

---

---

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

---

---

Organo de la Academia Nacional de Medicina

---

---

REDACTORES

1.º, Dr. José María Lombana Barreneche—2.º, Dr. Carlos Michelsen U.

---

---

## TRABAJOS ORIGINALES

---

---



### SEPTICEMIA EBERTHIANA

Los gérmenes de las enfermedades infecciosas invaden el organismo en la mayoría de los casos por los mismos puntos, y determinan lesiones locales y alteraciones funcionales generalmente las mismas; la reunión de todos estos detalles constituye la enfermedad clásica; pero sucede que la invasión se hace por otros órganos, y entonces da lugar á una sintomatología, en relación con la alteración funcional de dichos órganos, ó bien por causas más ó menos conocidas, el agente infeccioso penetra sin dejar su huella en el punto de entrada, y llevado por el torrente circulatorio va á localizarse en sitios más ó menos distantes, dando lugar á una nueva sintomatología y á lesiones anatómicas distintas. El estreptococo hará una enfermedad completamente diferente, según que se localice en la piel, en el tejido celular subcutáneo, en el útero, en el endocardio, etc.; el bacilo de la tuberculosis dará lugar á lesiones anatomo-patológicas y á sintomatologías distintas, según que se localice en los pulmones, en las pleuras, en las meníngeas, en el peritoneo, en las articulaciones, etc., y así de otros esquizomicetos; ellos conservan su especificidad según el órgano invadido; pero no la tie-

nen por su sintomatología general. Además, siendo el mismo microbio, adquiere la propiedad biológica de tomar determinadas y especiales localizaciones, como lo han demostrado Besançon y Labbé. (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, de 18 de Enero); por ejemplo, el estroptococo, que produce la erisipela, el que determina la formación de un flegmón, los accidentes de la fiebre puerperal, de la endocarditis, ó de la septicemia, etc., al ser llevado á un nuevo organismo producirá las mismas lesiones, siendo muy difícil hacerle variar la tendencia á las antiguas localizaciones; puede decirse que hay en ellos algo que está fuera del alcance de nuestros medios de investigación, que los diferencia, no obstante su aparente identidad, y que naturalmente ó por medios artificiales se pueden variar sus condiciones biológicas. El estroptococo de la septicemia inoculado, dará, en la generalidad de los casos, nacimiento á una infección general y no á una lesión local. El neumócoco, que en la mayoría de los casos produce lesiones circunscriptas al pulmón, en ciertas epidemias adquiere propiedades especiales que dan lugar á septicemias neumocócicas sumamente graves, que los antiguos llamaban pulmonías malignas; en estas epidemias no hemos de juzgar que se trata de una enfermedad distinta, sino de cambios biológicos del mismo micro-organismo, que no estamos en aptitud de conocer.

Pasando de estas consideraciones generales al estudio especial del bacilo de Eberth, véamos cuáles son sus localizaciones, cuáles las condiciones en que puede penetrar en la sangre y los síntomas que en uno ú otro caso desarrollará.

Según las teorías, consideradas hoy como verdades demostradas, la principal puerta de entrada del bacilo tífico se encuentra en el *íleon*, y sobre todo en sus últimas partes; allí es llevado por el agua que bebemos, por los alimentos que ingerimos, contaminados por los polvos que sobre ellos se asientan, ó llevados allí por las patas de las moscas que antes se hayan parado sobre excrementos animales, ó por los polvos que durante la respiración hayan penetrado en la boca, en las narices y en la faringe; una vez que por cualesquiera de estos procedimientos el bacilo ha



penetrado en el tubo intestinal, puede seguir cuatro caminos : el primero lo conduce al exterior con las materias fecales, como lo demuestra su existencia en los excrementos de personas sanas ; en este caso no han perdido su virulencia, porque no solamente los enfermos, sino los alentados, pueden llevar lejos la infección ; el segundo, los conserva adheridos á las paredes intestinales por medio del mucus ; éste ejerce una acción atenuante ó bactericida, y bajo su influencia quedan al estado de saprofitos, ó son destruídos por los fagocitos que los envuelven y los digieren ; el tercer camino los lleva á invadir la pared intestinal, en este caso darán lugar á las lesiones anatomo-patológicas clásicas de la fiebre tifoidea ; invadido el tejido linfoideo de la pared intestinal empiezan á multiplicarse, producen sustancias de quimiotaxia positiva, consecuentemente los vasos se dilatan, hay detención en la circulación capilar, con diapedesis de glóbulos blancos y muy pocos glóbulos rojos, trasudación del plasma sanguíneo modificado, al través de las paredes capilares, y los consiguientes fenómenos de tumefacción, rubicundez, calor y dolor ; el estado local será más ó menos grave según el número y virulencia de los bacilos, y sobre todo según el poder defensivo del organismo ; cuanto más enérgico sea éste, mayor será la reacción local ; este estado producirá todos los síntomas abdominales de la dotiententeria en una gama ascendente directamente proporcional á ella ; la enfermedad será, por decirlo así, una afección netamente intestinal, siempre que las fuerzas defensivas impidan de modo eficaz la penetración bacilar en el torrente circulatorio, observándose apenas como fenómeno general de importancia, la elevación de la temperatura ; tipo puro de esta forma entre nosotros, es la fiebre tifoidea de los niños ; en quienes son tan escasos los fenómenos de absorción que el hígado sufre muy poco, y es, por lo tanto, excepcional en ellos la albuminuria ; no obstante la fácil irritabilidad de su sistema nervioso sólo lo afecta en pocos casos ; en los adultos la influencia deletérea del bacilo sobre los intestinos es mucho más marcado, llega hasta la ulceración, cosa que raramente sucede en los niños, y entonces á los fenómenos abdominales se agregan los de absorción de productos en las superficies esfaceladas, dando

lugar, además de los fenómenos abdominales, á otras de absorción que alterando el hígado y el riñón, dan origen á la albuminuria, y perturbando el aparato vaso-motor á las congestiones pasivas generales y á la depresión orgánica; tomando la forma que se ha llamado adinámica; ésta rara vez se encuentra pura, porque las asociaciones microbianas y las invasiones bacilares, como veremos más adelante, la complican. El bacilo puede franquear la primera barrera que le presenta el tejido linfoideo de las paredes intestinales, y entonces llega á los ganglios mesentéricos, que se infartan también lo mismo que el bazo; pero siempre queda la afección netamente abdominal; presentando por síntomas generales las manifestaciones adinámicas, consecutivas á la absorción de los tomainos y leucomainos producidas en las ulceraciones y en el contenido intestinal. El cuarto camino que sigue el bacilo es su penetración en el torrente circulatorio, éste puede efectuarse después de haberse localizado en el intestino, y entonces á los fenómenos abdominales se agregarán los cerebrales, pulmonares ó cardíacos, según la localización á que mejor se adapte el bacilo en el caso particular de que se trata, ó según la menor resistencia orgánica de cada una de las vísceras. La fiebre se llamará de forma ataxo-adinámica, ó simplemente atáxica; de estas últimas quiero ocuparme principalmente, por la semejanza que tiene con las descripciones del *Typhus fever* de los ingleses.

Sucede que el bacilo de Eberth, como el estroptococo, como el neumococo, como el de Koch, el de la peste de Oriente, etc., adquiere propiedades biológicas especiales, que le permiten penetrar en el organismo, sin dejar huella de su paso, es decir, sin lesión local; entonces sea que entre por la vía indirecta de los linfáticos, ó por la vía sanguínea, irá llevado por el torrente circulatorio á localizarse en los lugares que le sean más favorables: el sistema nervioso, la piel, los pulmones, etc., determinando lesiones especiales en esos puntos y sintomatologías también diferenciadas; sobre la piel producirá manchas por embolías capilares, verdaderos infartos hemorrágicos; tapado el ramo terminal aferente habrá una isquemia en el territorio vascular, que, como en él, falta el *vis a tergo*; sus vasos serán llenados más tarde por la sangre



que viene de adelante á atrás, quedando allí estancada; durante esta faz la presión del dedo hará salir la sangre detenida, y por lo tanto la mancha palidecerá, y así sucederá durante toda la enfermedad si otros factores no influyen; éstos serán una descomposición de la sangre, que da por resultado que la ya comprometida nutrición del vaso trombosado, empeora, y sus paredes dejan salir la sangre de su interior, y entonces pasa el infarto de rojo que era á ser hemorrágico; esta es la explicación de la formación de las petequias de la piel; mientras mayor sea el número de bacilos que penetren en el torrente circulatorio, mayor será el número de vasos obturados, mayor será el número de petequias, mayor será la alteración ó disolución de la sangre, y, por consiguiente, mayor también la gravedad del pronóstico, y menores ó nulas las lesiones locales.

Esto último es un hecho demostrado por la *experimentación*; véamos algunos ejemplos; estudiemos el mismo bacilo de Eberth en los puntos que hoy son clásicos: en la fiebre tifoidea de los niños, las lesiones de las placas de Peyer son muy poco marcadas (Langenbech), es decir, el organismo no se ha defendido contra la infección en su primera trinchera; en cambio, los ganglios linfáticos del mesenterio están muy abultados, porque en ellos se ha hecho la verdadera defensa; cuando las placas y los ganglios están afectados, se observa que los ganglios que corresponden á las placas más infiltradas, son más pequeños que los que están en relaciones con los que presentan menores alteraciones; la esplenotifoidea está caracterizada por lesiones intestinales poco marcadas ó nulas; en cambio, el bazo está considerablemente aumentado de volumen; según Woodward, en la fiebre tifomalárica, las lesiones intestinales están muy poco desarrolladas; en cambio, los ganglios mesentéricos se hipertrofian, el bazo y el hígado aumentan de volumen; en la fiebre tifoidea experimental, cuando se desarrolla una grande infiltración purulenta en el lugar de la inoculación subcutánea del cultivo bacilar, no se produce la infección general (Sanarelli). Con el estroptococo se observa que cuando en el punto de inoculación se forma un absceso, no hay septicemia; cuando no hay reacción, la infección se generaliza. En los

animales no vacunados contra el carbón, no se desarrollan lesiones en el punto de la inoculación; en cambio los fenómenos de septicemia son mortales; en los refractarios hay violenta reacción local, y la septicemia es nula. Lo anterior demuestra que las lesiones escasas ó nulas de las paredes intestinales y de los ganglios mesentéricos son un signo de la virulencia del bacilo, y del poco poder defensivo del organismo, que se deja invadir, y entonces se produce una enfermedad generalizada en lugar de una enfermedad local; esto explica por qué la gran confluencia de las petequias es de un pronóstico tan sombrío.

Las embolías bacilares se localizan también en el cerebro y las meníngeas, determinando infartos como los de la piel, que después de pasar por sus primeros períodos llegan al estado hemorrágico, produciendo una hemorragia punteada; y el edema cerebral y el tinte rojo hortensia de la sustancia gris; comparables son estas alteraciones al aspecto edematoso y á la rubicundez de la piel de los febricitantes. Según Raymond, la mayor ó menor gravedad de la enfermedad se encuentra en relación directa con las lesiones cerebrales de que acabo de ocuparme, y como estas lesiones obedecen á las mismas causas que las cutáneas, éstas servirán de guía preciosa en el pronóstico, como antes lo dije.

Otras localizaciones menos frecuentes es verdad, puede tener el bacilo de Eberth; en la laringe, dando lugar á los síntomas del laringo-tifus, forma poco conocida entre nosotros; en los bronquios produciendo la bronquitis; en los pulmones desarrollando pulmonías, que pueden ser en unos casos la manifestación local inicial y en otros observados con relativa frecuencia en el curso de este año, fenómeno secundario, es decir, septicémico; en las pleuras dando lugar á derrames que llegan hasta tomar el carácter purulento, etc. Muy importante sería tomar el bacilo en cada una de estas localizaciones, cultivarlo é inocularlo en animales para estudiar su persistente tendencia á establecerse en órganos determinados, como se ha demostrado experimentalmente con el estroptococo; y como lo demuestra en cada epidemia, y en esto hablo en general, la mayor frecuencia de las loca-



lizaciones sobre tal ó cual órgano ó aparato, siendo la causa de por qué en unas epidemias predominan las complicaciones pulmonares, en otras las cerebrales ó gastro-intestinales, etc.; ya antes dije, concretándome á la fiebre tifoidea, que la pulmonía ha sido en este recrecimiento de la endemia mucho más frecuente que en años anteriores; los casos de que he tenido conocimiento, todos han terminado fatalmente.

Las formas cerebrales de la fiebre tifoidea son producidas, pues, por la localización del bacilo en el cerebro, donde pueden llegar hasta producir una verdadera meningo-encefalitis (Fernet), y no como creen algunos autores que el bacilo de Eberth, que produce las formas atáxicas no da las mismas toxinas que el que origina el tifo ambulante, el tifo abdominal y el tifo con retardo del pulso; el origen de estas diferentes formas está, pues, en la tendencia que adquiere ocasionalmente el bacilo y que después en la serie sucesiva de generaciones, conserva, á localizarse en determinados órganos, explicando esto por qué faltan las lesiones anatómo-patológicas que se han considerado como características de la infección ebertiana.

En el *typhus fever*, que por algunos síntomas se acerca á la septicemia tifoidea de localización cerebral, las lesiones encefálicas son, según Popoff, las mismas que en la fiebre tifoidea; hé aquí su descripción: "En el cerebro se presentan hemorragias meníngeas y edema de la piamadre; infiltración de las células ganglionares por células redondas, acumulación de células redondas en los espacios periganglionares y en los linfáticos adventicios de los vasos sanguíneos y á lo largo de las fibras nerviosas; infiltración pigmentaria en las células ganglionares, descrita antes por Hoffinan y especialmente abundantes en las células de los cuerpos estriados y tálamos ópticos; en algunos puntos se encuentran gránulos libres de pigmentos, perceptibles microscópicamente. En el cerebro se percibe, lo mismo que en los otros órganos, la degeneración grasa de los vasos sanguíneos." Estas lesiones son las mismas que se encuentran en las placas de Peyer, cuando están alteradas en la infección ebertiana; infiltración del tejido por células leu-



cocitarias y muerte del tejido que en un caso se traduce por ulceración y en el otro por degeneración grasa, en ambos puede repararse la mortificación por neoformación de tejido conjuntivo, necesariamente en la placa linfática, ocasionalmente en los centros nerviosos, llegando hasta dar nacimiento á la esclerosis. La fiebre tifoidea figura con frecuencia en la etiología de la esclerosis en placas (Chantemesse). Esta paridad de las lesiones cerebrales en dos afecciones que hoy se consideran distintas y que figuran á la cabeza de las afecciones tíficas, hace que no sorprenda mucho leer en el Tratado de Patología interna de Eichhorst, al ocuparse de las lesiones gastro-intestinales del tifo exantemático, lo siguiente: "La membrana mucosa gastro-intestinal está en algunos casos tumefacta é hiperémica. Virchow ha encontrado en la mucosa gástrica grietas, de las cuales habían procedido las hemorragias; en la mucosa intestinal se desarrolla, no pocas veces, la tumefacción de los folículos solitarios y agmineos; para nosotros es dudoso si se forman ulceraciones en las partes superficiales, y en todo caso es éste un accidente puramente excepcional. En algunos casos están ligeramente tumefactos é hiperémicos los ganglios linfáticos." Nada de particular tiene que si cuando al escaparse unos bacilos de las placas de Peyer y localizarse en el cerebro determinan lesiones macro y microscópicas idénticas á las que produce el agente del tifo en ese órgano, este agente, al escaparse y localizarse en el sistema linfático del tubo digestivo, determinen lesiones que se acerquen bastante á las del tifo abdominal en sus formas más benignas. Es posible que un porvenir no lejano, cuando se descubra el agente patógeno del tifo exantemo-petequial y se conozca mejor la biología del bacilo de Eberth, nos dé sorpresas inesperadas.

De todo lo anterior se deduce que el bacilo de Eberth determina lesiones locales en la puerta de entrada, y que á ella queda circunscripta la invasión microbiana, forma abdominal pura ó con complicaciones colibacilares; ó que aun cuando haya lesiones locales, viene después una septicemia, con complicaciones más ó menos graves, generalmente nerviosas; ó que no haya lesiones locales, y la septicemia sea el accidente primitivo, viniendo en segundo lugar las localiza-



ciones, de preferencia las cerebrales, con grande alteración de la sangre y degeneraciones consecutivas, principalmente del miocardio; á la primera categoría corresponde la fiebre tifoidea pura y sencilla, á las complicaciones colibacilares las formas adinámicas, á la septicemia secundarias las formas ataxo-adinámicas con predominio de unos ú otros síntomas, y á la tercera categoría las formas atáxicas desde el principio, que siempre son las más graves, tanto por los síntomas nerviosos como por la disolución de la sangre.

Estudiemos separadamente cada una de estas formas y tratemos de explicar su respectiva sintomatología:

Cuando el bacilo tífico queda circunscripto en su marcha invasora á los ganglios linfáticos mesentéricos y á los folículos aislados ó agmíneos de la mucosa intestinal, la enfermedad evoluciona como una enteritis aguda específica, con exudación abundante al través de las paredes intestinales y una mayor actividad del peristaltismo; los fenómenos se reducirán á los que naturalmente se desprenden de esta situación: diarrea, dolor en la fosa ilíaca (porque en esa región se encuentran los intestinos enfermos), gorgoteo cecal por la mezcla que de gases y líquidos se produce con la presión de la mano, y como fenómeno general una fiebre que irá subiendo paulatinamente en proporción del aumento diario del número de microorganismos, y, por consiguiente, de las toxinas que ellos producen; la circulación de estas toxinas no determina otras alteraciones que algún aumento del volumen del bazo, sin lesiones hepáticas ni renales y por consiguiente sin eliminación de albúmina con las orinas; este tipo perfecto lo observé recientemente en un estudiante de Medicina; la enfermedad evolucionó pura, en toda su pureza, sin el menor síntoma adinámico ó atáxico, sin perturbaciones cardíacas, y esto que la temperatura osciló durante quince días entre  $39^{\circ}5$  y  $40^{\circ}2$ ; como para que no todo se pasara tan tranquilamente, hubo en los últimos días un foco pequeño de pleuresía del lado izquierdo. Los casos de esta naturaleza demuestran que la tifotoxina no tiene otra propiedad general que la peritóxica; pero bajo su influencia el colibacilo se multiplica de una manera prodigiosa, á la vez que se exalta su virulencia y queda siendo casi el único hués-

ped microbiano del intestino, porque hasta el mismo bacilo de Eberth desaparece de las placas á medida que progresa la lesión (Broquardel), cosa perfectamente explicable, porque los bacilos patógenos viven en los tejidos vivos, y cuando éstos mueren, ó su vitalidad no es suficiente, van retirándose de las partes que no les suministran los elementos necesarios, ó mueren en ellas; esto se observa en la célula invadida por los bacilos de la tuberculosis, á medida que la parte central del protoplasma celular muere, los bacilos van dirigiéndose hacia la periferia, formando una especie de corona. La exaltación de la virulencia colibacilar y la invasión de la ó las placas de Peyer afectadas por este microbio y algunos otros saprofitos, da lugar á nuevos fenómenos generales, debidos á la absorción de toxinas colibacilares, de productos de descomposición pútrida de los colgajos esfarcelados, y de los productos de la misma cavidad intestinal. Entre los accidentes que pueden producir estas sustancias, están bien determinados los que corresponden á las toxinas colibacilares por experimentos practicados en el conejo. Según Gilbert, la intoxicación en el conejo comprende tres períodos, que están caracterizados: el primero por debilidad muscular, que llega hasta resolución completa, por temblores fibrilares, midriasis, anestesia cutánea y sensorial y por una soñolencia progresiva que conduce al coma; en el segundo se agregan á los síntomas anteriores, movimientos convulsivos, nistagmus é hiperexcitabilidad refleja de la piel y de los órganos de los sentidos; por último, en el tercero la miosis reemplaza á la midriasis y se produce una contracción tetánica generalizada y muy violenta, que se prolonga hasta la muerte. Los conejos sucumben rápidamente cuando la intoxicación ha llegado al período tetánico; cuando no ha pasado de los dos primeros, los síntomas se disipan con rapidez, y los animales pasan de la intoxicación aguda á la crónica, caracterizada por soñolencia, pérdida de fuerzas, demacración y diarrea. Este estado puede terminar por la curación, pero con más frecuencia por la muerte, y en la autopsia se encuentra el intestino congestionado y sembrado de ulceraciones y escaras.

De la influencia, pues, que la tifotoxina ejerce sobre el



bacilocoli, de los síntomas que la intoxicación por sus productos desarrolla en el conejo, y del poco conocimiento que se tiene del modo como los productos del bacilo de Eberth obran sobre el organismo, se puede deducir que los accidentes adinámicos son consecutivos en su mayor parte á la intoxicación colibacilar, porque precisamente se desarrollan en el período de ulceración de las placas, es decir, cuando habiendo disminuído mucho los bacilos de Eberth, han aumentado los colibacilos y se ha exaltado su virulencia. No siempre la infección ebertiana queda, como antes se ha dicho, circunscripta al sistema linfático abdominal, sino que una parte de los bacilos penetran en el sistema circulatorio llevando la infección á todo el organismo, pero limitándose principalmente en sus localizaciones á los centros nerviosos y á la piel; en estos casos darán lugar á las embolías que producen las hemorragias cerebrales punteadas y las manchas rosadas ó petequias cutáneas; la mayor ó menor cantidad de invasores será indicada por el mayor ó menor número de manchas y la mayor ó menor intensidad de los síntomas nerviosos; influenciados éstos también por su localización en el cerebro y por su virulencia; la influencia deletérea sobre la sangre y los vasos, será proporcional á la abundancia de las petequias y á sus dimensiones; que los fenómenos atáxicos están en relación con las localizaciones microbianas, lo demuestra la presencia de los bacilos en el cerebro, y como lo dice Raymond, antes citado, la relación que hay entre las lesiones anatomopatológicas y la intensidad de los fenómenos atáxicos; que las manchas rosadas son producidas por embolías ebertianas, lo ha puesto en evidencia Newhauss; y de todos es sabido que la tendencia á las hemorragias en las enfermedades infecciosas, está en relación con la disolución de la sangre y consecutivamente con la alteración de los vasos. Estas formas de septicemia secundaria constituyen el tipo ataxo-adinámico de la fiebre con predominio de unos ú otros según las circunstancias.

Hasta aquí hemos venido, si podemos decirlo así, siguiendo el camino de los hechos casi unánimemente aceptados; en adelante vamos á entrar en un terreno que apenas se empieza á pisar, es decir, en el de la fiebre tifoidea sin lesio-

nes locales, es decir, en la septicemia ebertiana no secundaria sino primaria. En este caso, suponiendo que el bacilo éntre por el tubo digestivo, pasa por su sistema linfático sin producir alteración, su virulencia es tal, que lejos de atraer los fagocitos, los repele; hay una quimiotoxia negativa, se multiplica prodigiosamente sin que haya la menor reacción inflamatoria, y en poco tiempo, penetrando en la sangre, se esparcirá por el organismo dando lugar á las formas atáxicas precoces; pasa con esta septicemia como con la producida por el bacilo de la peste; en ésta no existen las lesiones ganglionares, el microbio penetra, pues, sin dejar la huella de su entrada, se multiplica, y al penetrar en la sangre y esparcirse por todo el organismo, se localiza secundariamente, de preferencia en los pulmones, esta septicemia pestosa es casi siempre mortal; la ebertiana, siendo muy grave, como lo ha demostrado la dolorosa experiencia de estos últimos años, no es, sin embargo, tan fatal como aquélla. Falta para la comprobación material de estas ideas encontrar en los casos clasificados de septicemia tifoidea, el bacilo específico en el cerebro y en las manchas cutáneas, y falta si en ellos no se encontraren, presentar el que produce las lesiones en estos casos; porque mientras esto último no suceda, podrán acusarse de deficientes los medios de que hasta ahora se dispone para descubrir el bacilo según sus diferentes modos de ser.

---

## REPRODUCCIONES

---

### EL BAZO ESTUDIADO CON EL FONENDOSCOPIO

#### SUS VARIACIONES DE VOLUMEN

(Del *Journal de Méd. et de Chir.*)

La fonendoscopia es un procedimiento de exploración que todavía se usa muy poco, pero que da resultados inte-



resantes, cuando se emplea por maños ejercitadas. Hoy nos ocupamos de un estudio muy completo hecho por el Dr. Torton, sobre las dimensiones del bazo, al estado fisiológico y al estado patológico. Sabemos que los resultados que da la percusión ordinaria son relativamente groseros para esta clase de investigaciones; con el fonendoscopio, por el contrario, se pueden apreciar cambios de volumen muy delicados. Indicaremos algunos de los resultados que se han obtenido.

Al estado fisiológico el volumen del bazo cambia constantemente durante el día; en un individuo ayuno, por la mañana al despertarse está reducido á su *mínimum*; se mantiene en su volumen normal durante el día, aumenta gradualmente por la tarde y en las primeras horas de la noche, y disminuye después hasta la mañana. El bazo aumenta de volumen durante la digestión intestinal y vuelve á su volumen normal cuando ésta termina.

El Dr. Bianchi ha observado que "después de la ingestión de los alimentos, los órganos aumentan de volumen en el orden siguiente: primero el estómago, después el hígado y algunas horas más tarde el bazo."

Estos cambios de volumen del bazo durante el día, y en el período de la digestión, muestran la importancia de indicar la hora en que se hace el examen fonendoscópico de este órgano y la hora de la última comida.

Las profesiones tienen cierta influencia sobre el volumen del bazo. En los individuos que caminan y que trabajan mucho es más pequeño que en los que guardan reposo ó que tienen ocupaciones que los condenan á la vida sedentaria. En los últimos concursos de Sports de 1900, se demostró por la proyección fonendoscópica del bazo que los corredores son los individuos que lo tienen más pequeño. La influencia de la temperatura sobre el volumen del bazo es considerable, disminuye con el frío y aumenta con el calor, con extraordinaria rapidez.

La posición del bazo varía con la edad, el sexo ó la preñez, el momento de la digestión, los esfuerzos más ó menos prolongados, y según el Dr. Bianchi con los cambios de

temperatura: en estío está más bajo y al mismo tiempo más grande, en invierno más alto y más pequeño.

Las profesiones y los hábitos tienen grande influencia sobre las dos localizaciones del bazo; algunos lo hacen subir, sin que por esto desaparezcan las otras variaciones de sitio, que hasta son más marcadas; los grandes caminadores tienen muy bajo el bazo, mientras que los ciclistas lo tienen muy elevado; esto lo demostraron los exámenes que se hicieron en el velodromo del Parque de los Príncipes, en el mes de Agosto de 1898, después de una carrera de 72 horas. En estos individuos el bazo estaba considerablemente disminuído, y su posición era muy elevada en comparación de la que tenía antes de la carrera.

Desde el punto de vista patológico, el bazo suministra datos importantes. De una manera general, la disminución de su volumen indica una nutrición incompleta del organismo debido á una alteración general, cuya causa se tratará de averiguar. Cuando hay hipertropia esplénica, sin otro síntoma, debe pensarse en una lesión orgánica latente, ya local, ya general, siendo elemento precioso para un diagnóstico precoz. Se sabe que en la evolución de las enfermedades febriles, el volumen del bazo aumenta ó disminuye en razón directa de la gravedad de la infección que produce la hipertermia; su aumento indicará, pues, el grado de gravedad de la infección y la marcha que sigue, así como su disminución señalará una disminución en ella, y su volumen fisiológico la vuelta completa de la salud.

En el servicio del Dr. Mathieu, en el Hospital Andral, ha observado M. Fortin en un tífico una relación íntima entre el volumen del bazo y el grado de la fiebre, lo mismo que la acción constrictiva que el baño frío produce sobre este órgano.

Las variaciones de volumen del bazo, en la sífilis, puede dar datos preciosos. Sin citar los exámenes hechos por el Dr. Bianchi y por el Dr. Julien Saint Lázare, se puede recordar que los Dres. Beurmann et Delhem, han hecho 200 exámenes fonendoscópicos en el Hospital Broca, en individuos atacados de sífilis, desde el chancro de cuatro



días, hasta doce y quince años. Los resultados de sus exámenes son éstos: el bazo era enorme (10, 12, 14 centímetros) en la sífilis con chancro de los hombres, y era grande proporcionalmente en las mujeres. En el período secundario de los sífilíticos, siempre que había una recrudescencia de la enfermedad, aumentaba el bazo de volumen. En las sífilis más antiguas, cuando no había accidentes generalizados, el bazo era pequeño; pero aumentaba cuando había una nueva recrudescencia, ó que estaba á punto de producirse. Este es, pues, un buen criterio de diagnóstico entre el chancro sífilítico y el chancro blando, y también un medio para conocer con anticipación cuándo se va á producir una exacerbación en la evolución de la sífilis.

El examen fonendoscópico tiene también un interés muy notable en el pronóstico: un bazo que durante una fiebre ó una infección se mantiene en límites muy discretos, por regla general inspirará confianza en el resultado final de la enfermedad; por el contrario, un bazo que aumenta sin cesar, á pesar de los esfuerzos terapéuticos, nos indicará que tal vez se trata de una infección grave de pronóstico sombrío. En el estado de salud aparente, un aumento ó una disminución del bazo deberá hacernos sospechar siempre, una causa latente de infección ó un defecto de nutrición del organismo. En este caso se podrá pronosticar una enfermedad próxima ó una lesión latente. Si después de la curación aparente de una enfermedad queda el bazo hipertrofiado, se debe concluir que permanece latente dentro del organismo, un elemento infeccioso, y que es de temerse una recaída ó una lesión consecutiva del bazo.

Durante la convalecencia de las enfermedades febriles, el bazo está más ó menos retraído, vuelve á su volumen normal con la salud perfecta.

En fin, cuando en una enfermedad crónica el bazo disminuye de volumen, de modo persistente, á pesar de una buena higiene y de una alimentación reparadora, se debe declarar que la enfermedad es grave.



## EL LUMBAGO Y SU TRATAMIENTO

POR A. F. P LICQUE

La variedad más común es el lumbago reumático, que aparece después de un enfriamiento, sobre todo cuando el cuerpo está humedecido por el sudor; viene en seguida el lumbago traumático, que se distingue del primero por su aparición repentina después de un esfuerzo efectivo, violento y conocido por su irritabilidad, sobre todo á la presión, y á veces por una resistencia profunda producida por un ligero derrame sanguíneo; esta afección es netamente local, mientras que el lumbago reumático, va acompañado de curvatura, malestar general, ligero embarazo gástrico y hasta un poco de fiebre; cuando se señala como causa del dolor un esfuerzo insignificante, no debe abrigarse la menor duda sobre la naturaleza reumática de la afección. El lumbago es á veces el primer síntoma de la fiebre tifoidea, de la influenza y sobre todo de la viruela; pero en estas afecciones mientras llegan los signos diagnósticos de certidumbre, junto con el dolor viene la fiebre, la ansiedad, la cefalalgia, los vómitos, etc., etc. La nefritis aguda puede tomarse por un lumbago; pero las orinas turbias, escasas, albuminosas y á veces hematóricas, junto con la aparición de edemas, no dejarán dudas sobre la verdadera naturaleza de la lesión. Muchas otras afecciones pueden producir dolores lumbares, reflejos, como las enfermedades uterinas, los aneurismas, los abscesos osifluentes, el riñón flotante, el cólico nefrítico; algunas veces las hemorroides y la constipación; en los lumbagos prolongados y poco francos se debe pensar en la posibilidad de la existencia de un mal de Polt y en la meningomielitis.

La blenorragia es también causa frecuente del lumbago, que algunas veces es de origen reumático; pero que á menudo es producido por el uso del sándalo y de los balsámicos, sobre todo cuando se toman con las comidas; en otros casos el lumbago blenorragico indica una complicación más seria, nefritis ó meningomielitis, ó toma su origen simplemente en una aztropatía desconocida. La uretritis crónica y



sobre todo las estrecheces de la uretra, explican algunos casos de lumbagos tenaces, ó de repetidas recaídas. La sífilis, desde sus primeros períodos, se acompaña con frecuencia de dolores ó de curvaturas lumbares, que se diagnosticarán, porque tienen su *máximum* en las primeras horas de la noche, porque aumentan bajo la influencia del calor de la cama y por el insomnio que los acompaña. Las exóstosis, la nefritis, la meuingomielitis y los aneurismas sífilíticos, pueden dar lugar á dolores lumbares; el diagnóstico en todos estos casos es muy importante; porque el tratamiento específico curará el dolor y su causa.

En el lumbago reumático, cuando el enfermo es vigoroso, las emisiones sanguíneas, ventosas, secas ó escarificadas, y las sanguijuelas, alivian mucho y acortan su duración; el baño de vapor tiene una acción menos segura, unas veces alivia, pero en lo general aumenta el dolor, como lo ha observado Bouchard; también calman el dolor las aplicaciones calientes (esponjas, fomentos, ladrillos, calentadores). Viene después la larga serie de tópicos calmantes: la trementina, de reputación clásica, en parte merecida; el bálsamo Fioraventi, que Bouchard asocia al cloroformo, en la proporción de tres á uno, y que aplica durante cinco minutos ó menos, si el escozor fuere muy intenso, en una compresa humedecida, que, colocada sobre la piel, se cubre con un trapo mojado en agua fría. Solis Cohen usa, con muy buen efecto, una mezcla á partes iguales de mentol, alcanfor ó hidrato de cloral. El masaje, durante el período agudo, se hará con suavidad y moderación. Las pulverizaciones superficiales sobre una grande extensión, con el cloruro de metileno, son también muy útiles y preferibles siempre á una pulverización muy intensa y más localizada. En los lumbagos prolongados es muy eficaz la faradización con el pincel, usando una corriente tan intensa como la soporte el enfermo, fustigando con el pincel la región hasta ponerla roja. Duchene aconseja que antes de aplicar la corriente eléctrica se seque muy bien la región con franela caliente ó con polvo de arroz; esta revulsión es un poco desagradable y dolorosa.

La inyección intrarraquidia de cocaína (Achard, Marie, Guillaín) aun á pequeñas dosis da muy buenos resulta-



dos; pero la enfermedad no autoriza esta intervención. (Debove y Millard).

Sicard ha practicado, con éxito completo en dos casos, y con mejorías de dos á tres días en muchos otros, la inyección epidural entre la duramadre y la pared ósea al través del ligamento coccigio, sin accidentes tóxicos y medulares; cuando ha reaparecido el dolor ha sido menos intenso.

Las inyecciones subcutáneas de 5 cent. cub. de suero de Hayen alivian muy bien, lo mismo que las de agua pura, pero éstas son muy dolorosas; para evitar el hábito de la morfina se prescindirá hasta donde se pueda de esta droga, usando al mismo tiempo inyecciones de antipirrina y cocaína, muy eficaces en lo general.

Antipirrina.....	5 gramos.
Cocaína.....	10 centigramos.
Agua destilada.....	10 gramos.

R. Inyección hipodérmica de antipirrina y cocaína.

En el lumbago traumático son especialmente útiles el masaje y el baño caliente; el masaje moderado hecho todos los días acelera la absorción del derrame sanguíneo, condición indispensable para la cicatrización de las fibras musculares; los baños de agua pura obran lo mismo que los alcalinos y sulfurosos, estos últimos pueden tener una influencia psíquica útil. Las ventosas son en estos casos menos eficaces que en el lumbago reumático, y cuando la ruptura muscular ha producido un hematoma aparente es mejor prescindir de ellas. Como tópico capaz de activar la absorción del derrame sanguíneo, se prescribirán compresas empapadas en la solución siguiente:

Clorhidrato de amoníaco.....	20 gramos.
Tintura de árnica.....	10 gramos.
Agua.....	500 gramos.

Estas compresas se aplicarán tibias, y se cubrirán con un tafetán engomado.

Los medios indicados antes para el lumbago reumático dan resultados mediocres cuando hay ruptura muscular, y con razón se consideran como que estimulan ó exageran el



dolor en los verdaderos heridos ; á éstos los cura en ocho ó diez días el masaje; si después de este tiempo persistieren los dolores, se sustituirá el masaje con la faradización al pincel, y la revulsión con los puntos de fuego.

Como tratamiento general, aconseja Martinet la esencia de trementina en cápsulas, ó mejor, en lavativas (2 gramos de esencia emulsionados en una yema de huevo en una gran lavativa de agua tibia); además se pueden administrar algunos diuréticos (estigmates de maíz, colas de cereza, leche lactosada), bebidas calientes, purgantes salinos, en caso de fiebre, anorexia ó constipación. En el lumbago reumático, el salicilato de soda, el salol y la antipirrina no tienen casi acción ; en el sífilítico, al principio algunas dosis de mercurio y pequeñas cantidades de yoduro (20 á 30 centigramos por día) dan muy buenos resultados; contra el lumbago sífilítico tardío se instituirá un tratamiento mixto intensivo á altas dosis. El tratamiento de la clorosis, de la anemia, de la neurastenia, de la constipación, influyen favorablemente. Para prevenir las reincidencias, son muy importantes ciertas indicaciones higiénicas, como vivir en habitaciones secas y sanas ; el uso de un cinturón de franela ; la prohibición de excesos sexuales. Para Gueneau de Mussy, el sulfato de quinina al interior es el mejor medicamento contra las neuralgias lombo-abdominales, producidas por congestiones utero-ovarianas y metrorragias. Contra los violentos dolores lumbares que se observan en algunos casos de métritis artríticas, aconseja Cheun, de preferencia al tratamiento local, el uso del salol, en cuatro dosis diarias de cincuenta centigramos cada una, tomadas antes de las comidas ; y la aplicación sobre la región dorso-lumbar por la mañana y por la tarde de esta pomada :

Salol en polvo.

Vaselina.....	a. a.	60 gramos.
Blanco de ballena.....	C. S.	

La radiografía puede ser muy útil para diagnosticar el lumbago consecutivo á un aneurisma de la aorta torácica descendente ó abdominal, á cálculos nefríticos ó á exóstosis.



## CIRUGIA

## DE LA INCISIÓN EXPLORADORA EN LOS TUMORES DUDOSOS

*Par Quenu chirurgien de l'hôpital Cochin (Presse Médicale, 26 de Junio).*

El autor estudia las ventajas que se desprenden de la intervención precoz en caso de tumores, sin esperar á confirmar su carácter benigno ó maligno, porque cuando esto sucede es ya tarde para una operación que tenga resultado terapéutico útil; los signos de certidumbre de la malignidad de un tumor serían sus adherencias á la piel ó á los planos profundos, la invasión ganglionar, el crecimiento rápido y la influencia perniciosa sobre el estado general, lo que constituye otros tantos obstáculos para una ablación completa, al abrigo de una rápida reincidencia ó de la generalización. Las incisiones precoces las aconseja no sólo para los tumores fácilmente accesibles, sino para los tumores abdominales, sirviéndose de la laparotomía exploradora. Hé aquí la regla de conducta que aconseja: Hacer la incisión y extraer el tumor; separado éste del cuerpo lo examina macroscópica y microscópicamente: es un tumor benigno, la operación queda terminada; es maligno, arregla su conducta á este último carácter; termina diciendo: "Fácilmente se comprenden las ventajas de la incisión exploradora en los tumores dudosos; gracias á ella se puede oponer exactamente á las indicaciones la intervención que les conviene; no se peca ni por exceso, lo que es malo, ni por defecto, lo que es peor; porque si para un cirujano es desagradable reconocer, después de la ablación total de un seno, la benignidad evidente de la lesión, es mucho peor persuadirse de su malignidad no dudosa, en un momento en que no es posible la operación radical."

## HERIDAS PERFORANTES DEL ABDOMEN

*par le Dr. E. Vincent, chirurgien major de la charité de Lyon.—Revue de Chirurgie (10 de Julio).*

De las investigaciones estadísticas de M. Wassilief resulta que la mortalidad por heridas abdominales causadas



por armas de fuego es, por término medio, 63 por 100 cuando se interviene, y 25 por 100 cuando se abstiene; en las heridas por instrumentos cortantes la mortalidad es para los laparotomistas 24 por 100, y solamente 12 por 100 para los abstencionistas.

Después del estudio detallado de tres observaciones, el autor establece estas conclusiones :

1.ª No hay reglas absolutas en cirugía clínica, trátase de heridas abdominales ó de otras partes del cuerpo;

2.ª En las *heridas por armas de fuego* parece más prudente abstenerse de toda intervención precoz, porque las lesiones posibles son *incertæ sedis*, porque las perforaciones pueden ser muy numerosas para suturarlas todas, y porque pueden formarse adherencias peritoneales capaces de impedir la salida de los líquidos intestinales;

3.ª En las contusiones por coces, parece más indicado proceder á una laparotomía, porque la fuente de las hemorragias, ó el sitio probable de los esfacelos, son ó pueden ser accesibles á una investigación no perjudicial, que en algunos casos da origen á una intervención útil;

4.ª En las *heridas por instrumentos perforantes* (venablos, picas, etc.), probablemente es más ventajosa la abstención, y aguardar á los fenómenos reveladores de una perforación, de una peritonitis, de una hemorragia grave; poniendo entre tanto las heridas bajo la influencia benéfica de la refrigeración local por el hielo, del reposo, de la dieta y del opio. Los intestinos huyen con mucha facilidad de las puntas vulnérantes agudas ú obtusas;

5.ª En las *heridas por instrumentos cortantes*, cuchilladas, sablazos, bayonetazos, la expectación armada es igualmente preferible, cuando la penetración del instrumento llega á tal profundidad, que da lugar á sospechar la existencia de múltiples perforaciones intestinales. Sin embargo, podría imponerse la exploración, por medio de una laparotomía, cuando la perforación parece circunscrita á una región superficial de las vísceras : estómago, intestino, hígado, etc., con salida de líquidos estomacales, intestinales, biliares, etc.

Por otra parte, la laparotomía parece imponerse igualmente á todos los cirujanos habituados á la antisepsia, cuan-



do el choque, el colapso ó el sitio de la herida abdominal indican una hemorragia interna de mucha gravedad; el riesgo inherente á la laparotomía es poca cosa en presencia de una herida fatalmente mortal. La laparotomía parece imponerse también cuando existe una peritonitis localizada y que haya probabilidades de dar salida al líquido colectado.

Después de varias consideraciones sobre los peligros del examen de los intestinos, aun con todas las precauciones de antisepsia y de asepsia, el autor termina sus trabajos en los siguientes términos: "Todo esto prueba que el cirujano debe abstenerse del *prurigo secandi*, que debe contar y pesar los síntomas antes de operar, que debe recordar que no obstante la antisepsia, es más prudente curar los enfermos sin operarlos, cuando esto se puede, porque una operación no es una partida de placer. No se debe operar en beneficio propio, sino en beneficio del enfermo, y recordar siempre lo que decía M. Ollier: 'no se debe ejecutar una operación, sólo porque se la crea inofensiva.' "

#### DE LA ASEPSIA DE LAS MANOS EN CIRUGÍA

por L. Longuet, ayudante suplente de consulta quirúrgica. (*Presse Médicale*, 17 de Agosto).

Al empezar su estudio sobre la asepsia de las manos, cita el autor estas palabras de Schwartz: "En asepsia el principio de la sabiduría es infectarse lo menos posible," ó mejor, el ideal es no infectarse y "hacer todo lo posible para no contaminarse las manos."—*Terrier*.

En desarrollo de este principio el cirujano debe alejarse de toda supuración, y llevar sus manos cubiertas con guantes por todas partes y en todo tiempo; de esta manera ellas tendrán muy pocos gérmenes y ningún estafilococo; si se ensuciaren brutal é inesperadamente, cuando hay una proyección de pus ó de serosidad sobre los dedos, se impedirá que estas materias se sequen sobre la epidermis, y se hará una desinfección enérgica. Como regla de conducta aconseja clasificar los enfermos en asépticos y sépticos. La separación en estas dos clases la considera como uno de los mayores progresos en materia de protección recíproca.



Pero existen casos en que observándose la regla capital de infectarse lo menos posible, siempre hay alguna contaminación; para dar á la operación aséptica, postséptica, la misma garantía que cuando no hay contaminación previa, existen cuatro métodos, que son: establecer una faz intercalar entre los dos actos séptico y antiséptico; la división de los cirujanos en sépticos y antisépticos; el acompañamiento del cirujano por un ayudante séptico; la división del mismo cirujano en dos operadores, gracias á procedimientos de protección (pinzas y guantes).

I. *Faz intercalar.*—Mientras más próximo esté el acto antiséptico del séptico los peligros serán mayores, como lo hace comprender la razón y lo demuestran los hechos clínicos y experimentales. Terrier dice: “Nunca me permitiría estas dos intervenciones con un intervalo menor de cuarenta y ocho horas como *mínimum*.” La ejecución de esta regla la han predicado los operadores con el ejemplo. “Las necesidades íntimas de la existencia de los cirujanos, deben borrar-se en presencia del deber de hacer lo que nos parece mejor.” Quenu.—Por lo que á mí hace personalmente, dice también, no me perdonaría un accidente que tuviera origen en la falta de observancia de este principio fundamental. “No querría que me operara un cirujano que la víspera, ó *a fortiori* el día mismo de la operación hubiera contaminado sus manos practicando una operación séptica.”—Terrier. La sabiduría de estos preceptos salta á la vista; pero tenemos que convenir que sólo puede aplicarse á la cirugía de oportunidad, y no á la de urgencia ó imprevista; para estos casos quedan los otros métodos, que tienen por objeto disminuir la duración de la faz intercalar.

II. *La división de los cirujanos en sépticos y antisépticos* de que ha hablado Quenu, es, en el momento presente, una aspiración algo quimérica; pero cuya realización impondrá en un porvenir no muy lejano la marcha progresista de la asepsia.

III. *El acompañamiento del cirujano por un ayudante séptico* es otro método que Quenu ha experimentado desde tiempo atrás y que antes de la innovación de los guantes le dió buenos resultados; consiste en hacer ejecutar la opera-

ción séptica por un ayudante bajo su dirección é inspección directa. Terrier tiene dos ayudantes: uno aséptico, que le sirve para sus operaciones asépticas, y otro séptico, que practica las operaciones sépticas.

IV. *La división del cirujano mismo en dos operadores es en el estado actual lo más sencillo; para convertirse alternativamente en operador séptico y aséptico, dispone el cirujano de dos procedimientos de valor diferente: el de las "pinzas" y el de los "guantes protectores."*

a) Sirviéndose de *pinzas largas* se trabaja á distancia, y á este propósito dice Terrier: "Con precauciones he conseguido recientemente abrir una colección purulenta antigua, un absceso del tórax, una colección pleural con resección de una ó muchas costillas sin contaminar mis manos ;"

b) El procedimiento de los *guantes impermeables* ofrece una garantía infinitamente mayor, porque el pus ó las serosidades sépticas pueden correr ó saltar sobre las manos, aun cuando se las tengan á distancia; por esto el procedimiento del guante ha hecho fortuna, y es admitido hoy como la técnica de elección por los cirujanos progresistas, á los cuales se han unido los eclécticos, es decir, los que creyendo todavía en la desinfección química de las manos, con una convicción no muy sólida, juzgan mejor tomar dos seguridades que una.

En 1869 Bischoff (de Bâle) usaba los guantes en su curso de medicina operatoria; William S. Halsted, en 1891, hacía poner guantes al ayudante que le pasaba los instrumentos; Jalaguier, por motivos personales, usaba guantes desde 1887; estas tentativas aisladas quedaron sin eco, hasta que en 1897 Mikulicz hizo penetrar los guantes en cirugía, y en la práctica corriente, recomendándolos sólo como medio de protección y empleándolos únicamente en las operaciones sépticas. Quenu fue el promotor en Francia del uso de los guantes. Desde 1899 recomienda su uso como grande y primordial indicación en la cirugía séptica, y por excepción en algunos casos de cirugía aséptica; en ninguna de sus comunicaciones defiende el uso sistemático del guante. Después de esta comunicación lo adoptan M. M. Tuffier, Poirier, Jalaguier, y más tarde Nelaton, Reynier, Rochard, Legnis, Albarran, etc.



Hay varias clases de guantes: el guante de hilo ó de Mikulicz; el guante de Menge, impregnado de parafina; el guante Wœlfler, ó guante de piel; el guante de Perthes, con el cual se entra en la época de los guantes de caucho; el guante de Friedrich, que es actualmente uno de los mejores, pero se desgarrá con facilidad, es costoso y difícil de poner; el guante de Blumberg remedia alguna de las desventajas del anterior; el guante de Mac-Burney, de espesor igual y bastante satisfactorio, es el que usa Quenu habitualmente. El guante ideal está todavía por encontrar; pero tal cual hoy existe, después de perfeccionamientos sucesivos, presta inmensos servicios.

Las indicaciones del guante son múltiples. Con Quenu las señalaremos en las dos cirugías, séptica y aséptica.

A) *En cirugía ó en manipulación séptica el guante es útil:*

1.º En todos los tactos sépticos: bucal, vaginal, rectal, el dedo de caucho podría llenar el objeto, pero se corre el riesgo de que el operador se contamine en las comisuras interdigitales;

2.º En caso de exploración de una herida séptica, supuración, cáncer;

3.º En caso de disección ó de maniobras cadavéricas, de trabajos anatómicos, de investigaciones de medicina operativa, aun cuando se trate de cadáveres inyectados;

4.º En cirugía operatoria séptica, siempre que la intervención no exija gran destreza. No se ejecutan fácilmente con guante algunas operaciones sobre los huesos, ciertos desbridamientos en que el dedo sirve como conductor, y algunas apendicitis agudas. En la inmensa mayoría de los casos los guantes dan completa seguridad y están plenamente indicados.

B) *Operaciones asépticas.*—En estas operaciones el uso de los guantes es excepcional; pero tienen su aplicación en las siguientes circunstancias:

1.ª Cuando no se ha podido hacer con guantes una operación séptica delicada, y es necesario ejecutar al día siguiente una operación aséptica;

2.ª Cuando se trata de terminar asépticamente una intervención, durante la cual se han ensuciado las manos con

el contenido intestinal, ó la ruptura de una bolsa purulenta, por ejemplo, para poner ligaduras ó suturas asépticas ;

3.<sup>a</sup> Cuando el operador sufre de alguna afección cutánea de la mano, que impide la desinfección ; grietas, heridas, pústulas, eczema ;

4.<sup>a</sup> En algunos casos de cirugía de guerra ó de campaña y de cirugía de urgencia, cuando no hay al alcance con qué hacer una preparación completa de las manos. (Wodmsers).

El grande inconveniente de los guantes es que disminuye la precisión del tacto ; esto puede corregirse un poco con el hábito ; también son incómodos para la prehensión de tejidos resbaladizos, y se desgarran fácilmente ; esto prueba solamente que en el estado actual, los guantes de que disponemos están lejos de la perfección ; por esta razón algunos investigadores se han dirigido en una vía paralela, que hasta ahora no ha dado resultados, en busca de un barniz que sustituya al guante.

Nos parece necesario recordar que el empleo de los guantes ó de sus análogos, no exime en manera alguna de la desinfección previa de las manos por los procedimientos comunes ; métodos : con el alcohol de Ahtfed, con el permanganato de potasa de Kelly ; con el sublimado que Haegler recomienda como el mejor. Si el operador ha podido evitar durante el tiempo necesario todo contacto séptico, puede atenerse á la preparación de las manos por el método de Fritseh-Terrier, que consiste en lavarlas con cepillo, agua y jabón, seguida de un lavado con suero fisiológico y secadas (Terrier), sin usar sustancias antisépticas.

*Conclusiones.*—Las conclusiones de este trabajo, son, en resumen, las mismas que presentó M. Quenu, cuando la última discusión sobre la asepsia de las manos :

I. Los argumentos teóricos en pro ó en contra de la asepsia de las manos, deben ceder el puesto á los argumentos experimentales y clínicos, porque no tienen valor decisivo.

II. Los argumentos *experimentales* demuestran que si la esterilización de las manos es en rigor posible, en cierto número de casos y por los métodos actuales, ella no es ni durable ni constante, y que después de un contacto séptico reciente, es nula ó cuando menos dudosa.



III. Los argumentos *clínicos* prueban que la desinfección de las manos, después de un contacto séptico próximo, puede ser absolutamente insuficiente, y dar nacimiento á accidentes postoperatorios mortales.

IV. En consecuencia, el cirujano evitará todo contacto séptico, y si se encontrare en la necesidad de practicar este contacto, de modo que pudiera comprometer el éxito de una intervención aséptica consecutiva, según los casos, recurrirá á uno de los métodos indicados anteriormente. Entre éstos, el más seguro de que podemos disponer actualmente, es el uso de guantes impermeables, no obstante sus imperfecciones reales. Casi todos los cirujanos, siguiendo á Mikulicz y Quenu, reconocen hoy la necesidad de su empleo no de una manera sistemática, sino para ciertos casos claramente especificados, en particular para la gran mayoría de las intervenciones sépticas.

---

## EJERCICIO DE LA MEDICINA

POR CHARLES WEST M. D.

(Continuación)

Hay casos en los cuales no basta una visita diaria, sobre todo cuando se trata de enfermedades de los niños; en los adultos una, puede ser suficiente: "Se debe visitar al paciente muchas veces cuando la enfermedad es de naturaleza grave y de curso rápido. La terminación favorable ó desfavorable, generalmente depende de la oportuna adopción de un régimen curativo ó de su suspensión en un momento dado. Cuando la enfermedad es de aquellas en que existe peligro de cambios rápidos, es necesario frecuentar la casa del enfermo—hasta tres ó cuatro veces por día—ó tantas veces como se juzgue necesario para la observación concienzuda del caso."

Siempre ha sido mi opinión, que cuando un caso requiere visitas frecuentes, deben hacerse, sin preocuparse de que los parientes ó amigos del paciente puedan juzgarlas innecesarias. Siempre tuve, como médico, la costumbre de que

se me pagaran mis honorarios después de terminada la visita; pero cuando eran muy frecuentes, acostumbraba decir á los allegados de mi cliente: "Estoy viniendo, por mi propia cuenta, varias veces al día, y seguiré haciéndolo así por algún tiempo; no se imaginen ustedes que por esto debe repetirse el pago de contado; llevaré la cuenta de mis visitas y les diré á cuánto asciende su valor cuando el peligro esté conjurado;" siempre pasé mis cuentas por la mitad ó la tercera parte de las visitas; de esta manera me sentía con suficiente libertad para repetir las tan á menudo como lo juzgara necesario. Un sistema semejante puede adoptarse por los que no acostumbran que se les remunere el servicio inmediatamente después de prestado; así tendrán ocasión de aprovechar algunas felices oportunidades de hacer bien á los demás sin ostentación. Nuestra profesión las pone con frecuencia á nuestro alcance.

Parece apenas necesario decir que quien tiene á su cargo un caso de enfermedad grave, de cualquier clase que sea, está en el deber de tomar notas ó apuntes todos los días. De ninguna otra manera puede tener seguridad de que no ha cometido errores y que no se ha equivocado al formular. Todavía es más importante no conformarse con un diagnóstico incierto y mental; es un deber diagnosticar bien antes de adoptar tratamiento alguno. El tratamiento de los síntomas, antes de averiguar la causa que los produce, es prueba de ignorancia ó de pereza ó de ambas cosas á un mismo tiempo, y por lo menos en un noventa por ciento de los casos es errado. "*Qui bene diagnostic bene medebitur*" dice Van Swieten, y Ziemssen agrega: "El diagnóstico es la *alpha* y la *omega* de los terapéuticos, y sin diagnóstico correcto no puede haber tratamiento bueno."

¿Cuándo es necesaria la asistencia de una enfermera? Para casi todos los casos quirúrgicos, y cuando sea necesario velar en los demás, es mejor que solamente asista la familia. No hay enfermera que sea capaz de llenar las funciones que tan bien desempeña una amante esposa ó una hija, ó las que llene una camarera con cariñoso respeto: así como las camareras acostumbraban hacerlo en tiempos pasados y aun á veces en los actuales.



La vieja nodriza del estilo Sairey Gomp no se encuentra ya; ignorancia, falta de honradez y la intemperancia son cosas abolidas, y la relación de la clase dada por el Dr. Ferrer, de Manchester, hace muchos años, en su *Tratato de los moribundos*, es lo bastante horrible para que parezca ser increíble (1). (Continuará).

---

## VARIEDADES

---

### SANATORIO PRIVADO PARA LEPROSOS

Las conclusiones del informe presentado á la Academia de Medicina de París, en su sesión del 4 de Junio, por M. Besnier, son las siguientes :

1.ª La Academia juzga que un sanatorio privado para leprosos, establecido en una región en que todavía haya leprosos, en la medida y en las condiciones indicadas por la comisión, puede tener utilidad efectiva ;

2.ª La Academia juzga que con la prudencia y las reservas expresadas en el curso del informe, un sanatorio privado para leprosos, convenientemente situado y aislado, sólidamente reglamentado en su constitución por la autoridad sanitaria y sometido por ella á una vigilancia efectiva, no puede en el estado actual ser origen de ningún inconveniente para la salud pública ;

3.ª No siendo posible en el estado actual de nuestra legislación, ejercer una vigilancia conveniente, la Academia nombrará una Comisión para que estudie las medidas que deban adoptarse respecto de todos los establecimientos de beneficencia.

Jeanselme, citado por Pinard, refiere que al rededor de las leproserías se encuentran gentes leprosas, y aun cuando fuese dudoso el origen de estos casos, su presencia es sufi-

---

(1) *Medical Histories and Reflections*. 800. London, 1798, vol. III, p. 196.

ciente para que no se establezcan colonias leprosas en localidades indemnes; por lo demás para Besnier la lepra es muy poco contagiosa, y cita en su apoyo el tan manoseado ejemplo del Hospital San Luis.

M. Brouardel considera de mucha importancia la tercera conclusión, porque ha visto que las disposiciones legales son insuficientes, y que así como los sanatorios bien establecidos son benéficos, se crea al rededor de los que no se encuentran en las mismas condiciones focos de contagios múltiples para las poblaciones circunvecinas, como sucede en el Harz, y también en Francia, en donde un establecimiento de caridad privado para tuberculosos, se ha hecho fuente de contagio, sin que el Inspector general de los servicios sanitarios haya podido poner remedio, porque se le han cerrado las puertas apoyándose en la Ley.

---

—Manuel García, natural de Madrid, inventor del laringoscopio, acaba de celebrar en Londres el nonagésimo quinto aniversario de su nacimiento.

—W. J. Herdinan, de la Universidad de Michigan, por medio de experimentos sobre los animales pequeños, ha probado que podría producirse una raza de gigantes, aplicando corrientes eléctricas. Con una metódica exposición eléctrica de marranos de guinea les hizo ganar de 18 á 24 por 100 en peso sobre animales no sometidos al tratamiento. Observó que si la corriente era demasiado fuerte el crecimiento se retardaba.

—En la capital del Japón el numero de las cremaciones es superior al de cualquiera ciudad europea; la operación dura de tres á cinco horas.

—Víctor Horsley ha demostrado que el alcohol deprime en definitiva el cerebro, aun cuando puede haber una ligera excitación al principio de su acción; de un punto de vista científico, no cree que las pequeñas cantidades de alcohol que se toman á la comida sean inofensivas para la salud, y que por lo tanto la abstinencia total es la que debe predicarse por el hombre científico y la que debe adoptarse por el político.



—En Buenos Aires se mataron, el 19 de Mayo, novillos y corderos, que se colocaron en un cuarto lleno de aire esterilizado, producido por un aparato; el Ministro de Agricultura cerró y selló la puerta en presencia de numerosos testigos; el 19 de Junio, el Ministro y los testigos abrieron la puerta y encontraron la carne en tan buen estado como si se acabaran de matar los animales; se cree que así pueden conservarse las carnes por un período indefinido y se hacen ensayos de embarques adaptando á los barcos este ú otro sistema perfeccionado de conservación.

—Sobre la pintura al óleo se destruyen las bacterias, mucho más rápidamente que sobre las otras pinturas, por lo tanto desde el punto de vista higiénico, con ella deben cubrirse las paredes de los hospitales, escuelas, cuarteles y, en general, de todos los lugares en los cuales duermen ó se reúnen gran número de personas.

—Un médico tenía por cliente la mujer de un negociante en maderas, y como necesitase una pila de leña, escribió pidiendo que se le remitiera á la casa; el hombre no pudo leer la carta, y creyendo que se trataba de una receta en mal latín, que sólo podían leer los iniciados, la mandó al boticario, quien tomándola por una fórmula, la preparó; la pobre mujer tomó la droga y fue la perjudicada, porque se agravó mucho.

—En Berlín destruyó un incendio, hace poco tiempo, todas las colecciones del Instituto Patológico de Virchow; no sólo se perdieron los especímenes, sino también muchos documentos de inapreciable valor y de interés universal.

—En Munich murió Pettenkofer, á los 84 años de edad; era una de las primeras autoridades en Higiene. La depresión moral que le produjeron los sufrimientos de su enfermedad, hizo que se diera un balazo.—(*Medical Times*).

*Celerina*.—La celerina produce sobre el cerebro y el sistema nervioso, una sensación de alegría y bienestar; suprime los estados depresivos y disminuye la inestabilidad nerviosa. En las afecciones del corazón, orgánicas ó funcionales, aumenta la fuerza de las pulsaciones y disminuye su frecuencia. (*Pacific Médical Journal*).

*Probable descubrimiento del bacilo de la sífilis.*—En una comunicación presentada el 3 de Julio á la Academia de Medicina de París, dicen los Dres. Louis Julien y Justin Delisle, que han descubierto el verdadero bacilo de la sífilis.

*Decoloración de las orinas azuladas por el azul de metileno.*—Para decolar las orinas azuladas, basta tratarlas por una solución de nitrato de mercurio; el subacetato ó el acetato de plomo, no sirven para el caso.—(*G. Patein*).

*El Dr. Niels Finsen*, de Copenhage, autor del sistema de Fototerapia, que lleva su nombre, es un joven delgado, reservado en sus maneras, lleno de entusiasmo y de confianza en su método. Cree que mejores resultados se obtendrían en el tratamiento de los lupus, de las úlceras y de muchas otras afecciones con la aplicación de la luz solar que con la de los Rayos X.—(*Medical Record*).

---

## ERRORES TIPOGRAFICOS

DEL NÚMERO 255, CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO

Pág.	97,	línea 8. <sup>a</sup> ,	dice	sentimas . . . . .	léase	síntomas
„	105,	„	10,	„	importante. . . . .	„ impotente
„	105,	„	31,	„	aorta . . . . .	„ porta
„	109,	„	19,	„	parturienta . . . . .	„ parturiente
„	111,	„	26,	„	Chanffard . . . . .	„ Chauffard
„	111,	„	31,	„	Jabonlay . . . . .	„ Jaboulay
„	112,	„	7,	„	bicloridratro . . . . .	„ biclorhidrato
„	113,	„	3,	„	asemeja . . . . .	„ semeja
„	113,	„	24,	„	frecuentemente . . . . .	„ fuertemente
„	114,	„	27,	„	Wesl . . . . .	„ West
„	125,	„	27,	„	encadecimiento. . . . .	„ encadenamiento

---

*NOTA* — Los artículos no firmados son del primer Redactor.

---

IMPRENTA NACIONAL