o</sup> Todas las mañanas un baño con agua caliente y agua de colonia, seguido de vigorosas fricciones secas y masaje.

2<sup>o</sup> Todas las mañanas un vaso de Rubinat de Carhna ó de Villacabras.

3<sup>o</sup> Después de cada comida, una cucharada de las de postre de la siguiente solución:

R.—Ioduro de potasio . 15 gramos.

Agua destilada. . 250 »

4<sup>o</sup> Seguir rigurosamente el siguiente régimen alimenticio.

*Primera comida*, á las ocho, un ligero almuerzo compuesto de una taza de chocolate y 20 gramos de pan. *Segunda comida*, lunch al medio día; dos huevos ó 100 gramos de carne, 100 gramos de vegetales verdes en ensalada, 15 gramos de queso, ninguna clase de fruta y vaso y medio de líquido (vino blanco ligero con agua de Vichy). *Tercera comida*, á las siete; ninguna

sopa, 100 gramos de carne, 100 gramos de vegetales verdes en ensalada, 15 gramos de queso, 50 gramos de pan y vaso y medio de vino blanco ligero con agua de Vichy. Abstinencia de toda bebida entre las comidas, supresión del té, de café y de otros líquidos, y ejercicio al aire libre.

(*Dujardin Beaumetz*)

*Gaceta médica-farmacéutica de Nueva York.*

#### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA RETENCIÓN FECAL.

Hay casos de clorosis en los cuales se sabe que la absorción del material tóxico del intestino es la causa de toda la enfermedad; estos casos no se curan con hierro, ni con ningún tratamiento dirigido a la sangre, hasta que desaparezca la perturbación intestinal. Sin embargo, no siempre se pueden diagnosticar. En un número reciente del *Fractitioner*, el Dr. George Herschell refiere la historia de algunos casos en los cuales la orina toma un color rosado después de la adición del ácido nítrico. Esta reacción la atribuye a la absorción de un producto séptico cromógeno, del intestino. En uno de los casos había uticaria y en otro, acné, los cuales, afirma el autor, se deben muchas veces a la retención fecal. Entre otros síntomas se citan la anemia, dispepsia flatulenta, lengua saburral, aliento fétido, mareos, disnea y palpitaciones.

Describe el Dr. Herschell una forma de examen bimanual del abdomen por medio de la cual, a no ser en personas muy obesas, puede reconocerse el colon obstruido en los casos que no se revela al examen ordinario. El paciente se acuesta en decúbito dorsal con las rodillas levantadas y el médico coloca una mano en el abdomen en el décimo ó undécimo cartilago costal, mientras que los dedos de la otra mano se pasan debajo del paciente hasta la parte posterior del hipocondrio, entre la última costilla y la cresta iliaca. El colon puede ser levantado hácia adelante y arriba *contra* la mano colocada sobre el abdomen, cuya mano es necesario mantener inmóvil y firme. Algunos ensayos permiten adquirir habilidad suficiente para conocer las retenciones más ligeras del colon, pues la percusión es inútil estando oscurecidos los síntomas por circunstancias concomitantes.

La retención fecal debe tratarse inyectando el colon con agua caliente. Como la acumulación más frecuente tiene lugar en el colon ascendente, es necesario que el agua llegue hasta el ciego y ésto en el adulto sólo puede lograrse después de haber pasado cuatro litros de agua. La temperatura del agua es lo esencial: agua caliente, como pueda tolerarse con comodidad, es todo lo que se necesita y no produce calambres ó cólicos. El agua fría ó tibia ocasiona grandes dolores. La posición genupectoral es la mejor, pero si el paciente no la soporta puede acostarse sobre la espalda en un colchón duro con la pelvis elevada con almohadas. No se necesita el tubo rectal largo, basta un pitón ordinario en comunicación con un depósito graduado por medio de un tubo. Sólo se emplea la presión de la columna de agua, la cual puede regularse elevando ó bajando el depósito. Se conservará caliente el agua durante toda la operación, agregando nuevas cantidades. (*New York Méd Jour*).

#### INCOMPATIBILIDADES DE LA COCAINA.

Dice Schel que si se trituran juntos el calomel y el clorhidrato de cocaína, se produce una reacción química que dá nacimiento al óxido de mercurio, además si los dos cuerpos se encuentran en una misma pomada, esta última se altera, al extremo, de que en lugar de producir un efecto anestésico en los ojos, determina una irritación excesiva. Esto es debido a la formación de un oxiclورو de mercurio que se produce en proporción del peso de la cocaína empleada y en cantidad tanto más grande cuanto más íntima es la mezcla y la pomada más antigua.

A. Brunner, dice que cuando el clorhidrato de cocaína se prescribe con el nitrato de plata en la misma pomada, se produce una descomposición de la sal del alcaloide, con formación del cloruro de plata insoluble y una transformación correspondiente en la cocaína. (*France Méd.*)

#### TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA POR EL ÁCIDO BÓRICO.

Un médico ruso elogia mucho el siguiente tratamiento: según la edad del enfermo, se administra 8 ó 15 gramos de aceite de castor con 5 á 20 gotas de aceite de trementina. Después de la acción purgante se prescribe el ácido bórico a la dosis de 60 centigramos á un gramo para

los adultos, y de 20 á 60 centigramos para los niños, dos, tres ó cuatro veces en las 24 horas. Los buenos efectos del ácido bórico se acentúan añadiéndole pequeñas dosis (12 á 15 centigramos) de quinina ó salol.

#### ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES

«A FRIGORE»

Schenk ha estudiado los efectos del calor sobre los micro-organismos. Ha observado que las bacterias, contenidas en una preparación, se dirigen hacia el punto donde más elevada es la temperatura. Que este movimiento es un fenómeno vital, y no molecular, lo prueba el hecho de no observarse cuando, en vez de bacterias, existen gránulos finos. Schenk funda en este hecho una teoría del catarro ordinario, que puede resumirse como sigue: 1.º El calor produce movimientos en los micro-organismos; tienden hacia el centro del calor (termotaxis). 2.º La termotaxis es un fenómeno vital de las bacterias; se observa, aunque la diferencia de la temperatura entre dos puntos sea sólo de 8 á 10°. 3.º En los organismos aislados, son más acentuados estos fenómenos que en los unidos en cadena. 4.º Las enfermedades ordinarias *a frigore*, se dividen en dos grupos; los debidos á la infección bacteriana y los independientes de ésta. En el primer grupo, hay un intervalo marcado (período de incubación) entre la exposición al frío y el principio de la enfermedad; en el segundo, la enfermedad principia casi después de la exposición al frío. 5.º Cuando penetra un individuo á una habitación fría, las bacterias del aire se dirigen hacia su cuerpo como hacia un foco de calor. 6.º La termotaxis es necesaria para el desarrollo de una infección *a frigore*; es preciso también que la piel ó las mucosas, ó alguna otra circunstancia, permita la entrada de las bacterias en el cuerpo. En resumen; ciertas variedades *a frigore* son debidas á las bacterias atmosféricas, que obran bajo ciertas condiciones de temperatura.

(*British Med Journal*).— F. TOLEDO.  
(*Revista de Med. y Cir. pract. de Madrid*)

#### VARIEDADES.

**El juramento de Hipócrates, ó la honradez profesional.**

En otros tiempos se exigía el juramento de Hipócrates. Este hecho daba algu-

na solemnidad al derecho conferido al nuevo médico. Hoy, que bajo pretexto de libertad, se procuran suprimir las *trabas morales*, el juramento de Hipócrates ha venido á ser letra muerta. Por esto vamos á reproducir aquí el capítulo referente á esta cuestión de nuestros *Etudes sur Hipocrate*.

Se ha pretendido que este juramento era apócrifo; pero esto importaría poco, si no el saber si las prescripciones contenidas en él son morales y justas. Bajo este concepto, cada médico no tiene mas que examinar su conciencia.

Si hay una profesión que exija una moralidad absoluta, es la profesión médica, puesto que se basa ante todo en la moralidad de los ejercitantes. Un médico que no fuese moral, sería un ser peligroso para la sociedad, porque dispone de la vida de sus semejantes sin que la ley pueda alcanzarle. Los delitos comunes en el ejercicio de la profesión médica son afortunadamente raros; y aun las penas capitales que han sido aplicadas por este concepto, no han estado siempre al abrigo de las incertidumbres de los juicios humanos.

Pero hay una clase de homicidio, del cual el médico que se hace culpable no tiene una perfecta conciencia, porque se deja guiar por ideas estrechas; queremos hablar de su resistencia al progreso. Si las leyes de la vida son inmutables, el arte que las aplica se modifica y ensancha, á medida que la ciencia pone á su disposición medios nuevos. Así es como se ve agrandar sucesivamente el arsenal terapéutico.

Pero hay armas médicas como armas de guerra, que deben constantemente ser simplificadas y perfeccionadas, á fin de presentar una completa seguridad, no sólo en su manejo sino en su aplicación.

Muchos médicos se sirven aún de medicamentos compuestos, cuando tienen á la mano medicamentos simples. En vano pretenderán que han obtenido de los primeros buenos resultados: su estadística, si fuese publicada, probaría lo contrario. Y, por otra parte, la expectación que la mayoría de ellos ha adoptado, prueba que no tienen ninguna confianza en la farmacopea galénica. Los que aun se sirven de ella marchan á ciegas, porque no saben lo que dan ni cuanto dan. Hay, pues, en esto un verdadero peligro para los enfermos. Decimos más: perdido el caso, es un homicidio por ignorancia ó por omisión.

Dicho esto, vengamos al juramento de Hipócrates.

«Juro por Apolo, médico, por Higia, por Panacea y por todos los dioses y diosas, que tomo por testigos, que cumpliré con todos mis medios y según mis conocimientos, este juramento tal cual está escrito.»

«Miraré como mi padre al que me ha enseñado la medicina; le ayudaré á vivir y le daré lo que necesite. Miraré á sus hijos como á mis propios hermanos, si quieren aprender esta profesión. Les enseñaré sin dinero ni obligación por escrito. Les haré conocer sus principios; les daré explicaciones extensas; les comunicaré generalmente toda la doctrina, como á sus hijos, á los y á los discípulos que se hayan matriculado y que hayan prestado el juramento según el uso de la medicina; pero no á otros que aquellos.»

Este juramento, ¿ha sido siempre observado? ¡Ah! ¡Cuántos discípulos son ingratos para con sus viejos profesores, sobre todo si tienen la esperanza de sucederles! ¡No hay intriga que no urdan, ni mequinismo propósito que no esgriman para hacer creer que no están á la altura de su posición, ni calumpnia de que no se sirvan para provocar su desaparición!

Al profesor corresponde prevenirse oportunamente, es decir, retirarse á tiempo, pues la edad es para él, no una protección, sino una traición. Será vengado por la pena del talión, porque los que se sirven de estas armas desleales, serán á su vez heridos por ellas cuando la edad haya llegado para ellos.

Sin embargo, hay una circunstancia atenuante para estas de faltas. El profesor no se mantiene siempre á la altura de su posición: sea por pereza, sea por descuido, sea por agotamiento prematuro, no sigue los progresos de la ciencia y á menudo se muestra hostil á ella. Y hasta se ha visto perseguir con encarnizamiento á sus antiguos discípulos que se habían aventurado en la vía de las innovaciones. Dubois (*Sylvius*) trataba á Vesalio de loco (*Besanus*) por haber rectificado los errores de Galeno (véanse nuestros *Etudes sur Andre Vesale*). Se necesita cierta elevación de carácter para sufrir al lado de sí, no diremos un concurrente, sino uno que nos aventaje.

No exageremos, sin embargo, el *Jurare in herba Magistri*; el libre exámen es la verdadera independencia del hombre. Pero esta libertad como todas las libertades, debe ser sometida á la razón: para

juzgar, es necesario saber y sobre todo comprender. El discípulo en los bancos es como el pájaro que recibe aún el alimento; hay alimento del espíritu, como alimento del cuerpo, pero uno y otro deben ser asimilados. Una vez desenvuelta la inteligencia, es necesario que tenga su libre vuelo y no dependa mas que de sí mismo.

Pero quien dice inteligencia, dice la justa relación de los hombres y de las cosas, es decir, la justicia en todo. Hé aquí porqué toda violencia hecha á la razón humana es un crimen. La historia nos ofrece por desgracia demasiados ejemplos.

Decimos, pues, que si el profesorado tiene derechos, tiene también deberes; y nosotros consideramos que faltan á ellos los profesores que no se mantienen al corriente de la ciencia y se muestran hostiles al progreso. ¡En vano querrán llamarse *hombres del presente* cuando deben ser también *hombres del porvenir*, porque el progreso es constante, el pasado no es mas que un principio, el porvenir una continuación, y la ciencia un desenvolvimiento continuo. El peligro del profesorado es su omnipotencia: el *Sic volo, sic juveo, sic pro ratione voluntas*.

«Yo ordenaré á mis enfermos el régimen conveniente, según mis luces y mi saber. Les defenderé contra todas las cosas nocivas. No aconsejaré á nadie recurrir al veneno, y los rehusaré á los que le pidiesen. Ante todo, no perjudicar: *primo non nocere*.»

Este precepto, mal comprendido, ha sido un obstáculo á la introducción en la práctica de medicamentos nuevos. Recuerdese las violentas diatribas del Decano de la Facultad de Medicina de entonces, Guy Patin, contra el tártaro estibiado, que llamaba *tártaro estigiado*, por las numerosas víctimas que, según él, determinaba. Lo mismo ha sucedido en nuestros días con los alcalóides. Así se acusaba al *sulfato de quinina* de producir infartos del hígado y del bazo, olvidando que esto era debido al uso grosero y masivo de la quina, que era la causa, hasta el punto que las gentes al encontrarse, en vez de fórmula usual: *¿Como está U?* se preguntaban esta otra más real: *¿Cómo va á U. con su quina?*

Compréndese, pues, los clamores que habrán estallado cuando hemos generalizado el empleo de otros alcalóides. Se pretendían que eran venenos, y como tales debían estar encerrados bajo llave en las oficinas. La escuela hubiese hecho

mucho mejor en enseñar á servirse de ellos, como lo ha hecho la dosimetría.

Preguntaremos, pues, á nuestros adversarios: ¿Por qué esta resistencia al progreso? Si por la quina se corta la fiebre intermitente, porque no ha de suceder lo mismo con las fiebres recurrentes? ¿Por qué este fetichismo que hace de estas fiebres enfermedades cíclicas, es decir que deben recorrer sus períodos llamados naturales, salvo el combatir las complicaciones, no desconociendo que éstas son la consecuencia de aquellas? ¡Ah! «Esto matará aquello», según el gran poeta Víctor Hugo, que no ha sido médico. Acaso hubiese vencido la resistencia de los alópatas con su genio, como Molière la de los galenistas por el ridículo, si hubiera consagrado su gran talento á esto.

Un solo sabio había entrevisto la ruta de Damasco en la medicina; desgraciadamente no siendo médico, temía empeñarse en ello. Del mismo modo que el gran Boerhave dió á conocer la mecánica de la congestión, él, Claudio Bernard, demostró experimentalmente la parte vital, es decir la parálisis de los nervios vasomotores. Esto debió ser el relámpago para abandonar la vieja rutina: el *sanguinare purgare*, el *clysterium domiare*, tan ingeniosamente puestos en escena por Molière en su *Mafade imaginaire*.—Pero nada se hizo; se continuó debilitando los enfermos por la dieta y la cama: *Ad lectum, ad lethum*, como dicen los antiguos. En lugar de darles aire, se les tiene acostados en la atmósfera impura de un cuarto de enfermo: en lugar de darles fuerzas con la estricnina, se les quita con los agentes expoliadores; en vez de combatir la fiebre con los alcaloides defervescentes, se les mantiene con la abstinencia. En verdad que se han descubierto, según se cree, los agentes misteriosos de las enfermedades infecciosas, los microbios de todos géneros. En otro tiempo se les llamaba *miasmas*, y se les combatía por fumigaciones guitonianas. Hoy se les trata por los fenoles. ¿En donde está la diferencia?

Pero aun admitiendo la doctrina bacteriana (porque no hay que rechazar todo lo que es nuevo), los alcaloides defervescentes se imponen para rebajar la fermentación, como el fermento de la cerveza; además de que estos preciosos agentes vienen en ayuda de la vitalidad. Combatida así la congestión, se previene la inflamación, y la anatomía patológica, que es

«la historia natural», según decía el difunto Dr. Amadeo Latour, se descarta.

He aquí lo que no cesamos de repetir á todos los que nos quieren oír; pero Midas, «el rey Midas, tiene orejas de pollino».

DR. BURGGRAEVE.

(Revista de Higiene de Barcelona.)

## FORMULARIO.

### ATONIA ESTOMACAL Y CONSTIPACION.

Tint. de nuez vómica } 2 gramos  
 — de genciana }  
 — de cort naranja. . . 10 —  
 Ext. fl. de cáscara sagrada 45—  
 Jarabe sple. . . . . 60—  
 m: cucharaditas, una antes de cada comida.

### YODOFORMO SIN OLOR

Iodoformo . . . . . 90 gr.  
 Acido fénico . . . . . 50 centgr.  
 Esencia de menta . . . . . 1 gr.

### ASMA

Fenacetina . . . . . 4 gr.  
 Sulfato de quinina . . . . . 2 —  
 Clorhidrato de amoniaco . . . 6 —  
 Polvos de cápsicum . . . . . 25 centg.  
 Sulfato de estricnina . . . . . 6 "  
 para 32 obleas una, cuatro veces al día.

### EDEMA (Comby)

Polvos de escilla }  
 — de digital } 0.50 gramos  
 — de escamonea }  
 para 10 pildoras:—tres á 5 diarias.

### QUININA SIN AMARGOR

El Dr. HUGO ENGEL recomienda la siguiente preparación:

Sulfato de quinina . . . 1 parte  
 Clorhidrato de amoniaco 1 —  
 Polvos de regaliz . . . 4 —

Se mezclan íntimamente las dos últimas sustancias, ya reducidas á polvo, se agrega la sal de quinina y se hace un electuario con jarabe ó miel.

### INHALACIONES CONTRA LA COQUELUCHE

Cloroformo . . . . . 30 gr.  
 Eter sulfúrico puro . . . . . 60 —  
 Esencia de trementina rectificada 10 —

M. Se vierte una cucharadita en una compresa, que se aplica á la boca del paciente en el momento de la crisis.

## BIBLIOGRAFÍA.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille (pres du boulevard Saint-Germain), à Paris.

*La pratique des maladies des enfants dans les Hôpitaux de Paris*, Aide-memoire et formulaire, par le Professeur PAUL LÉFERT, 1 vol. in 16 de 285 pages, cartonné. 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur LÉFERT de leur présenter en un petit volume clair et précis, la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, dans les maladies des enfants: A. BROCA, CADET DE GASSICOURT, COMBY, DES-CROIZILLES, D'HEILLY, GRANCHER, HUTINEL, KIRMISSON, LABRIC, LANNELONGUE, LEGROUX, MILLARD, MOIZARD, AUG. OLLIVIER, REDARD, DE SAINT-GERMAIN, SEVESTRE, JULES SIMON, VARIOT, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien: les angines, l'antisepsie, la bronchite, la broncho-pneumonie, la chorée, les convulsions, la coqueluche, l'acoxaigie, la croissance, la diphtérie, la fièvre typhoïde, l'incontinence d'urine, le mal de Pott, la méningite, l'ophtalmie purulente, la paralysie, la pleurésie, la pneumonie, le rachisme, la rougeole, la scarlatine, la scrofule, les stomatites, les terreurs nocturnes, les vers intestinaux.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 85 médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, renferme plus de 400 consultations sur les cas le plus nouveaux et le plus variés.

Il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris; il permet, à celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

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

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint; il n'en reste pas moins que chaque médecin a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est 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 tel 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.

\*\*

*Consideraciones sobre el exclusivismo de las teorías de la inflamación*, por el DR. JOSÉ TORRES MATOS. Habana, 1893.

\*\*

I *Traitement du pied bot varus équin par l'ablation de la plupart des os du tarse. Communication à l'Académie de médecine.*

II *De l'emploi des éssences et surtout de l'essence de cannelle ou cinnamol en chirurgie.*

par le DR. JOST CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint Louis. Paris, 1893.

\*\*

I *Address on Hygiene*, by prof. SAMUEL G. DIXON, M. D. Williamport. P. A. (U. S.) 1893.

II *The bile salts, urea, etc. as therapeutic agents—Clinical lecture by id.*

SUMARIO.—**Sección Editorial:** La nueva Municipalidad.—**Trabajos Nacionales:** Hipertrofia de la Próstata.—**Revista Extranjera:** Congreso Médico Pan Americano, [Continuación];—Sustancias incompatibles con la antipirina;—Tratamiento de la obesidad;—Diagnóstico y tratamiento de la retención fecal;—Incompatibilidades de la cocaina;—Tratamiento de la fiebre tifoidea por el ácido bórico;—Etiología de las enfermedades «á frigore».—**VARIEDADES:** El juramento de Hipócrates ó la honrraz profesional.—**FORMULARIO.**—**Bibliografía.**